**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Processo de Municipalização do Programa
Agita São Paulo.**

Douglas Roque Andrade

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do Título de Doutor.

Área de concentração: Serviços
de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dra. Marcia
Faria Westphal

**São Paulo
2010**

Processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo.

Douglas Roque Andrade

Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública
para obtenção do Título de Doutor.

Área de concentração: Serviços
de Saúde Pública

Orientadora: Prof^a. Dra. Marcia
Faria Westphal

**São Paulo
2010**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano de publicação.

Agradecimentos

A DEUS!

A todos os profissionais dos Departamentos Regionais de Saúde que exercem um papel fundamental no processo de municipalização das ações de saúde no Estado de São Paulo, em especial aos interlocutores regionais do Programa Agita São Paulo, pois sem a atuação deles, este trabalho não teria razão de existir. Em especial agradeço a Adriana Sturion, Isabel Pelizzari, Maura Cir de Souza e Leila Dias Molinari que me ajudaram a entender a dinâmica e a dimensão das ações de descentralização das ações em saúde no Estado de São Paulo.

Aos líderes municipais que atuam na construção diária de ações, programas e políticas de promoção da atividade física em todo o território nacional, principalmente aos 61 interlocutores municipais que cederam o seu tempo e conhecimento para colaborar no entendimento do processo de municipalização no estado de São Paulo do Programa Agita São Paulo.

Aos meus pais Antonio e Neide que me ensinaram a importância das escolhas nessa breve passagem terrena e a minha tia Arlete, que sempre com discrição, fez diferença.

A minha esposa, Roseli, que tem tornado a minha vida melhor e mais prazerosa. As minhas filhas Maria Fernanda e Letícia e ao meu filho Pedro que me ensinam constantemente que a diversidade é uma benção.

A minha irmã Valéria, a cunhada Rosana, aos cunhados Sérgio e Pedro e sobrinhos Camila e Luís Fernando que regularmente reforçam a importância da felicidade familiar para que outras realizações possuam um sentido mais amplo do que somente a auto-realização.

A toda Família CELAFISCS que tenho o privilégio de fazer parte. É uma família bem grande e seguirá crescendo em base sólida. Em especial, ao amigo Victor Matsudo que usou coração e conhecimento para transformar sonhos em realidade. Aos irmãos Aylton José Figueira Júnior, Erinaldo Andrade, Luís

Carlos de Oliveira, Mário Bracco, Ricardo Giarolla, Sandra Matsudo e Timóteo Leandro Araújo que me ajudam, através de muitas "*conversas jogadas dentro*", na minha formação como cidadão e pesquisador. A todos os ex-estagiários que tive o privilégio de desorientar ainda que com a intenção sincera de orientar. E considerando que toda árvore frondosa se fortalece pela raiz. A minha foi pelas mãos do Carlos Duarte e a Maria de Fátima da Silva Duarte que me deram a mão e foram os meus pais científicos e me explicaram sobre essa família.

Ao aprendizado adquirido pela experiência vivida com os parceiros e assessores do Programa Agita São Paulo que de forma sinérgica tem colaborado para incluir a promoção da atividade física como estratégia fundamental para a promoção da saúde.

A Fundação de Amparo à Pesquisa pelo apoio financeiro concedido.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo. O método de pesquisa utilizado neste estudo de caso avaliativo foram métodos mistos, utilizando dados quantitativos e qualitativos, dividindo-se em duas fases. A primeira caracterizou-se pela análise documental das ações do PASP descritas em artigos encontrados em periódicos científicos de âmbito nacional e internacional, além de manuais técnicos publicados pelo PASP. A segunda pela análise de entrevistas por telefone utilizando um formulário semi-estruturado aplicado a informantes-chaves de três grupos: Sete coordenadores do PASP, 17 interlocutores regionais (IR) do Departamento Regional de Saúde (DRS) e 61 interlocutores municipais (IM). As metas do PASP em relação ao Estado de São Paulo, de aumento das cidades com programas de Atividade Física apesar de não ter ficado claro a linha de base em 2005, parece ter sido atingido, sendo hoje 260 o número de cidades envolvidas como a municipalização do PASP, 40% das cidades do Estado, sendo que 67 cidades obtiveram recursos financeiros federais em 2006 e 2007 e 70% destas são parceiras do PASP. O programa é conhecido por 80% e a estratégia de gestão móvel do modelo ecológico utilizado pelo PASP é conhecida por 52% dos IM. O reconhecimento da participação do PASP e dos DRS no processo de municipalização pelos IM é de 39% e 33%, respectivamente. O processo de municipalização aconteceu por dois caminhos, em maior proporção pelas ações realizadas pela coordenação geral diretamente para os municípios, seguido de ações da coordenação para o município através dos DRS. As estratégias reconhecidas como bem sucedidas para este processo foram: 1) Estabelecimento da municipalização como prioridade; 2) Reuniões técnicas específicas internas e externas; 3) Cursos de formação; 4) Envolvimento dos DRS; 5) Criação de colegiados e parcerias regionais e municipais; 6) Participação em eventos que reunissem gestores e técnicos em nível estadual, regional ou local; 7) Desenvolvimento de material técnico; 8) Incentivo à celebração de eventos pontuais em rede e 9) Avaliação do envolvimento dos DRS no processo. Questões relacionadas à estrutura para a municipalização como recursos humanos e financeiros, apoio político, comprometimento do Diretor do DRS ainda são desafios que devem ser vencidos. De maneira geral o PASP está alinhado aos princípios de promoção da saúde, apesar de aparentemente ter um caráter normativo e conceber saúde como ausência de doença.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the process of decentralization of the Agita São Paulo Program (ASPP). The research method used in this evaluative case study methods were mixed, using quantitative and qualitative data, divided into two phases. The first was characterized by the documental analysis of the actions described in the ASPP articles found in national and international journals, in addition to technical manuals published by ASPP. A second analysis of the telephone interviews using a semi-structured interviews applied to key informants from three groups: Seven coordinators ASPP, 17 regional interlocutor (RI) of the Regional Health Department (HSD) and 61 local Interlocutor (LM). The goals of ASPP on the State of Sao Paulo, the increase in cities with physical activity programs although it was unclear the baseline in 2005, seems to have been reached, and today 260 the number of cities involved and the decentralization of ASPP, 40% of cities in the state, with 67 cities received federal funding in 2006 and 2007 and 70% of them are partners of ASPP. The program is known by 80% and mobile management strategy of the ecological model used by the ASPP is known for 52% of IM. The recognition of the contribution of ASPP and HSD in the process of decentralization by IM is 39% and 33% respectively. The process of decentralization occurred in two ways, a greater proportion of shares held by the general coordination directly to the municipalities, followed by coordination of actions for the city through the HSD. The strategies recognized as successful in this process were: 1) Establishment of decentralization as a priority, 2) technical meetings internal and external, 3) training courses; 4) Involvement of HSD), 5) creation of boards and regional partnerships and municipal 6) Participation in events which would bring together managers and technicians at state, regional or local level; 7) Development of technical material 8) Encourage the celebration of specific events in the network and 9) evaluation of the involvement of HSD in the process. Issues related to the structure of decentralization as human and financial resources, political support, commitment of the Director of HSD are still challenges that must be overcome. Overall the ASPP is aligned to the principles of health promotion, despite apparently having a normative character and develop health as absence of disease

ÍNDICE

Apresentação	5
Introdução	7
Problema e a justificativa do estudo	7
Programa Agita São Paulo	21
Descentralização da saúde: a concepção da pesquisa.	42
Objetivos	54
Geral	54
Específicos	54
Método	56
Artigos Redigidos	64
Concepções de promoção da saúde do Programa Agita São Paulo	65
Processo de municipalização do Programa Agita São Paulo	95
Avaliação do processo de municipalização do Programa Agita São Paulo	116
Considerações Finais	144
Referências Bibliográficas	150
Anexos	
Relação entre objetivo e fonte de informação	159
Quadro síntese de análise	160
Formulários das entrevistas semi estruturados	161
Termo de consentimento livre e esclarecido	183
Relatório das entrevistas da coordenação geral	184
Relatório das entrevistas dos interlocutores regionais	204
Relatório das entrevistas dos interlocutores municipais	228
Mapas construídos a partir da análise documental	310
Currículo Lattes	318

Apresentação

Foi na quinta série que decidi ser Professor de Educação Física, pelo mesmo motivo que a maioria dos professores de educação física, ter sido durante a adolescência um atleta e apaixonado pelo esporte, no meu caso o Basquete. Assim que entrei na Faculdade de Educação e Cultura do ABC (atual UNIABC) eu me dei conta que a área que eu havia escolhido como profissão era muito maior do que as quatro linhas da quadra de basquete e decidi que deveria ampliar a minha visão e conhecer e reconhecer essa dimensão que era muito maior do que a minha compreensão naquele momento.

No segundo ano de faculdade entrei para o estágio de Formação Básica de Pesquisadores em Ciências do Esporte organizado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS e por lá fiquei por 22 anos e meio. Nesse período duas famílias se misturaram a de sangue que constitui ao longo deste período e a família do coração formada por todos os dirigentes, militantes e ainda por ex-estagiários do CELAFISCS.

Em 1994, a idéia de um programa de promoção da atividade física para o Estado de São Paulo, como uma política pública apareceu entre os diversos desafios que os dirigentes do CELAFISCS, se propuseram a enfrentar que é uma constante no CELAFISCS. A equipe com a ajuda de muitos “corações e neurônios” do CELAFISCS e de outros grupos e instituições amadureceram a idéia que um virou projeto inicialmente e posteriormente realidade e se concretizou com o lançamento e implantação do Programa Agita São Paulo, foco desta tese.

Durante treze anos trabalhei no Programa Agita São Paulo e posso dizer que provavelmente fui o profissional que mais “rodou” o Estado de São Paulo, conhecendo diversos atores que contribuem diuturnamente para a promoção da atividade física neste Estado. Confesso que muitas vezes viajava como um convidado para ensinar (compartilhar) algum conhecimento, mas é claro que em contato com diversas realidades e soluções encontradas por esta rede de promotores da atividade física e da saúde estou em dívida eterna, pois aprendi

muito mais do que ensinei. Acredito que segui o ensinamento de Cora Coralina
“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

A minha tese, aqui apresentada não é fruto de uma observação distanciada, mas sim de uma vivência colada com a realidade, em que uma separação entre o pesquisador e o objeto de pesquisa não existe. Se esta proximidade por um lado parece um problema metodológico é também a possibilidade de usar um método, ou ainda aproximar métodos para a investigação desse problema em questão, no caso o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo. Ainda, dizem muitos autores que a neutralidade científica não existe e eu acredito nisto.

Foi na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que encontrei um espaço apropriado para este tipo de abordagem onde a diversidade me encantou, pois em muitas disciplinas, professores, pedagogos, filósofos, sociólogos, enfermeiros, dentista, nutricionistas, médicos e tantos outros profissionais buscam respostas ou principalmente aprimoram suas perguntas ligadas a saúde, a doença cura ou ao processo entre esses dois pontos que não necessariamente são opostos. Foi também nesse espaço que desenvolvi a minha carreira e formação acadêmica que considero apenas mais um ciclo, pois tenho convicção que outros ainda estão por começar.

Decidimos, eu e a minha orientadora Profa. Márcia Faria Westphal, apresentar a Tese no formato de artigos, que apesar de ser pouco comum, ainda é uma opção validada pela Faculdade e foi um processo muito rico e acredito que mais rapidamente outros profissionais poderão se beneficiar, utilizar, refletir, aprimorar, recriar, aprofundar e principalmente criticar para que o conhecimento siga o seu curso natural... Uma idéia puxa outra... Que puxa outra... Puxa outra... E assim a teia de conhecimento se fortalece.

Introdução

Problema e a justificativa do estudo.

As profundas transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes do processo de globalização que ganhou força a partir da segunda metade do século XX, vem afetando todos os países e constituindo-se no ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista. A dupla tirania, “do dinheiro e do poder”, fornece as bases do sistema ideológico que justifica o processo de globalização, reforça-o como o único caminho histórico, apesar das crises que acarreta, uma vez que interfere na dinâmica do trabalho e da vida como um todo. Representa, por outro lado, uma ampliação de possibilidades de democratização das relações uma vez que facilita o acesso a informações, decorrente da revolução tecnológica que acompanha o processo de globalização (WESTPHAL, 2006).

Esta situação é consequência do impacto combinado de uma revolução tecnológica, formação de uma economia global e um processo de mudança social e cultural que estabeleceu uma nova ordem mundial regida pelas grandes empresas capitalistas multinacionais. Os modelos de desenvolvimento assumidos pelos países, especialmente pelos países em desenvolvimento, centrados no econômico, se tornam cada vez mais excludentes, voltados para o pagamento da dívida externa. Os esforços nesse sentido, voltados para o econômico, e não para as necessidades humanas, têm resultado em um empobrecimento crescente das massas, acompanhado da incapacidade da esmagadora maioria da população de participar de forma equitativa do consumo de bens materiais e culturais (WESTPHAL, 2006 e COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

No Brasil, na tentativa de propor alternativas para diminuir o impacto na saúde decorrentes deste modelo, recentemente foi apresentado o relatório dos determinantes sociais de saúde coordenado por uma comissão nacional com três objetivos: 1) Traçar um panorama geral da situação de saúde do país,

com ênfase em dados, informações e conhecimentos sobre as iniquidades em saúde geradas pelos determinantes sociais; 2) Propor políticas, programas e intervenções relacionadas aos determinantes sociais de saúde a partir da avaliação das políticas e intervenções atualmente em curso e das experiências registradas na literatura nacional e internacional e 3) Descrever as atividades desenvolvidas pela Comissão para cumprir com seus objetivos. Nesse documento também é apresentado os comportamentos e estilos de vida relacionados à saúde, que apesar de fortemente influenciados por fatores econômicos, culturais e outros, são entendidos como determinantes sociais proximais, por estarem mais relacionados aos indivíduos e comunidades próximos e passíveis de controle e modificação por parte dos mesmos (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

O Informe Lalonde considerado um marco inicial da moderna Promoção da Saúde foi publicada no Canadá e agrupa os determinantes de saúde em quatro categorias: relacionados à biologia humana, ao ambiente no sentido amplo, aos estilos de vida e a organização da atenção à saúde. Até aquele momento, a maioria dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, e a maior parte dos gastos em saúde, se concentraram na organização do cuidado médico. Apesar disso, quando se identificavam as causas principais de adoecimento e morte no Canadá, verificava-se que a sua origem estava nas três outras categorias: a biologia humana, o meio ambiente e o estilo de vida (LALONDE, 1974).

Nos últimos vinte e cinco anos, novos problemas de saúde e novos fatores de risco tais como a inatividade física e a obesidade, vêm tomando a cena, exigindo novas estratégias de atuação. Em 1986, tanto no Brasil como nos países da América do Norte e Europa, profissionais preocupados com a transição demográfica em curso, decorrente do aumento da expectativa de vida e com a transição epidemiológica que coloca as doenças e agravos não transmissíveis, como primeira causa de morte, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, reuniram-se e declararam que acreditavam que o

processo saúde e doença tinha uma ampla causalidade e que para melhorar a qualidade de vida e a saúde seria necessário rever as práticas de Assistência, Prevenção e Promoção de Saúde. No Brasil foi instituído o Sistema Único de Saúde pela Constituição de 1988 e no Canadá, por exemplo, ao final da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foi elaborada a Carta de Ottawa que uma nova estratégia de atuação em saúde - a Promoção da Saúde -, baseada em um novo conceito de saúde, com uma ampla causalidade e apoiada em princípios holísticos uma vez que a complexidade em que se fundamenta a determinação social do processo saúde- doença, só pode ser entendida e enfrentada através de estratégias ampliadas.

Hoje, quando ainda ocupa um espaço marginal nos Sistemas de Saúde e na sociedade, a promoção da saúde já está tendo que enfrentar novos desafios, sendo um deles a equivocada interpretação da sua essência e de suas práticas. A Promoção da Saúde tem sido entendida como primeiro nível da prevenção primário como sugeriu Leavel & Clark em 1976, ou como uma prática de mudança de comportamento e atualmente como bem de consumo, associada ao movimento privatista de "Revolução para o Bem-Estar". Este movimento desencadeado pelo setor privado, para promover o consumo de produtos considerados saudáveis, tais como uso de suplementos alimentares, aparelhos que podem exercitar sem exigir muito esforço, tem tido êxito em convencer pessoas que não precisam se esforçar muito para se proteger e promover sua qualidade de vida, diferentemente da concepção de Promoção de Saúde cujos princípios e estratégias foram inicialmente divulgados através da Carta de Ottawa, anteriormente mencionada (WESTPHAL, 2006 e SÍCOLI e NASCIMENTO, 2003).

A transição da saúde pode ser dividida em dois elementos principais: de um lado, encontra-se a transição das condições de saúde (referindo-se às mudanças na frequência, magnitude e distribuição das condições de saúde, expressas através das mortes, doenças e incapacidades) e de outro, a resposta social organizada a estas condições que se instrumenta por meio dos sistemas de

atenção à saúde (transição da atenção sanitária), determinada em grande medida pelo desenvolvimento social, econômico e tecnológico mais amplo (FRENK et al, 1991).

Em 2002, a Organização Mundial da Saúde em seu relatório anual sobre a saúde no mundo apresentava que a maioria dos indicadores de morbidade e mortalidade está relacionada às doenças não transmissíveis que correspondiam aproximadamente a 60% de todas as mortes e 47% dos custos mundiais de saúde/doença e as estimativas apontavam um incremento para 73% e 60%, respectivamente para 2020, dados que tem sido replicados regularmente por outras instituições internacionais, como por exemplo, o relatório recém publicado pela INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, GLOBAL CANCER CONTROL and WORLD HEART FEDERATION (2009).

SCHRAMM JMA et al (2004) analisaram os diferenciais existentes quanto ao padrão epidemiológico no Brasil e grandes regiões, utilizando como indicador o DALY¹ (Disability Adjusted Life of Years – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade). Os autores destacam que o grupo das doenças não-transmissíveis, infecciosas (parasitárias, maternas, perinatais, nutricionais) e das causas externas representaram, respectivamente, 66,3%, 23,5% e 10,2% da carga total de doença estimada. Os autores chamam a atenção para a necessidade de se considerar essas informações e as diferenças regionais. Além de considerar os gastos de saúde, dispêndios com a previdência social, além de influenciar na qualidade de vida das pessoas acometidas e seus familiares, para uma tomada de decisão da destinação de recursos mais adequada, bem como de estratégias que possam vencer estes desafios, em especial as doenças não transmissíveis.

¹ O DALY é um indicador que procura medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos indivíduos. O DALY mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura (YLL – Years of Life Lost – Anos de vida perdidos por morte prematura) ou incapacidade (YLD – Years Lived with Disability – Anos de vida vividos com incapacidade) em relação a uma esperança de vida ideal cujo padrão utilizado foi o do Japão, país com maior esperança de vida ao nascer do mundo (80 anos para homens e 82,5 anos para mulheres).

Um dos primeiros estudos sobre a prevalência de inatividade física² no Brasil foi realizado por REGO et al (1990) no município de São Paulo. Os autores demonstraram uma prevalência de inatividade física de 80,2% para mulheres e 57,3 % para homens, além de apresentarem uma prevalência de 22,3% para hipertensão arterial, 37,9% para tabagismo, 18% para obesidade e 7,7% alcoolismo (7,7%). Apesar de ser discutível a metodologia utilizada para avaliar a inatividade física é interessante notar que o conhecimento desses valores foi decisivo, para o entendimento da necessidade de intervir, através do estabelecimento de políticas, programas, metas e estratégias para o enfrentamento do sedentarismo como um fator de risco à saúde mais comuns da atualidade.

MONTEIRO et al (2003) demonstraram em um estudo de base populacional das regiões nordeste e sudeste do Brasil que a prevalência de atividade física no tempo de lazer (um mínimo de 30 minutos de algum exercício físico ou esporte e pelo menos uma vez por semana) foi de 13% sendo maior em homens (18,2%) do que em mulheres (8,2%). Ao analisarem aqueles que realizaram em cinco dias da semana o tempo de 30 minutos foi encontrado que apenas 3,5% dos homens e 3,3% cumpriam essa recomendação. Os autores encontraram associação entre gênero, idade, renda e nível educacional com a atividade física no tempo de lazer.

A vigilância da inatividade física também tem recebido atenção por parte de pesquisadores e gestores. Internacionalmente GUTHOLD et al (2008) verificaram que a prevalência de inatividade física variou de 1,6% (Comoros) a 51,7% (Mauritânia) para homens e 3,8% (Comoros) para 71,2 (Mauritânia) para mulheres, sendo que neste estudo o Brasil apresentou uma prevalência de 26,1%. A inatividade física geralmente é maior nos grupos mais velhos e é menor na zona rural.

² O nível de atividade física foi avaliado classificando as atividade de lazer em sedentárias ou fisicamente ativas.

No Brasil, desde 2006 a inatividade física passou a ser monitorada em âmbito nacional através do VIGITEL, uma metodologia de monitoramento, aplicada anualmente em todas as capitais brasileiras e no Distrito Federal. Em 2006, identificou uma taxa de inatividade física de 39,8% em homens e 20,1% em mulheres, sendo considerada a atividade física realizada no trabalho, no deslocamento e/ou nas tarefas domésticas. Em ambos os sexos a condição de inatividade física foi máxima na faixa etária de 65 anos e a frequência de inatividade física tende a aumentar com a escolaridade das pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Em 2007, outra pesquisa de monitoramento foi realizada tendo sido observados resultados muito semelhantes, exceto que a diferença entre homens (30,9%) e mulheres (27,8%) diminuiu. Em ambos os sexos, a frequência da condição de inatividade física novamente foi máxima na faixa etária de 65 ou mais anos de idade: 53,7% para homens e 58,3% para mulheres. Em ambos os sexos, a frequência da inatividade física tende a aumentar com o nível de escolaridade das pessoas. A situação mais desfavorável é a do grupo de pessoas com doze ou mais anos de escolaridade, onde 40,0% dos homens e 36,7% das mulheres não realizam qualquer atividade física relevante, seja no trabalho, seja no lazer, no deslocamento para o trabalho e nos afazeres domésticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

No último levantamento realizado em 2009, a frequência de adultos na condição de completa inatividade física foi elevada em todas as cidades estudadas, variando de 18,7% em Palmas a 32,3% em Natal. Considerando todas as capitais e o distrito federal a prevalência foi de 26,3% (BRASIL, 2009). Um estudo recente, a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, realizada pelo IBGE, identificou uma alta prevalência (56,9%) de insuficientemente ativos (1 a 299 min./sem) em estudantes brasileiros do 9º ano do ensino fundamental (IBGE, 2009).

Habitualmente as questões relacionadas à atividade física são feitas considerando-se quatro domínios ou categorias: Atividades realizadas em casa, no trabalho, durante a locomoção e no lazer. Essas dimensões são úteis tanto

para a avaliação do nível de atividade física ou para o direcionamento de programas e ações de promoção da atividade física. Em recente estudo FLORINDO et al (2009) demonstraram diferenças substanciais ao analisar o nível de atividade física nas diferentes dimensões e encontraram que a inatividade física apresentou prevalências diferentes sendo maior nas atividades relacionadas à locomoção (91,7%), seguidas das atividades no lazer (77,5%), no trabalho (68,9), e nas atividades realizadas em casa (56,7%). Foram encontradas diferenças entre os fatores associados em cada dimensão analisada.

MENDONÇA e ANJOS (2004) identificaram e revisaram alguns indicadores que se correlacionam com mudanças nas práticas alimentares e de atividade física provocando o excesso de peso e obesidade na população brasileira nos últimos trinta anos. Os autores identificaram que quanto às práticas alimentares, seria necessário buscar uma maior compreensão do peso da alimentação fora do domicílio e do consumo de produtos industrializados e pré-processados pelos vários segmentos da sociedade. A dimensão da presença feminina no trabalho fora do lar, para a classe média e alta, e a concomitante contratação do emprego doméstico por parte destas mesmas mulheres, contribuiu para ocorrência de várias modificações: no preparo de alimentos no âmbito domiciliar, no perfil de compra de alimentos por parte das famílias e no consumo de refeições preparadas e/ou servidas fora do domicílio por toda a família, e não apenas por parte das mulheres que se engajam nos postos de trabalho. Em relação à atividade física as relações entre trabalho feminino fora do domicílio, atividades de lazer, e atividades domésticas também precisam ficar mais claras para confirmar a possibilidade de diminuição do gasto energético proporcional ao crescimento da prevalência da obesidade entre os adultos brasileiros, uma vez que, à primeira vista, o trabalho doméstico pode contribuir mais para o gasto energético do que o trabalho fora de casa, fato que sem dúvida precisa ser melhor investigado.

FLORINDO et al (2009) ao analisarem o nível de atividade física em diferentes domínios, em todas as capitais brasileiras e no distrito federal, concluíram que os homens foram mais ativos no lazer, transporte e trabalho e as mulheres mais ativas nas atividades domésticas. Reforçaram também que para a promoção da atividade física deve-se levar em consideração diferenças entre os sexos e a escolaridade. Outra informação interessante é que a existência de local para praticar atividades físicas próximo à residência associou-se à atividade física no lazer.

HALLAL et al (2007) apresentaram um incremento significativo de 0,01% na década de 1950 para 0,30% na década de 1990 das publicações na base Medline e Pubmed com o termo atividade física no título ou no resumo ao realizarem uma análise sistemática sobre a pesquisa epidemiológica no Brasil. Os autores também concluíram que é impossível a comparação de dados dos diferentes estudos, pois há diferenças conceituais sobre a operacionalização do termo sedentarismo e a diferença de padronização nos instrumentos utilizados. Os autores esperam que com as considerações apresentadas no estudo ajudem a evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil e na elaboração de políticas de conscientização e incentivo a atividade física.

Mais recentemente DUMITH (2009) também realizou uma análise sistemática com o objetivo de analisar a prevalência de atividade (ou inatividade) física no Brasil e apresentou dados similares aos citados acima, concluindo que houve uma grande concentração de trabalhos nas regiões Sul e Sudeste, e poucos estudos com crianças. Em todos os trabalhos, a atividade física foi mensurada de forma subjetiva, principalmente por meio de questionários, e o domínio mais estudado foi o lazer. Os critérios para definir atividade física variaram amplamente, assim como a sua prevalência. Evidencia-se a necessidade de padronização dos instrumentos, critérios e nomenclatura nos estudos epidemiológicos sobre atividade física. Independente desta dificuldade de mensurar este comportamento há consenso sobre o impacto positivo da atividade física na saúde (HASKELL et al, 2009) e o conhecimento científico

atualmente acumulado suporta a necessidade da criação de políticas, programas e ações relacionadas à atividade física para a promoção da saúde.

Em função desta complexidade da realidade atual, há necessidade imediata de implantar projetos e programas intersetoriais por parte dos governos e das organizações sociais e que tenham metas bem definidas, que levem a uma redução na velocidade do crescimento da prevalência do excesso de peso/obesidade, por intermédio da conjugação de ações individuais e coletivas na efetivação de uma vida mais saudável para toda a população. A simples divulgação e difusão de uma lista de passos a serem seguidos pelos indivíduos não garante a adesão da população a um estilo de vida saudável, e pior ainda, não consegue atingir os diversos segmentos da sociedade que têm características, motivações e possíveis causalidades diferentes para a obesidade (MENDONÇA E ANJOS, 2004).

Principalmente, a partir da década de 1980, a atividade física passou a ocupar um cenário de destaque na área de saúde pública. Um dos principais motivos foi o aumento da morbidade e mortalidade, como vimos anteriormente, relacionada com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil (SCHRAMM JMA et al 2004) e no mundo (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, GLOBAL CANCER CONTROL and WORLD HEART FEDERATION, 2009) somados à transição demográfica (PRATA, PR 1992), e paralelamente o aumento do número de publicações científicas (HALLAL, 2007) apontando a relação do baixo nível de atividade física com as DCNTs (HASKELL et al, 2009), mais especificamente os efeitos da inatividade física nos indicadores de qualidade de vida. Para resolver estas questões os governos de praticamente todos os países especialmente os desenvolvidos, vêm mudando o foco de atenção e ampliando o investimento para a prevenção e ou promoção da saúde.

Porém a obra que possivelmente mais tenha colaborado com a inclusão do tema atividade física na agenda de políticas públicas ao redor do mundo foi o

artigo assinado por RUSSEL PATE em 1995 que através de um comitê de cinco pesquisadores do Centro de controle e prevenção de doenças dos EUA (CDC) e o Colégio Americano de Medicina do Esporte (ACSM) organizaram um encontro e convidaram mais de 15 especialistas com experiência no temas relacionados com a implicação da atividade física na saúde. Participaram do encontro outras instituições e profissionais de organizações federais pertinentes. Os profissionais revisaram as evidências da fisiologia, epidemiologia e clínica incluindo artigos de revisão recentes. O processo de consenso foi feito a partir do resumo dos temas importantes relacionados com atividade física e saúde.

Um documento foi elaborado pelo comitê de planejamento e foi distribuído a todos os convidados dois dias antes do início do evento. Durante o evento, cada sessão do texto foi revisada pelos especialistas. A intenção inicial foi conseguir um consenso do tipo de atividade física e a quantidade recomendada para a promoção da saúde. Elaborou-se então uma mensagem de saúde pública concisa para expressar as recomendações do encontro. Durante os meses seguintes o documento foi revisado e examinado com detalhe e foi exaustivamente avaliado pelo CDC e ACSM. Assim a mensagem que “todo adulto deve acumular pelo menos trinta minutos de atividade física moderada na maioria do dias da semana, se possível todos” ganhou destaque internacional (PATE 1995).

A importância de incluir a promoção da atividade física, nas políticas públicas de saúde, foi reforçada posteriormente pela publicação da Estratégia Global sobre alimentação, atividade física e saúde aprovada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2004. O documento que define esta estratégia também apontou a necessidade de elaboração de políticas e programas na área de atividade física com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade e morbidade das DCNTs, bem como promover a saúde e a qualidade de vida.

Apesar do aumento significativo na produção científica nessa área, o nível de inatividade física mantém-se elevado na maioria dos países, independente das características sociais, culturais ou econômicas conforme citado anteriormente. É alto o predomínio de fatores de risco para as DCNTs no Brasil. Esses fatores de risco contribuem bastante para a alta carga de doenças. Tratar desse alto predomínio é uma estratégia importante para diminuir a carga evitável de DCNTs. O predomínio de fatores de risco relacionados à dieta, atividade física e excesso de peso/obesidade parece estar aumentando à medida que o estilo de vida dos brasileiros se altera e fica mais parecido com o dos países mais desenvolvidos (BANCO MUNDIAL, 2005). Nesse relatório foi informado que infelizmente, não havia disponibilidade de dados confiáveis sobre as tendências, e a interpretação dos dados disponíveis era uma ação complexa. Porém a partir de 2006, como já relatamos anteriormente, o Ministério da Saúde iniciou a implantação e manutenção do VIGITEL (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), em todas as capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal informações que estão colaborando para fechar essa lacuna e contribuir para o estabelecimento de pactos em relação à atividade física entre a gestão federal e estadual.

A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório “Prevención de las Enfermedades Crônicas: Una Inversión Vital”, publicado em 2005, revelou que 35 milhões de pessoas morreram de doenças crônicas não transmissíveis no mundo. Os países pobres são os mais afetados, representando 80% do total dessas mortes e que os principais fatores que influenciam os perfis de mortalidade de uma população são fatores modificáveis como inatividade física, alimentação inadequada e consumo de tabaco.

Este relatório apresenta uma meta audaciosa: redução de 2% ao ano na taxa de mortalidade por todas as doenças crônicas, pois estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças são bem conhecidos.

CHENOWETH e LEUTZINGER (2006) realizaram um estudo em sete estados americanos e estimaram que a carga do financiamento com custos médicos diretos, compensação de trabalho, e perdas com a produtividade foi de 93,32 bilhões de dólares relacionados à inatividade física e 94,33 bilhões para excesso de peso. O custo estimado para os EUA para estes fatores de risco é de aproximadamente 507 bilhões de dólares com uma projeção de 708 bilhões de dólares para 2008. Se estes fatores de risco fossem reduzidos em 5%, uma economia de 31 bilhões de dólares por ano seria estimada.

No Brasil, há pouca informação sobre o impacto financeiro e econômico de sua crescente carga de doenças não transmissíveis e dos custos e da efetividade de abordagens políticas alternativas. Em recente trabalho que procurou focar essa agenda, o Banco Mundial examinou quatro atividades de prevenção primária: Entre elas o Programa Agita São Paulo, o tratamento da hipertensão arterial com medicamentos de primeira linha, um aumento nos impostos sobre o tabaco, que resultou em um aumento de 10% no preço dos cigarros, e o aconselhamento médico de fumantes. Essas atividades focalizam três fatores de risco: a inatividade física, a hipertensão arterial e o tabagismo, os quais são chave para a incidência e a predominância de cinco DCNTs, incluindo a doença isquêmica de coração, as doenças cerebrovasculares, o diabetes mellitus, a doença crônica de obstrução pulmonar, além do câncer de traquéia, brônquios e pulmões BANCO MUNDIAL (2005).

O BANCO MUNDIAL (2005) identificou o Programa Agita São Paulo como uma das melhores relações custo-efetiva, apresentando um custo de apenas US\$246 por DALY prevenido, sendo a intervenção que apresentou o menor valor. O tratamento anti-hipertensivo teve uma eficiência de custo mais baixa, de US\$1.498 por DALY, mas ainda bastante vantajoso. O aconselhamento médico para fumantes foi menos custo-efetivo se comparado aos outros, de US\$9.360,00 por DALY prevenido (Intervenções com custos por DALY de menos de duas vezes o PIB per capita de um País são, geralmente, consideradas altamente custo-efetivas).

Esta análise do Banco Mundial constatou que a proposta do Agita São Paulo aplicada em um Estado ou município é um excelente investimento em saúde pública. Ele foi considerado econômico e uma ótima opção em termos de custo-efetividade (custo por DALY economizada) (BANCO MUNDIAL, 2005).

Quadro 1: Metas de ações estratégicas de curto e médio prazo para a promoção da atividade física sugeridas pelo Banco Mundial.

Curto Prazo (próximo três anos)	Médio Prazo (de quatro a sete anos)	Impacto Esperado
Expandir campanhas comunitárias para a promoção da atividade física para outras grandes áreas metropolitanas. Garantir a existência de atividade física e exercícios nos programas de educação física nas escolas. Encorajar programas de incentivo à atividade física no local de trabalho (por exemplo, utilização das escadas ao invés dos elevadores). Avaliar o impacto dos atuais programas municipais e estaduais de atividade física.	Expandir ainda mais os programas abrangentes de atividade física comunitária. Integrar mensagens sobre atividade física e dieta saudável no currículo escolar. Incorporar medidas para encorajar a caminhada e o ciclismo no planejamento das cidades – calçadas bem iluminadas, ciclovias separadas, áreas de uso exclusivo de pedestres nas cidades, passarelas de pedestres e quebra-molas e outras medidas para reduzir a velocidade dos automóveis. Criar comunidades “caminháveis”.	Para todas as medidas: aumento na atividade física, reduções no excesso de peso e na obesidade. Reduções nas doenças coronarianas, derrames, diabetes e diversos tipos de câncer. Reduções nas perdas associadas de produtividade. Economias sendo feitas. As campanhas comunitárias abrangentes economizam recursos (programas como o Agita São Paulo custam bem menos que o tratamento utilizando medicamentos). Análises feitas neste relatório calculam que a expansão do Agita São Paulo para cobrir 25% da população economizaria 135.800 DALYs e teria uma efetividade de custo de \$247 por DALY.

Fonte: Relatório Banco Mundial (2005)

Atividades similares ao Agita que já foram iniciadas em outros estados também têm possibilidades de ser custo-efetivas, como por exemplo, o SOE – Serviço de Orientação de Exercício - (ES) (VENTURIM et al, 2005) CURITIBATIVA – (PR) (HALLAL et al, 2009), ACADEMIA DA CIDADE - (PE) e SIMÕES et al, 2009). Tendo em vista esses resultados, estados e municípios que não possuem intervenções de atividade física deveriam considerar o início de programas similares. Se ele é custo-efetivo é importante avaliar as formas de expansão e disseminação desse programa, e em que perspectiva ele se reproduz em diferentes contextos da realidade brasileira, especialmente no Estado de São Paulo, onde ele é uma das políticas públicas estadual de controle da inatividade física. O PASP, no Estado de São Paulo, assumiu uma política de expansão a partir de critérios e estratégias de municipalização. É esta estratégia que será objeto deste estudo.

Utilizaremos o conceito de avaliação como “exame e categorização sistemática dos aspectos relevantes de uma iniciativa e seus efeitos, que produzam informações que possam ser utilizadas para o aperfeiçoamento e maior efetividade” (WHO, 1998). Portanto, o processo de avaliação deve incluir métodos quantitativos e qualitativos que possam assegurar uma participação efetiva dos indivíduos envolvidos, tanto no processo de elaboração e execução, quanto aos que serão sujeitos da intervenção, por meio da descrição clara e objetiva do programa, além de permitir ajustes no decorrer do processo. Posteriormente, deve justificar as conclusões obtidas por meio da análise e interpretação dos dados e, finalmente, garantir o compartilhamento das lições aprendidas com os interessados e a comunidade científica (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2002).

Assim, dado que participamos ativamente do Programa Agita São Paulo, desde a sua concepção e implementação, especialmente das ações de descentralização das idéias, ações e estratégias do programa que representa a política estadual de promoção da atividade física no Estado de São Paulo, que existe uma avaliação do Banco Mundial que reconhece o potencial do programa, que o processo de descentralização ainda não foi avaliado e não há estudos no âmbito internacional e nacional que avaliem o processo de descentralização / municipalização de políticas nessa área e ainda que atividades similares ao PASP já foram iniciadas no Brasil e no exterior, consideramos muito importante avaliar o processo de descentralização do PASP. Os propósitos da pesquisa avaliativa que estamos propondo é verificar se e quanto um processo de municipalização amplia os horizontes de um programa de incentivo a Atividade Física e de que forma e ainda identificar fatores positivos e entraves ao processo de implementação da municipalização, para que o próprio programa possa rever e aprimorar os processos que tem utilizado na implementação desta política de municipalização.

Programa Agita São Paulo.

Programas de atividade física, de esporte ou lazer com o objetivo de promover saúde não são uma novidade. MIRAGAYA (2006) ao realizar um resgate histórico no Brasil, sobre a promoção da saúde através da atividade física verificou que no ano de 1790, já fora publicado a obra em Portugal intitulada 'Tratado de Educação Física dos Meninos para uso na Nação Portuguesa', do Dr. Francisco de Melo Franco, brasileiro formado na Universidade de Coimbra que chamava a atenção para a formulação de preceitos e comportamentos desejáveis e necessários visando à melhoria das condições do parto e dos primeiros meses do nascituro. A Educação Física nesta obra surge como um capítulo da Medicina. É claro que o entendimento de promoção da saúde era higienista, próprio daquela época. Nesse artigo também há um relato pormenorizado sobre a realização de competições e criação de clubes populares.

Na segunda metade do século XIX tem início o período das teses nas Faculdades de Medicina no Brasil, que enfatizavam questões higiênicas e adicionavam fatores externos ao corpo humano no entendimento da prática médica de uma área denominada Educação Física. Pode-se observar certos comportamentos sociais como parte das terapias médicas tais como atividades físicas que as mães poderiam estimular nos filhos, conforme a tese de 1854, do Dr. Ignácio Firmo Xavier, de Recife. Mais tarde, em 1888, Pedro Manuel Borges, em livro da Editora Garnier, RJ, aborda a ginástica como uma parte da medicina que ensina o modo de conservar e restabelecer a saúde por meio do exercício. É importante observar que, já em fins do século XIX, a ginástica é pensada enquanto uma parte da medicina na busca da saúde. Dentre as inúmeras possibilidades de análise abertas por esta conceituação é fundamental notar que esta relação entre ginástica e medicina-saúde seria, no decorrer do século XX, mais explicitamente reivindicada pela Educação Física (MIRAGAYA, 2006).

Na década de 1920, Frederico Gaelzer, em Porto Alegre, já desenvolvia atividades físicas organizando jogos e sessões de ginástica em ruas e praças, sob a gestão da prefeitura daquela cidade. Na década de 30, a Escola de Educação Física do Exército do Rio de Janeiro, introduzia atividades similares, com a denominação de "Colônias de Férias". Também, no Rio de Janeiro, surgiram as "Ruas de Recreio", por iniciativa do Ministério da Educação, isso por volta dos anos 40 e 50 (COSTA e TAKAHASHI, 1983).

Nos anos 60 e 70, surgiram as iniciativas não formais, predominando o fenômeno "Cooper", sobre os benefícios da corrida de rua, objetivando o desenvolvimento fisiológico e psicológico. Ainda, na década de 70, surgiu o movimento "Esporte para Todos" (EPT), e em 74 e 75, a Secretaria de Esportes do Município de São Paulo (SEME), lançou grandes eventos de massa, de dimensões culturais e desportivas, sendo o dirigente da SEME, o sociólogo Caio Pompeo de Toledo; eventos esses como: passeios a pé, de bicicleta, ruas de lazer e outros, sendo o EPT, incorporado pelo sociólogo. Quase que simultaneamente surgiu a campanha - Mexa-se - da Rede Globo de Televisão e também, a - campanha Vida - da Fundação Mudes - RJ (COSTA & TAKAHASHI, 1983).

Em 1986, com o advento da Nova República, foi lançado o Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte, pelos Ministérios da Educação e Saúde, com o objetivo de motivar a prática de atividades físicas junto da população para promover a qualidade de vida e a saúde. Em 1995, surge o Programa Nacional "Vida Ativa", através de ações organizadas pelo governo e iniciativas privadas, visando à mobilização da sociedade e o sujeito para a prática da atividade física, programa que não foi lançado oficialmente, devido a problemas de irregularidades na verba de comunicação.

No Brasil, em função desta conjunção de fatores anteriormente citados, que favoreceram a inclusão do tema atividade física, na agenda das políticas públicas, mas se antecipando a este movimento mundial desencadeado pela recomendação do CDC e ACSM (PATE, 1995), pela Estratégia global (OMS,

2004) e mais recentemente reforçado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006), a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, de forma pioneira lançaram em 1996 o Programa Agita São Paulo (PASP).

O CELAFISCS em 1994 iniciou o desenvolvimento do PASP a partir da solicitação da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e de um treinamento oferecido pela Organização Pan-Americana de Saúde sobre o Modelo Lógico de Programas de Saúde. Durante um ano e meio a equipe do CELAFISCS construiu a fundamentação teórica necessária para o desenvolvimento das bases do Programa, bem como as experiências internacionais e nacionais de políticas de promoção da atividade física. A intenção foi encontrar informações sobre acertos e erros, apresentados por experiências similares, e que pudessem colaborar na identificação de um caminho a ser percorrido adequado as características, necessidades e potencialidades do Estado de São Paulo.

É também formado um grupo de assessores internacionais e do Brasil, composto por pesquisadores e profissionais da área, que reuniam conhecimento relevante e reconhecido para também orientar as estratégias que seriam utilizadas pela equipe do CELAFISCS que é a gestora do PASP. Foram realizados diversos encontros no início que precedeu o lançamento do programa para apresentar a proposta que estava sendo formulada e ouvir a opinião destes especialistas. Estes encontros posteriormente passaram a ter um caráter de planejamento estratégico, onde se passou a discutir o cenário passado, presente e futuro e estabelecer prioridades em diversas metas e projetos específicos para alcançá-las.

Quadro 2: Relação de assessores internacionais e do Brasil do Programa Agita São Paulo.

Assessores Internacionais	Assessores do Brasil	
CARL CASPERSEN	ALBERTO OGATA	LAMARTINE COSTA
ADRIAN BAUMAN	ANTONIO BRAMANTE	LAÉRCIO PEREIRA
HAROLD KOHL	ANTONIO LANCHÁ JR.	MANOEL TUBINO
JAMES SALLIS	ANTONIA BANKOFF	MARCO VÍVOLO
NICK CAVILL	ANTONIO PRADO	M ^a BEATRIZ FERREIRA
STEVEN BLAIR	CLAUDIO GIL ARAÚJO	M ^a FÁTIMA DUARTE
ROD DISHMAN	DANTE DE ROSE	MARKUS NAHAS
MICHAEL PRATT	DARTAGNAN GUEDES	MAURO GUISELINE
	DENISE MIRÁS	OSMAR DE OLIVEIRA
	FLÁVIO DE PRÓSPERO	SILENE OKUMA
	GILBERTO CARAZZATO	SILVIA CORAZZA
	GO TANI	TURÍBIO BARROS NETO
	JOÃO BATISTA FREIRE	

A partir da revisão de outras experiências somadas às reuniões com os assessores foram identificados três focos para atuar: Escolares, trabalhadores e idosos. Isto possibilitou o desenvolvimento de uma série de materiais educativos adequados a cada foco.

O PASP tem como objetivos: 1- incrementar o nível de conhecimento da população do Estado de São Paulo sobre a atividade física e sua relação com a saúde; 2- aumentar o nível de atividade física da população do Estado de São Paulo e 3- aumentar o número de municípios que tenham políticas municipais de promoção da atividade física. O programa desenvolve as suas ações fundamentadas pela promoção da saúde (MATSUDO et al 2008).

Uma dos fundamentos que o PASP utiliza é a gestão móvel do modelo ecológico (figura 1) propostos por SALLIS e OWEN (1997) que identifica os principais determinantes da atividade física como: Fatores, ou aspectos, intrapessoais (demográfico, biológico, cognitivo, afetivo e comportamental); Fatores sociais (comportamento de suporte, clima social, cultural, políticas de incentivo, políticas de investimento) e fatores ambientais, incluindo ambiente

natural (clima e geografia) e ambiente construído (informação, área urbana rural, arquitetura, transporte, entretenimento e recreação). O PASP tem organizado suas ações de promoção da atividade física na comunidade incluindo ações que dêem conta de todos estes fatores. A utilização deste modelo como referencial teórico para ajudar no direcionamento das ações é uma inovação no campo da promoção da atividade física. Esta forma de gerir o PASP, de maneira sincronizada e sinérgica foi descrita por (MATSUDO et al, 2004 e MATSUDO et al, 2004).

Nesta abordagem os fatores associados ao comportamento da atividade física são distribuídos tridimensionalmente em um equilíbrio dinâmico. Exemplificando, quando uma intervenção aborda um dos componentes dos fatores biológicos, como sexo, e consegue ser efetiva, diminuindo a diferença do nível de atividade física existente entre os gêneros, este componente perde ou ganha “peso” em relação aos outros componentes, como cognição ou idade, criando assim outros desdobramentos. Portanto, esses outros fatores passam a ter maior importância conquistando prioridade nas ações posteriores da intervenção. Da mesma forma, se no aspecto biológico as ações forem efetivas, elas passam a perder importância em relação aos aspectos sociais e ambientais. Portanto, as ações passam a objetivar o restabelecimento do equilíbrio entre os três fatores principais. A dinâmica do equilíbrio, resultante das intervenções irá fluir e refluir progressivamente atingindo estágios cada vez maiores de complexidade em um movimento espiral ascendente. Cada um desses fatores exerce um papel importante na promoção da atividade física, mas é bastante difícil uma intervenção objetivar três ou mais fatores concomitantemente.

Figura 1 — Gestão Móvel do Modelo Ecológico de Promoção da Atividade Física proposto e usado no PASP.

As principais atividades do programa poderiam ser categorizadas na busca de parcerias, construção e desenvolvimento de redes, desenvolvimento de ações intersetoriais pontuais e permanentes, desenvolvimento comunitário, empoderamento pessoal, institucional ou comunitário, educação continuada com o objetivo de aumentar o controle dos determinantes que estão relacionados à atividade física (MATSUDO, VKR et al 2004).

Outra estratégia importante foi a formação de parcerias institucionais. Atualmente O PASP conta com mais de 350 instituições parceiras (governamentais e não governamentais). Todas envolvidas na realização de ações para a promoção da atividade física no Estado de São Paulo. Para se tornar uma instituição parceira do programa é necessária a assinatura da carta de adesão, chamada Carta São Paulo. Nesta carta, a instituição compromete-se a colaborar na promoção da atividade física e pode optar por estratégias sem ou com recursos financeiros. Porém, cada instituição tem autonomia para o planejamento das ações e de que forma serão implementadas, monitoradas e avaliadas. Outro compromisso da instituição parceira é de participar das reuniões mensais do programa. Esta forma de gestão do programa tem

garantido um trabalho intersetorial e a formação de redes, que são um dos princípios da promoção da saúde.

As reuniões mensais do colegiado (formado pela coordenação e parceiros) do PASP acontecem desde fevereiro de 1997, durante 2 horas, entre os meses de fevereiro e dezembro. Atualmente o programa acumula 286 horas de reunião. Desde fevereiro de 2005, o programa passou a realizar encontros específicos com representantes regionais e municipais, principalmente do setor público e da área da saúde. Esta necessidade foi identificada pelos interlocutores regionais e tem como objetivo discutir estratégias de municipalização de políticas de promoção da atividade física.

A Secretaria de Estado da Saúde possui em sua organização os Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que até dezembro de 2006 eram 24 regionais e a partir do início de 2007 passaram a ser 17 regionais. Cada uma conta com interlocutores do PASP e estes têm colaborado com a disseminação das estratégias do PASP para os municípios pertencentes às áreas de abrangência.

Muitas destas regionais organizaram treinamentos com representantes municipais em suas regiões para formar multiplicadores das estratégias desenvolvidas pelo PASP. Além de colaborarem tecnicamente para a formação de colegiados regionais ou municipais para desenvolverem planos específicos para região ou município.

A disseminação das diversas ações do Programa tem sido realizada principalmente pela publicação mensal conhecida como Agita News de forma impressa e digital. Esta publicação tem entre 6 e 8 páginas e contém as seguintes informações: a- atividades desenvolvidas pela coordenação do programa; b- Atividades desenvolvidas pelos parceiros do programa; c- novidades relacionadas com a promoção da atividade física; d- atualização científica; calendário de atividades. As notícias são agrupadas em Agita São Paulo, atividades realizadas no estado de São Paulo; Agita América e Agita

Mundo. O Agita News tem uma tiragem de aproximadamente 80 cópias impressas, e seus números são enviados por e-mail aos parceiros, e está disponível no site do programa.

Outra estratégia desenvolvida pelo programa é a realização de mega-eventos. Os parceiros do PASP celebram anualmente no dia 6 de abril o Dia Mundial da Atividade física – Agita Mundo, desde 2002 e na última sexta-feira do mês de agosto o Agita Galera, desde 1997. Os objetivos em organizar mega-eventos são: a- estabelecimento de metas comuns entre os parceiros; b- fortalecimento das redes intersetoriais; c- sensibilização da população para o tema central do programa; d- gerar mídia espontânea não paga; e- visibilidade local para os diferentes programas vinculados ao Agita São Paulo; f- formação de novas redes de apoio; g- disseminação da mensagem; h- lançamento de novos programas.

A partir desta mobilização no Estado de São Paulo, outros municípios do Brasil e do exterior, influenciados pelo Programa "Agita São Paulo", implementaram ações similares, como por exemplo, os programas: Agita Canela (RS), Agita Cornélio - Cornélio Procópio - PR, Mexe Campina - PB, Agita Bahia - BA, Agita Nova Lima - MG, Agita Maués - AM e Agita Campo Grande - MS, além do Programa Muévete Bogotá - Colômbia que também recebeu assessoria do PASP. O PASP também contribuiu para a implantação dos programas Active Trinidad Tobago, A Moverse - Argentina, Risaralda Activa - Colômbia.

Somado a este apoio para outros estados e países, a Divisão de Doenças Crônicas Degenerativas do Ministério da Saúde criou em 1998 um Comitê técnico científico, com diversos especialistas da área de Educação Física e Medicina Esportiva. O objetivo deste comitê foi a elaboração de uma política nacional de promoção da atividade física e o PASP através do Coordenador Geral do Programa, Dr. Victor Matsudo participou deste comitê, apresentando o programa como um possível modelo para ser adaptado na formulação da

política nacional, o que resultou na criação do Agita Brasil, que será comentado mais adiante.

Em outubro de 1999, em São Paulo, durante o XXII Simpósio Internacional de Ciências do Esporte, cujo tema foi "Atividade Física: Da Comunidade ao Alto Rendimento", evento organizado pelo CELAFISCS, foi concluído o "Manifesto de São Paulo para a Promoção da Atividade Física nas Américas". Nesse documento houve a participação de representantes das Américas e da Europa, Organização Mundial da Saúde - OMS, Centro de Controle e Prevenção de Doença - CDC, Colégio Americano de Medicina Esportiva - ACSM, Conselho Internacional de Ciências do Esporte e Educação Física - ICSSPE, Federação Internacional de Educação Física - FIEP, Ministério da Saúde - Brasil, entre os diversos especialistas do Brasil e do exterior. Esse documento teve como objetivo incentivar outras ações nacionais, regionais ou locais para a promoção da atividade física no âmbito governamental e não governamental. Foi endossado por diversos órgãos internacionais e nacionais, sendo adotado como documento oficial do Programa: Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não Transmissíveis - CARMEN, para a área de atividade física. Esse programa da Organização Pan Americana da Saúde, tem como objetivo combater os diversos fatores de risco à saúde, entre eles: álcool, tabagismo, diabetes, hipertensão, excesso de peso e inatividade física.

No ano de 2000, também foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa Agita Brasil, neste período o PASP já havia sido reconhecido pela Organização Mundial da Saúde e foi indicado como um modelo para países em desenvolvimento ou desenvolvidos. O Programa Agita Brasil estava associado ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e pressupunha uma ação intersetorial da saúde, da educação e do esporte, dentre outros setores afins. Dirigido a toda população e, em especial, àqueles segmentos expostos ao risco de doenças crônicas não transmissíveis, o programa era de aplicabilidade fácil, de baixo custo e alto benefício na promoção da saúde. O Programa Agita Brasil apresentava os seguintes

objetivos: 1) Divulgar informações relativas aos benefícios da atividade física e promover o envolvimento da população nessa prática; 2) Promover atividades que induzam as pessoas a adotarem um estilo de vida fisicamente ativa; 3) Constituir-se em um instrumento de sustentabilidade e efetividade das ações de prevenção e controle da DCNT e 4) Desenvolver estudos e formular metodologias nacionais capazes de comprovar benefícios e avaliar o impacto de promoção da atividade física na alteração de hábitos de vida e no controle e prevenção das DCNT (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Foram realizadas 25 oficinas no país, onde participaram representantes de 537 municípios, entre os quais profissionais da área de saúde, predominando médicos, enfermeiros, nutricionistas, odontólogos, assistentes sociais, profissionais liberais de outras categorias, professores de educação física, agentes comunitários e representantes das comunidades. Foram capacitados 2.214 multiplicadores. Desse total, registrou-se que 50,7% dos participantes estavam vinculados às instituições governamentais municipais, 28,6% estavam ligados a organismos governamentais estaduais, e 18,6% são profissionais oriundos de outras instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Em função da troca do governo federal, houve uma reorientação política e partidária do novo Governo Federal e as ações do Programa Agita Brasil foram interrompidas.

Paralelo a estes acontecimentos foi criado pelo CELAFISCS e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA a Rede de Atividade Física das Américas (RAFA) como objetivo de construir uma “rede de redes nacionais” integrando membros de instituições públicas e privadas ambas nacionais e internacionais para promover a saúde e a qualidade de vida através da atividade física. A RAFA trabalha com os seus membros para desenvolver, compartilhar e coordenar estratégias, que fortaleçam os esforços e incrementem o conhecimento e os níveis de atividade física entre as populações das Américas.

A rede inclui membros de instituições públicas e privadas que iniciam e desenvolvem programas de atividade física, como também as organizações nacionais e internacionais que podem aconselhar e financiar as atividades dos membros da rede. Uma das principais ações da RAFA têm sido a realização do curso de atividade física e saúde pública – Agita Mundo, que está em sua décima quarta edição, com o objetivo de reunir pessoas chaves dos países das Américas para promoverem políticas de promoção da atividade física. Em 2006, a RAFA publicou o livro: *Best Practices for Physical Activity Promotion* reunindo as experiências bem sucedidas nas Américas na área de promoção da atividade física.

Após dois anos de discussão com especialistas do mundo inteiro, incluindo o Dr. Victor Matsudo – coordenador geral do PASP - em maio de 2004 a OMS finaliza o documento intitulado: Estratégia Global sobre alimentação, atividade física e saúde. Este documento sugere a ampla discussão para a formulação de políticas públicas na área da alimentação saudável e promoção da atividade física e também propõe ações no âmbito local, nacional e mundial (WHO, 2004). Muitas estratégias sugeridas neste documento já eram utilizadas pelo PASP desde o seu lançamento em 1996. *Ainda naquele ano, em consequência do impacto da celebração do Dia Mundial da Saúde, que teve como tema central a promoção da atividade física (Move for Health) e a abertura oficial das celebrações em São Paulo com a presença da Diretora Geral, Dra Gro Brundtland, como testemunho do sucesso do Agita, a Assembléia Geral da OMS aprovou moção do Canadá de se celebrar anualmente o Move for Health Day e se deu um prazo de dois anos para a elaboração de uma estratégia global para o setor.*

A recente Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) tem como uma de suas ações específicas a prática corporal / atividade física de responsabilidade do gestor federal, estadual e municipal, além de abordar os temas: Alimentação saudável; Prevenção e controle do tabagismo; Redução da morbidade e mortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras

drogas; Redução da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e Promoção do desenvolvimento sustentável. Dentre as diversas sugestões apontadas pela Política Nacional de Promoção da Saúde, referente às práticas corporais e atividade física, o PASP, desde o seu lançamento em 1997 já vinha desenvolvendo no Estado de São Paulo, várias atividades incluídas na política nacional, como por exemplo:

Ações na rede básica de saúde e na comunidade:

- Capacitar os trabalhadores de saúde em conteúdos de promoção à saúde e práticas corporais / atividade física na lógica da educação permanente, incluindo a avaliação como parte do processo.
- Pactuar com os gestores do SUS e outros setores nos três níveis de gestão a importância de ações voltadas para melhorias ambientais com o objetivo de aumentar os níveis populacionais de atividade física.
- Incentivar articulações intersetoriais para a melhoria das condições dos espaços públicos para a realização de práticas corporais / atividades físicas (urbanização dos espaços públicos; criação de ciclovias e pistas de caminhadas; segurança, outros).

Ações de aconselhamento/divulgação

- Organizar os serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis.
- Desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis e objetivando reduzir fatores de risco para doenças não transmissíveis

Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros

- Estimular a formação de redes horizontais de troca de experiências entre municípios.
- Estimular a inserção e fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade.
- Resgatar as práticas corporais / atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos.
- Articular parcerias estimulando práticas corporais / atividade física no ambiente de trabalho.

Ações de monitoramento e avaliação

- Desenvolver estudos e formular metodologias capazes de produzir evidências e comprovar a efetividade de estratégias de práticas corporais / atividades físicas no controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis.
- Estimular a articulação com instituições de ensino e pesquisa para monitoramento e avaliação das ações no campo das práticas corporais / atividade física.

Outra ação, no campo da Política Pública, que tem ajudado na consolidação da inclusão da atividade física como uma estratégia fundamental de promoção da saúde no Brasil foi o pacto pela saúde que possui 3 dimensões: Pacto pela vida; Pacto de defesa pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o Pacto de Gestão. Entre os pontos no Pacto pela Vida a promoção da saúde recebe destaque assim como a atenção básica a saúde, espaço que a atividade física já ocupa importante papel, assinalado por diferentes profissionais de saúde de diferentes níveis. Esse documento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) apresenta os seguintes objetivos:

- a. Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três níveis de gestão (federal, estadual e municipal);
- b. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- c. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- d. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- e. Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006.

Todas as ações descritas acima, entre outras, inspiraram e ajudaram na fundamentação da Política Nacional de Promoção da Saúde produzida pelo Ministério da Saúde do Brasil, finalizada em junho de 2006, a qual resgata a promoção de estratégias adequadas para o combate do tabagismo, incentivo a alimentação saudável e a prática da atividade física.

A inclusão da promoção da atividade física como uma estratégia de Política Pública no campo da saúde tem se apoiado geralmente em: Aumento da morbidade e mortalidade das doenças crônicas degenerativas não transmissíveis; Princípios da Promoção da Saúde; Custos da inatividade física, efetividade da prática de atividade física na saúde; Baixo custo dos programas de atividade física comparados a outras intervenções.

O PASP realiza reuniões de planejamento estratégico regularmente com a participação de parceiros e assessores do programa. Desde a primeira reunião a necessidade de criar estratégias que ajudassem à municipalização do programa foi detectada como uma ação fundamental para garantir a sustentabilidade e efetividade das ações de promoção da atividade física no estado de São Paulo. No planejamento de 2005-2006, coordenado pelo Prof. Antônio Carlos Bramante, pela primeira vez, finalizou este processo com 10

projetos executivos, entre eles um plano de ação para os novos gestores municipais com atenção especial a cidade de São Paulo e outro projeto para a formação de colegiados regionais e municipais.

Atualmente, o programa conta com 260 cidades no Estado de São Paulo que assinaram formalmente a parceria com o PASP. Dentre as representações municipais que aderiram ao programa concentram-se secretárias municipais de saúde, e em número bem inferior as secretarias municipais de esporte, possivelmente devido à ênfase ainda dada as práticas esportivas, características desse setor ou possivelmente pelo fato do PASP incentivar a atividade física independente da orientação profissional o que pode ter gerado uma reação contrária dos profissionais de educação física.

Com o objetivo de verificar a existência de projetos de atividade física voltados à saúde da população em municípios do Estado de São Paulo, BANKOFF et al (2005) encaminharam um questionário para os 645 municípios do Estado de São Paulo das quais 462 prefeituras (71,6%) retornaram o questionário respondido. Após a análise, foram mostrados os seguintes resultados: 226 dos municípios (49%) possuem projetos de atividade física voltados à saúde, dentre esses 58% são projetos esportivos; 22% voltados à recreação; 82% acoplam atividades de ginástica, caminhadas, corridas rústicas e passeios ciclísticos; 9% vinculam-se à Educação Física Escolar; 14% referem-se a projetos voltados aos grupos específicos, tais como portadores de doenças crônico-degenerativas e reabilitação. Uma informação que merece destaque foi que 45% dos projetos foram identificados como "Agita Município" e similares, o que corresponde a 102 municípios. Informações sobre a estrutura, conteúdo e processo destes programas não foram abordados neste trabalho. Outra informação importante é a existência de uma quantidade reduzida de projetos em municípios abaixo de 10 mil habitantes, onde 65% não apresentaram nenhum projeto nesta área.

Em relação à avaliação de resultados MATSUDO et al (2008) avaliaram o nível de inatividade física na região metropolitana de São Paulo entre os anos de 2000 e 2007 onde há uma maior redução entre as mulheres (51%) do que nos homens (31%). Em outro artigo recente (MATSUDO et al no prelo) apresentou resultados positivos de aumento da atividade física moderada na população acima de 18 anos no Estado de São Paulo, no período de 2002 a 2008, mais acentuado no sexo feminino também.

Outro estudo realizado por ANDRADE et al (2006) demonstrou um possível impacto do mega-evento "*Agita Galera – Dia da Comunidade Ativa*" sobre os níveis de atividade física em escolares do ensino médio da cidade de São Paulo. Os resultados demonstraram que a proporção de inatividade física foi 12 vezes menor em adolescentes de escolas públicas quando comparado aos adolescentes de escolas privadas (Sem Agita Galera: 19,9% - Com Agita Galera: 1,6%), indicando possivelmente que a participação dos adolescentes no evento poderia ter alguma influência positiva em relação ao nível de atividade física, fato que necessita ser melhor estudado. Em outro estudo, CESCHINI et al (2009) concluíram que a prevalência de inatividade física em adolescentes do ensino médio de São Paulo foi elevada em todas as regiões geográficas e estava associada ao fato de não conhecer e não participar dos eventos do PASP, o que não pode ser entendida como uma associação de causa e efeito e também deveria ser melhor estudada. Ainda que esses resultados não sejam conclusivos, merecem atenção e devem ser aprofundados para possivelmente serem utilizados como resultados de efetividade do programa.

Outro indicador positivo é o compromisso com as metas relacionadas à atividade física explicitados no planejamento da Secretaria de Estado da Saúde do quadriênio 2008 a 2011 no Eixo VII: Incentivo ao desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde no SUS, conforme o quadro abaixo, apresentando uma meta audaciosa para o processo de municipalização SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO (2008).

Quadro 3: Meta, resultados esperados e estratégias para o estado de São Paulo, proposto pela Secretaria de estado da Saúde.

Meta/Resultado Esperado Aumentar em 100% no quadriênio o número de municípios e organizações parceiras que adotem ações e programas de estímulo à atividade física.
Ações Estratégicas <ol style="list-style-type: none">1. Dar continuidade e ampliar as ações do Programa Agita São Paulo, objetivando a divulgação da importância da atividade física.2. Estimular os municípios e outras entidades (empresas, órgãos governamentais, escolas etc.) na adoção de programas locais de estímulo à atividade física.3. Salientar os componentes de atividade física para populações específicas: idosos, mulheres, adolescentes, trabalhadores etc.4. Incluir os conhecimentos sobre a importância da atividade física nos fóruns de treinamento e capacitação dos técnicos e equipes de saúde estaduais e municipais.5. Participar e divulgar a importância da atividade física na mídia e nos eventos e datas relacionadas com a saúde (Dia Mundial de Saúde, Semana da Mulher etc.).6. Levar o Programa "Agita" para os eventos realizados, divulgando o programa ou as atividades desenvolvidas, através da mídia, bem como nas unidades de saúde com cartazes e faixas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 45.7. Implementar ações de promoção à saúde e qualidade de vida da população e do trabalhador em saúde com programas de atividade física, com objetivos de redução de utilização de medicamentos para hipertensão arterial, prevenção de obesidade e diabetes e reduzir os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - lesões por esforços repetitivos e outras doenças crônicas. Proposta da V Conferência Estadual de Saúde nº 141.

Ao longo desses anos o PASP como vimos acima conquistou um reconhecimento nacional e internacional como uma estratégia de promoção da atividade física bem sucedida (PAHO, 2002; BULL, 2004; BANCO MUNDIAL 2005 e BALMAN 2006). Como qualquer intervenção humana também foi alvo de críticas que podem ser agrupadas em nove itens: 1) É um programa cartesiano, normativo, com uma visão de saúde estritamente biológica, 2) O programa não utiliza verdadeiramente os princípios de promoção da saúde; 3) É um programa essencialmente midiático; 4) Usa uma política de "culpabilização da vítima", responsabilizando o indivíduo pelo comportamento sedentário; 5) Não considera os determinantes sociais do processo saúde-

doença; 6) Inibe a participação social; 7) Disfarça-se de iniciativa afinada ao Sistema Único de Saúde; 8) Não apresenta uma proposta pedagógica para a Educação Física Escolar; e 9) Realiza somente eventos pontuais (CARVALHO, 2001; EXNEEF, 2006; FRAGA, 2006; DARIDO, 2007; FERREIRA, 2008 e OLIVEIRA, 2009 GÓIS JUNIOR, 2007).

Segundo os descritores³ em ciências da saúde da Biblioteca Virtual em Saúde o processo denominado “municipalização” é também sinônimo de descentralização em português (*descentralización* em espanhol ou *descentralization* em inglês) e é definido como: Redistribuição das responsabilidades referentes às ações e serviços de saúde entre vários níveis de governo, desencadeada por uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um reforço do poder municipal.

Utilizando este descritor realizamos uma busca no site da Biblioteca Regional de Medicina (<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>) no dia 4 de janeiro de 2010 às 21:51 tendo sido encontrados os seguintes números de referências sobre municipalização.

Quadro 4: Número de referências sobre o tema municipalização, descentralização e atividade física.

Descritor	Número de referências
Municipalização ou <i>descentralización</i> ou <i>descentralization</i>	2327
Saúde ou <i>Health</i> ou <i>Salud</i>	2321
Publicações no Brasil	1115
Publicações no Brasil: 2000 – 2008	458
Municipalização + Saúde + Atividade Física	0

³ O vocabulário estruturado e trilingüe DeCS - Descritores em Ciências da Saúde foi criado pela BIREME para uso na indexação de artigos de revistas científicas, livros, anais de congressos, relatórios técnicos, e outros tipos de materiais, assim como para ser usado na pesquisa e recuperação de assuntos da literatura científica nas bases de dados LILACS, MEDLINE e outras disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Tem como finalidade principal servir como uma linguagem única para indexação e *recuperação* da informação entre os componentes do Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, coordenado pela BIREME, e que abrange 37 países na América Latina e no Caribe, permitindo um diálogo uniforme entre cerca de 750 instituições.

Como podemos observar no quadro acima a análise dos programas ou políticas de promoção da atividade física e o seu processo de descentralização ou municipalização são ainda inexplorados.

Levando em consideração que: a- o PASP já passou por 3 gestões dos governos estaduais e federal e 3 gestões dos governos municipais, o que pode caracterizar um alto grau de sustentabilidade (No governo estadual as três gestões foram realizadas pelo PSDB); b- a diversidade de características dos municípios que implementaram uma política municipal de promoção da atividade física inspirada pelo modelo Agita São Paulo; c- a diversidade partidária dos gestores municipais que adotaram este modelo; d- a construção de uma rede nacional e internacional na área de promoção da atividade física; e- a implementação do programa na terceira maior cidade do mundo o Agita Sampa, na capital de São Paulo desde 2004; f- o reconhecimento mundial como um programa bem-sucedido e de baixo custo; g- a falta de informação sobre o processo e os determinantes para a municipalização de políticas municipais de promoção da atividade física e h- a necessidade de ampliar as estratégias que garantam a implementação de políticas municipais de promoção da atividade física, utilizando como base o PASP é que surge o interesse em realizar a avaliação do processo de municipalização do PASP.

Ausência de informação se os programas foram criados a partir dos pressupostos do modelo ecológico e/ou da promoção da saúde, dependendo da relação que se fizer anteriormente, também será uma das questões que procuraremos investigar.

Em consonância com as responsabilidades do Governo do Estado de São Paulo, propostos pela Política Nacional de Promoção da Saúde, as ações realizadas pelo PASP desde 1997 acreditamos que a realização deste trabalho possa colaborar com aos seguintes pontos:

- Criar uma referência e/ou grupos matriciais responsáveis pelo planejamento, articulação e monitoramento e avaliação das ações de Promoção da Saúde nas Secretarias de Saúde de Estado.
- Manter articulação com municípios para apoio à implantação e supervisão das ações de Promoção da Saúde.
- Desenvolvimento de ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para instrumentalização de processos de gestão.
- Adotar o processo de avaliação como parte do planejamento e implementação das iniciativas de Promoção da Saúde, garantindo tecnologias adequadas.
- Estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação desta Política.
- Implementar as diretrizes de capacitação e educação permanente em consonância com as realidades locais e regionais.
- Divulgação sistemática dos resultados do processo avaliativo das ações de Promoção da Saúde.

Uma das ações também tem sido o destino de recursos para entes federados visando apoio aos projetos de atividade física no SUS (MALTA, 2008), o que ocorreu por meio de repasses de recursos fundo a fundo. A partir do ano de 2005, 27 capitais receberam repasse para o desenvolvimento dos programas de atividade física nos seus municípios. A partir de 2006, foram abertos editais e selecionados Projetos Municipais de Incentivo à Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, que receberam apoio financeiro para o seu desenvolvimento. Estes editais deram ênfase a ações relacionadas à Estratégia Global referentes às Práticas Corporais e Atividade Física conforme

ações específicas da Política em Municípios, Estados e Distrito Federal, que objetivem “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes”. Atualmente são 469 municípios brasileiros que compõem a rede de atividade física e em quatro anos foram destinados R\$ 92.791.977,41. (Edital nº 2 de 11 de setembro de 2006, Edital nº 2 de 14 de setembro de 2007, Portaria nº 79 de 23 de setembro de 2008, Portaria nº 139 de 11 de agosto de 2009)

O Estado de São Paulo em 2006 e 2007 foi o que conseguiu maior número de municípios selecionados para a obtenção de recursos federais para o desenvolvimento de projetos municipais. Em 2006, foram 35 municípios contemplados e em 2007, 50 municípios, número expressivo, sendo o primeiro Estado com o maior número de projetos aprovados em números absolutos e o segundo em termos relativos. Se considerarmos os municípios que assinaram formalmente a parceria com o PASP, eles representam 54% em 2006 e 51% em 2007.

Este desempenho, isoladamente, não pode ser atribuído somente as ações do PASP, mas é inegável que alguma contribuição na inclusão da atividade física no cenário das políticas públicas municipais, especialmente no Estado de São Paulo, tenha ocorrido.

Descentralização da saúde: a concepção da pesquisa.

A constituição da República Federativa do Brasil em sua Seção II - Da Saúde em seus artigos 196, 197 e 198 apresentaram a essência das diretrizes que devem assegurar as ações, programas e políticas de saúde em nosso país. Consequentemente as ações relacionadas à atividade física deveriam observar atentamente e perseguir como ideal estas orientações, ainda que na prática haja dificuldades históricas para o seu cumprimento. No artigo 196 a saúde é reconhecida como direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Já no artigo 197 é descrito a relevância pública das ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

É no artigo 198 que o processo de regionalização, trabalho em rede através da descentralização das ações, programas e políticas, bem como o atendimento integral e a participação da comunidade, ganha o seu apoio legal. Artigo 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Podemos considerar que a partir da Constituição de 1988 o nosso sistema de organização política priorizou a descentralização, principalmente mediante a municipalização. Assim tornou-se fundamental avaliar os determinantes, bem como a efetividade desse processo de municipalização.

Os objetivos para os quais a descentralização foi proposta, têm sido de duas ordens, de acordo com outras duas diferentes interpretações do conceito: redução dos gastos públicos e deslocamento do poder. No primeiro caso, associava-se aos planos de privatização dos setores sociais, sob forma de transferência de responsabilidade pública para este setor ou através de cobranças de taxas. Relacionava-se à crise fiscal do Estado moderno e opõe-se às expectativas de universalização dos direitos sociais, além de neutralizar as demandas sociais, responsabilizando a população pela solução dos seus próprios problemas. O segundo significado atribuído à descentralização é incluído entre as estratégias de democratização, apoiada nos valores de universalização, equidade e controle social. Podem ser discriminadas duas formas alternativas de descentralização, sendo a primeira delas, como delegação de competências para execução de serviços sem outorga de poder (desconcentração), o que se chama de descentralização administrativa de atividades entre diferentes níveis hierárquicos, como o que representou a criação dos escritórios regionais de saúde. A outra estratégia é a descentralização jurídica, ou melhor, a redistribuição de poder entre Estado e Sociedade, mediante maior participação e controle social no planejamento e ações governamentais, ou ainda a redistribuição do poder para outras esferas de governo, como é o caso da descentralização, mais recentemente chamada de municipalização. Promoveu-se assim a democratização de gestão social, com efetiva participação da população e funcionários na tomada de decisões dos serviços descentralizados, significando o entendimento deste termo como deslocamento de poder, um elemento central na proposta da reforma sanitária (WESTPHAL, 1992).

A opção daqueles que conceberam o SUS foi sempre atribuir à descentralização o segundo significado, que deveria conduzir à redistribuição de poder entre Estado e Sociedade, mediante maior participação e controle social no planejamento e ações governamentais, ou ainda a redistribuição do

poder para outras esferas de governo, como é o caso da municipalização (WESTPHAL, 1992).

O conceito de descentralização em saúde, desde os debates dos anos 1970, sempre foi acompanhado da idéia de municipalização. Dados do Ministério da Saúde revelam que dos 5.506 municípios brasileiros, 5.451 - 98,8% - estavam habilitados à gestão municipalizada de saúde em dezembro de 2003. Portanto, quanto ao estrito cumprimento das normas legais, a municipalização da saúde estaria "pronta" e com ela a descentralização estaria avançando celeremente. Não há discussão quanto à necessidade de descentralizar a ação do SUS, mas é incontestável que os resultados reais desse processo de municipalização permaneçam objeto de irreconciliáveis discordâncias (TREVISAN e JUNQUEIRA 2007). Desde o pacto de gestão em 2006, todas as cidades se tornaram municipalizadas e assumiram o compromisso das ações básicas de saúde e a média e alta complexidade ficaram para os outros níveis de governo.

A partir do processo de municipalização reforçado pela Norma Operacional Básica (NOB) 1/92 o município passou a ter mais autonomia no planejamento, implementação, monitoramento, avaliação e gestão de suas políticas e é necessária a articulação com as outras esferas de governo, primeiro pela questão constitucional apresentada no SUS, mas vai além desta questão formal, que é imposta pelo enfrentamento de problemas e a identificação de estratégias comuns em busca de soluções adequadas, além da necessidade do apoio técnico e institucional dos níveis mais estruturados (SILVA-VIEIRA, 1999).

Outro ponto relevante é a questão do financiamento do sistema GERSCHMAN (2001) apontou que em 1992, 72,3% dos gastos em saúde correspondiam à União; 14,9%, aos estados e 12,8%, aos municípios; já em 1998, do total dos recursos federais do SUS, 55,4% foram gastos pela federação, 0,4% pelos estados e 44,2% pelos municípios.

MENDES E SANTOS (2000) apontaram que como a descentralização da saúde é um instrumento para que se possa seguir um caminho mais eficiente e eficaz na construção do "SUS para todos", o comprometimento dos três níveis de governo no financiamento do sistema, deve seguir a lógica equitativa, isto é, quem dispõe de mais recursos, deve colaborar com a maior parcela do financiamento, para que todos os cidadãos possam usufruir de melhores condições de saúde.

A municipalização discutida neste trabalho está relacionada ao processo de descentralização, apesar de não ter se iniciado conjuntamente com a força de uma resposta política afinada aos setores sociais comprometidos com um sistema de saúde público e universal, à centralização normativa e, principalmente financeira operada pelo regime militar, durante a década de 80 (ELIAS, 1992). O PASP se beneficiou de todas as conquistas deste período e dos desafios ainda presentes que impõem a sua força e faz com que profissionais de saúde e outros setores reflitam sobre a melhor forma de enfrentá-los e principalmente implantem ações para superá-los.

ARRETCHE (2002) cita que no Brasil, os estudos sobre o processo decisório dominam a produção acadêmica em detrimento de estudos de implementação, assim como, no plano teórico, diferentemente da experiência internacional, as abordagens associadas ao papel das idéias e do conhecimento na produção de políticas têm sido praticamente ignoradas. Uma das questões básicas a serem investigadas neste estudo será o conceito de descentralização adotado pelo Estado de São Paulo e assumido pelos municípios, relacionado ao processo que está em curso neste momento em relação à atividade física como uma política de promoção da saúde.

ARRETCHE MTS (1999) comentava que à exceção da área de previdência, nas demais áreas da política social - educação fundamental, assistência social, saúde, saneamento e habitação popular - estão sendo implantados programas de descentralização que vêm transferindo, paulatinamente, um conjunto

significativo de atribuições de gestão para os níveis estadual e municipal de governo. Se considerarmos que todas as atividades relativas à gestão destas políticas eram, no início dos anos 90, centralizadas no governo federal, temos a dimensão da transformação institucional que se vem operando no Sistema Brasileiro de Proteção Social. A descentralização da área da saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido utilizada como modelo para outras áreas no Brasil e no exterior.

A descentralização das ações governamentais vem sendo implementada em diversos países com resultados diferenciados. Problemas com os resultados da descentralização têm sido relacionados com fatores sociais e políticos, particularmente quanto à estratégia e aos conflitos decisórios. No Brasil, a descentralização tem-se constituído em um dos principais componentes do processo de Reforma Sanitária, cujas diretrizes foram aprovadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

A descentralização das ações remonta essa época com as Ações Integradas de Saúde (AIS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), institucionalizando-se e ganhando maior abrangência e densidade a partir da aprovação das suas bases legais. Após a implantação da Norma Operacional Básica 96, que assegurou maior autonomia municipal na gestão de recursos, verificou-se a ampliação da oferta da atenção primária e dos serviços de alta e média complexidade nos 522 municípios que se encontravam na gestão plena do sistema na ocasião (SILVA-VIEIRA et al, 2007).

Após a promulgação da Constituição de 1988, a principal ênfase nas políticas públicas de saúde no Brasil tem-se relacionado com a municipalização das ações e serviços de saúde, situado oficialmente como "o caminho" para a reorganização dos serviços de saúde no país (SILVA-VIEIRA 1992).

Essa necessidade não é dada somente por razões meramente formais, e sim tendo em vista a existência de problemas de saúde comuns a diversos

municípios e estados onde a adoção de estratégias de controle pactuadas pode potencializar o efeito das mesmas, bem como a necessidade de apoio técnico e institucional dos níveis mais estruturados para os menos estruturados (SILVA-VIEIRA, 1992). ASSIS et al (2009) asseguraram que todo o esforço para firmar divisão de responsabilidades claramente definidas e pactos de gestão estabelecidos em termos de compromisso inter-gestores perde muito da efetividade pela falta de um instrumento jurídico que garanta o cumprimento das responsabilidades consensuadas.

No Brasil, pós 1988, a autoridade política de cada nível de governo tornou-se soberana e independente das demais. Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição. Assim estados e municípios dotados de autonomia política e fiscal assumem funções de gestão de políticas públicas ou por própria iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional. O incentivo para que o município assuma a gestão de políticas públicas é fundamental, o que torna essencial as estratégias de indução capazes de obter a adesão de governos locais. A adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos para desempenhar tal tarefa (ARRETCHE, MTS 1999).

Cabe ao município, de forma autônoma, porém em articulação com as demais esferas de governo (federal e estadual), formular políticas locais de saúde e gerenciar os recursos e as instituições voltadas para a prestação de atenção à saúde. Além disso, o município deve reorganizar serviços e práticas de saúde na perspectiva de um novo modelo assistencial capaz de controlar danos, riscos e causas dos problemas priorizados pelos atores sociais envolvidos. Essa pode ser considerada como a imagem-objetivo proposta na NOB/96, que

corresponderia à Gestão Plena do Sistema Municipal (Ministério da Saúde, 1997). Embora o município tenha passado a assumir autonomia em relação a determinadas funções, esta é relativa tendo em vista a necessidade de articulação nacional das diversas instituições municipais e estaduais num Sistema Único de Saúde (SUS), conforme está proposto na Constituição Federal.

As novas responsabilidades municipais com a gestão do sistema de saúde requerem a incorporação da avaliação como componente do processo de planejamento, como atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisão e como auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial.

Ao se indagar sobre o processo de definição de prioridades, as características do planejamento vão emergir. Ao interrogar sobre a adequação das atividades programadas aos problemas priorizados, sobre a viabilidade dos objetivos e metas estabelecidos, bem como a eficácia e efetividade das ações propostas, estaremos pensando em monitorar e avaliar o processo de municipalização na sua essência e não somente na sua forma. Assim, nestes processos de avaliação e monitoramento, os gestores estarão revelando em que medida o município está assumindo, de fato, as rédeas do processo de formulação e condução das políticas de saúde, e não apenas elaborando planos formais e criando conselhos cartoriais (SILVA-VIEIRA, 1992).

SILVA-VIEIRA et al, 1992 apresentaram uma sugestão de características e atributos para o monitoramento do processo de descentralização que poderiam ser utilizados, para revelar aspectos relevantes das intervenções: a) relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acesso e equidade); b) relacionados com o efeito das ações (eficácia, efetividade e impacto); c) relacionados com os custos (eficiência); d) relacionados com a adequação das ações ao conhecimento tecnológico

disponível (qualidade técnico-científica); e) relacionados com a percepção dos usuários (satisfação, aceitabilidade).

SILVA-VIEIRA et al 2007 avaliou o processo de gestão descentralizada em cinco municípios da Bahia e encontraram que a gestão plena por si não é capaz de assegurar mudanças nos sistemas locais de saúde. A liderança do gestor municipal como aglutinador e mobilizador da incorporação de inovações na gestão foram fundamentais para a eficácia das ações. Outro ponto que pode ser considerado determinante foi quando os profissionais reconheceram que o projeto de governo era também seu.

A descentralização deve ser entendida, portanto como um princípio da Reforma Sanitária, que permite o acesso às responsabilidades e competências relacionadas à garantia do direito à saúde, de diferentes níveis da divisão territorial. Além dos objetivos de racionalizar as ações, tem o compromisso de realizá-las mediante a democratização das decisões. Em cada Estado e em cada município os fatos ocorrem de forma diferente, em alguns tornando mais agudas as tensões entre Estado e município e em outros fortalecendo alianças (WESTPHAL, 1992).

Variações observadas nos efeitos da municipalização podem ser atribuídas às características de governo e da gestão ou contexto da implantação. A análise da influência da interação entre a intervenção e o contexto da implantação foi importante para explicar as variações dos efeitos observados. Considerando-se a descentralização como a intervenção, o contexto como os componentes de governo ou da gestão da saúde e os efeitos, as modificações nas práticas assistenciais, de fato, os fatores contextuais podem ter contribuído para diferentes efeitos produzidos: a) Funcionando com uma interação sinérgica, b) interação antagônica ou c) ainda sem produzir efeitos (SILVA-VIEIRA et al 2007).

Segundo BOSSERT (1998) nós não temos meios de analisar os três elementos-chave da descentralização: (1) a quantidade de escolhas que é transferido de instituições centrais para as instituições locais dos sistemas de saúde, (2) o que fazer com as escolhas oficiais locais e com seu poder aumentado e (3) o efeito que essas escolhas têm sobre o desempenho do sistema de saúde. O mesmo autor aponta que a descentralização não é um fim em si, mas sim deve ser concebida e avaliada pela sua capacidade de atingir objetivos mais vastos da reforma da saúde: equidade, eficiência, qualidade e solidez financeira. Essa reflexão sobre os espaços de decisão e a participação de seus atores para possíveis decisões inovadoras, além de contribuir para entender porque alguns governos locais implantam inovações e outros não.

SPINK (1987), pensando a respeito de descentralização de programas, de idéias, de informações e formação técnica observou a necessidade de um planejamento mais voltado às mudanças incrementais, predominando a racionalidade política, operacionalizada em negociações sucessivas e a capacidade de gerenciamento da complexidade e incerteza nesse processo de descentralização.

Ainda que a descentralização tenha sido considerada como parte de uma estratégia para mudar o modelo assistencial do Brasil, fortemente centrado na oferta de serviços curativos, para outro que priorizasse o controle de riscos e causas, a promoção e prevenção e as ações intersetoriais, os estudos mencionados ainda não produziram evidências nessa direção (SILVA-VIEIRA et al 2007). VIANA e MACHADO (2009) observaram que a política de saúde registrou cinco atributos relevantes para a caracterização do federalismo, nos últimos vinte anos: mudanças nos arranjos institucionais e regras para decisões no governo federal; o conjunto de atores integrados em função das potencialidades e problemas do território; os arranjos jurídico-legais que definem responsabilidades entre níveis de governo; os arranjos fiscais intergovernamentais; os arranjos informais entre governos tanto verticais como horizontais.

SPEDO et al (2009) citaram que para se enfrentar o desafio da descentralização em municípios de grande porte, é importante avaliar experiências internacionais que conduziram processos de descentralização político-administrativa de seus governos que viabilizaram a criação de estruturas regionais, com distintas configurações, responsáveis pela gestão da política municipal.

LIMA (2009) comentou que lamentavelmente, nesses longos anos, predomina a visão da saúde como fonte de despesa, afastando-a da idéia de direito social ou valor humano. Desvios no uso de recursos da Seguridade Social, oscilações de fontes e instabilidade no aporte de receitas do MS marcaram o financiamento do SUS e limitaram os investimentos e transferências correntes federais realizadas para os estados e municípios. Este fator ainda se relaciona com a falta de recursos humanos e acúmulo de funções e também com o fato dos gestores desenvolverem apenas programas que tenham recursos financeiros.

ASSIS et al (2009) citaram que o Estado ainda compete com os municípios na execução de atividades em vez de concentrar esforços no que deve ser a sua atribuição mais importante: a coordenação, a avaliação e a indução de políticas através de pactuações e financiamentos específicos

TREVISAN e JUNQUEIRA (2009) comentaram que no aspecto gerencial, a implantação do conceito de rede, seria a arma mais eficiente para enfrentar a verticalização de estruturas decisórias. Os autores complementam que este processo enfrenta “gargalos” operacionais e financeiros que impedem os diferentes atores das diferentes organizações de falarem a mesma “linguagem”, o meio mais eficaz para gerar “vínculos” interorganizacionais. Porém, a efetiva interação de linguagens só será obtida no processo de construção de pactos de gestão.

O processo de municipalização foi objeto de estudo de SCATENA (2000) que avaliou a descentralização da saúde em 16 municípios do Mato Grosso do Sul. Os dados quantitativos mostraram que a descentralização teve impactos positivos, expressos em: maior aporte de recursos financeiros, melhor organização das secretarias e aumento da produção e da resolutividade de vários serviços os quais resultaram em melhoria da situação sanitária das cidades estudadas. Os dados qualitativos apontaram o fortalecimento dos Conselhos Municipais de Saúde como instância co-gestoras e de controle social do SUS em nível local.

SPINELLI e CANESQUI (2004) avaliaram a descentralização do programa de alimentação escolar em Cuiabá e concluíram que a descentralização ocorrida no município foi mista, resultando na fragmentação do programa quanto ao atendimento às redes de ensino estadual e municipal. A cobertura da clientela foi ampla, detectando-se, porém problemas na qualidade, no controle e na supervisão da alimentação. Os problemas institucionais persistentes, no entanto, não minimizaram a importância do programa para gestores, diretores e usuários

MACHADO (2007) analisou o modelo de atuação do Ministério da Saúde de 1990 a 2002 e observou que o mesmo passou por mudanças expressivas, moldadas por dois movimentos: a unificação nacional do comando sobre a política e a descentralização político-administrativa. Houve uma retração da prestação federal direta de serviços e mudanças no financiamento e na regulação. No final do período avaliado, configurou-se um modelo caracterizado por forte indução federal sobre Estados e municípios e pela adoção de estratégias de regulação de mercados. A baixa integração com outras políticas, a fragilidade de planejamento em longo prazo e as lacunas no financiamento expressaram a ausência de um projeto positivo e favoreceu distorções no modelo de intervenção federal que prejudicaram o enfrentamento dos problemas estruturais do sistema de saúde brasileiro.

Não conseguimos referências que tratem do processo de descentralização de programas, como o PASP, que apesar de ser basicamente uma disseminação organizada de informações, atitudes e práticas, depende de apoios políticos, de aporte de recursos financeiros e de pessoal para se concretizar.

Para a realização do nosso estudo avaliativo da municipalização do PASP, utilizamos como conceito de municipalização da atividade física no Estado de São Paulo, o processo de construção coletiva de uma estratégia para a implementação de uma política de promoção da atividade física no âmbito estadual, regional e municipal do Estado de São Paulo. Esse processo foi construído com a participação dos diferentes níveis e setores de governo, da coordenação geral do programa, dos parceiros governamentais e não governamentais, interlocutores regionais e municipais do PASP. Esses atores do programa serão entrevistados a respeito de suas percepções de como este processo está se desenvolvendo, como seus objetivos, metas e estratégias estão sendo implementados e quais os resultados estão sendo obtidos.

Objetivos:

Geral:

Avaliar o processo de municipalização do PASP, no Estado de São Paulo, no que se refere aos aspectos conceituais, aos aspectos processuais relacionados à implantação, monitoramento e avaliação e aos aspectos políticos expressos pelos apoios econômicos e estruturais oferecidos pelos níveis central, regional e local.

Específicos:

1. Descrever e analisar as características do processo de municipalização do PASP, utilizado pela Secretaria da Saúde de São Paulo, focalizando as concepções e o papel desempenhado pelo nível central, regional e municipal;
2. Identificar os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os municípios que participaram do processo de municipalização do PASP;
3. Identificar o perfil dos representantes institucionais e das instituições (públicas ou privadas) envolvidas com o PASP no colegiado geral e nos municípios que compõe a rede estadual;
4. Identificar e definir os determinantes do processo de municipalização do PASP a partir da visão dos coordenadores do programa, interlocutores dos DRS da Secretaria de Estado da Saúde e representantes municipais dos programas de atividade física;
5. Identificar a percepção dos responsáveis municipais envolvidos com o programa local sobre a participação do PASP no processo de implantação do programa municipal;

6. Identificar a existência de redes regionais e locais de programas vinculados ao PASP, e como se dá o apoio por parte dos DRS, governos municipais e de instituições parceiras regionais e municipais;
7. Avaliar as concepções de promoção da saúde que orientam a coordenação e os interlocutores regionais e municipais do PASP.

Métodos

Em função do objeto de estudo acreditamos que o estudo de caso é a metodologia mais adequada para avaliarmos o PASP na perspectiva do seu processo de municipalização. O interesse pelo caso incide naquilo que ele tem de único, de particular, mesmo que posteriormente se possa verificar certas semelhanças com outros casos ou situações. Este tipo de metodologia visa à descoberta; enfatiza a "interpretação em contexto; retrata a realidade de forma completa e profunda, usa uma variedade de fontes de informação, revela experiência vicária, permite generalizações naturalísticas, representa o diferente e às vezes conflitantes pontos de vista presentes numa situação social, utiliza uma linguagem mais acessível do que outros relatórios de pesquisa LUDKE e ANDRÉ (1986).

Segundo esses autores o estudo de caso deve ser desenvolvido em três fases, sendo uma primeira exploratória, a segunda mais sistemática do ponto de vista de coleta de dados e a terceira consiste na análise e interpretação sistemática dos dados. A fase exploratória começa com um plano muito incipiente, que vai se delineando mais claramente à medida que o estudo se desenvolve. Podem existir inicialmente algumas questões ou pontos críticos que vão sendo explicitados, reformulados ou abandonados à medida que se mostrem mais ou menos relevantes na situação estudada. Essas questões ou pontos críticos podem surgir através do exame da literatura, fruto de observações e depoimentos de especialistas ou ainda do contato inicial com a documentação existente ou com pessoas envolvidas com o objeto de estudo. Esta fase se torna fundamental para uma definição mais precisa do objeto de estudo.

Os autores ainda argumentam que as fases não se complementam numa seqüência linear, mas se inter-relacionam em vários momentos, surgindo apenas um movimento constante no confronto teoria-empíria.

Fase exploratória:

Em nosso projeto, devido ao envolvimento direto do pesquisador com o programa, a fase exploratória foi facilitada devido ao livre acesso aos documentos produzidos pela coordenação do PASP desde 1996. Abaixo listamos a fonte de informação para a análise documental:

- 1) Identificação das cidades parceiras do PASP através da Revisão da assinatura da Carta São Paulo para a adesão ao PASP desde 1997;
- 2) Verificação da participação dos interlocutores regionais e municipais do *PASP nos cursos de capacitação oferecidos pelo PASP e os conteúdos relacionados ao processo de implementação e municipalização da metodologia do PASP*
- 3) Revisão das seis edições do livro Boas Práticas de Promoção da Atividade Física, verificando as cidades que publicaram suas experiências locais;
- 4) Revisão do material técnico e científico produzido pelo PASP com o objetivo de verificar as estratégias de implementação dos programas e do processo de municipalização;

A partir dos objetivos específicos criamos um quadro relacionando-os com as fontes de informação que serão utilizadas na metodologia deste trabalho (Anexo 1 e anexo 2).

Fase delimitação do estudo:

Uma vez identificados os elementos-chaves e o contexto do objeto de estudo fomos para a segunda fase que é caracterizada pela coleta sistemática de informações que em nosso projeto foi obtida através de entrevistas semi estruturadas por telefone com informantes-chaves:

- a) Coordenadores do PASP (n=7) (Anexo 3);
- b) Interlocutores regionais do PASP dos 17 Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (n=17) (Anexo 4);
- c) Interlocutores dos programas municipais de atividade física (n=66) (Anexo 5).

Para a elaboração das questões nos baseamos no trabalho desenvolvido por SCATENA (2000) que avaliou o processo de descentralização da saúde no Estado de Mato Grosso e SPINELLI (2004) que analisou o processo de descentralização da merenda escolar em Cuiabá. Os roteiros de entrevista nos anexos 3,4 e 5 foram aperfeiçoados após a análise documental e a realização do pré teste. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 6).

Antes da coleta de dados com os três grupos: coordenação geral, interlocutores regionais e municipais foram realizados pré testes. Pessoas que tiveram contato com o programa em cada um dos níveis (central, regional e municipal), mas que no momento não exerciam mais a função, porém conheciam o PASP e participaram das estratégias de municipalização do programa por pelo menos 3 anos foram entrevistadas sendo um ex integrante da coordenação do PASP e dois ex interlocutores regionais e 2 interlocutores municipais. A partir deste pré teste, alguns ajustes foram feitos. Os formulários semi estruturados se encontram nos anexos 2, 3 e 4 respectivamente.

A amostra caracterizou-se pelos profissionais que exercem a coordenação geral do PASP (n=7); os interlocutores regionais do PASP (Departamento Regional de Saúde - DRS) (n=17). E o terceiro grupo foi constituído por interlocutores de programas de atividade física no âmbito municipal do Estado de São Paulo.

Todos os coordenadores do programa foram entrevistados, totalizando 7 profissionais de saúde que trabalham no CELAFISCS entre 9 e 35 anos, sendo dois médicos e quatro profissionais de educação física e uma nutricionista, com idade variando de 31 a 60 anos, três homens e 4 mulheres, sendo que dos 7 entrevistados, 5 atuam desde o lançamento do programa em 1996 e dois desde 2001.

O PASP faz parte das políticas públicas de saúde do Estado de São Paulo. O SUS no estado de São Paulo está inserido no processo de municipalização das políticas e da gestão. Neste sentido a Secretaria de Estado Saúde funciona com seu corpo diretivo centralizado repartindo a gestão com os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) que são responsáveis pelo desenvolvimento regional e municipal das políticas e das ações. Os DRS estão atualmente divididos em 17 unidades conforme tabela 1, com os respectivos números de municípios e população representada.

No DRS há um profissional designado pelo Diretor do DRS para ser o interlocutor do PASP junto aos municípios. Estes interlocutores são convidados a participarem das reuniões mensais de colegiado do programa e desenvolvem um papel preponderante no processo de municipalização junto às cidades da sua região.

Ao analisarmos os dados dos 17 interlocutores regionais identificamos um perfil semelhante em relação ao gênero e idade, 82% são mulheres, 65% possuem entre 30 e 49 anos, e pela diversidade de formação e cargos, representam 15 profissões diferentes sendo 8 Nível gerencial, 8 Nível técnico e 1 Nível operacional, 47% participam do Agita há mais de 5 anos; 29% entre 1 a 5 anos e 24% menos de um ano. Não há nenhum professor de educação física neste quadro.

O perfil dos interlocutores municipais entrevistados 77% são do sexo feminino, 64% tinham entre 30 e 49 anos. Em relação à formação acadêmica, as mais presentes foram: educação física, enfermeiro, fisioterapeuta, médico e dentista, totalizaram 14 diferentes formações, sendo que apenas um não possuía formação no ensino superior. Eram responsáveis diretos do programa 44 (72%) dos entrevistados, 82% estavam ligados a área da saúde e 18% a área de educação física ou esporte, distribuídos em 36 cargos diferentes, os mais freqüentes foram educador físico, enfermeiro, secretário ou diretor de saúde ou esporte e fisioterapeuta.

Tabela 1: Relação dos Departamentos Regionais de Saúde, número de cidades vinculadas e população representada.

DRS	Nº de Municípios vinculados	População representada
DRS I – Grande São Paulo	39	19.917.608
DRS II – Araçatuba	40	710.434
DRS III – Araraquara	24	931.533
DRS IV – Baixada Santista	9	1.687.096
DRS V – Barretos	19	414.687
DRS VI – Bauru	68	1.667.177
DRS VII – Campinas	42	3.970.220
DRS VIII – Franca	22	669.044
DRS IX – Marília	62	1.096.957
DRS X – Piracicaba	26	1.427.233
DRS XI – Presidente Prudente	45	727.262
DRS XII – Registro	15	289.447
DRS XIII – Ribeirão Preto	26	1.290.197
DRS XIV – São João da Boa Vista	20	803.107
DRS XV – São José do Rio Preto	101	1.470.237
DRS XVI – Sorocaba	48	2.276.863
DRS XVII – Taubaté	39	2.284.700

Para compor a amostra dos interlocutores municipais utilizamos como critério os municípios que foram contemplados com uma verba de R\$ 40.000

(quarenta mil) em 2006 [edital nº. 2 de 11 de setembro de 2006] e de R\$ 80.000 (oitenta mil reais) em 2007 [edital nº- 4, de 24 de outubro de 2007] do Ministério da Saúde para implementar ou potencializar programas de promoção da atividade física e práticas corporais, totalizando 67 cidades.

Consideramos que o fato de um município encaminhar o projeto e ser selecionado pelo Ministério da Saúde, para o recebimento desta verba, é um indicador positivo de qualidade e amadurecimento da equipe e do gestor de saúde local. Este fato pode ser utilizado como uma avaliação externa do resultado do processo de municipalização através das atividades desenvolvidas pelo PASP.

Desses 67 municípios, 17 cidades foram contempladas nos dois editais (Amparo, Capivari, Estância Balneária de Praia Grande, Garça, Guará, Guarulhos, Hortolândia, Itupeva, Martinópolis, Nantes, Ourinhos, Pirassununga, Presidente Venceslau, Rio Claro, São Carlos, São José do Rio Preto e São Paulo).

As demais cidades são Altinópolis, Americana, Américo Brasiliense, Andradina, Anhumas, Aparecida, Araçatuba, Arco Íris, Artur Nogueira, Assis, Batatais, Brejo Alegre, Campinas, Cândido Mota, Cássia dos Coqueiros, Castilho, Dracena, Elias Fausto, Embu, Embu Guaçu, Estrela do Norte, Ilhabela, Ipaussu, Maracá, Marília, Nova Luzitânia, Novo Horizonte, Oriente, Orlandia, Osvaldo Cruz, Parapuã, Paulínia, Piracicaba, Pitangueiras, Pompéia, Reginópolis, Registro, Ribeirão Bonito, Ribeirão Pires, Salto Grande, Santana de Parnaíba, Santos, São Caetano do Sul, São José dos Campos, São Pedro, Suzano, Uru, Valinhos, Várzea Paulista.

Das 67 cidades 6 (9%) - Altinópolis, Aparecida, Batatais, Cássia dos Coqueiros e Pompéia - não participaram devido a mudanças em sua estrutura e trocas de governo local em função das eleições municipais, ocorridas no início de 2009, o

que impossibilitou a localização do contato que havia participado do programa municipal nos anos anteriores.

As entrevistas foram feitas pelo Instituto de Pesquisa da Universidade de São Caetano do Sul e o financiamento para este levantamento foi concedido pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP sob o número de processo 2009/14398-0.

Consideraremos para o agrupamento das informações levantadas o porte da cidade em função do número de habitantes. Os municípios de pequeno porte foram considerados aqueles até 50.000 habitantes; municípios de médio porte de 50.001 a 100.000 habitantes e os municípios de grande porte: acima de 100.001 a 900.000. Os municípios acima de 900.000 habitantes são categorizados como metrópoles⁴. Para este estudo estes municípios foram classificados também como de grande porte.

Fase da análise sistemática:

Ao final da análise documental e das entrevistas foram criadas tabelas sínteses agrupando os dados em categorias, apresentando a frequência e porcentagem em três relatórios separados pelas categorias dos entrevistados: Coordenadores do PASP, interlocutores regionais e municipais. Para a análise dos dados usamos métodos mistos triangulando dados qualitativos e quantitativos.

As entrevistas foram registradas em formulários e submetidas à gravação digital durando em média 50 min. A análise qualitativa foi realizada através da audição exaustiva das entrevistas, seguidas da transcrição dos pontos chaves, anotados durante a audição. A análise temática dos conteúdos transcritos foi realizada a partir das gravações para detectar a visão dos entrevistados sobre

⁴ Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – www.ibge.gov.br

o processo de municipalização do PASP. Depois de várias leituras dos textos transcritos foram detectados frases que representavam temas importantes da pesquisa. Essas frases que dizem respeito a temas foram agrupadas para que pudéssemos nos aprofundar nos significados das percepções dos entrevistados a respeito dos temas. Assim os resultados obtidos desta análise temática, serão representados pelos depoimentos típicos de coordenadores do programa e de interlocutores regionais e municipais (BARDIN, 2009).

Devido à natureza avaliativa desta pesquisa restrita a um programa, porém com grande abrangência, os eventos a ele relacionados formaram o contexto de referência dos significados e das experiências examinadas, a partir dos relatos que foram coletados nas entrevistas sempre com o foco no processo de municipalização.

A discussão dos dados coletados e analisados das estratégias e das atividades desenvolvidas para o processo de municipalização pela coordenação central do PASP, pelos interlocutores regionais e municipais, assim como as ações locais do programa municipal também foi confrontada com os sete princípios da Promoção da Saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998).

Em relação a análise estatística foi utilizado a frequência e porcentagem bem como o qui-quadrado em alguns itens analisados, utilizando-se o $p < 0,01$ como nível de significância.

ARTIGOS CIENTÍFICOS REDIGIDOS

CONCEPÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

Prof. Doutorando Douglas Roque Andrade ^{1,2,3}

Profa. Doutora Márcia Faria Westphal ^{3,4}

- 1- Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)
- 2- Programa Agita São Paulo
- 3- Departamento de Prática da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- 4- Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação – Cidades Saudáveis (CEPEDOC)

RESUMO

O objetivo deste artigo foi avaliar as concepções de promoção da saúde que orientam o Programa Agita São Paulo (PASP), bem como a visão de seus gestores e interlocutores regionais e municipais. O método de pesquisa utilizado neste estudo avaliativo foram métodos mistos, utilizando dados quantitativos e qualitativos, dividindo-se em duas fases. A primeira caracterizou-se pela análise documental das ações do PASP descritas em artigos encontrados em periódicos científicos de âmbito nacional e internacional, além de manuais técnicos publicados pelo PASP. A segunda pela análise de dados de entrevistas por telefone utilizando um formulário semi-estruturado aplicado aos três grupos distintos de gestores, que forneceram dados para avaliação: 1) Coordenadores do PASP, 2) Interlocutores regionais do programa e 3) interlocutores municipais. Após a análise podemos concluir que as concepções que orientam o PASP estão alinhadas a todos os princípios de promoção da saúde. Uma ação importante seria que todos os seus representantes fossem motivados a refletir constantemente sobre o que fazem a partir desta visão ampla de PS, para que pudessem rever e aprimorar o referencial que os direciona e a visão de saúde que está por trás de suas práticas.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the concepts of health promotion that guide the Agita São Paulo Program (PASP) and the vision of its managers and regional and local interlocutors. The research method used in this evaluative study was mixed methods, using quantitative and qualitative data, divided into two phases. The first was characterized by the documental analysis of the actions described in the PASP articles found in journals of national and international, in addition to technical manuals published by PASP. A second analysis of data by telephone interviews using a semi-structured form applied to three distinct groups of managers, who provided data for evaluation: 1) Coordinators PASP, 2) Regional interlocutor program and 3) Municipal interlocutor. After the analysis we can conclude that the ideas that guide the PASP are aligned to all the principles of health promotion. One important action would be that all its representatives were constantly encouraged to reflect on what they do from this broad view of PS, so they could review and refine the framework that directs the health and vision behind their practices.

PALAVRAS CHAVES: Atividade física, descentralização, municipalização, avaliação de programas

KEYWORDS: Physical activity, decentralization, municipalization, program evaluation

INTRODUÇÃO

As profundas transformações econômicas, sociais e políticas decorrentes do processo de globalização, vêm afetando todos os países, criando oportunidades e ao mesmo tempo ampliando as desigualdades sociais e a exclusão. As bases do sistema ideológico que o sustenta “o dinheiro e o poder”, reforça-o como o único caminho histórico, mas os conflitos e contradições que cria tem induzido a formação de movimentos contrários à sistemática que tende a imprimir às práticas sociais, culturais e as relacionadas ao enfrentamento dos problemas¹.

Nesse cenário, novos problemas de saúde e novos fatores de risco, tais como o sedentarismo e a obesidade juntamente com o aumento da exclusão social, têm exigido novas estratégias de atuação. A preocupação em dar conta da ampla causalidade – social, econômica, ambiental, cultural - desses problemas e melhorar a qualidade de vida e a saúde tem promovido a revisão das práticas, aproximando as ações de assistência, às de vigilância e promoção de saúde (PS).

A atividade física (AF) tem ocupado um espaço de destaque como estratégia efetiva de PS com impacto positivo na morbidade, mortalidade e nos custos de saúde relacionados às doenças e agravos não transmissíveis (DANT) ^{2, 3}. Encontramos na literatura referências ao uso da AF - exercício, esporte ou lazer - como uma estratégia fundamental de prevenção ou de PS em diversos momentos no mundo, bem como no Brasil^{4,5}.

Recentemente esta idéia foi reforçada pela Estratégia Global sobre alimentação, AF e saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁶ que define as bases da estratégia e aponta a necessidade de elaboração de políticas e programas na área de AF para reduzir os índices de mortalidade e morbidade das DANT, bem como promover a saúde e a qualidade de vida.

Em 1974 Lalonde apontou que as causas principais de adoecimento e morte no Canadá tinham a sua origem na biologia humana, no meio ambiente e no estilo de vida e não na organização do cuidado médico somente, porém a PS geralmente era considerada como uma estratégia de prevenção, sendo a AF uma das ações mais importantes, precedendo qualquer sinal de doença⁷. Hoje ainda, esta interpretação é muito comum e parcial enfatizando muitas vezes somente a normatização e a mudança comportamental. A partir de 1986, outro paradigma de explicação do processo de saúde e doença, fundamentado na produção social da saúde e numa ampla causalidade se sobrepõe ao conceito anterior e transforma a PS numa prática política voltada para a autonomia dos sujeitos e

das coletividades ampliando o foco dos serviços oferecidos à sociedade, entre eles os programas de AF⁸.

Desde 1996, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) adotou o Programa Agita São Paulo (PASP), proposto pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), apoiado também nas recomendações do Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC) e Colégio Americano de Medicina Esportiva⁹, pela Estratégia global⁶ e reforçado pela Política Nacional de PS¹⁰.

O objetivo do PASP é diminuir o nível de sedentarismo; aumentar o nível de conhecimento da população sobre os benefícios para a saúde da adoção de um estilo de vida ativo. Em 1997 o PASP já contava com 6 prefeituras parceiras, mas o processo de municipalização e ampliação foi iniciada oficialmente a partir de um planejamento estratégico 2005/2006 e tem sido operado do nível central para o local, através de ações desenvolvidas pelo grupo de coordenação do CELAFISCS, para os interlocutores regionais (IR) dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que realizam ações de planejamento, formação e supervisão com os interlocutores municipais (IM) da área de abrangência correspondente¹¹.

O programa utiliza a “gestão móvel”^{12,13}, um modelo ecológico¹⁴ que considera os determinantes intrapessoais; sociais e ambientais da AF o que é uma inovação no campo da promoção da AF, aproximando-se à PS.

Figura 1: Gestão Móvel do Modelo Ecológico

GESTÃO MÓBILE - MODELO ECOLÓGICO

Todas as áreas do conhecimento humano foram fortemente influenciadas pela visão de mundo cunhada no determinismo biológico, influência militar, médica e agora o consumo. Tendo em vista este cenário e o distanciamento entre o discurso e prática em si de programas de AF ou de PS, objetivamos neste artigo, avaliar as concepções de PS que tem orientado a municipalização do PASP, bem como a visão de seus gestores e interlocutores regionais (IR) e municipais (IM) sobre a intersecção desta área de práticas com a PS. Focalizaremos nas análises a dimensão conceitual da PS, que compreende os princípios, premissas que sustentam o seu discurso¹⁵.

CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA SÓCIO-AMBIENTAL E PARTICIPATIVA

A PS é um termo polissêmico e controverso, ainda que essa expressão venha sendo utilizada desde 1945 e apresente uma vasta fundamentação que pode ser encontrada nas cartas e declarações elaboradas durante as Conferências Globais de PS^{16,17}.

O conceito de PS, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política bem como a mudança do estilo de vida, foi muito importante como referência para um movimento internacional renovador, iniciado em 1986 na Conferência de Ottawa. A partir daí a PS tem sido entendida como: *“processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população”*¹⁷.

Desde então os seguidores desta concepção de PS têm feito críticas a visão mecanicista, a medicalização indiscriminada, com foco na doença e na prestação de serviço essencialmente clínico assistencial e médico. Têm proposto alternativas a ações focadas somente na prevenção e na normatização dos hábitos e estilos de vida individuais. Têm centrado a atenção no desenvolvimento individual e coletivo dos cidadãos e na melhoria das condições de vida e saúde^{16,18}.

A OMS caracteriza como iniciativas de PS os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: sustentabilidade, visão holística, intersetorialidade, participação social, empoderamento, equidade, ações multi estratégicas¹⁹, conforme sintetizado no quadro 1.

Quadro 1: Princípios de Promoção da Saúde.

Princípios da Promoção da Saúde	Descrição
Sustentabilidade	Remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte ²⁰ . Coerentemente com os outros princípios, a sustentabilidade envolve também os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais, intergeracionais e ambientais. A continuidade das políticas de PS, que representariam a sua sustentabilidade, são importantes, pois as iniciativas desta área dirigem-se a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazo ¹⁶ .
Concepção holística	Voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença. Orienta as iniciativas de PS para que fomentem a saúde física, mental, social e espiritual em sua ampla determinação, através de ações que ultrapassem os limites do setor saúde ¹⁶ .
Intersetorialidade	<p>Conjunto de ações no ambiente social, político, educacional, físico, econômico, cultural e de serviços de saúde para proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças nos indivíduos e na coletividade¹⁹.</p> <p>Reconhece e chancela a multiplicidade de olhares sobre a realidade complexa, permite constituir uma rede única a testemunhar que, na origem de tudo, está em um espírito único a olhar um único mundo²⁰.</p>

Continua...

Participação social	<p>A PS incentiva diversas formas de participação direta dos cidadãos no planejamento, na execução e avaliação dos seus projetos. Além disto, cria mecanismos que estimulam co-responsabilidade; antepõem-se às práticas clientelistas, paternalistas; fortalecem a ambiência democrática e incrementam o gradiente de cidadania.</p> <p>O princípio da participação social está diretamente relacionado ao fortalecimento da ação comunitária e ao conseqüente empoderamento coletivo, pois é necessário que a população se torne capaz de exercer controle sobre os determinantes da saúde. O empoderamento relaciona-se ao reconhecimento de que os indivíduos e as comunidades têm o direito e são potencialmente capazes de assumir o poder de interferir para melhorar suas condições de vida²⁰.</p>
Empoderamento	<p>Resultado do processo de participação social que implica, essencialmente, a obtenção de informação adequada, um processo de reflexão e tomada de consciência quanto a sua condição atual, uma clara formulação das mudanças desejadas e da condição a ser construída. A estas variáveis, deve somar-se uma mudança de atitude que impulsiona a pessoa, grupo ou instituição para a ação prática, metódica e sistemática, no sentido dos objetivos e metas traçadas, abandonando-se a antiga postura meramente reativa ou receptiva¹⁶.</p>
Eqüidade	<p>Também requer a cooperação entre os diferentes setores e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano e outros para eliminar as diferenças</p>

	desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem estar” ¹⁶ .
Ações multiestratégicas	As ações multiestratégicas pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação ¹⁶ .

MÉTODOS

Neste estudo avaliativo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e recebeu apoio financeiro da FAPESP. Nós utilizamos métodos mistos triangulando dados qualitativos e quantitativos²¹. Dividiu-se em duas fases.

A primeira caracterizou-se pela análise documental do PASP e a segunda pela análise qualitativa dos dados obtidos através de entrevista por telefone realizada com o auxílio de um formulário semi-estruturado envolvendo três grupos distintos: Coordenação Geral do PASP (n=7); Interlocutores Regionais do PASP (n=17)⁵ e os Interlocutores de programas de AF no âmbito Municipal do Estado de São Paulo (n=67) que receberam verba do Ministério da Saúde (MS) nos anos de 2006 e 2007, em função deste apoio financeiro ser favorável ao processo de municipalização. A forma como foram selecionados está explicitada na nota⁶.

⁵ As regionais são: DRS I - Grande São Paulo; DRS II – Araçatuba; DRS III – Araraquara; DRS IV - Baixada Santista; DRS V – Barretos; DRS VI – Bauru; DRS VII – Campinas; DRS VIII – Franca; DRS IX – Marília; DRS X – Piracicaba; DRS XI - Presidente Prudente; DRS XII – Registro; DRS XIII - Ribeirão Preto; DRS XIV - São João Da Boa Vista; DRS XV - São José Do Rio Preto; DRS XVI – Sorocaba e DRS XVII – Taubaté.

⁶ Os 66 municípios foram contemplados com uma verba de R\$ 40.000 (quarenta mil) em 2006 [edital nº. 2 de 11 de setembro de 2006] e de R\$ 80.000 (oitenta mil reais) em 2007 [edital no- 4, de 24 de outubro de 2007] do Ministério da Saúde para implementar ou potencializar programas de promoção da atividade física e práticas corporais. Desses 67 municípios, 17 cidades foram contempladas nos dois editais (Amparo, Capivari, Estância Balneária de Praia Grande, Garça, Guafra, Guarulhos, Hortolândia, Itepeva, Martinópolis, Nantes, Ourinhos, Pirassununga, Presidente Venceslau, Rio Claro, São Carlos, São José do Rio Preto e São Paulo). As demais cidades são Altinópolis, Americana, Américo Brasiliense, Andradina, Anhumas, Aparecida, Araçatuba, Arco Íris, Artur Nogueira, Assis, Batatais, Brejo Alegre, Campinas, Cândido Mota, Cássia dos Coqueiros, Castilho,

As entrevistas foram registradas em formulários e submetidas à gravação digital durando em média 50 min. A análise temática dos conteúdos transcritos foi realizada a partir das gravações para detectar a visão dos entrevistados sobre a relação entre o programa e os princípios de PS aplicados na gestão do PASP, no que se refere ao processo de municipalização²². Assim os resultados obtidos desta análise, serão representados pelos depoimentos dos coordenadores do programa e dos IR e IM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A diversidade da amostra (tabela 1) garantiu uma riqueza proveniente da formação dos entrevistados, região do Estado, tamanho populacional do município, características do programa e das ações desenvolvidas. Ao considerarmos a população das cidades que participaram deste estudo corresponderiam a aproximadamente 56% da população do Estado de São Paulo.

Tabela 1: Características da amostra em relação a gênero, idade e formação profissional

Características	Coord. -n=7	IR – n=17	IM - n=61
	%	%	%
Mulheres	57	82	77
Homens	43	18	33
30 – 49 anos	86	65	64
Professores EF	4	-	?
Outros	-	-	-

Legenda: Coord. = Coordenadores; IR=Interlocutores Regionais; IM=Interlocutores Municipais

Dracena, Elias Fausto, Embu, Embu Guaçu, Estrela do Norte, Ilhabela, Ipaussu, Maracá, Marília, Nova Luzitânia, Novo Horizonte, Oriente, Orlândia, Osvaldo Cruz, Parapuã, Paulínia, Piracicaba, Pitangueiras, Pompéia, Reginópolis, Registro, Ribeirão Bonito, Ribeirão Pires, Salto Grande, Santana de Parnaíba, Santos, São Caetano do Sul, São José dos Campos, São Pedro, Suzano, Uru, Valinhos, Várzea Paulista.

Das 66 cidades 6 (9%) - Altinópolis, Aparecida, Batatais, Cássia dos Coqueiros e Pompéia - não participaram devido mudanças profundas em sua estrutura e trocas de governo local em função das eleições municipais, ocorridas no início de 2009, o que impossibilitou a localização do contato que havia participado do programa municipal nos anos anteriores.

O PASP é conhecido por 96% dos IM, o que pode ser explicado em parte pelo trabalho dos IR, pois o repasse das informações foi a principal atividade, 65% dos IR não desenvolvem nenhuma outra atividade. A celebração de eventos em rede estadual, nacional ou mundial, principalmente o Agita Galera e o Agita Mundo, colaborou para o conhecimento do PASP.

A análise documental demonstrou que os coordenadores mobilizam os IR e IM em reuniões mensais e os IR formam colegiados dos quais participam gestores e técnicos em nível estadual, regional ou local, prefeitos e outras lideranças. Alguns DRS conseguem que estes se reúnam periodicamente, estabeleçam metas comuns, formem redes, lancem novos programas, disseminem concepções, informações e experiências exitosas. Alguns IR também oferecem suporte técnico para o planejamento e execução das ações e programas locais. Cabe aos IM a organização e coordenação das atividades locais.

A ausência de uma disciplina e a falta de conhecimento de PS na formação profissional foi sentida por aqueles que atuam no PASP como podemos observar em um dos depoimentos de um dos coordenadores e de um IR.

“os gestores priorizam a prevenção, que está muito pautado na questão da doença mesmo, do combate à dengue, à AIDS, à hipertensão, então está muito ligado a questão da doença propriamente dita, já o trabalho de PS, tem outra perspectiva, outra diretriz e a nossa ação está muito mais pautada na teoria da PS” **Coord. 3**

“alguns gestores não estão preparados tecnicamente Não têm pessoas formadas com visão na saúde de prevenção e promoção, têm visão curativa e não preventiva” IR 9.

É comum nos documentos do PASP a expressão “Combate ao sedentarismo”, ou ainda referindo-se ao sedentarismo como “inimigo número 1 da saúde pública” ajudaram a criar uma imagem de que o PASP não se apóia totalmente em um conceito positivo de saúde.

Ao abordar o foco do programa, o mesmo Coord. usa a expressão “estilo de vida ativo”, ainda que remeta a uma concepção de PS centrada no indivíduo ou com uma visão de PS dentro da prevenção primária^{7,8} observaremos outras ações citadas que correspondem às expectativas do ideário da PS:

“nós queremos desenvolver o estilo de vida ativo, isso não está ligado à doença nenhuma, isso está ligado de uma forma geral a questão da manutenção da saúde, então essas políticas públicas de saúde estar voltadas para a prevenção é uma das barreiras do programa, para alguns municípios é prioridade por ex. dar treinamento para controle da hipertensão ou buscar mais medicamento de controle de hipertensão do que implantar uma ficha de caminhada” Coord. 3

Nos grupos de IR e IM foram muitas as respostas que valorizaram a conotação do programa como de combate as doenças e ao risco.

“Nas reuniões passamos os indicadores, quantos hipertensos, obesos, diabéticos, quantos eram e quantos deixaram de ser” IM 15

“Aumentou o número de municípios que estão aderindo ao programa e isso é muito bom porque as pessoas estão muito sedentárias e isso é um estímulo para a AF para tornar o indivíduo saudável.” IM 20

Contraditoriamente, os IM identificaram que apenas 5% dos usuários dos programas de AF possuem algum problema de saúde e 92% dos usuários são compostos por pessoas saudáveis ou com algum problema de saúde. Este fato é marcante, pois no caso de uma visão reducionista da PS se daria pelo agrupamento de doenças ou fatores de risco presentes.

Mapeamos nos depoimentos dos coordenadores, IR e IM, menção aos princípios da PS na intenção de quantificar a tendência dos mesmos de aplicar ou se apoiar neles.

Tabela 2: Número de entrevistados, por grupo de entrevistados que mencionaram princípios da Promoção da Saúde como orientadores das práticas de atividade física. São Paulo, 2009.

Princípios da PS Entrevistados	Concepção Holística	Participação Social	Intersetorialidade	Equidade	Ações Multiestratégicas	Sustentabilidade
Coordenadores n=7	5	7	6	7	7	7
Interlocutores regionais n=17	2	9	3	16	16	16
Interlocutores municipais n=61	3*	29	8	61	61	12

Fonte: entrevistas por telefone, 2009

*Foram encontrados poucos depoimentos, que permitissem avaliar a concepção de Promoção da Saúde dos IM, portanto o dado pode estar subestimado.

Os dados da tabela 2 parecem demonstrar que os coordenadores têm uma visão mais próxima dos princípios da PS do que os IR e os IM. Todos os coordenadores valorizam a participação dos gestores e dos parceiros do programa na construção das ações. Neste sentido percebem e prezam a intersetorialidade e o envolvimento de diferentes setores do governo e da sociedade civil nas ações. O PASP na sua essência tem como objetivo ampliar o acesso à AF e isto aparece nos depoimentos dos três grupos, portanto a equidade é um princípio orientador do PASP, embora muitos não tenham clareza disto. Os três grupos reconhecem a importância das múltiplas estratégias para a consecução dos seus objetivos e neste sentido caminha junto com a PS, promovendo a integração dos parceiros, aumentando a coesão social e motivando os gestores a alterarem o ambiente construído.

APROXIMAÇÃO DO PASP AOS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

SUSTENTABILIDADE

A sustentabilidade dos programas é sempre um desejo de todos uma vez que os laços políticos são fáceis de romper, a cada período eleitoral.

Considerando a análise documental realizada até o fim de 2008, o PASP contava com 337 parcerias formalizadas, sendo 48% são instituições governamentais, 47% não governamentais e 5% não caracterizadas. Nos meses de março e abril concentram-se 1/3 das assinaturas de parceria com o programa, isto pode ser reflexo da celebração do Dia Mundial da AF e deveria ser melhor investigado. Acreditamos que o evento pode ser um ponto de partida para a sensibilização, aproximação e estabelecimento de novas parcerias, pode também criar uma percepção equivocada dos objetivos do PASP como observamos no seguinte comentário:

O PASP em julho de 2009, das 645 cidades paulistas, contava com 260 (40%) cidades parceiras. Receberam verba do MS 67 cidades, destas 47 (70%) são parceiras do PASP. Isto pode indicar o empoderamento dos IM para a obtenção destes recursos federais. Três por cento dos IM citaram receber recursos estaduais e 59% municipais.

Um dos entraves para conseguir a sustentabilidade do programa nos municípios foi a dificuldade em sensibilizar os gestores, como percebido pelos IR:

“Dificuldade de sensibilizar gestões na questão do próprio envolvimento deles, dificuldades financeiras, políticas, etc.” IR 1

E referendados pelos coordenadores:

“Falta vontade política de alguns administradores municipais, má vontade política, não é má vontade pessoal... outro pode ser a falta de envolvimento do interlocutor” Coord. 5.

Questões políticas como as trocas dos gestores e dos IM foi um grande empecilho para a sustentabilidade, conforme apontam os IR:

“Troca de gestores estaduais, regionais e municipais prejudica muito” IR 9.

Ou a falta de recursos financeiros específicos para o programa:

“Que houvesse recurso específico da UBS para essa ação, fosse destinado para essa ação, contratar educador físico para compor equipe desenvolvendo uma ação em conjunta com o objetivo que é promover a saúde” IM 49.

Como vimos estes entraves em conjunto ou isoladamente foram percebidos por representantes de todos os níveis criando a necessidade de recomeço como observou um dos coordenadores:

“em alguns momentos tivemos que recomeçar devido a troca desses... políticos geralmente, ações políticas, trocas de cargo” Coord. 4.

As mudanças ambientais e adaptações dos espaços das cidades foram mencionadas por 54% dos IR como empreendimentos executados e importantes para a sustentabilidade e equidade como sugere o depoimento abaixo e dados do quadro 2.

“que pelo menos fizessem aconselhamentos e a partir daí começar a desenvolver ações permanentes, implantação de calçadas, ciclovias”

IM 32,

Quadro 2: Modificações ambientais citadas pelos interlocutores municipais para a prática de atividade física

Instalação e Construção	Reformas
Academia ao ar livre Academia na Secretaria da Saúde Academia Pública Aparelhos para 3ª idade na praça de eventos Campo de futebol no Complexo Esportivo Ciclovias Cobertura de espaços em UBSs para realização de atividade física Coberturas de praças de esportes Cobriu quadras poliesportivas Criaram o Jardim Botânico com marcação para corrida e caminhada Criou um parque para atividade física Equipamentos de ginástica em canteiros de avenidas Fecham vias públicas para realização de eventos pontuais Fornecimento de salas para guardar materiais Piscina no Centro de Apoio à Melhor Idade Pista de caminhada Play-grounds Pontes Praça de lazer no Complexo Esportivo Praças Praças com equipamentos Quadra de esportes no Complexo Esportivo Quadras em escolas Sala de atendimento para nutricionista no espaço do projeto Sala de atividade física (com balanças e materiais p/ avaliação física) Sala de ginástica com equipamentos básicos de ginástica Sala de palestras educativas	Acessibilidade (acesso para deficientes físicos) Adequação piso parte externa da UBS Ampliação de UBS Asfaltou ruas Calçada da orla da prainha Calçamento das praças Centros de Convivência do Idoso Ginásio de Esporte Nível de água das piscinas para trabalhar com idosos Piscina do Complexo Esportivo /do Centro Poliesportivo Pistas de caminhadas Praças Reestruturação de pista de <i>cooper</i> Via pública colocando placas de avisos

Fonte: Entrevistas telefônicas com os interlocutores municipais do Programa Agita São Paulo, 2009.

VISÃO HOLÍSTICA

A visão holística evidenciada no modelo de “gestão móvel em que se apóia o PASP, foi garantido por um processo bastante flexível adotado tanto pelos coordenadores como os interlocutores. Em muitos trechos fica evidente essa abertura do programa para incorporar novas etapas e processos de acordo com o andamento, conforme afirmação abaixo:

“A principal diferença é que a cada nova parceria, novos cursos realizados, novas etapas eram inseridas no processo, num processo dinâmico e aberto... Em algumas fases o programa determina as ações, em outro momento aplica as ações do município” Coord. 4.

Os IR também se posicionaram sobre o tema – concepção holística, falando dos resultados de um processo baseado na complexidade da realidade e dos problemas:

“Conseguimos melhorar a qualidade de vida da população (pelos índices que o município apresenta para gente, houve diminuição de diabetes e depressão). Houve integração social, alguns estavam afastados da comunidade e se integraram, começaram a participar” IR 5.

Na frase anterior, apesar de terem sido citados apenas indicadores de sucesso relacionados ao controle da doença e seus riscos, outros resultados de processo foram ressaltados indicando a incorporação da concepção de PS como prática holística, participativa e intersetorial.

“A UBS modificou-se e trabalhou em conjunto. Houve uma sensibilização dos funcionários da UBS para o trabalho em equipe junto à prefeitura (Secretaria Esporte, Turismo e Educação)” IR5.

INTERSETORIALIDADE

A preocupação em incentivar a intersetorialidade está presente em diversas publicações do PASP^{12,23,24}, como também na composição das parcerias. Na transcrição abaixo aparece o interesse de vários gestores de articular diferentes secretarias, indicando que durante os treinamentos, fóruns e reuniões essa aproximação acontecia, em todos os níveis, inclusive o internacional:

“Aí entendendo: prefeito, o secretário de saúde daquele município ou qualquer outra instituição do poder público que manifestasse interesse, não precisava ser necessariamente via Secretaria Municipal de Saúde, poderia ser a Secretaria Municipal de Educação, poderia ser a Secretaria Municipal de Esporte, poderia ser o próprio gabinete do prefeito, qualquer uma dessas organizações públicas que se interessassem, nós então daríamos todo o suporte e a orientação de implantação do PASP”. Coord. 3.

“foram sendo difundidas (as idéias do programa pelos treinamentos) então dentro do município, numa Secretaria de Saúde, a Secretaria de Esporte, a Secretaria da educação, além dos agentes de saúde e tentando englobar os profissionais que se envolvem a área da saúde” Coord. 6.

Aos analisarmos as entrevistas dos IM destacamos que 21,3% possuem apoio de um colegiado municipal, estratégia incentivada pelo PASP. Há participação de outras secretarias como as Secretarias da Saúde (61%), de Educação e Cultura (70%), Esporte e Lazer (49%), Promoção Social (46%) Administração (38%) e de Governo (34%), entre outras. Outro ponto que reforça a participação e as ações intersetoriais foi o fato que 37,7% das cidades terem parceiros da sociedade civil:

“era como poderíamos chegar aos diversos segmentos de cada município, como esse gestor desse município nos mostraria o caminho para entender o município, tanto das entidades governamentais e não governamentais, como a mensagem alcançaria esses grupos... O objetivo era facilitar a disseminação da informação, buscando todos os órgãos municipais que vão colaborar nesse processo. Coord. 4,

Essa idéia é complementada com uma visão mais abrangente, que é repetida pelos IR e IM, conforme afirmou um dos coordenadores do programa.

“então dentro desse projeto a gente colocava por ex. as diferentes formas que esse município poderia promover a AF dentro das secretarias, no projeto vinha a Secretaria de saúde, de educação, de esportes... cada secretaria, o que ela poderia fazer para implementar as ações de AF, ou seja, não era um projeto destinado unicamente à saúde... eu falo interdisciplinares dentro do processo do governo para que vocês fossem melhor organizados; isso a gente sempre priorizou para não ficar um programa como sendo da saúde” Coord. 2.

Os IR também endossam esta idéia:

“houve uma sensibilização dos funcionários da UBS para o trabalho em equipe junto à prefeitura (Secretaria de Esporte, Turismo e Educação)” IR 5.

“fizemos aqui uma oficina de grande adesão, onde pessoas de diversas áreas (saúde, educação e esporte) mostraram interesse, querendo saber mais e participar” IR 14 e pelo município *“tentamos incluir também a Educação, Saúde e Esportes, mas ficamos só nós (saúde) e o Esporte”* IM 24.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

A participação social no PASP se dá formalmente através do estabelecimento de parcerias. O programa se relaciona com as lideranças institucionais do estado e município e não com a população geral. É no nível local que esta se envolve e nos eventos organizados pelo PASP^{10,26}. A coordenação trabalha com a participação e o empoderamento das lideranças e estas por sua vez com a população, conforme o depoimento:

“O PASP necessita de dois suportes básicos, as organizações civis e o poder público do município, essas duas instâncias de comando ou de poder precisam estar sensibilizadas; quando eu digo organização civil são os clubes, são as entidades comunitárias, a iniciativa privada, empresas, as escolas, igrejas do município, todo esse lado não político, não oficial do município e ao mesmo tempo as instâncias oficiais, as Secretarias de saúde, educação, esporte, assistência social, poder legislativo é importante, porque ele é quem vai orientar as leis que efetivamente servirão de base para o programa, eu acho que é isso, acho que esse é o caminho para se chegar à maior eficácia”
Coord. 3.

Neste trecho acima a necessidade de participação dos diferentes setores da sociedade é evidenciado, estratégia que o PASP utiliza e dissemina²⁴. Outro aspecto importante é a preocupação com a efetivação de uma legislação própria o que poderia garantir também a sustentabilidade.

A criação de redes é a estratégia mais utilizada para fortalecer a participação social, através do agrupamento por motivos comuns aos integrantes, pela sinergia do desejo do bem comum, pelos vínculos que se estabelecem “em função da causa” e o sentimento da construção coletiva de soluções²⁶. A análise documental permitiu conhecer o processo de formação das redes Agita Brasil²⁷, Rede de AF das Américas e Agita Mundo todas ligadas ao PASP ²⁴.

No entendimento dos entrevistados a reunião de colegiado mensal desde o início do programa em 1996 é a ação que garante o empoderamento de todos, coordenação, IR e IM, conforme reafirmam alguns dos coordenadores:

“nas reuniões internas é sempre de alguma forma capacitar, informar, qual é a importância da AF na organização do município... preparação de projetos para serem implementados” Coord. 4.

“(a função do colegiado) é compartilhar experiências, estratégias, formas de avaliação, fortalecer ações entre os municípios dentre os parceiros, uma vez que um parceiro de uma determinada área tem contato com 20, 30, 40 instituições diferentes, eu consigo talvez ter um impacto maior das minhas ações e procurar outros parceiros que venham a fortalecer o que eu faço” Coord. 2.

A participação neste processo colaborou para a formação de colegiados regionais ou ainda a inclusão do tema AF nos colegiados já existentes dentro da estrutura da SES-SP, conforme depoimentos de alguns dos coordenadores:

“a gente tem um colegiado dentro do PASP, que é a coordenação central para o Estado, nós orientamos os municípios parceiros a tentarem implementar seus próprios colegiados dentro dos municípios... fortalecer reuniões separadas, ter material separado e deter o processo em si, ele tendo um caminho hoje em dia, nós temos hoje uma organização que permite, o que a gente faz se o município liga ou como contatar um município que possa seguir para que ele seja um município que tenha a proposta do PASP” Coord. 2.

“para que os representantes ou interlocutores regionais ampliassem o programa na sua região, buscando cada vez mais envolver um número maior de municípios no programa da sua região. Temos uma IR que entendeu esse conceito e de forma muito eficaz desenvolveu

as suas ações, ela entrou em contato com os municípios da região fez uma reunião de colegiado na região, por intermédio da DRS e conseguiu um número significativo de municípios que aderissem ao PASP e que lançassem os seus programas locais... Ela conseguiu interpretar e transformar em ação toda a nossa orientação a reunião de colegiado existe nesse sentido, sensibilizar os interlocutores, capacitar esses interlocutores para essa ação de ampliação do programa e fornecer material, fornecer subsídio e dar sempre um suporte ao trabalho desse interlocutor na sua região, para que ele consiga crescer cada vez num número maior de municípios” Coord. 3.

Os IR reconheceram o apoio recebido por esta e outras ações gerais do PASP, para conseguirem a participação local.

“A coordenadoria do PASP consegue motivar muito a gente, são muito organizados e tem clareza no que fazem. O apoio que recebemos é muito e isso fez a diferença, pois eles valorizam cada pequena coisa que a gente faz” IR 10.

Desde 2002, o PASP realiza o curso de formação de multiplicadores para profissionais de saúde, principalmente para as cidades do Estado de São Paulo. Até 2008, 114 (18%) das 645 cidades participaram deste processo de formação.

“Para que eles tivessem a capacidade de se rever, para que eles tivessem autonomia de estar conduzindo um programa de formação da saúde com o subsídio, com o formato do próprio PASP” Coord. 7.

“Conscientizar os coordenadores, os dirigentes de certas localidades a fim de conseguir desenvolver o programa nas diferentes cidades e exemplificar também quais as possibilidades que eles teriam, porque não era falar somente dos objetivos, para que servia, mas como fazer, então dar exemplos além dos treinamentos, montar um clube de caminhadas... hoje em dia a gente já trabalha com reabilitação de praças” Coord. 6.

“No curso conseguimos com que cada município mandasse um representante. Estes ficaram muito interessados e motivados a trabalhar no programa, sendo desse curso que saíram os interlocutores atuais. Temos três Colegiados e reforçamos a necessidade da participação no programa. Mostramos lucros que o município pode ter. Podemos passar com clareza essas informações e se eles se interessarem mandam representantes para as reuniões.” IR 14.

Os relatos acima ilustram bem a preocupação dos coordenadores e dos IR com a participação nas reuniões e processos de formação como atividade facilitadora. Abaixo apresentamos a percepção de alguns IM sobre o mesmo tema demonstrando que o princípio da democratização permeou as

atividades do PASP. Acreditamos que esta estratégia tem contribuído para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, da coletividade e do programa propriamente dito.

“Com todos os dados que nos passaram é que conseguimos montar nosso projeto nos moldes do Agita. Formamos em média cento e vinte pessoas no projeto Caminhar para a Saúde e o pessoal do PASP deu palestras para nossos grupos sobre a importância da AF, de como deveria ser a gerência do projeto, várias reuniões com o PASP” IM 24.

“A partir dos conhecimentos adquiridos é que começou as ações. A partir das orientações deles começamos a desenvolver as estratégias” IM 33.

“Treinamento de profissionais, participamos de cursos que eles promovem; Deram materiais didáticos de divulgação a importância da AF e usamos o embasamento teórico para capacitar os nossos profissionais e mobilizar a população” IM 14.

“Deram suporte técnico de forma indireta por meio de materiais. Não foi de forma direta, ou seja, não teve ninguém que desse esse apoio ao município IM 32.

Outra ação de empoderamento foi a participação dos IR e IM na preparação do livro de Boas Práticas que a partir de 2004 passaram a ser publicados anualmente.

“A publicação Boas Práticas de Promoção da AF editada desde 2002 tem contribuído significativamente para a disseminação e troca de experiências entre os diversos atores envolvidos na promoção da AF. Essa troca não se resume apenas em o que e como fazer? Mas principalmente na renovação do sentimento que é possível... Informações sobre as práticas, a melhor maneira de fazer, troca de informações sobre o que ocorria em outros municípios, visitamos outros municípios; trabalhos científicos para orientar as ações” IM 5.

Apesar dos avanços, os IM colocaram alguns entraves relacionados à participação:

“Precisamos que eles estivessem mais próximos (coordenação da DRS). Não existe um treinamento grande, simpósios. Se tem, não ficamos sabendo. Que o Estado também entrasse com recursos financeiros e também desse apoio técnico maior. Passar-nos como monitorar índices de satisfação do usuário” IM 32 e “Deveriam estar mais próximo dos municípios, trazer experiências, assessorar mais... O Estado ajudar com recursos financeiros” IM 22

As entrevistas com os IM demonstraram em relação a questão de gênero, outro entrave, a predominância de participação do sexo feminino (79%) no programas municipais, sendo que quase a metade (42%) está com 60 anos ou mais. O índice de inatividade física das mulheres é maior²⁸, assim esta participação feminina nos programas municipais é muito positiva e deve ser melhor

estudada. A participação do sexo masculino é ainda um desafio a ser equacionado e novas estratégias de equidade precisam focalizar a questão de gênero.

EQUIDADE

Os dados indicam que o PASP promove a equidade no acesso à informação sobre AF utilizando-se das estratégias já mencionadas para disseminá-las para o nível local. Dos IR 100% recebem informação por e-mail, 77% na reunião de colegiado e 65% por telefone. O repasse da informação para os municípios seguiu a mesma tendência, 100%, 65% e 65%, respectivamente. As informações são repassadas mensalmente (65%) e principalmente para o secretário municipal (65%), IM (24%) e para o colegiado municipal (12%). As entrevistas demonstraram que o acesso está sendo ampliado. A resposta de 70% dos IM indicaram que os espaços para AF são suficientes, sendo que em 72% a UBS é espaço utilizado. Em relação à demanda parte dos IM (43%) informaram que a mesma vem aumentando e a maioria (92%) relataram está sendo totalmente atendida. As alterações no ambiente construído, já citadas, devem estar favorecendo a adequação e o acesso (Tabela 2).

O PASP possui indícios positivos de seu impacto, que precisam ser mais estudados, que a inatividade física tem diminuído mais no sexo feminino^{23,29} e menor em escolares da rede pública do Estado de São Paulo quando comparados a rede particular³⁰ resultados que são positivos também em relação a equidade.

AÇÕES MULTIESTRATÉGICAS

Com os resultados apresentados acima podemos considerar que o PASP desenvolveu ações no campo das políticas, espaços saudáveis, desenvolvimento de habilidades e a reorientação do serviço que caracterizam as ações multiestratégicas. A ampliação da participação comunitária deveria ser

mais estimulada pela coordenação do PASP e pelos IR, ela acontece de maneira espontânea no nível local, em função da própria AF.

Todos os entrevistados mencionaram múltiplas estratégias e nos municípios a diversidade de práticas desenvolvidas alcançou 50 atividades diferentes, com predominância de grupos de caminhada, ginástica, aconselhamento, dança, hidroginástica e práticas corporais chinesas, todas elas demonstrando que o espaço da AF enseja estímulos à criatividade. A forma de encaminhamento também se deu por diferentes caminhos: demanda espontânea, pelos diversos profissionais das UBS, agentes de saúde e comunitários, além dos próprios usuários.

Além disso, os dados demonstram que o programa também integra o setor governamental, privado e não governamental; promovendo parceiras intelectuais e institucionais, intersetoriais e intrasetoriais, potencializando as agendas institucionais dos parceiros, promovendo a obtenção e utilização de espaços nos meios de comunicação de forma gratuita, e outras atividades diversificadas para o atendimento dos objetivos específicos do PASP²⁵.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que os dados e relatos apresentados corroboram com a perspectiva de promoção da saúde³⁰. O PASP é uma agenda integrada e multidisciplinar e seu objetivo primordial é fomentar mudanças em três níveis: assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento social para todos. Entendemos que os princípios da PS de modo geral são parcialmente incorporados pelos IR e IM do PASP, embora seus coordenadores e interlocutores muitas vezes considerem saúde como ausência de doenças e a grande maioria ainda não tenham refletido sobre os princípios de PS e nem saiba que os está seguindo. Um exemplo disto é a questão

da equidade, que é um objetivo do programa, do próprio processo de municipalização e nenhum coordenador o mencionou como tal.

O PASP é um programa que objetiva a PS como propuseram as Conferências Internacionais da área por vários motivos: não está limitado a uma visão biomédica, nem se baseia em uma visão meramente preventivista com foco exclusivo no indivíduo.

A grande divulgação que o PASP fez da recomendação sobre a mensagem “*Todo cidadão deve acumular 30 minutos de AF leve ou moderada de forma continua ou acumulada, na maioria dos dias da semana, se possível todos*”⁹, pode ter gerado uma imagem distorcida de que o programa é normativo e tem o objetivo de promover somente mudanças de comportamento. Esta interpretação errônea foi reforçada pela grande repercussão na mídia e pelos materiais educacionais produzidos pelo programa.

Um caminho já foi percorrido neste sentido pelo fato de o PASP ser suficientemente flexível e aberto. Ele tem permitido o fortalecimento das capacidades individuais e coletivas para uma compreensão e o enfrentamento dos condicionantes da saúde, além dos aspectos biológicos, como por exemplo, as mudanças ambientais que decorreram de um processo de disseminação de estratégias para promover a AF para os municípios.

As estratégias do PASP caminham na direção da participação e intersetorialidade, conforme demonstrado e de alguma forma também concilia os interesses econômicos e de bem estar social, perseguindo o ideário da PS.

Acreditamos que o ambiente de apoio criado pelo PASP, através das reuniões de colegiado e outras atividades de formação como cursos, seminários, fóruns de boas práticas e a publicação das práticas dos parceiros, assim como a sua comunicação ágil pela internet e as diversas redes criadas ajudaram na ampliação da equidade, tanto especialmente para as lideranças destes programas, como para a população de maneira geral.

O programa conseguiu o envolvimento de diversos atores interessados como governo e instituições não governamentais bem como estabelecer uma rede que extrapolou o âmbito estadual com interlocutores de instituições do Brasil e do Exterior, através das redes formadas o que garantiu sinergia positiva na troca de experiências no campo da promoção da AF e da PS.

O trabalho de articulação do programa contempla, mesmo que parcialmente todos os princípios da PS, e seria importante aproveitar os resultados desta pesquisa para ampliar seu enfoque direcionado para as concepções e estratégias de Promoção da Saúde. Uma ação importante seria que todos os seus representantes fossem motivados a refletir constantemente sobre o que fazem a partir desta visão ampla de PS, para que pudessem rever e aprimorar o referencial que os direciona e a visão de saúde que está por trás de suas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kickbusch I. The End of Public Health As We Know It: Constructing Global Health in the 21st Century. In: 10th International Congress on Public Health: Sustaining Public Health in a Changing World: Vision to Action; 2004 The Brighton Centre, Brighton, UK.p.1-19.

2. Haskell WL, Blair SN, Hill JO. Physical activity: health outcomes and importance for public health policy. *Prev Med* 2009;49(4):280-2.
3. Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil Relatório n. 32576-BR. Brasília: Unidade de Gerenciamento do Brasil Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe; 2005.
4. Miragaya A. Promoção da saúde através da atividade física. In: Da Costa L, organizador. Atlas do esporte no Brasil. Rio de Janeiro: CONFEF; 2006. p. 16.20 - 16.23.
5. Costa LP e Takahashi GM. Fundamentos do esporte para todos. Brasília: MEC – Secretaria de Educação Física e Desportos; 1983.
6. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004.
7. Leavell HR e Clark EG. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil; 1976.
8. Westphal MF Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M e Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 635-667.
9. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273(5):402-7.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2006.
11. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, Andrade D, Oliveira L, Santos M, et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do PASP na promoção do estilo de vida ativo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* 2008;13(3):178-84.

12. Matsudo SMM, Matsudo VKR, Andrade DR, Araújo TL, Andrade E, Oliveira LC, et al. Physical activity promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo program using the ecological mobile model. *J Phys Act Health* 2004;1(1): 81-97.
13. Matsudo V, Guedes J, Matsudo S, Andrade D, Araujo T, Oliveira L, et al. Políticas de intervenção: a experiência do Agita São Paulo na utilização da gestão móvel do modelo ecológico na promoção da atividade física . *Rev Bras Cien e Mov* 2005;13(3):99-108.
14. Sallis JF and Owen N. Ecological models. In: Glanz K, Lewis FM and Rimer BK. Editors. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: 2^a ed. Jossey-Bass, 1997. p. 403-24.
15. Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial*. Ginebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico; 1997.
16. Sícóli JL e Nascimento PRD. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface* 2003;7(12):101-22.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília, 2002.
18. Westphal MF. Promoção da saúde e a qualidade de vida. In: Rocha, AA e Cesar, CLG. *Saúde Pública*. São Paulo: Atheneu; 2008 p. 149-163.
19. WHO Regional Office for Europe. *Health promotion evaluation: recommendations to policymakers*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.
20. Mendes NA e Santos SBS. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. *Saúde Soc* 2000; 9(1/2):111-25. Creswell JW and Clark VLP. *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage Publications Inc; 2007.

21. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 3ª Ed, Lisboa, Portugal: Edições 70; 2009.
22. Matsudo VK, Matsudo SMM, Araujo TL, Andrade DR and Oliveira LC. *Impact of a seven-year multi-level intervention on sedentary levels of Sao Paulo Metropolitan region. Med Sci Sports Exerc* 2008;40(5):S249.
23. Pan American Health Organization. *Agita São Paulo: A Multisectoral Coalition in Health*, Washington DC, 2002.
24. Matsudo SMM, Matsudo VR, Araujo TL, Andrade DR, Andrade EL, Oliveira LC et al. The Agita São Paulo program as a model for using physical activity to promote health. *Rev Panam Salud Publica* 2003;14(4):265-72.
25. Scherer-Warren I. Das mobilizações às redes de movimentos sociais. *Soc. Estado* 2006;21(1):109-30.
26. Ministério da Saúde. Programa Nacional de promoção da atividade física “Agita Brasil”: Atividade Física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev. Saúde Pública* 2002;36(2):254-6.
27. Florindo AA, Hallal PC, Moura EC e Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* 2009;43(supl.2):65-73.
28. Matsudo VR, Matsudo SM, Araújo TL, Andrade DR, Oliveira LC and Hallal PC. Time trends in physical activity in the state of São Paulo, Brazil: 2002-2008 *Med Sci Sports Exerc* (no prelo 2010).
29. Andrade DR, Ceschini FL, Araújo Júnior JF and Matsudo VKR. Physical activity level in adolescents from schools with and without Agita Galera Program Intervention. In: *International Congress on Physical Activity and Public Health; 2006 April 17 – 20; Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention, Association of State & Territorial Chronic Disease Program Directors*. p:137, 2006.

30. Carvalho AI. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. Cad de Saúde Pública 2008;24(1):4-5.

Autoria

Andrade DR e Westphal MF trabalharam igualmente da concepção e delineamento, análise e interpretação dos dados, bem como da redação do artigo

Fechar

 Iniciar

PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

Prof. Doutorando Douglas Roque Andrade ^{1,2,3}

Profa. Doutora Márcia Faria Westphal ^{3,4}

- 5- Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)
- 6- Programa Agita São Paulo
- 7- Departamento de Prática da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
- 8- Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação – Cidades Saudáveis (CEPEDOC)

Apoio financeiro da FAPESP

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo (PASP) a partir da visão dos seus coordenadores. Para tanto foram entrevistados sete coordenadores a partir de um roteiro semi estruturado. A entrevista durou aproximadamente 50 minutos, sendo as respostas anotadas e gravadas. Dos sete entrevistados quatro atuam desde o início no PASP e os demais há pelo menos sete anos. As ações que relataram como estratégicas para o funcionamento do programa são múltiplas e devem se orientar pelos princípios da participação, empoderamento e intersetorialidade. As estratégias utilizadas para a implementação do programa, segundo os entrevistados, foram assim resumidas: 1) Estabelecimento da municipalização como prioridade; 2) Envolvimento dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS); 3) Criação de colegiados e parcerias regionais e municipais; 4) Promoção de eventos que reunissem gestores e técnicos em nível estadual, regional ou local 5) Promoção de reuniões internas e externas; 6) Cursos; 7) Desenvolvimento de material técnico 8) Incentivo à celebração de eventos pontuais em rede e 9) Avaliação do envolvimento dos DRS. Os entraves sentidos para a efetivação da municipalização foram os de caráter estrutural e processual. A realização de uma reunião mensal específica com os interlocutores regionais e municipais foi uma das estratégias identificadas como bem sucedidas para monitoramento do processo e acertos de rumos e estratégias. Acreditamos que as ações aqui discutidas e apresentadas, possam servir de estímulo para outros processos de municipalização na área das políticas públicas de promoção da atividade física.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the process of decentralization of the Agita São Paulo (PASP) from the vision of its coordinators. Therefore, we interviewed seven managers from a semi-structured. The interview lasted about 50 minutes, and the responses noted and recorded. Four of the seven respondents work from the outset in PASP and the other for at least seven years. The actions reported as strategic to the operation of the program are many and should be guided by principles of participation, empowerment and intersectoral approach. The strategies used to implement the program, according to those interviewed were summarized as follows: 1) Establishment of decentralization as a priority, 2) Involvement of Regional Departments of Health (DRS), 3) creation of regional and local boards partnerships, 4) Promotion of events which would bring together managers and technicians at state, regional or local 5) promotion of internal and external meetings, 6) Courses; 7) Development of technical equipment 8) Encourage the celebration of specific events in the network and 9) measuring involvement of DRS. Barriers directions for effective decentralization were the structural and procedural. Performing a monthly meeting with specific regional and local partners was one of the strategies identified as successful for monitoring

the process and successes of directions and strategies. We believe that the actions discussed here and presented, can serve as stimulus for other processes of decentralization in the area of public policies to promote physical activity.

Unitermos: Atividade física, municipalização, avaliação de programas, promoção da saúde

Keywords: Physical activity, municipalization, program evaluation, health promotion

INTRODUÇÃO

Ações no campo da atividade física (AF), exercício ou lazer reaparecem como fundamentais para a promoção da saúde ou qualidade de vida no Brasil e em todo mundo^{1,2,3,4}, em função do crescimento da morbidade das doenças crônicas não transmissíveis e mortalidade no Brasil^{5,6} e no mundo⁷. Porém é mais recentemente que a AF passou a ocupar, formalmente, um espaço definido dentro do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸, nas Unidade Básica de Saúde (UBS)^{9,10}, na Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹¹, nos núcleos de apoio a saúde da família¹² ou ainda em programas de base comunitária^{13,14}.

A vigilância da inatividade física tem recebido mais atenção devido às altas prevalências na maioria dos países¹⁵. No Brasil, desde 2006 a inatividade física passou a ser monitorada através do VIGITEL⁵ (Sistema de vigilância epidemiológica realizada pelo Ministério da Saúde por telefone em todas as capitais do Brasil e o Distrito Federal) que em 2008 identificou uma prevalência de 26,3% de inatividade física no país.

A Estratégia Global sobre alimentação, AF e saúde, aprovada pela Organização Mundial da Saúde em 2004, renovou o estímulo à elaboração de políticas públicas e programas neste campo¹⁶. O conhecimento científico sobre o tema também aumentou, em 1950 correspondia a 0,01%, subindo para 0,16% na década de 1980 e 0,30% na década de 1990¹⁷.

HOHNER et al (2008)¹⁸ identificaram três categorias de novas intervenções relacionadas a intervenção da AF na América Latina: Política e planejamento de amplitude comunitária, a entrega de mensagens curtas de AF e aulas de AF em ambientes comunitários, embora as evidências sejam insuficientes para avaliar a eficácia destas intervenções, elas são promissoras.

Antecipando a este movimento mundial desencadeado pela estratégia global e mais recentemente pela Política Nacional de Promoção da Saúde¹⁹, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

(SES-SP) e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), de forma pioneira lançaram em 1996 o Programa Agita São Paulo (PASP) que poucos anos depois conseguiu repercussão nacional³ e internacional^{20,21,22}.

O objetivo do PASP é diminuir o sedentarismo; aumentar o nível de conhecimento e prática de AF da população do Estado de São Paulo e a municipalização e ampliação do PASP para outras cidades paulistas²³. A municipalização tem sido operada do nível central para o local, através de ações desenvolvidas pelo grupo de coordenação do CELAFISCS, para os interlocutores regionais dos Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que realizam ações de planejamento, formação e supervisão com os interlocutores municipais da área de abrangência correspondente. A divisão administrativa da saúde no Estado de São Paulo se faz por meio de 17 DRS, que são responsáveis por coordenar as atividades da Secretaria de Estado da Saúde no âmbito regional e promover a articulação intersetorial, com os municípios e organismos da sociedade civil.

Uma das diretrizes do SUS, previstas no Art. 198 da Constituição é a descentralização. Teoricamente descentralização é interpretada principalmente por duas formas como: 1) a redução dos gastos públicos, neste caso com uma tendência de transferência para iniciativa privada e para o indivíduo a responsabilidade do cuidar da saúde, nesse sentido mais próximo do que alguns autores denominaram de desconcentração, onde há um deslocamento da decisão (do local para o periférico), mas não do poder de fato e 2) a do descolamento do poder visando à democratização, apoiada nos valores de universalização, equidade e controle social²⁴. A opção dos teóricos do SUS foi sempre atribuir à descentralização o segundo significado, que deveria conduzir à redistribuição de poder entre Estado e Sociedade, mediante maior participação e controle social no planejamento e ações governamentais, ou ainda a redistribuição do poder para outras esferas de governo, como é o caso da municipalização da saúde²⁵.

Até o início dos anos 1990 a gestão das políticas sociais, de educação e saúde ainda estava centrada no Governo Federal. As diretrizes da descentralização foram elaboradas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e aprovada na Constituição Federal e regulamentadas pela Lei 8080 de 1990 tendo sido instituídas, discutidas e ampliadas paulatinamente desde então. A descentralização da área da saúde, através do SUS tem sido utilizada como modelo para outras áreas de governo no Brasil e no exterior (ARRETCHE, 1999)²⁶. A principal ênfase nas políticas públicas de saúde no Brasil tem-se relacionado com a municipalização das ações e dos serviços de saúde, orientando oficialmente como “o caminho” para a reorganização dos serviços de saúde no país²⁶.

O conceito de descentralização em saúde, desde os debates dos anos 1970, sempre foi acompanhado da idéia de municipalização. Portanto, quanto ao estrito cumprimento das normas legais, a municipalização da saúde estaria “pronta” e com ela a descentralização estaria avançando celeremente. Não há discussão quanto à necessidade de descentralizar a ação do SUS, mas é incontestável que os resultados reais desse processo de municipalização permaneçam objeto de irreconciliáveis discordâncias²⁴.

A partir do processo de municipalização reforçado pela Norma Operacional Básica 1/92 o município passou a ter mais autonomia no planejamento, implementação, monitoramento, avaliação e gestão de suas políticas sendo necessária a articulação com as outras esferas de governo, primeiro pela questão constitucional apresentada no SUS, mas vai além desta questão formal, que é imposta pelo enfrentamento de problemas e a identificação de estratégias comuns em busca de soluções adequadas, além da necessidade do apoio técnico e institucional dos níveis mais estruturados²⁷. Desde o pacto de gestão em 2006, todas as cidades se tornaram municipalizadas e assumiram o compromisso das ações básicas de saúde e a média e alta complexidade ficaram para os outros níveis de governo.

Segundo BOSSERT (1998)²⁸ nós não temos meios de analisar os três elementos-chave da descentralização: (1) a quantidade de escolhas que é transferido de instituições centrais para as instituições locais dos sistemas de saúde, (2) o que fazer com as escolhas oficiais locais e com seu poder aumentado e (3) o efeito que essas escolhas têm sobre o desempenho do sistema de saúde. O mesmo autor aponta que a descentralização não é um fim em si, mas sim deve ser concebida e avaliada pela sua capacidade de atingir objetivos mais vastos da reforma da saúde: equidade, eficiência, qualidade e solidez financeira.

No Estado de São Paulo, no planejamento da SES-SP do quadriênio 2008 a 2011 no Eixo VII: Incentivo ao desenvolvimento de ações de Promoção em Saúde no SUS, as metas relacionadas à AF aparecem como meta/resultado esperado: “Aumentar em 100% no quadriênio o número de municípios e organizações parceiras que adotem ações e programas de estímulo à AF”²⁹.

Considerando que: a- o PASP já passou por três gestões dos governos estaduais e federal e três gestões dos governos municipais, o que pode caracterizar um certo grau de sustentabilidade (No governo estadual as três gestões foram realizadas pelo mesmo partido); b- a diversidade de características dos municípios que implementaram uma política municipal de promoção da AF

inspirada pelo PASP, desde o seu lançamento em 1996; c- a diversidade partidária dos gestores que adotaram este modelo; d- a construção pelo PASP de uma rede nacional e internacional de promoção da AF; e- a implementação do programa na terceira maior cidade do mundo o Agita Sampa, na capital de São Paulo desde 2004; f- o reconhecimento mundial como um programa bem sucedido e de baixo custo; g- a falta de informação sobre o processo e os determinantes para a municipalização de políticas municipais de promoção da AF e h- necessidade de ampliar as estratégias que garantam a implementação de políticas locais de promoção da AF no Brasil e no mundo.

Assim o objetivo deste artigo foi analisar o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo, a partir da visão dos coordenadores do programa.

MÉTODO

O método empregado para este estudo é qualitativo, tipo estudo de caso³⁰, realizado em duas fases. A primeira fase caracteriza-se pela análise de documentos objetivando identificar as ações previstas no PASP, como constituintes do processo de descentralização/ municipalização do programa, análise de artigos científicos de âmbito nacional e internacional, manuais e documentos publicados pelo PASP.

Na segunda fase foi feito um estudo descritivo, dos dados qualitativos obtidos de entrevista semi estruturada realizada com a Coordenação Geral do PASP (n=7). Antes da versão final do roteiro foi realizado um pré teste com um ex-coordenadores do programa e alguns ajustes foram realizados tornando o instrumento mais claro e fácil de ser respondido.

Para a análise documental foi utilizado às cartas de adesão ao PASP assinadas pelos parceiros desde 1997, a verificação da participação dos DRS e das cidades parceiras nos cursos de formação oferecidos pelo PASP, a publicação das experiências dos programas municipais nas seis edições do livro de Boas Práticas de Promoção da AF e a revisão do material técnico e científico produzido pelo PASP com o objetivo de verificar as estratégias de implementação dos programas e do processo de municipalização.

As entrevistas foram realizadas por duas profissionais do Instituto de Pesquisas da Universidade de São Caetano do Sul (INPES-USCS). As quais duraram em média 50 minutos e foram realizadas pessoalmente com registro em formulário e gravação digital.

Todos os coordenadores do programa foram entrevistados, totalizando 7 profissionais de saúde que trabalham no CELAFISCS entre 9 e 35 anos, sendo dois médicos e quatro profissionais de educação física e uma nutricionista, com idade variando de 31 a 60 anos, três homens e 4 mulheres, sendo que dos 7 entrevistados 5 atuam desde o lançamento do programa em 1996 e dois desde 2001.

A análise dos dados de entrevista foi realizada utilizando a técnica de análise temática de conteúdo³¹. A partir da transcrição dos depoimentos dos coordenadores, às respostas a itens de questões abertas, foram feitas várias leituras, para imersão nos significados das falas.

Os resultados das entrevistas foram apresentados através do agrupamento das respostas e apresentação de depoimentos que contemplam a descrição de atividades planejadas, executadas ou não, percepções e sentimentos que contribuíram para o processo de municipalização do PASP. Os depoimentos dos coordenadores serão identificados por números.

Utilizamos como base a apresentação do modelo lógico do PASP (figura 1) que é a representação gráfica do programa com o objetivo de descrever os componentes essenciais e resultados esperados expressando a relação lógica entre os componentes, através dos insumos, atividades, produtos e resultados do PASP, tornando mais fácil a compreensão das estratégias.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP e recebeu apoio financeiro da FAPESP.

Figura 1: Modelo Lógico do Programa Agita São Paulo

RESULTADOS

Ao utilizarmos a análise documental verificamos que o processo de municipalização é um objetivo do PASP, mas foi organizado oficialmente somente no planejamento estratégico para os anos de 2005 e 2006. Em 1997 o programa já contava com 6 prefeituras parceiras. Detectamos que das 645 cidades paulistas o PASP em julho de 2009 contava com 260 (40%) cidades parceiras, sendo que 145 (22%) realizaram a assinatura em 2009, destas 5% realizaram o recadastramento em função das trocas dos gestores por eleições municipais; 66 (10%) receberam verba do Ministério da Saúde, destas 46 (70%) são parceiras do PASP.

O PASP como uma política pública: descentralização ou desconcentração?

Parte dos coordenadores do PASP (dois entrevistados) ao serem interrogados sobre a relação do PASP com outras políticas estaduais e ou nacionais, citaram a de promoção da saúde e controle de doenças crônicas. Cinco citaram que além das políticas estaduais o Programa tem relação com políticas nacionais como o Agita Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde e Estratégia Global de AF e alimentação saudável.

Em relação aos recursos financeiros do programa destinado para a municipalização um dos entrevistados citou que não havia recursos, dois que não sabiam e quatro comentaram sobre um percentual que variou de 10 a 40%. A finalidade dos recursos para a municipalização citados foram a organização de eventos comemorativos, assessoria, avaliação, criação e produção de material educacional (manuais, CDs, DVDs, por exemplo). Também foi citado o transporte, alimentação e hospedagem para a realização de encontros científicos, cursos de formação de interlocutores, ou ainda de visitas técnicas aos interlocutores regionais e municipais.

Quando os entrevistados foram questionados sobre o planejamento do processo de municipalização, expressaram dificuldade em estabelecer a ordem em que as etapas foram planejadas e executadas. Muitos entrevistados falaram em simultaneidade e complementaridade destas ações.

Fonte de dados: Entrevista telefônica com os coordenadores (n=7) do Programa Agita São Paulo, 2009.

Estratégias bem sucedidas

As estratégias identificadas como bem sucedidas foram agrupadas em ações de empoderamento e de gestão do programa e estão alinhadas ao modelo ecológico do programa e concentram-se na figura dos interlocutores regionais e no ato de compartilhar as experiências locais.

Fonte de dados: Entrevista telefônica com os coordenadores (n=7) do Programa Agita São Paulo, 2009.

Fonte de dados: Entrevista telefônica com os coordenadores (n=7) do Programa Agita São Paulo, 2009.

Distanciamento entre o planejado e o executado: significados atribuídos pelos entrevistados.

Considerando o distanciamento entre o planejado e o executado, dos 7 entrevistados, 4 apresentaram que apenas algumas ações foram implementadas como o planejado. Nesse caso as

ações não planejadas também foram citadas como algo positivo, pois a coordenação central não havia previsto, mas incorporou porque a conjuntura local é diferente e demanda ações diferenciadas e há um espaço importante para a participação e autonomia dos interlocutores regionais e municipais. *“A principal diferença é que a cada nova parceria e novos cursos realizados, novas etapas eram inseridas no processo tornando o mesmo dinâmico e aberto”*. (Entrevistado 4). Outras ações não planejadas e executadas também percebidas como positivas foram a realização de cursos internacionais como o Agita Mundo, a criação da Secretaria Municipal de AF em Santana de Parnaíba.

Algumas ações que não foram executadas e tiveram uma percepção negativa pelos coordenadores foi a falta de avaliação de estratégias e de impacto por parte dos municípios, o número reduzido de cidades atendidas, a identificação do interlocutor municipal do programa adequada para a tarefa. As ações não aconteceram, conforme opinião dos coordenadores por falta de articulação política, falta de recursos financeiros e também por que o programa é ainda recente com pouca capacidade de mobilização dos interlocutores regionais e municipais, conforme será detalhado mais a frente.

Dificuldades de envolvimento com o tema pelas DRS e municípios

Os coordenadores, apesar de terem relação com várias DRS, ainda sentem falta de envolvimento da grande maioria e de muitos municípios com o Programa, consequência em parte, do desinteresse de alguns prefeitos, das mudanças administrativas e da falta de empenho de profissionais de saúde que não sentem que é um programa de sua competência, refletindo na falta de espaço físico e recursos para a atividade. Algumas frases de coordenadores expressaram estas questões:

“A gestão municipal foi uma barreira. Há má vontade dos governantes por questões políticas...”;

“... Falta de espaço para o Programa dentro dos municípios para AF. Eles têm que entender que não é brincadeira, não é só esporte e sim ter cidadania ativa...”;

Ações previstas não implementadas: questões estruturais a serem resolvidas

Os entrevistados se mostraram preocupados com o fato de algumas ações previstas não terem sido implementadas por questões estruturais. As questões levantadas e algumas manifestações representativas do conjunto são apresentadas a seguir: 1) Os DRS não têm sido ágeis na realização das ações, assim precisariam ser motivados a participar e também fortalecidos os colegiados regionais para apoiar as ações do programa 2) Sugerem a criação de cargos *“... Criação de cargos específicos na rede pública de profissionais de AF...”* Entrevista 1; 3) Profissionais que pudessem visitar municípios, sensibilizar gestores municipais e promover formação e capacitação *“... Mais profissionais nossos para irem aos municípios...”* Entrevista 2; *“... Visitar locais de cada um dos*

municípios do Estado...”, entrevistado 3; “... Atualização profissional sistemática, mais treinamento...” Entrevistado 1.; 4) Indicação de um interlocutor específico do programa no município “...Ter contatos mais permanentes, atender as necessidades, ter um interlocutor específico para o Programa sem ter várias outras atividades...”Entrevistado 2; 5)Planejamento regional e local com metas claras definidas junto com os parceiros municipais e estratégias adequadas ao porte dos municípios e outras características locais e com previsão de estratégias e instrumentos de supervisão, monitoramento e avaliação. “... Definição clara das metas, municípios e parceiros, definindo metas e cobrando resultados, como é feito e de que forma é feita...” Entrevistado 5.

Fonte de dados: Entrevista telefônica com os coordenadores (n=7) do Programa Agita São Paulo, 2009.

Sugestões dos entrevistados para aprimorar o processo de municipalização do PASP

Abaixo apresentamos trechos das entrevistas sugerindo ações para o processo de municipalização, apenas um entrevistado não acrescentou nenhuma informação.

O Programa depende muito dos interlocutores que são pessoas extraordinárias. Estão lá porque tem comunicabilidade. Assim, dependemos muito delas e quando elas são afastadas é uma grande perda. Cada interlocutor consegue no mínimo 30 cidades. Temos que toda hora estar formando pessoas... ...Precisamos ter uma política mais agressiva, sensibilizar um número maior de municípios para serem parceiros, pois ainda temos um grande número de municípios que não são parceiros (Entrevistado 1).

Precisamos organizar melhor o processo de municipalização. Fazer com que sigam os princípios que já existem. Sensibilizá-los para avaliarem tudo o que fizerem. (Entrevistado 2).

O projeto de municipalização necessita de dois suportes básicos: as organizações civis do município e o poder público do município. Eles precisam estar sensibilizados (clubes, empresas, escolas, igreja, etc.) e da mesma forma as estâncias oficiais (secretarias de saúde, educação, esporte, assistência social, poder legislativo, etc.)... .. Deveria ter uma estratégia para identificar pessoas com potencial para multiplicador, pois só assim o programa teria sucesso. Alguém que tenha características que são essenciais como a liderança, que acredite no programa e tenha capacidade de execução (Entrevistado 3).

Co-responsabilidade no desenvolvimento das ações

É um processo dinâmico entre as duas partes, o Programa Agita São Paulo e os municípios, sendo os dois co-responsáveis. Em algumas fases o Programa Agita São Paulo determina as ações, em outro momento o Agita São Paulo aplica as ações do município (Entrevistado 4).

Acredito que esse processo é fundamental para a efetividade do Agita São Paulo como forma de descentralizar, promover maior disseminação e atingir todo o Estado (Entrevistado 5).

O que foi muito importante foi à participação ativa das DRS, o que detém a coordenação de vários municípios, essas DRS, elas detêm um número específico de municípios, então se todas trabalhassem, como é o caso da cidade de [...], que tem uma pessoa, é um interlocutor, é o caso da [...], que é interlocutora e que ela acaba tendo uma voz ativa, uma força de trabalho, então ela passa a atividade e todos os municípios tem que, se não todos, a maioria, ou aqueles que se identificarem com a atividade, vão trabalhar, vão disseminar, e o interessante seria que em todas as outras, se nós conseguíssemos alguém, em cada uma das outras, tivessem também essa disseminação, além disso, o que foi interessante foi nós conseguirmos buscar os estados novamente, os estados diferenciados que a gente conseguisse fazer funcionar novamente a política de saúde pública, nesse caso o Agita, dentro dos outros estados. [...] Ela seria um exemplo, seria o que ela já faz, tem outras, como é o caso de DRS [...], que é uma DRS, mas o que acontece, só tem uma cidade e mais diversas que não chegam informação ou não se interessam, ou sabe lá o que pode acontecer no meio dessa situação, então seria interessante a gente descobrir um meio de como chegarmos de uma maneira mais efetiva a essas... ou até mesmo não conhece o programa, não conhece...Não conhece, porque muitas vezes o que aparece é a caminhada, um evento grande e não necessariamente o que o Agita realmente quer trabalhar (Entrevistado 6).

DISCUSSÃO

Há uma necessidade premente de integrar pesquisa, política e as ações e programas em todos os níveis governamentais. Por se tratar do primeiro estudo do processo de municipalização no campo da política pública, na área de AF, consideramos este trabalho inovador e relevante. A produção acadêmica internacional tem se ocupado em estudar as políticas de AF, porém mais concentradas na descrição dos conteúdos do que no processo ou resultado.

Os relatos dos coordenadores estão de acordo com o modelo lógico (Figura 1) do programa o que mostra de certa forma uma sintonia entre o pensado e o executado ou ainda que o modelo lógico do PASP não fosse algo estanque e sim adaptado e ampliado conforme o próprio amadurecimento do programa. Como pode ser ilustrado pelo próprio aparecimento do projeto de municipalização que ganhou formalidade, após nove anos de implementação do PASP, em seu planejamento estratégico em 2005.

Os estudos sobre o processo decisório dominam a produção acadêmica em detrimento dos estudos de implementação, assim como, no plano teórico, diferentemente da experiência internacional, as abordagens associadas ao papel das idéias e do conhecimento na produção de políticas têm sido praticamente ignoradas³².

Há uma preocupação explícita do PASP em desenvolver capacidade técnica do nível regional e local, através de reuniões, cursos e produção de material compartilhando conhecimento e práticas produzidas por todos os atores envolvidos. Há uma tentativa de deslocamento de poder possibilitando a participação de todos na tomada de decisão²⁵. O que poderia caracterizar um processo de descentralização e não de desconcentração²⁴, apesar do financiamento destas ações locais ainda ser um desafio a ser vencido.

Outro ponto é a preocupação com a visibilidade do programa e sensibilização da importância de incluir a AF na agenda pública junto aos profissionais de saúde e gestores das diferentes cidades em eventos realizados pelo COSEMS, CONASEMS CONASS, entre outros. É possível que os coordenadores estejam mais preocupados com a formação técnica dos interlocutores regionais e municipais para o convencimento da importância da AF e as técnicas de implantação de programas locais do que com o significado da municipalização como descentralização. Na formação técnica foi

observada a necessidade de um planejamento mais voltado às mudanças incrementais, predominando a racionalidade política, operacionalizada em negociações sucessivas e a capacidade de gerenciamento da complexidade e incerteza³³.

A SES-SP não repassa verba aos municípios em função de programas de AF local, financia as ações do PASP e o procedimento “AF, exercício ou Prática corporal” dentro dos serviços de saúde na atenção básica é reconhecido pelo sistema, mas não é remunerado³⁴, ou seja, não traz recursos financeiros para a cidade, apenas pela sua realização, ainda que esteja vinculada ao SUS.

No Brasil pós 1988, a autoridade política de cada nível de governo tornou-se soberana e independente das demais. Diferentemente de outros países, os municípios brasileiros foram declarados entes federativos autônomos, o que implica que um prefeito é autoridade soberana em sua circunscrição. A autora ainda complementa o incentivo para que o município assuma a gestão de políticas públicas é fundamental, o que torna essencial as estratégias de indução capazes de obter a adesão de governos locais. A adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos para desempenhar tal tarefa²⁶.

A realização de eventos pontuais, mas de grande abrangência, como os realizados pelo programa como o Agita Mundo em celebração ao Dia Mundial da AF desde 2002 e Agita Galera – Dia da Comunidade Ativa desde 1997^{23,35} possibilitaram uma disseminação abrangente e também contribuiu com a aproximação do programa com os gestores, em especial o Agita Galera. Todas as escolas estaduais participam, muitas vezes mobilizando e estabelecendo parcerias com a comunidade no entorno da escola. Esse processo foi alvo de análise que estabeleceram seis passos para avaliar o processo de disseminação da mensagem da atividade para a promoção da saúde e demonstraram efetividade do PASP²².

Essas ações pontuais, em nossa opinião, ajudam a estabelecer metas comuns, fortalecer e formar redes, lançar novos programas, disseminar a mensagem, dar visibilidade, sensibilizar “a causa” e gerar mídia não paga. A realização de eventos pontuais pode ter contribuído para um dos entraves citados para o processo de municipalização que é a falta de entendimento do caráter perene do programa, já que a ação pontual acaba obtendo maior visibilidade, inclusive na mídia. BAUMAN et

al 2006²² comentaram que a avaliação do impacto das estratégias de disseminação da mensagem no processo de adoção e manutenção da AF ainda é um desafio.

Houve um processo de retroalimentação conforme o programa avança novas idéias iam sendo incorporadas e outras descartadas, movimento natural em função da diversidade contextual que envolve todos, coordenadores, interlocutores regionais e municipais, instituições parceiras. Outro fato que acreditamos ser positivo foi o fato de que algumas ações planejadas que não foram executadas também refletem uma flexibilidade e autonomia dos envolvidos nos três níveis analisados.

Não há uma clareza por parte dos coordenadores sobre a quantia exata dos recursos destinados ao processo de municipalização, provavelmente em função das características multiestratégicas do programa ou possivelmente centralização da prestação de contas dos recursos envolvidos, porém é importante ressaltar que o destino dos recursos citados está de acordo com as ações de municipalização citadas e com o modelo lógico do programa.

As ações identificadas como bem sucedidas reforçam a preocupação de desenvolver a autonomia das cidades paulistas para identificarem seus problemas, bem como encontrar soluções adequadas de forma integrada, através da troca constante de informações e experiências, seja nas reuniões locais ou regionais, ou na reunião de colegiado mensal geral. O encontro e o livro de boas práticas organizado anualmente a partir de 2004, também foi citado como uma estratégia bem sucedida. O desenvolvimento da autonomia local é o resultado de um processo aberto, que não impede a criatividade local e pela própria AF que aproxima as pessoas e promove a interação entre elas e possivelmente aumenta a coesão social. Esses espaços criados pelo PASP aproximam-se das observações feitas por BOSSERT (1998)²⁸ sobre a importância dos espaços de decisão e a participação de seus atores para possíveis decisões inovadoras, além de contribuir para entender porque alguns governos locais implantam inovações e outros não.

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS)²⁰ identificou em 2002 através de uma avaliação qualitativa alguns aspectos citados pelos coordenadores. A OPAS apresentou o Agita São Paulo como um modelo para outros países em função de três itens: 1) Capacidade de mobilizar recursos humanos, técnicos e financeiros a partir de múltiplas parcerias, 2) Estratégia de parcerias ser aplicável nos outros projetos de prevenção e manejo integrado de enfermidades não transmissíveis e 3) É aplicável às redes regionais de prevenção de enfermidades não transmissíveis tais como

CARMEN na América Latina. Itens que reforçam as ações citadas como estratégias bem sucedidas para o processo de municipalização conforme apresentado nos gráficos 2 e 3.

Os entraves citados para o processo de municipalização devem servir de fundamentação para a criação de estratégias para superá-los pelo PASP ou iniciativas similares. Por exemplo, questões políticas como a troca dos gestores municipais em função do processo eleitoral foi apresentada como um entrave. Na análise documental, percebemos que a estratégia sugerida e desenvolvida pelos DRS, de cadastramento das parcerias municipais, apresentaram resultados promissores, pois até julho de 2009 conseguiram 145 (22%) novas cidades assinarem a carta de parceria e 5% de cadastramento dos novos gestores. No processo de municipalização o nível intermediário, interlocutores regionais, são os que sofrem o maior estresse por terem pouco poder efetivo de decisão³³.

BANKOFF et al. (2005)³⁶ verificaram a existência de projetos de AF voltados à saúde da população em municípios do Estado de São Paulo. Das 645 cidades 72% retornaram o questionário respondido e 226 dos municípios (49%) possuem projetos de AF voltados à saúde. Projetos conhecidos como “Agita Município” e similares correspondeu a 102 (45%) municípios. Outra informação interessante é uma quantidade reduzida de projetos em municípios abaixo de 10 mil habitantes, onde 65% não apresentaram nenhum projeto nesta área.

Os coordenadores citaram que separar os municípios pelo tamanho poderia contribuir com o processo de municipalização, pois todas as cidades são tratadas de forma igual. Isso se torna muito relevante para a gestão de qualquer programa, pois mais de 40% dos 5.506 municípios brasileiros tem menos de 10 mil habitantes e mais da metade não arrecada o suficiente para quitar as despesas locais do poder Executivo e Legislativo²⁴. A falta de recursos também foi identificada pelos coordenadores como um dos entraves para o processo de municipalização. O mesmo autor complementa que não é difícil imaginar tanto o grau de carência operacional que acompanha essa efetiva municipalização do atendimento, como o grau de importância da “tutela” do repasse orçamentário federal.

Entendemos que o processo de municipalização do PASP descrito pelos coordenadores atendeu o artigo 198 da constituição federal, ainda que não tenha sido uma intenção explicitada dos seus gestores, através da criação de uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único. Quanto aos princípios descritos na constituição, o programa tem na sua essência a

municipalização tanto da sua gestão como nas suas diversas ações, prioriza as ações de promoção da saúde estimulando a participação dos gestores regionais e municipais no processo de construção da municipalização do programa.

Acreditamos que a falta de trabalhos desta natureza deva ser suprida e contribua para a reflexão e a busca de um direcionamento para as ações de municipalização no campo das políticas públicas de promoção da AF e da saúde, bem como um modo de avaliar as políticas. Ouvir as pessoas envolvidas no processo traz uma riqueza de informações que colaboraram com a gestão do próprio programa e similares, líderes, pesquisadores e profissionais que trabalham nessa área.

CONCLUSÃO

As percepções dos coordenadores do PASP sobre o processo de municipalização, o significado atribuído a este processo e as questões administrativas que o envolvem parecem não estar relacionadas a uma reflexão teórica aprofundada sobre a municipalização.

No entanto isso não impediu que os coordenadores encontrassem estratégias interessantes para disseminar o PASP em escala estadual, nacional e internacional criando estratégias efetivas de municipalização, principalmente de idéias e estratégias para a promoção da AF, permitindo que seja recriado e ampliado pelos níveis regionais e locais aproximando desta forma, independente do conhecimento teórico, aos preceitos da descentralização.

Na visão dos coordenadores o processo de municipalização do PASP foi constituído ao longo desses 13 anos sob uma perspectiva da participação dos interlocutores regionais e municipais, além dos seus diversos parceiros de âmbito governamental e não governamental. Realizaram ações que promoveram o empoderamento, compartilhamento do conhecimento científico da área, produzido ou não pelo CELAFISCS e as experiências acumuladas por todos os seus atores. Possibilitaram, trabalhando desta maneira, a criação de uma rede autosustentável, ainda que não seja financeira, mas de tecnologia social para o enfrentamento dos problemas de saúde pública com intenção clara de desenvolver a autonomia local no processo de criação, planejamento, implantação, monitoramento e avaliação de políticas locais de promoção da AF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa LP E Takahashi GM. Fundamentos do esporte para todos. Brasília: MEC – Secretaria de Educação Física e Desportos, 1983.
2. LALONDE M. A new perceptive on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981
3. Ministério da Saúde. Programa Nacional de promoção da atividade física “Agita Brasil”: Atividade Física e sua contribuição para a qualidade de vida. Rev de Saúde Pública. 2002;36(2):254-256.
4. Miragaya A. Promoção da saúde através da atividade física. In: Da Costa, L (ORG.). Atlas do esporte no Brasil. Rio de Janeiro: CONFEF, 2006: 16.20-16.23.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2009.
6. SCHRAMM JMA, OLIVEIRA AF, LEITE IC, VALENTE JG, GADELHA AMJ, PORTELA MC, ET al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):897-908, 2004
7. International Diabetes Federation, Global Cancer Control and World Heart Federation. Time to act: The global emergency of non-communicable diseases. 2009 September.
8. Malta DC, Castro AM, Cruz DKA et al. Promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2008;13(1):24-27.
9. Siqueira FV, Nahas MV, Facchini LA, et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. Cad. Saúde Pública. 2009;25(1):203-213.
10. Kokubun E, Luciano E, Sibuya CY et al. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: Relato de experiência no município de Rio Claro-SP. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2007;12(1):45-53.
11. Gomes MA e Silva MF DUARTE. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: Programa ação e saúde Floripa – Brasil. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2008;13(1):44-56.
12. Florindo AA. Núcleos de apoio à saúde da família e a promoção das atividades físicas no Brasil: de onde viemos, onde estamos e para onde vamos? Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2009;14(1):72-73.

13. Hallal PC, Reis RS, Hino AAF et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2009;14(2):104-114.
14. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*. 2009;99:68-75.
15. Guthold R, Ono T, Strong KL, et al. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med*. 2008;34(6):486-494.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004). WHO Resolution. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Available: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>
17. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, FV Siqueira, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):453-60.
18. Hoehner CM, Soares J, Parra Perez D, et al. Guide for Useful Interventions for Activity (GUIA) in Brazil and Latin America: Systematic Review of Physical Activity Interventions in Latin. America. *Am. J. Prev. Med*. 2008; 34(3):224-233.
19. Ministério da Saúde. Política Nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006.
20. Pan American Health Organization. *Agita São Paulo: A Multisectoral Coalition in Health*. 2002; Washington DC.
21. Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Unidade de Gerenciamento do Brasil Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe Relatório n. 32576-BR. Brasília; 2005.
22. Bauman AE, Nelson DE, Pratt et al. Dissemination of physical activity evidence, programs, policies, and Surveillance in the international public health arena. *American Journal of Preventive Medicine*. 2006;31(4S):S57-S65.
23. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2008; 13(3):178-184.
24. Trevisan LN e JUNQUEIRA LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(4): 893-902.
25. Westphal, MF. Participação Popular e Políticas Municipais de Saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [dissertação de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde pública da USP; 1992.

26. Arretche MTS. Políticas sociais no Brasil. RBCS. 1999; 14(40): 111-141.
27. Silva-Vieira LM. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 331-39.
28. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance. Soc. Sci. Med. 1998; 47(10):1513-1527.
29. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Plano estadual de saúde. Quadriênio 2008 – 2011. São Paulo; 2008.
30. Creswell JW. Designing and conducting mixed methods research. Sage Publications, London, 2007.
31. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal, 3ª Ed, 2009.
32. Arretche, M e Marques, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder do voto e estratégias de governo. Ciência & Saúde Coletiva, 2002;7(3):455-479.
33. Spink MJP. A dimensão organizacional das políticas públicas. Cadernos Fundap. 1987; 7(13):27-33.
34. Moretti AC, Almeida V, Westphal MF E Bógus CM. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. Saúde Soc. 2009;(18)2:346-354.
35. Secretaria de Educação do Estado de São Paulo (SEE-SP). Agita Galera [homepage na internet] acesso em 8 de dezembro de 2009. Disponível em: <http://agitagalera.edunet.sp.gov.br/>
36. Bankoff ADP, Báfero AF, David LTP, et al. Estudo do perfil de municípios do Estado de São Paulo sobre espaços físicos e projetos voltados à saúde da população. Movimento & Percepção. 2005;5(7):76-95.

O PRÓXIMO ARTIGO INTITULADO: “AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO” SERÁ SUBMETIDO APÓS A DEFESA PÚBLICA E AS DEVIDAS CORREÇÕES

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE MUNICIPALIZAÇÃO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

Prof. Doutorando Douglas Roque Andrade ^{1,2,3}

Profa. Doutora Márcia Faria Westphal ^{3,4}

Prof. Dr. Victor Keihan Rodrigues Matsudo ^{1,2}

9- Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS)

10- Programa Agita São Paulo

11- Departamento de Prática da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

12- Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação – Cidades Saudáveis (CEPEDOC)

RESUMO

O objetivo deste artigo foi apresentar e discutir os resultados da avaliação do processo de municipalização do Programa Agita São Paulo. O método de pesquisa utilizado neste estudo avaliativo foram métodos mistos, utilizando dados quantitativos e qualitativos, dividindo-se em duas fases. A primeira caracterizou-se pela análise documental das ações do PASP descritas em artigos encontrados em periódicos científicos de âmbito nacional e internacional, além de manuais técnicos publicados pelo PASP. A segunda pela análise de dados de entrevistas por telefone utilizando um formulário semi-estruturado aplicado aos três grupos: 1) Coordenadores do PASP, 2) Interlocutores do Departamento Regional de Saúde (DRS) e 3) interlocutores municipais do programa. Os resultados demonstraram que envolvimento e desempenho dos DRS se dá de maneira heterogênea. O PASP é conhecido por 80% dos interlocutores das cidades avaliadas e a estratégia de gestão móvel do modelo ecológico utilizado pelo PASP por 52%. A municipalização, segundo os entrevistados, aconteceu por dois caminhos: através de ações realizadas pela coordenação geral diretamente com os municípios, seguido de ações da coordenação para o município através dos DRS. O reconhecimento da participação dos coordenadores do PASP e dos articuladores dos DRS no processo de municipalização pelos interlocutores municipais foi de 39% e 33%, respectivamente. Esses índices foram considerados efetivos, apesar da ausência de metas claras para este processo e ausência de repasse financeiro estadual direto para as atividades do programa no nível local.

ABSTRACT

The aim of this paper was to present and discuss the results of the process of decentralization of the Agita São Paulo. The research method used in this evaluative study was mixed methods, using quantitative and qualitative data, divided into two phases. The first was characterized by the documental analysis of the actions described in the PASP articles found in national and international journals, in addition to technical manuals published by PASP. A second analysis of data by telephone interviews using a semi-structured form applied to three groups: 1) Coordinators PASP, 2) Actors in Regional Health Department (RHD) and 3) municipal partners of the program. The results showed that involvement and performance of the DRS is made so heterogeneous. The PASP is known for 80% of the interlocutors of the cities evaluated and mobile management strategy of the ecological model is known for 52%. The municipality, according to those interviewed, it happened in two ways: through the actions taken for the overall coordination directly with municipalities, followed by coordination of actions for the city through the RHD. The recognition of the participation of the coordinators of PASP and articulators of RHD in the process of decentralization by local partners was 39% and 33% respectively. These rates were considered

effective, despite the absence of clear goals for this process and the absence of state financial transfers directly to the program activities at the local level

Unitermos: Políticas Públicas, descentralização, municipalização, atividade física, saúde pública

Keywords: Public Policy, decentralization, municipalization, physical activity, public health

INTRODUÇÃO

A atividade física destaca-se atualmente no cenário das políticas públicas de saúde em função de vários fatores: altas taxas de prevalência de inatividade física no mundo apresentando variação de 1,6% (Comoros) a 71,2% (Mauritania) Guthold et al. (2008) e no Brasil de 18,7% em Palmas a 32,3% em Natal (VIGITEL, 2009); taxas elevadas de mortalidade e morbidade das DCNTS (International Diabetes Federation, Global Cancer Control *and* World Heart Federation, 2009); efeito positivo da atividade física como ação preventiva e de promoção da saúde (Haskell, Blair Hill 2009); um considerável impacto econômico variando de 1,5% a 3% dos custos diretos de saúde (Oldridge 2008) indicando que ações de promoção da atividade física apresentam-se como custo efetivas Banco Mundial, 2005. O conhecimento científico atualmente acumulado suporta a necessidade da criação de políticas, programas e ações relacionadas à atividade física para a promoção da saúde.

A publicação da estratégia global da alimentação saudável e da atividade física da OMS deu um impulso às ações governamentais de promoção da saúde pelo mundo (WHO, 2004). No Brasil a estratégia global contribui para impulsionar dois movimentos em âmbito federal, o Agita Brasil (2002) e mais recentemente com a Política Nacional de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Trevisan e Junqueira (2007) cita que a rigor, a resposta ao célebre “o que fazer” em saúde pública ganhou uma dose de humildade em relação a certa visão que julgava infalíveis determinados procedimentos, apenas porque eram cientificamente comprovados. O grande desafio é como transformar este conhecimento em ações ou programas efetivos nas políticas públicas (Hoehner, 2008).

No âmbito internacional Bull et al (2004) ao realizarem uma revisão das políticas de promoção da atividade física pelo mundo revelaram semelhanças entre os métodos e abordagens que estão sendo

adotados. A maioria dos países analisados está adotando um enfoque intersetorial, como parte integrante do desenvolvimento do processo. A necessidade de agir em todo o ciclo de vida foi também reconhecida como importante, bem como a necessidade de utilizar uma variedade grande de estratégias em diferentes cenários. A identificação e o envolvimento das lideranças formais e reconhecidas foi a condição mais valorizada dentro da área governamental para impulsionar a implementação de políticas públicas, especialmente da área da saúde ou esporte. A importância da capacitação da força de trabalho e desenvolvimento a nível institucional também foram reconhecidas e, normalmente, incluídas no plano de ação. Avaliação e o acompanhamento, entretanto, foram deixados para segundo plano, sem nenhum compromisso claro de financiamento desses componentes.

Daugbjerg et al (2009) analisaram políticas nacionais de promoção da atividade física em 24 países Europeus e identificaram oito aspectos relevantes para a análise da efetividade das políticas: (1) setores e instituições envolvidas, (2) implementação, (3) legalização do processo, (4) grupos-alvo, (5) objetivos e metas, (6) calendário, (7) orçamento, (8) avaliação e vigilância. A maioria dos documentos está alinhada a área de promoção de saúde seguidos das áreas transporte, esporte e ambiente.

Moretti et al (2009) analisaram os programas de atividade física na cidade de São Paulo e identificaram a necessidade de criação de cargos públicos para provimento de profissionais especializados e para o monitoramento das ações em andamento e acrescentam que é importante pensarmos que a inserção de um programa de prática corporal/atividade física, integrada a uma política pública de promoção de saúde e direcionada à população, deve estar fundamentada em um processo educativo que vá além da transmissão de conhecimentos, do aumento no nível de atividade física e/ou melhora da aptidão física, como força e flexibilidade. Deve estar focado no comprometimento de todos os atores envolvidos para a “mobilização dos educandos em direção ao “ser mais”, tentando superar as limitações e opressões de sua vida”.

No Brasil em 1996, antecipando a este movimento mundial e mais recentemente retomado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (Malta et al 2008), a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, de forma pioneira lançaram o Programa Agita São Paulo (PASP) que tem como objetivo diminuir o sedentarismo, aumentar o número de cidades paulistas com programas de incentivo à prática de atividade física, aumentar o nível de atividade física e de conhecimento sobre

os benefícios para a saúde da adoção de um estilo de vida ativo (Matsudo et al 2008). O PASP utiliza como principal mecanismo de gestão uma reunião mensal de colegiado com a presença dos diversos parceiros, a maioria deles representantes do poder público. Para atingir as cidades paulistas, descentralizam suas ações, fazendo a gestão de suas políticas através de 17 Departamentos Regionais de Saúde (DRS), que por sua vez organizam colegiados dos quais participam representantes de micro regiões constituídas das cidades do entorno conforme as diretrizes da regionalização da saúde.

Atualmente o programa está inserido explicitamente dentro da política estadual de saúde, no capítulo de promoção da saúde, em seu planejamento quadrienal 2008-2011 da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo (2008).

A vigilância do sedentarismo foi considerada um ponto importante no campo das políticas públicas de saúde, considerada difícil de ser implementada uma vez que precisaria focalizar um número grande de cidadãos e difícil de ser mensurada pela inexistência de instrumentos padronizados para o monitoramento e avaliação (Bull et al, 2004). O PASP tem sido responsável pela vigilância da inatividade física no estado de São Paulo desde 1999, independente da estrutura do governo estadual ou federal. Desde 2006, a inatividade física passou a ser monitorada pelo Ministério da Saúde, em âmbito nacional. No último levantamento a frequência de adultos na condição de completa inatividade física foi elevada em todas as cidades estudadas, considerando todas as capitais e o distrito federal a prevalência nacional foi de 26,3%, na cidade de São Paulo foi de (25,6%) (Brasil, 2009).

O PASP apresentou declínio da inatividade física na população do Estado de São Paulo acima de 18 anos (0 min/sem) de 9,6% em 2002 para 2,7% em 2008 e uma diminuição de 43,7% em 2002 para 11,6% em 2008 para aqueles que não alcançavam 150 min/sem (Matsudo et al in press), fato que pode indicar um resultado positivo do PASP, apesar que não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito, desafio para a maioria dos programas de base comunitária.

Além dos fatores citados anteriormente ressaltamos que: a- o PASP já passou por 3 gestões dos governos estaduais e federal e 3 gestões dos governos municipais, o que pode caracterizar um alto grau de sustentabilidade (Não houve alternância de lideranças partidárias no Estado); b- a diversidade de características dos programas municipais implementados e das políticas municipais de promoção da atividade física inspirada pelo Agita São Paulo, desde o seu lançamento em 1996;

c- a diversidade partidária dos gestores que adotaram este modelo; d- a construção de uma rede nacional e internacional na área de promoção da atividade física; e- a implementação do programa na terceira maior cidade do mundo o Agita Sampa, na capital de São Paulo desde 2004; f- a falta de informação sobre o processo e os determinantes para a municipalização de políticas municipais de promoção da atividade física e g- necessidade de ampliar as estratégias que garantam a implementação de políticas locais de promoção da atividade física no Brasil e no mundo. Em função destas justificativas, o objetivo deste artigo foi apresentar e discutir os resultados da avaliação do processo de municipalização do Programa Agita São Paulo, realizada em 2009.

MÉTODO

Este estudo faz parte de uma pesquisa maior sobre o processo de municipalização do PASP. O método empregado para este estudo é descritivo e misto quali- quantitativo, dividindo-se em duas fases. A primeira fase caracterizou-se pela análise documental em que foram revisadas as ações realizadas pelo PASP em artigos em periódicos científicos no âmbito nacional e internacional, além de manuais técnicos publicados pelo programa.

A segunda fase refere-se à análise quali-quantitativa dos dados obtidos através de entrevista por telefone realizada com o auxílio de um formulário semi-estruturado envolvendo três grupos distintos: 1) Coordenação Geral do PASP (n=7); 2) Interlocutores Regionais do PASP (Departamento Regional de Saúde - DRS) (n=17)⁷. E o terceiro grupo foram os interlocutores de programas de atividade física no âmbito municipal do Estado de São Paulo (n=66) que receberam verba do Ministério da Saúde nos anos de 2006 e 2007. A forma como foram selecionados os municípios está explicitada na nota⁸. Consideramos que o fato de um município encaminhar o

⁷ As cidades sedes são: DRS I - Grande São Paulo; DRS II - Araçatuba; DRS III - Araraquara; DRS IV - Baixada Santista; DRS V - Barretos; DRS VI - Bauru; DRS VII - Campinas; DRS VIII - Franca; DRS IX - Marília; DRS X - Piracicaba; DRS XI - Presidente Prudente; DRS XII - Registro; DRS XIII - Ribeirão Preto; DRS XIV - São João Da Boa Vista; DRS XV - São José Do Rio Preto; DRS XVI - Sorocaba e DRS XVII - Taubaté.

⁸ Os 66 municípios foram contemplados com uma verba de R\$ 40.000 (quarenta mil) em 2006 [edital nº. 2 de 11 de setembro de 2006] e de R\$ 80.000 (oitenta mil reais) em 2007 [edital no- 4, de 24 de outubro de 2007] do Ministério da Saúde para implementar ou potencializar programas de promoção da atividade física e práticas corporais. Desses 66 municípios, 17 cidades foram contempladas nos dois editais (Amparo, Capivari, Estância Balneária de Praia Grande, Garça, Guaíra, Guarulhos, Hortolândia, Itupeva, Martinópolis, Nates, Ourinhos, Pirassununga, Presidente Venceslau, Rio Claro, São Carlos, São José do Rio Preto e São Paulo). As demais cidades são Altinópolis, Americana, Américo Brasiliense, Andradina, Anhumas, Aparecida, Araçatuba, Arco Íris, Artur Nogueira, Assis, Batatais, Brejo Alegre, Campinas, Cândido Mota, Cássia dos Coqueiros, Castilho, Dracena, Elias Fausto, Embu, Embu Guaçu, Estrela do Norte, Ilhabela, Ipaussu, Maracá, Marília, Nova Luzitânia, Novo Horizonte, Oriente, Orlandia, Osvaldo Cruz, Parapuã, Paulínia, Piracicaba, Pitangueiras, Pompéia, Reginópolis, Registro, Ribeirão Bonito, Ribeirão Pires, Salto Grande, Santana de Parnaíba, Santos, São Caetano do Sul, São José dos Campos, São Pedro, Suzano, Uru, Valinhos, Várzea Paulista.

Das 67 cidades 6 (9%) - Altinópolis, Aparecida, Batatais, Cássia dos Coqueiros, Marinópolis e Pompéia - não participaram devido mudanças profundas em sua estrutura e trocas de governo local em função das eleições municipais, ocorridas no início de 2009, o que impossibilitou a localização do contato que havia participado do programa municipal nos anos anteriores.

projeto e ser selecionado pelo Ministério da Saúde, para o recebimento desta verba, é um indicador positivo de qualidade e amadurecimento da equipe e do gestor de saúde local. Este fato pode ser utilizado como uma avaliação externa do resultado do processo de municipalização através das atividades desenvolvidas pelo PASP.

Os municípios selecionados foram divididos em pequeno porte: até 50.000 habitantes; médio porte: 50.001 até 100.000 habitantes; grande porte: de 100.001 até 900.000 habitantes e metrópole: acima de 900.000 habitantes. Consideramos, para fins desse estudo, municípios com população superior a 900.000 como de grande porte⁹. Focalizar o porte dos municípios foi considerado importante, também em função dos recursos. Uma das hipóteses é que os municípios de pequeno porte teriam menos recursos financeiros e humanos para desenvolver o programa.

As entrevistas por telefone foram realizadas por duas entrevistadoras do Instituto de Pesquisas da Universidade de São Caetano do Sul (INPES-USCS), durando em média 50 minutos. Todas as informações foram registradas em formulário e submetidas à gravação digital.

Foi feita uma análise qualitativa, temática do conteúdo das gravações das entrevistas procurando detectar a visão dos entrevistados principalmente no que se refere ao processo de municipalização do PASP, conforme metodologia de Bardin (2009). Assim os resultados obtidos desta análise, serão representados pelos depoimentos dos coordenadores do programa, dos interlocutores regionais e municipais sobre as ações que expressam percepções ou sentimentos sobre o processo de municipalização identificados por números e a categoria que pertencem (coordenador, interlocutor regional e municipal).

Utilizamos o Teste de qui-quadrado de tendência e o $p < 0,01$ foi adotado como nível de significância.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP, sob o protocolo de número 1973.

RESULTADOS

Resultados do processo de municipalização

A análise documental permitiu identificar quatro indicadores de desempenho dos DRS (tabela 1) observamos que em relação ao número total de cidades que pertencem a cada regional, o número de

⁹ Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – www.ibge.gov.br

cidades parceiras do PASP, variou de 18% a 85% do total. Em relação ao número de cidades que receberam o financiamento do Ministério da Saúde variou de 0% a 23%, a participação no curso de São Pedro variou de 0 a 80% e o número de cidades que publicaram suas experiências no livro boas práticas desde 2004 variou de 0% a 73%. Ao considerarmos como critério de corte, 50% de adesão para cada indicador, apenas um DRS atingiu 3 indicadores e dois DRS atingiram o índice para dois indicadores, 5 DRS alcançaram um indicador e 9 não alcançaram 50% para nenhum dos indicadores. Os DRS que apresentaram melhor resultado são identificados pelos coordenadores como DRS exemplares e que habitualmente seus interlocutores são convidados para participarem das reuniões de planejamento estratégico.

Tabela 1: Total de cidades por Departamento Regional de Saúde e número e porcentagem de adesão em quatro ações relacionadas à promoção da atividade física.

DRS	Cidade			Financiamento MS		Curso São Pedro		Livro de Boas Práticas		Adesão > 50%
	Total	Parceira	%	n	%	N	%	n	%	
Grande SP	39	15	38	8	21	10	26	8	21	-
Araçatuba	40	14	35	5	13	10	25	23	58	1
Araraquara	24	6	25	3	13	5	21	15	63	1
Baixada Santista	9	4	44	2	22	-	-	1	11	-
Barretos	19	7	37	1	5	3	16	13	68	1
Bauru	68	28	41	2	3	12	18	5	7	-
Campinas	42	8	19	8	19	4	10	5	12	-
Franca	22	4	18	1	5	-	-	-	-	-
Marília	62	40	65	13	21	12	19	37	60	2
Piracicaba	26	22	85	6	23	19	73	19	73	3
Presidente Prudente	45	22	49	6	13	6	13	22	49	-
Registro	15	8	53	1	7	5	33	2	13	1
Ribeirão Preto	26	5	19	4	15	5	19	16	62	1
S.J. da Boa Vista	20	12	60	-	-	16	80	3	15	2
S.J. do Rio Preto	101	29	29	3	3	3	3	1	1	-
Sorocaba	48	18	38	1	2	3	6	3	6	-
Taubaté	39	17	44	3	8	1	3	6	15	-
Mínimo	9	4	18	-	-	-	-	-	-	1
Máximo	101	40	85	13	23	19	80	37	73	3

Fonte: Análise documental do Programa Agita São Paulo e Edital nº. 2 de 11 de setembro de 2006 e edital no- 4, de 24 de outubro de 2007 do Ministério da Saúde. O valor percentual sempre foi calculado com base no número total de cidades correspondentes a cada Departamento Regional de Saúde (DRS). **Adesão:** Esta coluna apresenta o número de vezes que o DRS alcançou a taxa de adesão acima de 50% em relação ao total das cidades correspondentes a cada região.

Até 2008, o PASP contava com 337 parcerias formalizadas através da assinatura da Carta São Paulo, sendo 48% instituições governamentais, 47% Não governamentais e 5% não identificadas.

No ato da assinatura as instituições são convidadas a assinalar o tipo de ações de promoção da atividade física que desenvolverão, divididas em duas, sem recursos e com recursos financeiros sejam as instituições governamentais ou não governamentais. A maioria (60%) assinalam ações sem recursos financeiros. Em julho de 2009 o PASP contava com 260 cidades paulistas parceiras (figura 1), que corresponde a 40% do total do Estado, sendo que 145 (22%) realizaram a assinatura em 2009, destas 5% realizaram o recadastramento em função das trocas dos gestores em momentos de eleições municipais; 66 (10%) receberam verba do Ministério da Saúde, destas 46 (70%) são parceiras do PASP.

Figura 1: Municípios que assinaram a carta de parceria com o Programa Agita ASão Paulo até julho de 2009.

Fonte: Análise documental através da verificação da Carta São Paulo. Documento formal de parceria assinado pelas instituições que se tornam parceiras do Programa Agita São Paulo, assinada no período de dezembro de 1996 a julho de 2009.

Dos interlocutores municipais 80% conhecem o PASP e 16% conhecem somente de ouvir falar (Gráfico 1), sendo que o programa é mais conhecido nas cidades de pequeno porte 93%; do que nas de médio 78% e de grande porte 64%, estatisticamente significativo. Ao citarem a forma que conheceram o PASP ficou identificado que 51% conheceram através de alguma ação direta do

CELAFISCS, como palestras, cursos de formação, reuniões, eventos, ofícios ou publicações do PASP e 7% através do Agita Galera ou Agita Mundo; 15% mediante alguma ação do DRS como cursos, materiais e ofícios; 11% da SES-SP em eventos com os Secretários de Saúde e e-mail; e 3% de alguma ação do Ministério da Saúde em cursos e e-mails; 30% através de outras ações como mídia, outras secretarias, cursos, entre outros. Estes dados reforçam a importância das ações multiestratégicas e a articulação em rede.

Gráfico 1: Conhecimento do Programa Agita São Paulo pelos interlocutores dos programas municipais de atividade física do estado de São Paulo.

Fonte: Entrevista por telefone com interlocutores municipais de programas de atividade física de 61 municípios do Estado de São Paulo, 2009.

O conhecimento dos interlocutores municipais do modelo teórico em que se baseia o PASP - gestão móvel do modelo ecológico - é de 52%, sendo que 36% citaram conhecer um pouco e 16% totalmente. A gestão móvel do modelo ecológico não apareceu espontaneamente nas entrevistas realizadas com os interlocutores regionais e com os coordenadores.

Ao comentarem sobre a participação do PASP (Gráfico 2) 39% dos interlocutores municipais reconheceram a participação na implementação, e/ou monitoramento e/ou avaliação do Programa de Atividade Física do Município. Ao considerarmos o porte da cidade, foi identificado uma maior

participação, estatisticamente significativo, nas cidades de pequeno porte (47%) do que de médio (33%) e grande (32%). Esta tendência também foi percebida quando os interlocutores municipais identificaram a participação dos DRS no geral (33%), pequeno porte (50%) do que de médio (22%) e grande (14%). Um fato interessante que pode representar o reconhecimento da participação do PASP no programa local é que 20% dos programas locais mantiveram a palavra Agita no nome do programa local.

Gráfico 2 – Percepção dos interlocutores municipais sobre a participação do Programa Agita São Paulo e Departamento Regional de Saúde sobre no processo de municipalização do programas municipais de atividade física.

Fonte: Entrevista por telefone com interlocutores municipais de programas de atividade física de 61 municípios do Estado de São Paulo, 2009.

Municípios de pequeno porte: até 50.000 habitantes; médio porte: 50.001 até 100.000 habitantes; grande porte: de 100.001 até 900.000 habitantes somados a metrópole: acima de 900.000 habitantes.

Perfil da amostra.

A população das cidades que participaram deste estudo em conjunto corresponde a aproximadamente 56% da população do Estado de São Paulo. A maioria delas (49%) é de pequeno porte ou de grande porte (36%), sendo a menor proporção de médio porte (15%). Das 61 cidades que compuseram a amostra, 36 (52%) assinaram a carta de parceria com o PASP até o fim de 2008, 12 (18%) em 2009.

Todos os coordenadores do programa foram entrevistados, totalizando 7 profissionais de saúde que trabalham no CELAFISCS entre 9 e 35 anos, sendo dois médicos e quatro profissionais de educação

física e uma nutricionista, com idade variando de 31 a 60 anos, três homens e 4 mulheres, sendo que dos 7 entrevistados, 5 atuam desde o lançamento do programa em 1996 e dois desde 2001. Ao analisarmos perfil dos 17 interlocutores regionais identificamos um perfil semelhante em relação ao gênero e idade, 82% são mulheres, 65% possuem entre 30 e 49 anos, e pela diversidade de formação e cargos, representam 15 profissões diferentes sendo 8 de Nível gerencial, 8 Nível técnico e 1 Nível operacional. Participam do Agita há mais de 5 anos, 47%; entre 1 a 5 anos 29% e menos de um ano 24%. Não há nenhum professor de educação física neste quadro. O perfil dos interlocutores municipais entrevistados 77% são do sexo feminino, 64% tinham entre 30 e 49 anos. Em relação à formação acadêmica, as mais presentes foram: educação física, enfermeiro, fisioterapeuta, médico e dentista, totalizando 14 diferentes formações, sendo que apenas um não possuía formação no ensino superior. Eram responsáveis diretos do programa 44 (72%) dos entrevistados, 82% estavam ligados a área da saúde e 18% a área de educação física ou esporte, distribuídos em 36 cargos diferentes, os mais frequentes foram educador físico, enfermeiro, secretário ou diretor de saúde ou esporte e fisioterapeuta.

Estrutura e funcionamento

Os coordenadores do programa citaram como uma ação do processo de municipalização o incentivo para a celebração de eventos pontuais em rede local, regional, estadual, nacional ou mundial, principalmente o Agita Galera e o Agita Mundo o que pode colaborar para o conhecimento elevado do PASP pelos municípios. A análise documental demonstrou que nos meses de março e abril concentram-se 1/3 das assinaturas de parceria com o programa, próximo a celebração do Agita Mundo, o que pode reforçar o impacto positivo do evento pontual. Essas ações pontuais, em nossa opinião, ajudam a estabelecer metas comuns, fortalecer e formar redes, lançar novos programas, disseminar a mensagem, dar visibilidade, sensibilizar “a causa” e gerar mídia não paga, o que reforçou a crítica do mesmo ser um programa constituído exclusivamente de ações pontuais.

Outro aspecto citado pela coordenação do programa que pode ter contribuído para a disseminação abrangente do PASP foi a participação dos mesmos em eventos externos ao Agita, que reúnem gestores e técnicos em nível estadual, regional ou local sempre disseminando o programa, oferecendo suporte técnico para a elaboração, implementação e monitoramento das ações e programas regionais e ou locais.

As ações desenvolvidas pela coordenação do PASP possibilitaram a geração de conteúdos que são repassados principalmente para os DRS e destes para as cidades através da: 1) Realização de

reuniões internas, com o DRS e municípios para compreender a realidade e estabelecer uma agenda que atendesse as necessidades e respeitasse as características regionais e locais; 2) Sensibilização e capacitação dos profissionais de instituições e dos municípios envolvidos com o objetivo de disseminar o programa, aumentar o nível de conhecimento, formar RH local para a execução de ações locais e a preparação e implantação de projetos locais; 3) Envolvimento das DRS no processo com o objetivo de desenvolver cursos de formação em conjunto; 4) criação de colegiados regionais e municipais e 5) Estabelecimento de parcerias no âmbito regional e municipal, a exemplo da estratégia que já acontecia no âmbito central, aproximando os diversos setores e as diversas redes já existentes como, por exemplo, APM, SESI, SESC, e outros com o nível regional e local.

As informações repassadas pelo DRS poderiam ser agrupadas em três tipos: **1) Informações sobre a gestão do PASP:** Objetivos do Programa, como ser parceiro do programa, assinatura da carta de adesão, datas de reuniões, forma de contato com o CELAFISCS, materiais recebidos para eventos; **2) Relacionadas à elaboração de projetos:** (a) específicos para atividades físicas; (b) para a operacionalização de portarias dos ministérios; (c) para concorrer aos editais; (d) inscrever-se em concursos com prêmios de incentivo; (e) para orientar a utilização de recursos obtidos ou realizar compras e **3) Manutenção da rede regional:** informando como se elaboram regimentos internos, notas técnicas; como se identificam os interlocutores de cada município, como se estabelecem parcerias dos municípios com os programas, como se atende a pedidos de indicação de articuladores municipais, como se reafirmam parcerias a partir da assinatura de cartas de compromisso e se abrem inscrições para eventos relacionados com a atividade física e saúde.

Os interlocutores municipais ao comentarem sobre a forma de participação do DRS no processo de implementação citaram como principais atividades as ações de empoderamento através de cursos de formação, palestras, reuniões, esclarecendo dúvidas, fornecendo material de apoio, compartilhando experiências já existentes, informando os eventos do Agita São Paulo. Os interlocutores regionais e os coordenadores concordam que as funções que exercem junto às cidades são realmente as apresentadas pelos representantes municipais. Ao se manifestarem sobre a participação do PASP nesse processo além dos itens citados acima acrescentaram visita ao município, sensibilização das autoridades do município, identificação e disseminação de trabalhos científicos para orientação das ações.

Analisando o público alvo e a estrutura dos programas municipais em relação ao estado de saúde, 92% dos usuários são saudáveis ou categorizados por problema de saúde diagnosticado, apenas

4,9% são categorizados por algum problema de saúde diagnosticado. Em relação a gênero, 79% do público atendido são mulheres, 43% possuem entre 19-59 anos e 42% acima de 59 anos. O número de funcionários do programa foi considerado sempre suficiente ou na maioria das vezes suficiente, pelos articuladores municipais 25% e 50% respectivamente que atribuíram uma nota 8 para o nível de adequação técnica dos profissionais envolvidos no programa em uma escala de 0 a 10. As atividades mais citadas foram: grupo de caminhada (93%), grupo de ginástica (84%), aconselhamento (72%), dança e hidroginástica (61%), Práticas Corporais Chinesas (48%). As atividades geralmente (39%) são oferecidas entre 3 e 4 dias em média com uma duração de 48 min. O encaminhamento dos usuários é feito pelo médico (61%), enfermeiros e auxiliares (21%) e agentes de saúde (13%), 95% dos programas recebem por demanda espontânea. O controle de participação é feito essencialmente (86%) pela lista de frequência dos usuários.

Avaliação da Estrutura - Entraves para o processo de municipalização

Os coordenadores identificaram entraves para este processo, como: Espaço dado ao programa “... *Falta de espaço para o Programa dentro dos municípios para atividade física. Eles têm que entender que não é brincadeira, não é só esporte e sim ter cidadania ativa...*”; falta de envolvimento dos diretores do DRS, falta de adesão dos municípios; questões políticas “*A gestão municipal foi uma barreira. Há má vontade dos governantes por questões políticas...*”; falta de recursos; formação de recursos humanos; falta de entendimento do caráter perene do programa pelos interlocutores municipais e problemas no repasse das informações.

Abaixo colocamos alguns depoimentos que enfatizam as dificuldades estruturais, que existem para a supervisão e estímulo a descentralização/ municipalização: “... *Criação de cargos específicos na rede pública de profissionais de atividade física...*” Entrevistado 1; “... *Mais profissionais nossos para irem aos municípios...*” Entrevistado 2. Outras questões estão mais relacionadas a questões de processo: “... *Visitar locais de cada um dos municípios do Estado...*” Entrevistado 3; “... *Atualização profissional sistemática, mais treinamento...*” Entrevistado 1; “...*Ter contatos mais permanentes, atender as necessidades, ter um interlocutor específico para o Programa sem ter várias outras atividades...*” Entrevistado 2; “... *Definição clara das metas, municípios e parceiros, definindo metas e cobrando resultados, como é feito e de que forma é feita...*” Entrevistado 5.

Quanto aos aspectos negativos apontados pelos interlocutores regionais foram identificados aspectos relacionados a : 1) Dificuldades do próprio processo de descentralização da SES- SP que ainda tem uma interlocução difícil com as regionais. Apesar do CELAFISCS ser uma instituição externa a SES-SP também sofre as consequências desse processo. A consequência disto na

efetivação da descentralização do PASP, se expressa na falta de apoio de muitos diretores dos DRS e no descomprometimento dos gestores com a municipalização do PASP; 2) Questões políticas que tem interferido na implementação e sustentabilidade do processo de municipalização do PASP – A cada troca de gestores estaduais, regionais e/ou municipal corre-se o risco de perder o apoio ao programa e até de serem trocados os interlocutores que já tiveram um processo de formação para o exercício da tarefa;. 3) A falta de recursos financeiros e humanos para o processo de descentralização do PASP, dificulta investimentos nas ações regionais e municipais e limita o interesse dos gestores na tarefa. Ainda o fato de não existirem recursos financeiros estadual específico para esta tarefa, atribui ao processo um caráter voluntarista, que interfere na efetividade e sustentabilidade do processo de municipalização do PASP. Um exemplo apresentado que clarifica este aspecto negativo é o fato do funcionário regional ou municipal não ter uma remuneração específica para o desenvolvimento desta atividade. Os que assumem a responsabilidade de municipalizar as ações de AF, o fazem acumulando funções, sem o preparo técnico específico para difusão das idéias e consolidação nas regiões e cidades de um programa regional ou local.

Outro aspecto negativo foram os relacionados com o próprio programa, que não estabeleceu claramente para os coordenadores que deveriam estabelecer uma sistemática de controle dos dados, por exemplo, do número e características das regionais envolvidas, municípios parceiros, não padronizou as atividades, não conseguiu manter os articuladores ao longo do processo de municipalização.

Os coordenadores comentaram sobre ações que poderiam contribuir para o desenvolvimento do processo de municipalização e ainda não foram feitas: Criação de cargos específicos a rede pública; Melhorar a agilidade das DRS; Mais cursos de formação; Mais profissionais do programa para visitar os municípios; Um interlocutor específico do programa no município sem ter várias outras atividades; Maior envolvimento dos prefeitos e profissionais de saúde; Visitar os municípios e sensibilizar diretamente; Separar os municípios pelo tamanho, pois são todos tratados de forma igual; Fortalecimento do colegiado regional funcionando bem com ações do programa; Definição clara das metas, municípios e parceiros, definindo metas e cobrando resultados, como é feito e de que forma é feita.

Avaliação do processo de municipalização

O repasse das informações do PASP foi uma das principais atividades citadas pelo DRS, sendo que o principal receptor das informações (65%) foi o Secretário Municipal de Saúde, seguido do interlocutor municipal (23%) e colegiado municipal (12%) com uma regularidade mensal em 65% das regionais.

Além do repasse das informações aos municípios, 65% das regionais (n=11) não desenvolvem nenhuma outra atividade. Os articuladores de 35% das regionais que participam ou organizam outro tipo de atividade informaram organizar eventos pontuais ou seminários, participar dos cursos de formação e de reuniões de colegiado estadual e regional, oferecidos pelo PASP, fazer visitas aos municípios, oferecer materiais educativos sobre o assunto, divulgar ações de parceiros para os municípios, realizar ginástica laboral e organizar grupos de caminhada na própria unidade.

Considerando o distanciamento entre o planejado e o executado pela coordenação, dos 7 entrevistados, 4 apresentaram que apenas algumas ações foram implementadas como o planejado. Nesse caso as ações não planejadas também foram citadas como algo positivo, pois atesta que o programa é dinâmico e aberto ao imprevisível, no caso a diferença de conjuntura, que demanda ações diferenciadas. A existência deste espaço de participação e criação dos interlocutores regionais e municipais, foi considerado essencial para o desenvolvimento da autonomia e empoderamento destes mesmos interlocutores e adaptação do PASP as realidades regionais e locais. *"A principal diferença é que a cada nova parceria e novos cursos realizados, novas etapas eram inseridas no processo tornando o mesmo dinâmico e aberto"*. (Entrevistado 4 - Coordenador).

Algumas destas ações que não foram executadas poderiam ser consideradas como: 1) positivas: Realização de cursos internacionais, Agita mundo, Criação da Secretaria Municipal de Atividade Física em Santana de Parnaíba e 2) negativas: O trabalho com o DRS é recente, falta de recursos financeiros no DRS, falta de avaliação de estratégias e de impacto por parte dos municípios, atingir um maior número de cidades, identificar adequadamente o interlocutor municipal do programa, falta de articulação política adequada.

Os coordenadores identificaram como ações bem sucedidas para o processo de municipalização: 1) Criação e convocação de uma reunião mensal exclusiva para municipalização; 2) Parceria estratégica (DRS / SESI / APM / SESC); 3) Teoria dos dois chapéus (instituições governamentais e não governamentais); 4) Utilização dos interlocutores do DRS para atingir os municípios; 5) Conscientizar os diretores dos DRS para desenvolvimento do programa nas diferentes cidades e 6)

Elaboração de um relatório anual da programação o que possibilitou constatar que os números de cidades participantes vêm aumentando, bem como o envolvimento de cada DRS.

Os interlocutores regionais avaliaram como pontos positivos do processo de municipalização a manutenção da equipe de coordenação do PASP, autonomia dada aos municípios, participação da coordenação do PASP nas reuniões com os Diretores do DRS, estimulação através da apresentação de dados científicos, esforço para chamar a atenção para a questão do sedentarismo, adesão significativa dos municípios, diminuição da hipertensão, das internações por diabetes e hipertensão, do uso de medicamentos antidepressivos; melhora na qualidade de vida da população, maior conhecimento sobre a existência do programa e muita gente interessada em fazer o programa, trabalho em equipe entre UBS e diversas secretarias.

Reforçando a questão do empoderamento os interlocutores regionais identificaram como aspectos positivos a disseminação sobre os benefícios da atividade física à população, a população ter conhecimento da importância da prática da atividade física, conscientização da equipe da saúde sobre a importância da prevenção através de atividades físicas. Citam que a importância da participação dos representantes municipais no curso de São Pedro¹⁰ foi decisiva para a adesão e interesse de diversas áreas, além de favorecer a ampliação da integração social dos participantes do programa. Os interlocutores regionais ao comentarem sobre as estratégias mais assimiladas citaram questões ligadas às áreas de: 1) informação; 2) gestão e 3) materiais do PASP, conforme descrito na tabela 2.

¹⁰ Curso organizado e realizado pelo CELAFISCS desde 2004 com três dias de duração reunindo interlocutores regionais e municipais para compartilhar e fundamentar estratégias de planejamento, implantação monitoramento e avaliação de programas de promoção de atividade física.

Tabela 2: Estratégias do Programa Agita São Paulo mais assimiladas pelos interlocutores regionais.

Informacionais
30 minutos de atividades físicas diariamente
A importância da prática da atividade física
Divulgação de todos os meios que usam / divulgação do programa
A redução de custos com uso de medicamentos
Disseminação do mascote - Meiorito
Mensagens curtas e constantes
O combate de doenças crônicas através da atividade física
Gestão
A parceria com a Secretaria da Saúde
A perseverança do pessoal do Celafiscs
O comprometimento da equipe do Celafiscs
A realização dos eventos pontuais (Agita Mundo, Agita Galera)
A vinda das pessoas envolvidas para nos incentivar
Apoio do Celafiscs
Forma alegre como as mensagens são veiculadas
Informações nos colegiados sobre a área da saúde
Parcerias que devem ser desenvolvidas com outras secretarias
Possibilidade de participar das reuniões em São Paulo
Presença do Celafiscs mostrando dados científicos
Promover a prevenção através da atividade física evita custos
Troca de experiências nas reuniões de colegiado
Recursos materiais
Disponibilização do livro de boas práticas
Distribuição de materiais informativos do Agita
O livro com propostas de promoção de saúde
Incentivo financeiro do Ministério da Saúde

Fonte: Entrevista por telefone com interlocutores regionais do Departamento Regional da Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, 2009.

Ao informarem sobre a forma de participação do PASP no processo de monitoramento e de avaliação, os interlocutores municipais citaram que enviam relatórios, contendo dados referentes a

aplicação do Questionários Internacional de Atividade física (IPAQ). Informaram ainda que receberam orientação sobre a aplicação destes questionários em cursos, capacitações simpósios e troca de experiências, valorizando muito a forma como esta atividade tem sido desenvolvida, mais do que a avaliação e o monitoramento em si.

Um dos coordenadores do programa apresenta a avaliação do processo de municipalização como um desafio, *“... eu acho que a gente cobriu praticamente tudo, para mim, o que ele se propôs (PASP) e pelo menos o que eu vejo é como a gente consegue avaliar o processo que está sendo feito, eu acho que é o principal desafio hoje em dia, tem muita gente fazendo coisas, eu acredito que estamos nos organizando no processo de avaliação dessa municipalização...”* Coordenador 2. E um dos interlocutores regionais também *“... A questão do controle das atividades que estão sendo desenvolvidas no município e a avaliação por parte dos responsáveis do programa, isso é de grande importância. Isso tem sido feito pela regional, mas teria também que ser feito pela secretaria...”* DRS VI – Bauru.

Ao serem questionados sobre o programa municipal 66% avaliaram como um programa bem sucedido e 7% um pouco bem sucedido.

Os interlocutores regionais ao analisarem no geral o processo de municipalização 82% citaram que teve êxito e 6% muito êxito, ao considerarem proporcionalmente em relação a cada município avaliaram com muito êxito (16%), êxito (45%), foi falho (32%) e foi muito falho (7%).

DISCUSSÃO

Os interlocutores regionais (82%) avaliaram o processo de municipalização como uma atividade exitosa, porém o relato deste processo e dos entraves principalmente estruturais fornece elementos importantes indicando que há um longo caminho a ser percorrido e soluções que ainda necessitam ser encontradas e implantadas como, por exemplo: Os interlocutores regionais conseguiram intermediar o processo de municipalização? Foi possível convencer os gestores sobre a necessidade de financiar este processo? Criaram oportunidades para que profissionais especialmente para gerir estas atividades ou ainda alinhar com as ações de promoção da saúde já existentes seja no âmbito regional ou local? Outra questão é que o desempenho dos DRS não foi homogêneo, conforme apresentado na tabela 1, nos parece que a coordenação do programa deveria concentrar suas ações e estratégias no aumento do comprometimento do DRS com as estratégias já criadas e desenvolvidas pelo PASP.

Daugbjerg et al (2009) apontaram que um indicador importante para a mensuração da efetividade de políticas públicas é a indicação da meta. O PASP não apresenta claramente a meta para a municipalização, por exemplo, número de cidades parceiras por ano. A SES-SP em 2008 propôs o aumento de 100% no número de cidades e instituições que possuam ações e programas de incentivo à atividade física, mas não apresentam um número de base. Pela análise documental a assinatura de parcerias do PASP variou entre 8 e 47 ou uma média de 28 assinaturas por ano (instituições governamentais e não governamentais). Esses dados poderiam ajudar a melhorar o estabelecimento de uma meta mais específica. Apesar disto os dados apresentados permitem dizer que a municipalização do PASP tem sido efetiva, considerando os resultados obtidos em termos de número de cidades parceiras, redes formadas e obtenção de recursos federais pelas cidades parceiras do PASP, levando-se em consideração a identificação dos entraves estruturais para este processo, por exemplo, a ausência de financiamento estadual para os municípios ou como relataram Moretti et al (2009) o não pagamento dos procedimentos ligados a promoção da atividade física pelo SUS.

A abrangência dos dados de avaliação coletados em relação ao número de habitantes (56%) do Estado de São Paulo e a escolha das cidades que constituíram a amostra, considerando como critério a seleção de projetos realizada pelo Ministério da Saúde, garantiram uma representatividade e diversidade bem interessante para este tipo de análise. Acreditamos que a utilização, de abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas, permitiu uma apreensão abrangente e complementar do processo de municipalização do PASP.

Há uma diversidade na formação dos profissionais envolvidos com o processo de municipalização no âmbito regional e local. Em relação ao gênero as mulheres são maioria, tanto na interlocução do programa quanto na participação dos programas municipais.

A formação de colegiados regionais e municipais foi uma das estratégias utilizadas por todos os níveis para o repasse de informação e discussão das ações. Assis et al (2009) ao avaliar um DRS da SES-SP apontou que esta estrutura ainda é frágil e pouco estruturada para as exigências do novo modelo de gestão. É fundamental que a coordenação do PASP procure ampliar a ação dos DRS já que somente 35% realizam outras ações além do repasse de informação.

Falta, às DRS, pessoal técnico em número suficiente, bem como capacidade de gestão para a coordenação, acompanhamento e avaliação do SUS local e regional, dados que também apareceram em nosso estudo. Ao considerarmos a diversidade de desempenho dos DRS, conforme demonstrado

na Tabela 1, sem a identificação clara do contexto de cada DRS ou uma avaliação diagnóstica é impossível a elaboração de uma única estratégia que apresente bons resultados para todas as 17 regionais. Mesmo com essas limitações, 80% dos interlocutores municipais conhecem o PASP o que representa uma disseminação abrangente do programa.

Outro aspecto é a diferença significativa encontrada na percepção da participação do PASP e do DRS no processo de municipalização mais entre os municípios de pequeno porte do que nos de médio e grande porte. Este resultado se torna mais significativo ao compararmos com um os dados encontrados por Bankoff et al. (2005) que identificaram que há uma quantidade reduzida de projetos de atividade física voltados à saúde da população em cidades paulistas abaixo de 10 mil habitantes, onde 65% não apresentaram nenhum projeto nesta área. Outro ponto interessante é que 20% do interlocutores entrevistados citaram que o programa municipal manteve o nome do Agita no nome, por exemplo “Agita Município” Bankokoff et al. (2009) encontraram também que 45% dos projetos, entre as 226 cidades que possuíam programas de atividade física, foram identificados como “Agita Município” e similares, o que corresponde a 102 municípios.

Brownson e Jones (2009) citaram que os profissionais de saúde e gestores procuram frequentemente uma forte ligação com as necessidades da comunidade, intervenções que sejam realistas e economicamente viáveis e a capacidade de liderança para traduzir a investigação científica para a política, pela avaliação realizada pelos interlocutores municipais sobre a forma de participação do PASP no processo de municipalização podemos afirmar que o PASP possui estas características.

Silva-Vieira (1999) reforça que é necessário a articulação com as outras esferas de governo, primeiro pela questão constitucional apresentada no SUS, mas a questão vai além deste aspecto formal. Ela é uma necessidade imposta pelas condições existentes e que precisam de reforço dos níveis mais altos de poder para o seu enfrentamento. O PASP constituiu-se de forma escalonada, para da mesma forma que a municipalização da saúde de modo geral, facilite a busca de soluções mais adequadas, contando com o apoio técnico e institucional dos níveis mais estruturados.

Spedo et al (2009) citaram que para se enfrentar o desafio da descentralização em municípios de grande porte, é importante avaliar experiências internacionais que conduziram processos de descentralização político-administrativa de seus governos que viabilizaram a criação de estruturas regionais, com distintas configurações, responsáveis pela gestão da política municipal.

Assis et al, 2009 ainda complementa que é necessário que se aperfeiçoe a relação com os municípios para que eles sejam apoiados tecnicamente e possam assumir com mais efetividade a gestão local. A ação que o PASP tem desenvolvido como prioridade, através de reuniões, cursos de formação e produção de material para garantir o reforço desse apoio técnico. As informações repassadas pelos DRS às cidades se concentram em informações sobre a gestão do PASP, elaboração de projetos e manutenção da rede regional. A disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, preocupação que parece estar ligada ao princípio de empoderamento, entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998).

Um dos entraves citados pelos DRS é a falta de recursos financeiros que representa um problema de todo o sistema de saúde onde a atividade física está inserida. Lima (2009) comenta que lamentavelmente, nesses longos anos, predomina a visão da saúde como fonte de despesa, afastando-a da idéia de direito social ou valor humano. Desvios no uso de recursos da Seguridade Social, oscilações de fontes e instabilidade no aporte de receitas do MS marcaram o financiamento do SUS e limitaram os investimentos e transferências correntes federais realizadas para os estados e municípios. Este fator ainda se relaciona com a falta de recursos humanos e acúmulo de funções e também com o fato dos gestores desenvolverem prioritariamente programas que tenham recursos financeiros.

Assis et al (2009) citaram que o Estado ainda compete com os municípios na execução de atividades em vez de concentrar esforços no que deve ser a sua atribuição mais importante: a coordenação, a avaliação e a indução de políticas através de pactuações e financiamentos específicos, o que não se aplica ao PASP, pois estas ações são realizadas pela coordenação geral do PASP, exceto o financiamento que ainda é um entrave a ser solucionado. O PASP tem desenvolvido ações para preparar os municípios para obtenção dos recursos federais oferecidos desde 2006 pelo Ministério da Saúde (Malta et al 2008).

Trevisan e Junqueira (2007) comentaram que no aspecto gerencial, a implantação do conceito de rede, seria a arma mais eficiente para enfrentar a verticalização de estruturas decisórias e esta estratégia tem sido muito utilizada pelo PASP em todos os níveis de atuação. Parece que a coesão social obtida pela rede internacional articulada pelo PASP em conjunto com outras instituições internacionais fortes, tem contribuído para alimentar a rede estadual, em formação, mas já em

funcionamento. Os autores complementam que este processo enfrenta “gargalos” operacionais e financeiros que impedem os diferentes atores das diferentes organizações de falarem a mesma “linguagem”, o meio mais eficaz para gerar “vínculos” interorganizacionais. Porém, a efetiva interação de linguagens só será obtida no processo de construção de pactos de gestão, fato que também tem sido perseguido pelo PASP.

Assis et al (2009) reforça que todo o esforço para firmar divisão de responsabilidades claramente definidas e pactos de gestão estabelecidos em termos de compromisso inter-gestores perde muito da efetividade pela falta de um instrumento jurídico que garanta o cumprimento das responsabilidades consensuadas. Isso poderia ser um avanço na gestão do PASP, participando mais de perto dessa discussão.

O PASP está integrado aos pressupostos apresentados na constituição da república federativa do Brasil na seção II da saúde (Câmara dos Deputados, 2003). Apesar de não garantir diretamente o acesso universal e igualitário aos programas de atividade física estimula estratégias simples e efetivas de promover a saúde mediante a prática de atividade física. A SES-SP não avançou nos aspectos de regulamentação, fiscalização e controle, mas a partir da viabilização do PASP tem contribuído na indução de criação de programas municipais, criando uma sinergia positiva entre a coordenação geral, a interlocução regional e municipal, principalmente com as diversas ações de empoderamento das diferentes redes criadas pelo PASP. O PASP tem procurado criar um processo de descentralização com uma visão de promoção da saúde e também preventiva com a participação da comunidade, através dos seus representantes no nível regional e municipal. Seria importante incrementar a participação da comunidade, possivelmente através dos conselhos de saúde em âmbito estadual e municipal.

O PASP foi um ator vital do processo de municipalização, sendo reconhecidos por 80% dos interlocutores municipais. Isto se deve principalmente pela ação direta do CELAFISCS (58%) que atua através dos coordenadores do programa, seguido do apoio que recebe dos DRS (15%), através dos interlocutores regionais.

A municipalização aqui discutida está relacionada ao processo de descentralização do SUS. Apesar de não ter tido um início concomitante se associa a este processo, compartilha a força do mesmo, representando também uma resposta política afinada dos setores sociais comprometidos com um sistema de saúde público e universal, à centralização normativa e, principalmente financeira da

década de 80, operada então pelo regime militar (Elias, 1992). O PASP se beneficiou de todas as conquistas deste período, mas da mesma forma que o SUS ainda tem que enfrentar muitos desafios presentes.

Por outro lado, a municipalização do PASP difere da municipalização da saúde de maneira geral, primeiro porque é um processo mais recente, segundo por caracterizar-se como uma política e um programa que para ser implementado precisa organizar-se como um processo de disseminação de idéias, conceitos, uma forma de agir diferente, que necessita uma total recriação por parte das lideranças regionais e locais e terceiro por ser um processo de municipalização caracterizado pelo deslocamento do poder para um órgão regional e local, sem o acompanhamento do suporte financeiro, um fato que reitera uma concepção errônea de implementação de política - sem recursos financeiros e humanos designados para a nova atividade - e que pode ter como consequência a geração de entraves para este processo, como falta de vontade política, falta de envolvimento e troca constante de gestores e interlocutores.

Brownson e Jones (2009) descreveram que vários passos são necessários para construir uma ciência, que aumente a compreensão da prática baseada em evidências, ir além do "que" para o "como", melhorar a disseminação, maior ênfase no desenvolvimento pessoal e fazer pesquisas mais acessíveis para o público da política. As estratégias mais eficazes, para ultrapassar o fosso entre a investigação e a prática, terão em seu coração, a parceria eficaz entre academia-prática-políticos. Acreditamos que este artigo contribuiu para esta construção.

CONCLUSÃO

Após a análise dos resultados podemos concluir que o processo de municipalização do PASP tem sido efetivo, contribuindo de maneira significativa com a implantação e monitoramento de políticas municipais de promoção da atividade física. A avaliação de resultado e impacto aparece como um processo ainda em construção e que contribuirá com o processo de municipalização.

O PASP é conhecido por 80% e a estratégia de gestão móvel do modelo ecológico utilizado pelo PASP é conhecida por 52% das cidades avaliadas. Este processo aconteceu por dois caminhos, em maior proporção através de ações realizadas pela coordenação geral diretamente para os municípios, seguido de ações da coordenação para o município através dos DRS.

O reconhecimento da participação do PASP e do DRS no processo de municipalização pelos interlocutores municipais é de 39% e 33%, respectivamente e esta participação foi maior nos municípios de pequeno porte.

O envolvimento e desempenho do DRS não tem acontecido de maneira homogênea. Há indícios de uma relação entre o comprometimento dos DRS com as estratégias desenvolvidas pelo PASP e o número de parcerias estabelecidas por DRS. No entanto será necessário um aprofundamento na análise da relação entre esses indicadores.

Sugerimos também para próximos estudos avaliar como a atividade física está inserida nos pactos de gestão que estão em construção no Sistema Único de Saúde, o que demonstraria um comprometimento maior do poder público e possivelmente isto ajudaria no financiamento destas ações, uma vez que estivessem pactuadas entre os diferentes níveis de poder.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis E, Cruz VS, Trentin EF, et al. Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Saúde e Sociedade*, v.18, supl.1, 2009.

Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Unidade de Gerenciamento do Brasil Unidade de Gestão do Setor de Desenvolvimento Humano Região da América Latina e do Caribe Relatório n. 32576-BR. Brasília; 2005.

Bankoff ADP, Báfero AF, David LTP, Crivelli DM, Zama CA. Estudo do perfil de municípios do Estado de São Paulo sobre espaços físicos e projetos voltados à saúde da população. *Movimento & Percepção*. 2005. 5 (7): 76-95.

Bauman, A.E.; Nelson, D.E.; Pratt, M.; Matsudo, V. and Schoeppe, S. Dissemination of physical activity evidence, programs, policies, and surveillance in the international public health arena. *Am J Prev Med*, v.31, n. 4 Suppl, p. S57-65, oct. 2006.

Brasil, Senado Federal Constituição Brasileira de 1988. [disponível na internet][acessado 2006 Ago 6] Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*, 2009.

Brownson RC e Jones E. Bridging the gap: Translating research into policy and practice. *Preventive Medicine* 49 (2009) 313–315.

Bull FC; Bellew B; Schoppe S; Bauman AE. Developments in National Physical Activity Policy: an international review and recommendations towards better practice. *J Sci Med Sport*; 7(1 Suppl): 93-104, 2004 Apr.

Câmara dos Deputados. Constituição da República Federativa do Brasil. Texto consolidado até a Emenda Constitucional nº 42 de 19 de dezembro de 2003. Brasília 2003.

CDC - Department of Health and Human Service – Center For Disease Control and Prevention. *Physical Activity Evaluation Handebook*. Atlanta; 2002.

Daugbjerg SB, Kahlmeier S, Racioppi F et al. Promotion of physical activity in European region: content analysis of national policy documents. *Journal of Physical Activity and Health*. 2009; 6(6): 805-817.

Elias, PEM. A municipalização da saúde no município de São Paulo dimensões políticas e econômicas. *São Paulo em Perspectiva*, 6(4): 77-83, outubro/dezembro, 1992.

Guthold R, Ono T, Strong KL, et al. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. *Am J Prev Med*. 2008;34(6):486-494.

Haskell, W.L.; Blair, S.N.; Hill, J.O. Physical activity: health outcomes and importance for public health policy. *Prev Med*, v.49, n.4, p. 280-282, oct. 2009.

Hoehner CM, Soares J, PARRA PEREZ D, et al. Guide for Useful Interventions for Activity (GUIA) in Brazil and Latin America: Systematic Review of Physical Activity Interventions in Latin. America. *Am. J. Prev. Med*. 2008; 34(3).

International Diabetes Federation, Global Cancer Control and World Heart Federation. Time to act: The global emergency of non-communicable diseases. 2009 September.

Lima LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: Balanço de uma década expandida. *Trab. Educ. Saúde*, v. 6 n. 3, p. 573-597, nov.2008/fev.2009

Malta DC, Castro AM, Cruz DKA e Gosha CS. Promoção da saúde e da atividade física no sistema único de saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saude*. 13(1), 2008 pp 24-27.

Matsudo S, Matsudo V, Araújo T, Andrade D, Oliveira L, Santos M e Silva L. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Volume 13, Número 3, 2008, pp 178-184

Matsudo VKR, Matsudo SM, Araújo TL, Andrade DR, Oliveira LC and Hallal PC Time trends in physical activity in the state of São Paulo, Brazil: 2002-2008 MSSE (in press).

Ministério da Saúde. Política Nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006

Ministério da Saúde. Programa Nacional de promoção da atividade física “Agita Brasil”: Atividade Física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev de Saúde Pública*. 2002; 36(2): 254-256.

Moretti AC, Almeida V, Westphal MF E Bógus CM. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.18, n.2, p.346-354, 2009

Oldridge NB. Economic burden of physical inactivity: healthcare costs associated with cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2008, 15:130–139.

Pan American Health Organisation. *Agita São Paulo: A Multisectoral Coalition in Health*. 2002; Washington DC.

Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. Plano estadual de saúde. Quadriênio 2008 – 2011. São Paulo; 2008.

Spedo SM, TanakaOY e Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

Trevisan LN e JUNQUEIRA LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(4): 893-902.

Viana ALA e Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):807-817, 2009.

World Health Organization (2004). WHO Resolution. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Available: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en>

World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998.

Considerações Finais

Princípios de Promoção da Saúde

Entendemos que os princípios da Promoção da Saúde de modo geral são parcialmente incorporados pelos interlocutores regionais e interlocutores municipais, embora seus coordenadores e interlocutores muitas vezes considerem saúde como ausência de doenças e a grande maioria não tenham refletido de forma mais profunda sobre os princípios da promoção da saúde e muitas vezes nem saiba ou perceba que os está seguindo. O discurso sobre o impacto da atividade física nos fatores de risco ou como fator de proteção à saúde, assim como a valorização da redução dos custos com as doenças crônicas em função de um aumento do nível da atividade física somado com a ampla disseminação da mensagem: *“Todo cidadão deve acumular 30 minutos de AF leve ou moderada de forma continua ou acumulada, na maioria dos dias da semana, se possível todos”* ajudou a criar uma imagem que os seus coordenadores, conseqüentemente o PASP, fosse somente um programa normativo comprometido com mudanças de comportamento.

Porém quando analisamos as ações do processo de municipalização através do discurso dos atores envolvidos com ele observamos que muitas ações e estratégias desenvolvidas pela coordenação e por articuladores regionais e municipais foram mais amplas do que o esperado, indo além do espaço das Unidades de Saúde. Foram ações criativas, inovadoras, motivadas pela própria dinâmica social que é produtiva em si mesma. Esta mudança de rumo ocorreu pelo fato da implementação do PASP estar sendo realizada, como os dados demonstraram, através de um processo bastante flexível e aberto e fundamentado no modelo móbil, ecológico, amplo e multifatorial

Houve uma preocupação em fortalecer as capacidades individuais e coletivas para uma compreensão e o enfrentamento da questão da inatividade física e os fatores associados a ela. Esta compreensão foi além dos aspectos biológicos, como por exemplo, as mudanças ambientais, a participação,

intersectorialidade e de alguma forma também concilia os interesses econômicos e de bem estar social, perseguindo o ideário da promoção da saúde.

O ambiente de apoio criado pelo PASP, através das reuniões de colegiado e outras atividades de formação como cursos, seminários, fóruns de boas práticas e a publicação das práticas dos parceiros, assim como a sua comunicação ágil pela internet e as diversas redes criadas ajudaram na ampliação da equidade, especialmente para as lideranças regionais e municipais.

A consolidação de uma rede que extrapolou o âmbito estadual com interlocutores de instituições do Brasil e do Exterior garantiu sinergia positiva, na troca de experiências, no campo da promoção da atividade física e da promoção da saúde.

O trabalho de articulação do programa contempla, mesmo que parcialmente todos os princípios da promoção da saúde, e seria importante aproveitar os resultados desta pesquisa para ampliar seu enfoque. Uma ação importante seria que todos os seus representantes - coordenadores, articuladores regionais e locais - fossem motivados a refletir constantemente sobre o que fazem a partir de uma visão ampla de promoção da saúde, para que pudessem rever e aprimorar o referencial que os direciona e a visão de saúde que está por trás de suas práticas.

A municipalização

A municipalização do PASP foi criada primeiramente de maneira informal com o estabelecimento de parcerias espontâneas com o poder público local. Esse processo demorou oito anos para se constituir em um projeto formal e uma intenção mais clara de expansão para as cidades paulistas. A estrutura da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, através dos dezessete Departamentos Regionais de Saúde, se envolveu de forma diferenciada nesse processo, principalmente por ter sido incluído o tema atividade física na agenda da saúde sem o devido acompanhamento de insumos de estrutura, especialmente em relação aos recursos humanos e financeiros, tanto em nível regional como local. O envolvimento dos interlocutores se deu muita mais por conta de habilidades e características individuais e mesmo voluntária do que por condições estruturais criadas para apoiar o processo de descentralização do PASP. Em relação ao nível local também não houve repasse de recursos financeiros pelo Estado e o mesmo voluntarismo moveu o processo.

O Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS criou uma rede de apoio técnico que foi efetiva e reconhecida tanto pelos interlocutores regionais e municipais, porém a falta de estrutura também foi sentida como um dos principais entraves para o processo de municipalização. Nesse sentido a preocupação dos coordenadores com este problema apareceu no discurso, mas não como algo que os mobilizasse da mesma forma que a função técnica que exercem. Não foi percebido no discurso desses coordenadores, um desejo de participar, buscando encontrar soluções, por exemplo, em conjunto com a Secretaria de Estado da Saúde, para as questões administrativas e estruturais. Por outro lado, o trabalho técnico, conseguiu mobilizar a sua rede de cidades para buscar recursos do Governo Federal, a partir de 2006.

Os coordenadores, mesmo sentindo as restrições estruturais, encontraram estratégias interessantes para disseminar o PASP em escala estadual, nacional

e internacional criando estratégias efetivas de municipalização, principalmente de idéias e estratégias para a promoção da atividade física, permitindo que as suas orientações e encaminhamentos fossem recriados e ampliados pelos níveis regionais e locais aproximando desta forma, independente do conhecimento teórico, aos preceitos da descentralização, ainda que as questões estruturais necessitem de maior atenção.

Avaliação da municipalização

O PASP até julho de 2009 contava com 260 cidades parceiras o que corresponde a 40% das cidades paulistas. A municipalização do Programa Agita São Paulo, não estabeleceu critérios para verificar se a meta foi atingida, por exemplo, quantas cidades deveriam assinar a carta de parceria por ano, nem quantas cidades possuem uma política municipal de promoção da atividade física de fato

Ao considerarmos a meta explicitada pelo Governo do Estado de São Paulo em seu planejamento quadrienal 2008 a 2011 que propõe o aumento em 100% neste período, do número de municípios e organizações parceiras que adotem ações e programas de estímulo à atividade física. Não foi estabelecido, entretanto, uma linha de base inicial para uma possível comparação. Também não foram criados indicadores claros para avaliar as ações e os programas, permanecendo ainda a avaliação e o monitoramento do PASP como um desafio. Alguns resultados apresentados nesta tese poderão servir de ponto de partida para que em futuro próximo se produzam evidências sobre os resultados da descentralização do PASP no Estado de São Paulo.

Das cidades avaliadas neste trabalho o PASP é conhecido por 96,7% dos articuladores municipais e a estratégia de gestão móvel do modelo ecológico utilizado pelo PASP é conhecida por 52%. Este processo aconteceu por dois caminhos, em maior proporção de ações realizadas pela coordenação geral

diretamente para os municípios, seguido de ações da coordenação para o município através do Departamento Regional de Saúde.

O reconhecimento da participação do PASP e do DRS no processo de municipalização pelos interlocutores municipais entrevistados é de 39% e 33%, respectivamente. Ao separarmos as cidades pelo porte, as cidades de menor porte foram as que reconheceram a mais a participação do PASP e do DRS como apoiadores do processo de municipalização. Dos 61 interlocutores municipais entrevistados 70% são de cidades que possuem parceria com o PASP, o que nos parece um bom indicador.

Uma das principais atividades dos DRS foi o repasse de informação, sendo que onze das dezessete regionais (65%) não desenvolveram nenhuma outra atividade neste processo de municipalização.

Os coordenadores reconheceram que algumas ações que foram previstas não foram realizadas, mas que este fato também foi positivo, pois o programa incorporou outras ações não previstas e que foram reconhecidas como estratégias bem sucedidas pela coordenação e interlocutores regionais.

O envolvimento e desempenho dos DRS não aconteceram de maneira homogênea. Há indícios de uma relação entre este envolvimento e o número de parcerias estabelecidas com o PASP. No entanto é necessário um aprofundamento e complemento na análise entre esses indicadores observados por nós.

Sugerimos também a avaliação de como a atividade física está inserida nos pactos de gestão que estão em construção no Sistema Único de Saúde.

Acreditamos que as informações levantadas nesta tese serão úteis para o aprofundamento das questões sobre a avaliação da estrutura e processo de

municipalização das ações de promoção da atividade física que estão em curso no Estado de São Paulo, Brasil e no exterior.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, D.R.; CESCHINI, F.L.; ARAÚJO JÚNIOR, J.F. e MATSUDO, V.K.R. Physical activity level in adolescents from schools with and without Agita Galera Program Intervention. In: International Congress on Physical Activity and Public Health. Atlanta, Georgia, p:137, 2006.

ARRETCHE MTS. Políticas sociais no Brasil. RBCS. 1999; 14(40): 111-141.

ASSIS E, CRUZ VS, TRENTIN EF, et al. Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. Saúde e Sociedade, v.18, supl.1, 2009.

BANCO MUNDIAL. Enfrentando o Desafio das Doenças não Transmissíveis no Brasil. Brasil; 2005. [Relatório No. 32576-BR].

BANKOFF ADP, BÁFERO AF, DAVID LTP, CRIVELLI DM, ZAMAI CA. Estudo do perfil de municípios do Estado de São Paulo sobre espaços físicos e projetos voltados à saúde da população. Movimento & Percepção. 2005. 5 (7): 76-95.

BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal:, 3ª Ed, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de promoção da saúde. Brasília; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2009.

BUSS PB. Colaboração: CARVALHO AI, SILVA, DS, STOTZ, EN, RIVERA FJU, FERREIRA, JR, FONSECA, LE et al. Promoção da saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as Escolas de Saúde Pública da América Latina. Rio de Janeiro; 1998.

CARVALHO, Y.M. Atividade física e saúde: onde está e quem é o "sujeito" da relação? Rev. Bras. Cienc. Esporte, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan. 2001

CDC - DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE - CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Physical Activity Evaluation Handebook. Atlanta; 2002.

CESCHINI FL, ANDRADE DR, OLIVEIRA LC, ARAÚJO JÚNIOR JF e MATSUDO V. Prevalência de inatividade física e fatores associados em adolescentes da cidade de São Paulo. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, 2008, 13 (3), pp: 129-140

CHENOWETH D and LEUTZINGER J. The Economic Cost of Physical Inactivity and Excess Weight in American Adults. Journal of Physical Activity and Health. 2006; (3): 148-163.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008.

COSTA LP e TAKAHASHI GM. Fundamentos do esporte para todos. Brasília: MEC – Secretaria de Educação Física e Desportos, 1983.

CRESWELL JW and CLARK VLP. Designing and conducting mixed methods research. London: Sage Publications Inc; 2007.

DARIDO, SC; RODRIGUES, ACB E SANCHES NETO, L. Saúde, educação física escolar e a produção de conhecimentos no Brasil. In: XV Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e II Congresso Internacional de Ciências do Esporte, 16 a 21 de setembro, Pernambuco, 2007.

DUMITH, SC. Physical activity in Brazil: a systematic review. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25 Sup 3:S415-S426, 2009

ELIAS, PEM. A municipalização da saúde no município de São Paulo dimensões políticas e econômicas. São Paulo em Perspectiva, 6(4): 77-83, outubro/dezembro, 1992.

EXNEEF - EXECUTIVA NACIONAL DOS ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Nota Pública sobre o Agita Galera. Disponível em: <<http://listas.cev.org.br/pipermail/cevsaudc/2006-August/000460.html>> Acesso em 10 de outubro de 2009.

FERREIRA M.S. Agite Antes de Usar... A Promoção da Saúde em Programas Brasileiros de Promoção da Atividade Física: o caso do Agita São Paulo, 2008 Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, abril de 2008.

FLORINDO, AA; HALLAL, PC; MOURA, EC e MALTA. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. Rev. Saúde Publica; 43(supl.2): 65-73, nov. 2009.

FRAGA, A.B. Exercício da Informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Autores Associados; 2006.

GERSCHMAN S. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):417-434, 2001.

FRENK, J; FREJKA, T; BOBADILLA, JL; STERN, C; LOZANO, R; SEPÚLVEDA, J; JOSÉ, M. La transición epidemiológica en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 111(6):485-496, 1991.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO – SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE E PROGRAMA AGITA SÃO PAULO. Manifesto de São Paulo para a promoção da atividade física nas Américas. São Paulo; 2000.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO e SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa Agita São Paulo. São Paulo; 1998.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO e SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa Educação Mais Saúde Não Existe Melhor Remédio - O trabalho educacional na adesão ao exercício físico. São Paulo; 1997.

GUTHOLD R, ONO T, STRONG KL, et al. Worldwide variability in physical inactivity a 51-country survey. Am J Prev Med. 2008;34(6):486-494.

HALLAL PC, DUMITH SC, BASTOS JP, REICHERT FF, FV SIQUEIRA, AZEVEDO MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. Rev Saúde Pública. 2007;41(3):453-60.

HALLAL PC, REIS RS, HINO AAF et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.2009;14(2):104-114.

HASKELL, W.L.; BLAIR, S.N.; HILL, J.O. Physical activity: health outcomes and importance for public health policy. Prev Med, v.49, n.4, p. 280-282, oct. 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009, São Paulo, 2009 [acesso em 23 de dezembro]. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/defaulttab.shtm>

LALONDE MA. new perceptive on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981

LIMA LD. Federalismo fiscal e financiamento descentralizado do SUS: Balanço de uma década expandida. Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 573-597, nov.2008/fev.2009

LUDKE M e ANDRÉ MEDA. Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO CV. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2113-2126, set, 2007.

MATSUDO S, MATSUDO V, ARAÚJO T, ANDRADE D, OLIVEIRA L, SANTOS M E SILVA L. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. Volume 13, Número 3, 2008, pp 178-184

MATSUDO SM, MATSUDO VKR, ANDRADE DR, ARAÚJO TL and PRATT M. Evaluation of a physical activity promotion program: The example of Agita São Paulo. Evaluation and Program Planning, Elsevier. 2006; 29: 301–311

MATSUDO SMM, MATSUDO VKR, ANDRADE DR, ARAÚJO TL, ANDRADE E, OLIVEIRA LC e BRAGGION G. Physical activity promotion: experiences and evaluation of the Agita São Paulo program using the ecological mobile model. Journal of Physical Activity and Health. 2004; (1): 81-97.

MATSUDO V.K.; MATSUDO, S.M.M.; ARAUJO, T.L.; ANDRADE, D.R. and OLIVEIRA, L.C. Impact of a seven-year multi-level intervention on sedentary levels of Sao Paulo Metropolitan region. Medicine & Science in Sports & Exercise, v.40, n.5, p. S249, may. 2008.

MATSUDO VKR, GUEDES JS, MATSUDO SMM, ANDRADE DR, ARAÚJO TL, OLIVEIRA LC e BRAGION GF. Policy intervention: The experience of Agita São Paulo in using “Mobile Management” of the ecological model to promote physical activity. Perspective. 2004; 6, 427 - 44.

MATSUDO VKR, MATSUDO SMM, ARAUJO TL, ANDRADE DR, ANDRADE EL, OLIVEIRA LC et al. Agita São Paulo – Agita Brasil. In: DA COSTA, L (ORG.). Atlas do esporte no Brasil. Rio de Janeiro: CONFEF, 2006. p:16.10 - 16.11.

MATSUDO, SM, MATSUDO VKR, ARAÚJO TL, ANDRADE DR, ANDRADE EL, OLIVEIRA LC e BRAGGION GF. The Agita São Paulo program as model for

using physical activity to promote health. Rev Panam Salud Publica. 2003; 14(4): 265-272.

MATSUDO, V.;.R.; MATSUDO, S.M.; ARAÚJO, T.L.; ANDRADE, D.R., OLIVEIRA, L.C. and HALLAL, P.C. Time trends in physical activity in the state of São Paulo, Brazil: 2002-2008 MSSE (in press).

MENDES, N.A. e SANTOS, S.B.S. Financiamento descentralizado da saúde: a contribuição dos municípios paulistas. Saúde e Sociedade, v9, n1/2, p. 111-125, 2000.

MENDONÇA CP e ANJOS LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do excesso de peso/obesidade no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(3): 698-709.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96 - Brasília, 1997

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de promoção da atividade física "Agita Brasil": Atividade Física e sua contribuição para a qualidade de vida. Rev de Saúde Pública. 2002; 36(2): 254-256.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL Brasil 2006. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL Brasil 2007. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2008.

MIRAGAYA A. Promoção da saúde através da atividade física. In: DA COSTA, L (ORG.). Atlas do esporte no Brasil. Rio de Janeiro: CONFEF, 2006. p: 16.20 - 16.23.

OLIVEIRA, M.P. Práticas corporais em meio à natureza: o caso do parque Barigui. Tese (Mestre em Educação Física), Departamento de Educação Física, Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR, 2009.

OPAS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL PANAMERICANA DE LA SALUD. Prevención de Las Enfermedades Crônicas: Una Inversión Vital. 2005.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. A Multisectoral Coalition in Health. Agita São Paulo. 2002

PATE, R.R. et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. Journal of American Medical Association, 1995. 273 (5), pp. 402-407.

PRATA, PR. A Transição Epidemiológica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 8(2) 25: 168-175, abr/jun, 1992.

REGO RA, BERARDO FAN, RODRIGUES SSR, OLIVEIRA, ZMA, OLIVEIRA MB, VASCONCELOS C, et al. Fatores de risco para doenças crônico não transmissíveis: Inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares. Rev. de Saúde Pública, São Paulo, 1990; 24: 277-285

SALLIS JF and OWEN N. Ecological models. In: GLANZ K, LEWIS FM and RIMER BK, editors. Health behavior and health education: theory, research and practice. 2a ed. San Francisco: Jossey-Bass; 1997. p. 403-24.

SCATENA, JHG. Avaliação da descentralização da assistência à saúde no Estado do Mato Grosso [dissertação de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

SCHRAMM JMA, OLIVEIRA AF, LEITE IC, VALENTE JG, GADELHA AMJ, PORTELA MC, ET al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 9(4):897-908, 2004

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO. Plano estadual de saúde. Quadriênio 2008 – 2011. São Paulo; 2008.

SÍCOLI JL E NASCIMENTO PRD. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface 2003;7(12):101-22.

SILVA-VIEIRA LM. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 1999; 4(2): 331-39.

SILVA-VIEIRA LM, HARTZ ZMA, CHAVES SCL, SILVA GAP e PAIM JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 355-370.

SIMÕES EJ, HALLAL P, PRATT M, et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. Am J Public Health.2009;99:68-75.

SPEDO SM, TANAKA OU e PINTO NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

SPINELLI MAS e CANESQUI AM. Descentralização do Programa de Alimentação Escolar em Cuiabá: 1993-1996. Rev. Nutr., Campinas, 17(2):151-165, abr./jun., 2004.

SPINELLI, MAS e CANESQUI, AM. Descentralização do Programa de Alimentação Escolar em Cuiabá: 1993-1996. Rev. Nutr. 2004; 17 (2): 151-165.

TREVISAN LN E JUNQUEIRA LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. Ciência & Saúde Coletiva. 2007; 12(4): 893-902.

VENTURIM LMDVP E MOLINA MDCB. Mudanças no estilo de vida após as ações Realizadas no serviço de orientação ao exercício – Vitória/ES. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.2005;10(2):4-16.

VIANA ALA E MACHADO CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):807-817, 2009.

WESTPHAL, MF. Participação Popular e Políticas Municipais de Saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista [dissertação de livre docência]. São Paulo: Faculdade de Saúde pública da USP; 1992.

WESTPHAL, MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2006; 635-667.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Active Living. Report Meeting "The active living National Policy Group". Hämeenlinna; 1997.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Working Group on Health Promotion Evaluation. Health Promotion Evaluation:Recommendations to Policymakers. Copenhagen; 1998.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy on diet, physical activity and health. FIFTY-SEVENTH. World Health Assembly. WHA57.17. Cidade; May 2004.

ZAMAI CA. Atividade física e saúde: estudo do conhecimento de professores de educação física do ensino fundamental através da educação à distância [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de Educação Física da UNICAMP; 2000.

ANEXO 1

RELAÇÃO ENTRE OBJETIVO E FONTE DE INFORMAÇÃO

Objetivos específicos	Fonte de informação
1. Identificar o perfil dos representantes institucionais e das instituições (públicos ou privados) envolvidas com o PASP no colegiado geral e nos municípios que compõe a rede estadual;	Análise documental.
2. Identificar os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e os municípios que participaram do processo de descentralização do PASP;	Análise documental.
3. Descrever e analisar as características do processo de descentralização do PASP, utilizado pela Secretaria da Saúde de São Paulo, focalizando as concepções e o papel desempenhado pelo nível central, regional e municipal;	Análise documental; Entrevista com a coordenação do PASP; Entrevista com os interlocutores regionais.
4. Identificar e definir os determinantes do processo de municipalização do Programa Agita São Paulo a partir da visão dos coordenadores do programa, interlocutores dos DRS da Secretaria de Estado da Saúde e representantes municipais dos programas de atividade física;	Análise documental; Entrevista com a coordenação do PASP; Entrevista com os interlocutores regionais e municipais.
5. Identificar a percepção dos responsáveis municipais envolvidos com o programa local sobre a participação do PASP no processo de implantação do programa municipal;	Entrevista interlocutores municipais.
6. Identificar a existência de redes regionais e locais de programas vinculados ao PASP, e como se dá o apoio por parte dos DRS, governos municipais e de instituições parceiras regionais e municipais;	Entrevista com interlocutores regionais e municipais.

ANEXO 2

QUADRO SÍNTESE DE ANÁLISE

Variáveis	Indicadores	Tipo
Carta assinada de adesão ao programa Agita	Assinatura da carta; Cargo de quem assinou.	QT QL
Participação no programa de educação continuada organizado pelo Agita	Número de participações; Taxa de participação.	QT
Realização de reuniões locais	Frequência; Número de reuniões/tempo de assinatura da carta Características dos participantes.	QT QL
Criação de redes / parcerias locais	Existência da rede; Características dos participantes.	QT QL
Realização de ações permanentes relacionadas à atividade física	Número de ações; Tipo de ação.	QT QL
Publicação da experiência no livro de Boas Práticas entre as edições de 2004 a 2009	Análise do conteúdo.	QL
Número de cidades que receberam auxílio do MS por DRS	Número de municípios	QT

QT: Quantitativo e QL: Qualitativo

ANEXO 3
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
COORDENAÇÃO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	COORDENAÇÃO DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO	_____ <i>de março de 2009</i>
Hora início:_____ Fim:_____ Duração:_____ minutos Nome pesquisador/a:_____		<i>Nº do Processamento</i> /__/__/01 <i>Nº do/a pesquisador/a</i> /__/__/02
APRESENTAÇÃO:		

Nome do entrevistado: _____	Fone: _____
E-mail: _____	

2.1) Qual é a sua formação? _____	
2.2) Qual é a sua função no Programa Agita São Paulo? _____	
2.3) Desde quando o(a) sr(a) trabalha no Programa Agita São Paulo? Mês _____ Ano _____	
2.4) Desde quando trabalha no Celafiscs? Mês _____ Ano _____	
2.5) Anotar Gênero : 1. masculino 2. feminino ⇨ ____	2.6) Qual a sua idade hoje: ⇨ ____

Primeiro, pediria para o(a) sr(a) falar um pouco sobre como foram planejadas as ações do processo de descentralização pela coordenação do Programa Agita São Paulo?.

3.2) Nesta primeira fase/etapa do processo	
3.1) Quais foram as fases ou etapas planejadas para o processo de municipalização, em ordem de acontecimento, incluindo ações técnicas, administrativas e outras?		 (citar o que foi dito pelo entrevistado) quais ações foram previstas(técnicas, administrativas, outras)?	3.3) Com qual objetivo essas ações foram previstas?
1º) _____ _____ _____ _____ _____
2º) _____ _____ _____ _____ _____		[SE PERTINENTE] E na segunda fase/ etapa do processo, quais ações foram previstas (técnicas, administrativas, outras)?	Com qual(is) objetivos?
3º) _____ _____ _____ _____ _____		[SE PERTINENTE] E na terceira fase/ etapa do processo, quais ações foram previstas, (técnicas, administrativas, outras)?	Com qual(is) objetivos?

4º)		[SE PERTINENTE] E na quarta fase/ etapa do processo, quais ações foram previstas (técnicas, administrativas, outras)?	Com qual(is) objetivos?
5º)		[SE PERTINENTE] E na quinta fase/ etapa do processo, quais ações foram previstas (técnicas, administrativas, outras)?	Com qual(is) objetivos?

<p>4) Falando sobre as fases/etapas do projeto, o(a) sr(a) diria que ...</p> <p>1. nenhuma fase/etapa foi implementada conforme o planejado</p> <p>2. apenas algumas fases/etapas foram implementadas conforme o planejado OU QUE</p> <p>3. todas as fases/etapas foram implementadas conforme o planejado</p>	
<p>4.1) [SE 1 ou 2] O(a) sr(a) informou que [CITE A RESPOSTA DA QUESTÃO ANTERIOR]. Em sua opinião, quais foram as diferenças entre o que foi planejado e o que foi implementado?</p>	
<p>5) Ainda falando sobre o processo de descentralização do Programa, o(a) sr(a) poderia informar se foram destinados recursos para a descentralização do programa?</p> <p>1. Não 2. Sim</p>	
<p>[EM CASO POSITIVO, PERGUNTE]</p>	
<p>5.1) O(a) sr(a) saberia informar quanto foi destinado (em reais) para a descentralização do programa?</p> <p>R\$ _____</p>	
<p>5.1) E quanto isso representa em porcentagem do orçamento anual?</p>	
<p>5.2) E para qual(is) finalidade(s) o recurso foi destinado?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Mais alguma? _____</p> <p>_____</p>	

Mais alguma? _____		
6.1) No processo de descentralização do Programa Agita São Paulo, em sua opinião ...		
1. ... não houve estratégias bem sucedidas ou 2. ... houve estratégias bem sucedidas		
6.2) [SE SIM] Quais foram as estratégias bem sucedidas? [EXPLORE BEM – COMO ASSIM]?		
Mais alguma?		
Mais alguma?		
6.3) E em sua opinião, houve ou não houve barreiras ou entraves no processo de descentralização?		
1. não houve entraves/barreiras 2. houve entraves/barreiras		
6.4) [SE SIM] Quais foram os principais entraves/barreiras? [Explore bem – COMO ASSIM]?		
Mais algum?		
Mais algum?		
6.5) Existiram ações que ainda não foram feitas e que poderiam ajudar nesse processo de descentralização?		
1. não 2. Sim		
[SE SIM] Quais ações poderiam ajudar no processo de descentralização do Programa Agita São Paulo? [EXPLORE BEM – COMO ASSIM?]		
Mais alguma?		
Mais alguma?		
7) O processo de descentralização do programa AGITA SÃO PAULO, tem relação com alguma política pública no âmbito estadual ou nacional?		
1. Não		
2. Sim – âmbito estadual		Qual(is) políticas (âmbito estadual)

3. Sim – âmbito nacional		Qual(is) políticas (âmbito nacional)	
4. Sim – no âmbito estadual e no âmbito nacional			

6.5) O(a) sr(a) gostaria de comentar mais alguma coisa sobre o processo de descentralização do programa Agita São Paulo?

ANEXO 4

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA INTERLOCUTORES REGIONAIS

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA		INTERLOCUTORES – DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE (DRS) DO ESTADO DE SÃO PAULO		_____ de março de 2009	
Hora início:_____ Fim:_____ Duração:_____ minutos Nome pesquisador/a:_____				Nº do Processamento __ __ 01 Nº do/a pesquisador/a __ __ __ 02	
APRESENTAÇÃO:					
Anotar Nome do entrevistado: _____ Fone: _____					
DRS: _____					
Gênero : 1. masculino 2. feminino ⇒ ____ Qual a sua idade hoje: ⇒ __ __					
e-mail: _____					
1.1) Para iniciar a pesquisa, gostaria que o(a) sr(a) me informasse qual é a sua formação?					
1.2) Qual é o seu cargo no Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo?					
1.3) Desde quando o(a) sr(a) participa do Programa Agita São Paulo?					
Mês _____ Ano _____					
Falando um pouco sobre COMUNICAÇÃO , gostaria de saber:					
2.1) Vou citar algumas meios de comunicação que podem ou não ser usadas por esse Departamento Regional para receber a maioria das informações do Programa Agita São Paulo. Pediria para o(a) sr(a) informar sobre qual dos meios é o mais utilizado para esse recebimento de informações. E em segundo lugar? E em terceiro lugar?				1	
1. por telefone 2. por e-mail 3. por correspondência 4. pessoalmente 5. reunião de colegiado				2	
outra forma. Qual? _____				3	
2.2) Pensando nos mesmos meios de comunicação que eu li na questão anterior [PESQUIADOR: LEIA TODAS AS OPÇÕES], como as informações pertinentes a sua REGIONAL são repassadas a maioria dos municípios? E em segundo lugar? E em terceiro lugar?				1	

1. por telefone 2. por e-mail 3. por correspondência 4. pessoalmente 5. reunião de colegiado outra forma. Qual? _____	2	
	3	

3) Quantos municípios estão vinculados a essa Regional?	
---	--

4) O(a) sr(a) poderia informar quem é ou são as pessoas responsáveis pelo repasse das informações sobre o Programa Agita São Paulo aos municípios?			
Nome:		Cargo:	
Nome:		Cargo:	
Nome:		Cargo:	
Nome:		Cargo:	
Nome:		Cargo:	
Nome:		Cargo:	

5) De uma forma geral, para quem é repassada as informações nos municípios? 1. Secretário Municipal de Saúde 2. Colegiado Municipal 3. Interlocutor Municipal Outro. Qual? _____	
--	--

6) E com que frequência essas informações são repassadas ao [LER O RECEPTOR DA INFORMAÇÃO CITADO NA QUESTÃO ANTERIOR] ? 1. Semanalmente 2. Trimestralmente 3. Bimestralmente 4. Mensalmente Outro. Qual? _____	
--	--

7) Que tipo de informações são repassadas aos municípios, informações técnicas (1), informações administrativas (2) ou ambas (3)?	
---	--

[CASO CITE INFORMAÇÕES TÉCNICAS – CÓDIGOS 1 OU 3, PERGUNTE]
--

8) O(a) sr(a) poderia informar quais são as informações técnicas repassadas, na maioria das vezes, aos municípios? [PESQUISADOR: EXPLORAR BEM, SOLICITAR EXEMPLOS E SITUAÇÕES OCORRIDAS]
--

--	--

9) E em sua opinião, quais dessas informações mais têm sido enfatizados nesse processo de repasse das informações?

10) Além de repassar as informações, a Regional desenvolve alguma outra ação relacionada ao Programa Agita São Paulo com os municípios?
 1. Não
 2. Sim

10.1) **[SE SIM]** Que tipo de ação desenvolve?

Agora, falando sobre o processo de **descentralização**:

11.1) De uma forma geral, em sua opinião, o processo de descentralização na maioria dos municípios ...

11.2) Agora, pediria para o(a) sr(a) dividir percentualmente o resultado do processo de descentralização do Programa Agita São Paulo considerando os municípios vinculados a essa REGIONAL?

➔ **Leia as alternativas**

1. ... teve muito êxito
2. ... teve êxito
3. ... foi falho
4. ... foi muito falho

Então, em sua opinião, qual foi a proporção de municípios vinculados a essa regional que no processo de descentralização ...

▪ teve muito êxito

.....

| _____

5. nem êxito nem falho (espontânea)		<ul style="list-style-type: none"> ▪ teve êxito..... ▪ foi falho..... ▪ foi muito falho..... 	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="text-align: right;">Total 100%</div>
--	--	---	---

12) O(a) sr(a) poderia informar, se houver, quais foram os pontos positivos ocorridos no processo de descentralização do programa Agita São Paulo de UMA FORMA GERAL? [EXPLORE BEM – COMO ASSIM?]	

12.1) Agora, pediria para o(a) sr(a) citar, se houver, quais foram os pontos negativos ocorridos no processo de descentralização do programa Agita São Paulo de UMA FORMA GERAL? [EXPLORE BEM – COMO ASSIM?]	

13) Agora, gostaria que o(a) sr(a) informasse quais as estratégias do Programa Agita São Paulo que, em sua opinião, mais foram assimiladas na maioria dos municípios no processo de implementação? [EXPLORE: COMO ASSIM?]	

14) Para finalizar, o(a) sr(a) gostaria de acrescentar alguma informação sobre o processo de descentralização do Programa Agita São Paulo? [EXPLORE BEM – COMO ASSIM?]	

ANEXO 5
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
INTERLOCUTORES MUNICIPAIS

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	INTERLOCUTORES MUNICIPAIS DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO	_____ de fevereiro de 2009
Hora início: _____ Fim: _____ Duração: _____ min Nome pesquisador/a: _____		Nº do Processamento __ __ 01 Nº do/a pesquisador/a __ __ __ 02
Município: _____ * __ __ 03		
Gênero : 1. masculino 2. feminino ⇨ __ __ 04		Qual a sua Idade hoje: ⇨ __ __ 05
Formação:		* __ __ 06
Cargo no município:		* __ __ 07
Departamento Regional de Saúde:		* __ __ 07
Desde quando participa do Programa Agita São Paulo? ____/____/____		mês __ __ 08 ano __ __ __ 09
Nome do entrevistado:		Fone:
e-mail:		

APRESENTAÇÃO:

PARTE 1 – GESTÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE ATIVIDADE FÍSICA

Q1. Qual é o nome do programa de atividade física no seu município?	
Q2. Desde quando existe o programa (citar o nome do programa) no seu município?	mês __ __ ano _ __ _ __
Q3. Quem é atualmente, a pessoa responsável pelo programa na cidade? 1. O próprio entrevistado 2. Outro	
[ENTREVISTADO É O RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA]	
Q4. Qual cargo o(a) sr(a) ocupa atualmente?	
Q5. E em que local ou área o(a) sr(a) está lotado(a)?	
[ENTREVISTADO NÃO É O RESPONSÁVEL PELO PROGRAMA]	

Q6. Qual cargo o(a) sr(a) [LER O NOME DO PESSOA RESPONSÁVEL] ocupa atualmente?	
Q7. E em que local ele(a) área está lotado(a)?	

Q8. O Programa conta com o apoio de um colegiado municipal? 1. Não 2.Sim	
Q8.1 [SE SIM] Quais instituições participam deste colegiado?	

Q8.2 [SE SIM] E com que periodicidade ocorrem as reuniões do colegiado? (espontâneo)	
1. _____ semanalmente	3. _____ Bimestramente
2. _____ mensalmente	4. _____ Trimestralmente
outra periodicidade. Qual? _____	

Q9 [SE O ENTREVISTADO FOR O RESPONSÁVEL] O(a) sr(a) participa das reuniões regionais sobre o tema atividade física?	
[SE O ENTREVISTADO NÃO FOR O RESPONSÁVEL] O responsável pelo programa municipal participa das reuniões regionais sobre o tema atividade física?	
1. Não 2. Sim, eventualmente 3. Sim, raramente	
Q9.1 [SE SIM] Com que periodicidade ocorrem as reuniões regionais sobre o tema?	
1. _____ Semanalmente	3. _____ Bimestramente
2. _____ Mensalmente	4. _____ Trimestralmente
outra periodicidade. Qual? _____	

Q10 Vou citar algumas secretarias da prefeitura que podem ou não ter se envolvido no Programa Municipal de Atividade Física. Para cada uma delas pediria para informar se NÃO TEM ENVOLVIMENTO ou TEM ENVOLVIMENTO com este programa? [PESQUISADOR: ACEITAR VARIAÇÕES DOS NOMES DAS SECRETARIAS E ANOTAR AO LADO DA NOMENCLATURA REFERENCIADA]	1. Não tem envolvimento 2. Tem envolvimento	[PARA CADA SECRETARIA QUE TEM ENVOLVIMENTO – PERGUNTE:] O que a secretaria (citar o nome da secretaria) faz?	
Secretaria de Educação e Cultura			
Secretaria de Saúde			
Secretaria de Desenvolvimento Econômico			
Secretaria de Promoção Social			

Secretaria de Administração			
Secretaria de Governo			
Alguma outra secretaria que não citei participou do programa? Qual?			

Q11 O(a) sr(a) considera que há ou não há um trabalho intersecretorial no município, ou seja, relação entre o trabalho realizado em uma secretaria com o que é realizado por outra em função do Programa Municipal de atividade física?
1. Não há relação 2. Há relação

Q11.1 Que tipo de relação considera que existe entre uma secretaria e outra pensando no Programa Municipal de atividade física? **[EXPLORAR BEM]**

Q12 O(a) sr(a) diria que da sociedade civil tem ou não tem feito parcerias para apoiar o programa municipal?
1. Não 2. Sim

Q12.1 Quais instituições da sociedade civil tem sido parceiras?

Mais alguma?	
Mais alguma?	
Mais alguma?	

Q12.2 De que forma esses parceiros tem contribuído com o Programa Municipal de Atividade Física? **[EXPLORAR BEM]**

PARTE 2 – PRODUÇÃO DE SERVIÇOS

Q13 Qual é o total de UBS em funcionamento aqui no município de [LER O NOME DO MUNICÍPIO] ?	
Q14 Dessas [LER O NÚMERO DE UBS CITADAS] UBS, quantas contam com o programa Municipal de Atividade Física?	
Q15 Ainda, quantos foram os usuários atendidos pelo programa no ano de 2008?	
E quanto era esse número em 2007? [INFORMAR "0" SE NÃO HAVIA O PROGRAMA NESSE ANO]	
E em 2006? [INFORMAR "0" SE NÃO HAVIA O PROGRAMA NESSE ANO]	
Q16 Agora, vamos falar um pouco sobre o perfil dos usuários do programa. De forma geral, como o(a) sr(a) distribuiria percentualmente a participação dos homens e mulheres no programa? [ENTREVISTADOR: LEMBRE-SE QUE A SOMA DAS PARTICIPAÇÕES CITADAS DEVE SER 100%]	
Participação percentual do gênero masculino	
Participação percentual do gênero feminino	
Q17 E quanto à idade dos participantes? Como o(a) sr(a) dividiria percentualmente os participantes dentro das faixas de idade que vou citar [ENTREVISTADOR: LEMBRE-SE QUE A SOMA DAS PARTICIPAÇÕES CITADAS DEVE SER 100%]	
Até 10 anos	
11 a 14 anos	
15 a 18 anos	
19 a 29 anos	
30 a 49 anos	
49 a 64 anos	
Acima de 65 anos	
Q18 Pensando na situação de saúde desses participantes, o(a) sr(a) diria que... 1. todos os indivíduos atendidos pelo programa são indivíduos saudáveis (pule para questão 20) 2. todos os indivíduos atendidos pelo programa são categorizados por algum problema de saúde diagnosticado, ou (pule para a questão 20) 3. o programa atende tanto usuários saudáveis como usuários categorizados por problema de saúde diagnosticado (continue)	
Q19 Como o(a) sr(a) dividiria percentualmente a participação de indivíduos saudáveis e a participação de indivíduos com algum problemas de saúde diagnosticado no programa? [ENTREVISTADOR: LEMBRE-SE QUE A SOMA DAS PARTICIPAÇÕES CITADAS DEVE SER 100%]	
Proporção de indivíduos saudáveis	
Proporção de indivíduos categorizados com algum problema de saúde já diagnosticado.	
Q20 De forma geral, o(a) sr(a) diria que o atendimento à demanda dos indivíduos que procuram o Programa Municipal de Atividade Física... 1. ... não é atendida ou 2. ... é atendida?	
[EM CASO NEGATIVO, PERGUNTE] Aproximadamente, qual o percentual de indivíduos que procuram o Programa e não conseguem participar?	
Q21 Ainda falando sobre interesse pelo Programa Municipal de Atividade Física, o(a) sr(a) julga que a demanda por essas atividades 1. não tem aumentado ou 2. tem aumentado. Se tem aumentado, pergunte: 3. UM POUCO ou 4. MUITO	

PARTE 3 – CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA – ATIVIDADES NAS UBS

Q22 Vou citar algumas atividades e pediria para o(a) sr(a) informar se elas são ou não são oferecidas para os usuários do Programa Municipal de Atividade Física São Paulo nas unidades de saúde de seu município? **1. Não 2. Sim**

[PARA CADA RESPOSTA SIM, PERGUNTE] Qual a frequência semanal das atividades?

	Atividades	1. não 2. sim	Número de dias na semana	Duração de cada sessão em minutos
1	Grupo de caminhada			
2	Hidroginástica			
3	Dança			
4	Aconselhamento			
5	Práticas Corporais Chinesas (Tai Chi Chuan, Lian Gong, etc)			
6	Grupo de ginástica			
Alguma outra atividade que não citei é realizada em seu município?				
7				
8				
9				
10				
Entre essas atividades que são oferecidas para os usuários do Programa Municipal de Atividade física, qual delas tem a maior quantidade de usuários atualmente?				
E em 2º lugar?				
E em 3º lugar?				

Q23 De forma geral, como é realizado o encaminhamento das pessoas para as atividades do programa? **[PERGUNTAR INCLUSIVE, QUEM ENCAMINHA E SE AS PESSOAS PODEM SE INSCREVER VOLUNTARIAMENTE]**

Q24 Existe algum tipo de controle de frequência as aulas? **1.Não 2.Sim**

Q24.1 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Como é realizado esse controle?

Q25 Agora falando um pouco sobre as pessoas que atuam no programa. Quantos profissionais de saúde estão envolvidos nesse programa?

Q26 Qual profissional de saúde é responsável pelas atividades do programa?

Q27 Esse profissional é do quadro de funcionários da UBS? **1. Não 2.Sim**

Q28 O(a) sr(a) diria que esse número de profissionais atuantes no programa SEMPRE É SUFICIENTE (1), NA MAIORIA DAS VEZES É SUFICIENTE (2), RARAMENTE É SUFICIENTE (3) ou NUNCA É SUFICIENTE (4)?

Q29 Pensado no nível de adequação desses profissionais ao programa, que nota entre 0 e 10 o(a) sr(a) dá para avaliar essa adequação, lembrando que a nota 0 significa que os profissionais não são nada adequados ao Programa e a nota 10 que os profissionais são totalmente adequados ao Programa?	
---	--

PARTE 4 – CARACTERÍSTICAS DO PROGRAMA – ATIVIDADES FORA DAS UBS

Q30 O(a) sr(a) poderia informar se há outros espaços, além da unidade de saúde e seu entorno utilizados pelo Programa Municipal de Atividade Física em seu município? 1.Não 2.Sim	
[EM CASO POSITIVO, PERGUNTE – CASO CONTRÁRIO PULE PARA A QUESTÃO 36]	
Q30.1 Quem gerencia esses programas nesse outros espaços?	
Q31 O(a) sr(a) diria que esses espaços que citou SEMPRE SÃO SUFICIENTES (1), NA MAIORIA DAS VEZES SÃO SUFICIENTES (2), RARAMENTE SÃO SUFICIENTES (3) ou NUNCA SÃO SUFICIENTES (4)?	
Q32 Pensado no nível de adequação desses espaços utilizados, que nota entre 0 e 10 o(a) sr(a) dá para avaliar essa adequação, lembrando que a nota 0 significa que os espaços não são nada adequados e a nota 10 que os espaços são totalmente adequados ?	
Q33 Houve algum tipo de adaptação de espaços públicos / instalações públicas, vias públicas do município para a promoção e/ou realização da atividade física? 1. Não 2. Sim	
Q34 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Quais foram as adaptações efetuadas em espaços públicos / instalações públicas/vias públicas do município para promoção e/ou realização da atividade física?	
Q35 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] O(a) sr(a) poderia dizer, quem foi (foram) o(s) responsável(is) por estas mudanças?	

PARTE 5 – OUTROS SETORES GOVERNAMENTAIS

Q36 Eu vou citar outras **instituições governamentais** e o(a) sr(a) me dirá se conhece outros programas de atividade física no seu município desenvolvida por essas instituições? **1. Não 2. Sim**

Q36.1 [SE SIM] Que tipo de atividade é desenvolvido neste local? [citar aqueles que o entrevistado informou que conhece programas desenvolvidos pela instituição]

Q36.2 [SE SIM] E, pelo que sabe ou ouve falar, qual é o público atendido/beneficiado nas(no)?

Q36		Q36.1		Q36.2	
Escolas					
Centros Esportivos					
Parques					
Outro. Qual? _____					
Outro. Qual? _____					

Q37 Agora falando de instituições não governamentais, gostaria de saber se o(a) sr(a) conhece outros programas de atividade física no seu município desenvolvida por... (citar um a um) **1. Não 2. Sim**

Q37.1 [SE SIM] Que tipo de atividade é desenvolvido neste local? [citar aqueles que o entrevistado informou que conhece programas desenvolvidos pela instituição]

Q37.2 [SE SIM] E, na sua opinião, qual é o público atendido/beneficiado nas(no)?

Q37		Q37.1		Q37.2	
... Escolas Particulares					
... Empresas					
... Igrejas					
CCI					
Outro. Qual? _____					
Outro. Qual? _____					

PARTE 6 – FINANCIAMENTO

Agora vamos falar um pouco sobre questões relacionadas ao financiamento do programa

Q38 O município de **[LER O NOME DO MUNICÍPIO]** recebeu verba complementar do governo federal) especificamente para o programa de atividade física no ano de ano de 2008?
1. Não 2. Sim

Q38.1 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Qual foi o valor total recebido do governo federal em 2008 para o programa de promoção da atividade física?

Q39 E quanto ao governo estadual, o município de **[LER O NOME DO MUNICÍPIO]** recebeu verba complementar especificamente para o programa de atividade física no ano de ano de 2008? 1. Não 2. Sim

Q39.1 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Qual foi o valor total recebido do governo estadual em 2008 para o programa de promoção da atividade física?

Q40 E quanto ao programa de promoção da atividade física, houve investimento financeiro do município no ano de 2008? **1. Não 2. Sim**

Q40.1 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Qual foi o valor investido em 2008, pelo município, no programa de promoção da atividade física?

Q40.2 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Onde esses recursos recebidos do município foram aplicados?

Q41 Ainda falando do programa de promoção da atividade física, houve investimento financeiro de alguma **entidade do município** no ano de 2008? **1. Não 2. Sim**

Q41.1 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Qual foi o valor investido em 2008, por esta entidade do município, no programa de promoção da atividade física?

Q41.2 [EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Onde esses recursos recebidos pela entidade foram aplicados?

PARTE 7 – RELAÇÃO COM O PROGRAMA AGITA SÃO PAULO [PARTE GRAVADA]

Q42 Sobre o Programa Agita São Paulo, o(a) sr(a) diria que... 1. Não conhece o programa 2. Conhece só de ouvir falar 3. Conhece o programa	
[PARA QUEM INFORMOU 3 CONTINUE, SENÃO PULAR PARA Q51, ÚLTIMA QUESTÃO DA PARTE 7]	
Q43 Como conheceu o Programa Agita São Paulo? 	
Q44 Sobre o Modelo de Gestão do Programa Agita São Paulo (Modelo Ecológico), o(a) sr(a) diria que... 1. Não conhece o modelo 2. Conhece só de ouvir falar 3. Conhece um pouco sobre o modelo 4. Conhece totalmente o modelo	
Q45 O DRS participou da implementação do programa de atividade física em seu município? 1. Não 2.Sim?	
[EM CASO POSITIVO, PERGUNTE] Como foi o processo de participação do Departamento Regional da Saúde (DRS) na implementação do programa de atividade física em sua cidade? [EXPLORAR BEM] 	
Q46 E quanto ao Programa Agita São Paulo, o(a) sr(a) diria que ele participou da implementação e/ou monitoramento e/ou avaliação do programa de atividade física em seu município? 1. Não 2.Sim	
[PARA QUEM INFORMOU 2 CONTINUE, SENÃO PULA PARA Q51, ÚLTIMA QUESTÃO DA PARTE 7]	
Q47 Como foi o processo de participação do Programa Agita São Paulo na implementação do programa de atividade física em seu município? [EXPLORAR BEM] 	

Q48 E como foi o processo de participação do Programa Agita São Paulo no monitoramento do programa de atividade física em seu município? **[EXPLORAR BEM]**

Q49 E como foi o processo de participação do Programa Agita São Paulo na avaliação do programa de atividade física em seu município? **[EXPLORAR BEM]**

Q50. O(a) sr(a) gostaria de acrescentar alguma informação e/ou sugestão sobre o processo de descentralização do Programa Agita São Paulo? **[EXPLORAR BEM]**

Q51 Para finalizar, gostaria de saber a sua opinião sobre o programa municipal de atividade física. Na sua avaliação geral o programa é:			
1. BEM SUCEDIDO	OU	[SE BEM SUCEDIDO] – 3. muito ou 4. um pouco	
2. MAL SUCEDIDO		[SE MAL SUCEDIDO] – 3. muito ou 4. um pouco	
5. NEM BEM SUCEDIDO NEM MAL SUCEDIDO (espontâneo)			

Muito obrigado por suas opiniões

<p><u>TERMO DE RESPONSABILIDADE DO/A ENTREVISTADOR/A</u></p> <p>Declaro que as informações por mim coletadas atendem ao padrão de qualidade:</p> <p>(1) O/a entrevistado/a enquadrou-se dentro do perfil exigido pelas cotas;</p> <p>(2) as informações são verdadeiras e foram corretamente anotadas no questionário;</p> <p>(3) o questionário foi revisado cuidadosamente e todos os campos estão devidamente preenchidos;</p> <p>(4) tenho conhecimento que pelo menos 25% do material por mim coletado será verificado em campo para controle de qualidade;</p> <p>(5) não reproduzi nem deixei questionários ou qualquer material de campo com entrevistados ou terceiros.</p> <p>ASSINATURA: _____ RG: _____ Data : ____/____/2009</p>

ANEXO 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISA: O processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo.

Essa pesquisa, realizada pelo Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública, da USP, objetiva levantar o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo vinculado a Secretaria de Estado da Saúde, através das ações desenvolvidas pela coordenação geral do programa e seus interlocutores regionais e municipais. Os pesquisadores e professores envolvidos nessa pesquisa pretendem identificar os determinantes de sucesso e barreiras deste processo, além de caracterizar as ações de promoção da atividade física que os municípios desenvolvem. Este levantamento será feito por entrevista gravada pelo telefone. O conhecimento produzido por essa pesquisa poderá indicar formas mais adequadas para a municipalização de políticas públicas na área de promoção da saúde e da atividade física.

Prof. MS Douglas Roque Andrade e Prof. Dra. Márcia Faria Westphal

Eu, _____ afirmo que, após ser informado sobre os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa acima referida, concordei em conceder a entrevista por telefone ao pesquisador, o qual expressou seu compromisso em resguardar a minha identidade e zelar pelo sigilo em torno das informações confidenciais recolhidas, bem como de providenciar a divulgação dos resultados da pesquisa. Também fui informado que posso suspender minha participação sempre que assim entender e que poderei obter informações sobre o andamento da mesma por intermédio dos contatos abaixo mencionados.

Estando então de acordo com os termos da pesquisa e ciente de que não há necessidade de qualquer procedimento de coleta de material biológico ou informação clínica sobre o entrevistado, assino esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

_____, ____ de _____ de _____

Entrevistado

(a) _____

Prof. MS. Douglas Roque Andrade

Pesquisador Responsável

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 715, São Paulo, SP, Brasil

Telefone: 11 30617766

Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública – USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo/SP.

Telefone: (11)30667779 / 7742 E-mail: coep@fsp.usp.br

RELATÓRIO - ENTREVISTA

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA AGITAÇÃO SÃO PAULO

RESULTADOS

JULHO/2009

APRESENTAÇÃO

Este documento, denominado Relatório de Resultados da Pesquisa com os Coordenadores do Programa Agita São Paulo - Volume 3, integra o conjunto de três volumes que formam o Relatório da Pesquisa de Avaliação do Processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo, no que tange especificamente os resultados da coleta de dados do estudo.

A coleta de dados da Pesquisa com os Interlocutores Regionais do Programa Agita São Paulo (Departamento Regional de Saúde) foi realizada pelo Instituto de Pesquisas da Universidade de São Caetano do Sul, a fim de subsidiar o estudo que objetiva *“Avaliar o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo, no Estado de São Paulo, no que se refere aos aspectos conceituais assumidos pelo programa no nível municipal, aos aspectos processuais relacionados à implementação e aos aspectos políticos expressos pelos apoios econômicos e estruturais oferecidos pelas prefeituras e de entidades parceiras locais”*

Foram entrevistados 7 (sete) integrantes da Coordenação do Programa, entre os dias 4 e 18 de maio 2009, por meio de entrevista pessoal, com questionário semi-estruturado e duração média de 45 minutos cada entrevista.

Público-Alvo

Entrevistado	Nome	Formação	Idade
Entrevistado 1	Vitor Matsudo	Medicina	60 anos
Entrevistado 2	Sandra Matsudo	Medicina	43 anos
Entrevistado 3	Luiz Carlos de Oliveira	Educação Física	42 anos
Entrevistado 4	Timóteo Leandro Araújo	Educação Física	38 anos
Entrevistado 5	Gláucia Figueiredo Braggion	Nutrição	33 anos
Entrevistado 6	Rosangela Villa Marin	Educação Física	32 anos
Entrevistado 7	Fernanda Cruciani	Educação Física	31 anos

Entrevistado	Nome	Função no PASP	Tempo no Celafiscs	Tempo no PASP
			(em meses) – referência abril/2009	
Entrevistado 1	Vitor Matsudo	Coordenador Geral	300	159
Entrevistado 2	Sandra Matsudo	Assessor Técnico Científico	228	168
Entrevistado 3	Luiz Carlos de Oliveira	Assessor Técnico Científico	194	148
Entrevistado 4	Timóteo Leandro Araújo	Assessor Científico	194	148
Entrevistado 5	Gláucia Figueiredo Braggion	Monitora	144	137
Entrevistado 6	Rosangela Villa Marin	Monitora	110	98
Entrevistado 7	Fernanda Cruciani	Assessor Júnior	99	99

1. Planejamento das ações do processo de Municipalização pela coordenação do PASP

Fase – Capacitação dos profissionais (6 entrevistados)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Treinamento de representantes para multiplicação
(Entrevistado 1)

Marcar agenda de treinamentos permanente uma vez por ano (Setembro).
(Entrevistado 2)

Capacitação local.
(Entrevistado 3)

Seminário/curso de dois dias onde um ou dois profissionais de cada departamento de saúde eram convocados para participar do evento.
(Entrevistado 4)

Palestras e treinamentos.
(Entrevistado 5)

A partir do diagnóstico dos municípios que aceitaram propostas para DIRS – hoje DRS, secretaria de educação e agencia de saúde tentando englobar os profissionais da área de saúde para passar informações para a sociedade como um toda [...] Agita galera nas escolas [...] Ministradas diversas palestras, aumenta o nível de conhecimento de atividade física. [...] Conhecer fora de São Paulo [...] Formação de agentes agita, capacitar pessoas para disseminar as informações do agita.
(Entrevistado 6)

Objetivos das ações previstas

Treinamento para multiplicação [...] Aumentar o nível de conhecimento de atividade física e aumento no nível de atividade física.
(Entrevistado 1)

Capacitar na promoção de atividades físicas para municípios e instituições.
(Entrevistado 2)

Formar RH locais para a execução das ações.
(Entrevistado 3)

Capacitação e atualização científica desses profissionais [...] Preparação de projetos para serem implantados no município.
(Entrevistado 4)

Formar RH que fossem multiplicadores do programa para que implantassem em suas regiões [...] Capacitar pessoal para que pudessem falar a linguagem do agita e mudança de comportamento.
(Entrevistado 5)

Prensagem do programa sobre atividade física e os objetivos que PE atividade física e para que serve o programa, não ao sedentarismo [...] Aumentar o conhecimento da população sobre atividade física, aumentar o nível de atividade física contribuindo com a diminuição de doenças.
(Entrevistado 6)

Fase – Avaliação (3 entrevistados)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Fazer levantamento de quem implantou pontuais e permanentes.
(Entrevistado 3)

Os responsáveis deveriam enviar relatórios com as principais atividades realizadas durante o ano.
(Entrevistado 4)

Reunião mensal do colegiado [...] Os interlocutores encaminham tudo o que fizeram.
(Entrevistado 7)

Objetivos das ações previstas

Quantidade e qualidade do envolvimento dos municípios.
(Entrevistado 3)

Análise do impacto dessas ações e identificar quais regionais não estavam inseridas com o tema “atividade e saúde”.
(Entrevistado 4)

Troca de informações, informamos as agendas e eles falam o que fizeram [...] Fazer a disseminação de informações do que estão realizando.
(Entrevistado 7)

Fase – Formação dos colegiados dentro dos municípios (3 entrevistado)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Dar o exemplo para manterem na estrutura.
(Entrevistado 2)

Formação de colegiados regionais
(Entrevistado 5)

Ações citadas acima, motivar os municípios a enviar relatórios de ações de evento chamado de boas práticas.
(Entrevistado 3)

Objetivos das ações previstas

Manterem as estratégias dentro dos municípios.

(Entrevistado 2)

Manter ações permanentes, consolidar o programa dentro dos municípios.

(Entrevistado 5)

Expor as ações feitas para motivar os interlocutores do próprio programa e servir como exemplo para outros municípios.

(Entrevistado 3)

Fase – Estabelecer parcerias e participar de eventos (3 entrevistados)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Executar treinamento nas DRS, sensibilizar primeira indicação dos interlocutores, visitar cada DRS. Eles realizavam reuniões com os municípios que faziam parte.

(Entrevistado 1)

Mandar convite oficial com o “contato” dos secretários e prefeitura [...] Convites para participarem das reuniões.

(Entrevistado 2)

Manutenção ou frequência na reunião de colegiado.

(Entrevistado 3)

Objetivos das ações previstas

Alcançar todos os paulistas, aumento do conhecimento, benefícios da atividade física para a saúde e aumentar o nível de atividade física.

(Entrevistado 1)

Convocar para reunião, participação e verbas, reuniões para discutir a promoção dos municípios [...] Compartilhar experiências estratégicas.

(Entrevistado 2)

Interlocutor estar sempre munido de idéias e recursos.

(Entrevistado 3)

Fase – Trabalhar com assistente/analista de medicina (APM). Utilizar sistema SESC/SESI. Conselho de secretários municipais da saúde. Agita galera. (2 entrevistados)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Treinamos os municípios, sensibilizamos os diretores, treinamento geral [...]

Municipalizar diretamente os secretários da saúde [...]

(Entrevistado 1)

Reunião do colegiado, DRS e municípios [...] Incentivo para que interlocutores ampliassem (envolver mais número de municípios).
(Entrevistado 3)

Objetivos das ações previstas

Aumentar nível de conhecimento de atividade física [...] Aumentar nível de atividade física [...] Criação de colegiados.
(Entrevistado 1)

Mostrar para o município a importância do programa e o que pode fazer em turnos de ações e instrumentalizá-los com mais ações.
(Entrevistado 3)

Fase – Reuniões Internas (2 entrevistados)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Tão somente entender a rede, entender essa rede de interlocutores e gestores, como eles funcionavam, qual era o alcance disso nos municípios, até os municípios.
(Entrevistado 4)

Planejar formas de disseminação do agita para entender como seria feita a municipalização.
(Entrevistado 5)

Objetivos das ações previstas

O objetivo é principalmente como chegar no município, como nós podemos levar a mensagem do Programa Agita São Paulo no município.
(Entrevistado 4)

Propor metas de como seria o programa nos próximos anos.
(Entrevistado 5)

Fase – Reuniões com as DRS (2 entrevistados)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Nas reuniões internas com as DRS é sempre de alguma forma capacitar, informar, qual é a importância da atividade física na organização do município.
(Entrevistado 4)

Contatos previstos através de reuniões.
(Entrevistado 5)

Objetivos das ações previstas

O objetivo era de que a atividade física deveria fazer parte da agenda da Saúde.
(Entrevistado 4)

Disseminação do agita e processo de municipalização.
(Entrevistado 5)

Fase – Reuniões com os municípios (1 entrevistado)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Contatar os municípios, convocar por horários, ter um local, horários ponto por reunião.
(Entrevistado 2)

Objetivos das ações previstas

Manter os encontros de discussão direcionados dentro dos municípios para que o município fosse melhor atendido, dar retorno.
(Entrevistado 2)

Fase – Material escrito (1 entrevistado)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Organizar um documento.
(Entrevistado 2)

Objetivos das ações previstas

Que todas as secretarias participassem.
(Entrevistado 2)

Organizar nossas ações.
(Entrevistado 2)

Fase – Determinar a municipalização como prioridade (1 entrevistado)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Contato com os municípios através das DRS, criação de uma agenda específica para os municípios, buscar meios de contato direto com os municípios, porque além das DRS nós fomos buscar outros meios de contato com os municípios, através dos Conselhos municipais dos secretários de saúde, chama Conabens, eu não lembro a sigla, mas é o conselho dos secretários municipais de saúde; via Secretaria de Estado ainda, buscar contato com os secretários municipais de saúde, eles tem eventos promovidos pelo governo do Estado, em que reúne tanto o prefeito quanto secretários municipais de saúde, também procurar estar em contato com esse grupo quando da reunião desses representantes, participar dos congressos municipais, então foi estabelecer quais seriam os veículos ou os momentos possíveis de contato com os municípios, acho que a estratégia foi basicamente essa.

(Entrevistado 3)

Objetivos das ações previstas

Tudo isso na tentativa de sensibilizar os gestores municipais para a implantação do programa. Por gestores entendendo prefeito, o secretário de saúde daquele município ou qualquer outra instituição do poder público que manifestasse interesse, não precisava ser necessariamente via Secretaria Municipal de saúde, poderia ser a Secretaria Municipal de Educação, poderia ser a Secretaria Municipal de Esporte, poderia ser o próprio gabinete do prefeito, qualquer uma dessas organizações públicas que se interessassem, nós então daríamos todo o suporte e a orientação de implantação do programa.

(Entrevistado 3)

Fase – Conversar diretamente com o departamento de coordenação dos municípios (1 entrevistado)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Como nós poderíamos chegar aos diversos departamentos do município para entendê-lo e saber como a mensagem alçaria esse grupo.

(Entrevistado 4)

Objetivos das ações previstas

Facilitar a disseminação da mensagem buscando todos os órgãos, todos os órgãos deveriam estar nesse processo.

(Entrevistado 4)

Fase – Passar para demais municipais (1 entrevistado)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

Buscar, enfatizar nos municípios a prática de atividade física e a diminuição do sedentarismo populacional, assim como foi em São Paulo inicialmente

(Entrevistado 6)

Objetivos das ações previstas

Focado para o município em si, seja maior ou menos, que atingiu secretaria de saúde.

(Entrevistado 6)

Fase – Envolvimento das DRS no processo (1 entrevistado)

Ações Previstas (técnicas, administrativas, outras)

*Treinamento com as DRS (treinar os responsáveis do município) [...] Instituir um colegiado [...]
Reunião mensal com os interlocutores dos municípios.*

Objetivos das ações previstas

*Para terem autonomia para conduzirem um programa de promoção de saúde [...]
Aproximar e manter um vínculo para que façam acontecer.
(Entrevistado 7)*

2. Implementação das etapas planejadas

Nenhuma fase/etapa foi implementada conforme o planejado	Nenhum entrevistado
Apenas algumas fases/etapas foram implementadas conforme planejado	4 entrevistados
Todas as fases/etapas foram implementadas conforme o planejado	3 entrevistados

2.1 Diferenças entre o planejado e o que foi implementado

Curso em Ilhabela que não estava planejado, mas apareceu e superou as expectativas

O Agita Mundo dá um resultado bacana junto aos interlocutores

Falta de recursos financeiros nas DRS para ações que sejam feitas nos municípios. Elas poderiam destinar recursos, mas não tem orçamento específico para isso nos municípios

Criação da Secretaria Municipal de Atividade Física em Santana do Parnaíba. Isso é um diferencial.

*Trabalhamos com todas as DRS e só recentemente conseguimos 90% (isso demorou 12 anos). Elas não entendem isso como prioridade.
(Entrevistado 1)*

Alcance das parcerias, gostaríamos de atingir o maior número de municípios.

Avaliação das estratégias, impacto do programa, isso dentro dos municípios, muitos não fazem essa avaliação.

*Identificar adequadamente o interlocutor em alguns municípios.
(Entrevistado 2)*

Só não conseguiram que todos os municípios aderissem.

(Entrevistado 3)

A principal diferença é que a cada nova parceria e novos cursos realizados, novas etapas eram inseridas no processo tornando o mesmo dinâmico e aberto.

(Entrevistado 4)

Muito do que foi planejado não foi feito, muitas DRS não fizeram ações municipais, aconteceu que algumas formaram colegiados, diretorias, o que foi muito produtivo, mas algumas regionais não implantaram porque não têm articulação política adequada na região.

(Entrevistado 5)

3. Recursos para municipalização do Programa

Entrevistado	Recurso	Porcentagem do orçamento anual
Entrevistado 1	R\$ 80.000 a R\$ 120.000	15% a 20%
Entrevistado 2	R\$ 50.000 a R\$ 100.000	10% a 20%
Entrevistado 3	Não houve disponibilização de recursos	
Entrevistado 4	R\$ 350.000	12%
Entrevistado 5	Não sabe	Não sabe
Entrevistado 6	Não sabe	Não sabe
Entrevistado 7	R\$ 50.000	40%

3.1 Finalidade dos recursos destinados

Organização de mega eventos	Entrevistado 2
Capacitação de interlocutores / Treinamento de pessoal	Entrevistado 1 Entrevistado 2 Entrevistado 5 Entrevistado 7
Assessoria	Entrevistado 2
Avaliação	Entrevistado 2
Material permanente e de consumo (manuais, CDs, DVDs, etc.)	Entrevistado 1 Entrevistado 4 Entrevistado 5
Transporte e alimentação	Entrevistado 1 Entrevistado 5 Entrevistado 6 Entrevistado 7
Organização de encontros científicos	Entrevistado 4
Hospedagem	Entrevistado 4 Entrevistado 5

4. Sucesso das estratégias

Não houve estratégias bem sucedidas	-
Houve estratégias bem sucedidas	Todos os entrevistados

4.1 Estratégias bem sucedidas

Criação de colegiados municipais	Entrevistado 2 Entrevistado 4 Entrevistado 7
Capacitação de recursos humanos nos municípios	Entrevistado 2
Convocatório de reunião específica para os municípios	Entrevistado 2
Parceria estratégica (DRS / SESI / APM / SESC)	Entrevistado 1
Procuramos não trocar agenda dos parceiros, tentamos adequar	Entrevistado 1
Teoria dos chapéus (poder público, poder privado e não governamentais)	Entrevistado 1
Uso da DRS como ferramenta para atingir os municípios	Entrevistado 3
Envolvimento de todos os departamentos de saúde / envolvimento dos interlocutores	Entrevistado 4 Entrevistado 5
Publicação de 7 edições do livro de boas práticas	Entrevistado 4
Criação de uma reunião mensal exclusiva para municipalização	Entrevistado 4
Os treinamentos e capacitações (colegiados regionais)	Entrevistado 5
Manual de boas práticas	Entrevistado 5
Conscientizar os coordenadores das DRS para desenvolvimento do programa nas diferentes cidades	Entrevistado 6
Dar exemplos de como executar tarefas (Pista de caminhada, etc.)	Entrevistado 6
Utilizar espaços que não eram mais utilizados	Entrevistado 6
Trabalhar junto com postos de saúde e hospitais	Entrevistado 6
Envolvimento dos interlocutores	Entrevistado 7
Elaboração de um relatório anual da programação o que possibilitou constatar que o número de cidades participantes vêm aumentando	Entrevistado 7

5. Barreiras ou entraves no processo de municipalização

Não houve entraves / barreiras	-
Houve entraves / barreiras	Todos os entrevistados

5.1 Principais entraves ou entraves no processo de municipalização

Falta de adesão dos municípios / espaço dado ao Programa / questões políticas (todos os entrevistados)

Falta de espaço para o Programa dentro dos municípios para atividade física. Eles têm que entender que não é brincadeira, não é só esporte e sim ter cidadania ativa.
(Entrevistado 1)

Pessoas que não estão convencidas de que vale a pena investir nisso (interlocutores e líderes).
(Entrevistado 2)

Questões políticas partidárias. Quando é oposição a coisa não anda. Exemplo: em Diadema não conseguimos implantar. [...] Políticas públicas de saúde que não priorizam a prevenção de doenças (dengue, AIDS, etc.), promoção de ações ligadas à saúde independente, ligadas à manutenção da saúde.
(Entrevistado 3)

Envolvimento de alguns municípios no processo de municipalização.
(Entrevistado 4)

A gestão municipal foi uma barreira. Há má vontade dos governantes por questões políticas.
(Entrevistado 5)

Políticas de alguns partidos.
(Entrevistado 6)

Acho que a adesão de alguns municípios também é diferente de quando é uma convocação, eu vou lá, participo, mas eu não me comprometer, então essa adesão ainda precisa ser mais bem trabalhada [...]. Alguns por falta de conhecimento do que é e o que pode ser feito, outros pela barreira dos seus superiores. [...] Tem a questão também de custo, porque a gente tem como oferecer material, materiais informativos e as capacitações, mas para desenvolver o programa no seu município eu tenho que ter pelo menos 1 ou 2 pessoas envolvidas, isso acaba gerando um custo para o próprio município e as vezes isso não faz parte do orçamento da Secretaria ou do departamento que se responsabiliza pelo desenvolvimento do programa.
(Entrevistado 7)

Falta de envolvimento dos diretores regionais (3 entrevistados)

Troca de gestores das regionais, alguns momentos tínhamos que recomeçar por razões de cargos.

(Entrevistado 4)

Falta de envolvimento dos interlocutores municipais

(Entrevistado 5)

Uma delas é o envolvimento dos diretores regionais com o processo, porque tem o interlocutor, que é realmente quem faz a ação, mas sem o aval desse diretor a questão fica mais complicada para o desenvolvimento, fica difícil para a outra pessoa conseguir trabalhar, para o trabalho do interlocutor.

(Entrevistado 7)

Falta de recursos (2 entrevistados)

Falta de recursos financeiros que bloqueiam as ações dos municípios

(Entrevistado 1)

Financeiro, não contamos com todos os recursos financeiros e lutamos para realizar tudo.

(Entrevistado 2)

Formação de Recursos Humanos (1 entrevistado)

Eficácia no processo de formação de Recursos Humanos, você nem sempre consegue o interlocutor da forma que deseja.

(Entrevistado 3)

Falta de entendimento do caráter perene do Programa pelos Interlocutores Municipais (1 entrevistado)

Eu acho que o entendimento das pessoas envolvidas que é para desenvolver um programa, não é só aquele momento, aquele foco de realização de um mega evento, que as pessoas realmente entendam que é esse envolvimento de um programa e que não é pontual, que ações para a realização de ações permanentes e a gente ainda sente que...

(Entrevistado 7)

Problemas do repasse das informações (1 entrevistado)

Com relação aos municípios, que, não chegassem as informações.

(Entrevistado 6)

6. Existência de ações que poderiam contribuir para o processo de municipalização e que ainda não foram realizadas

Não existiram ações que ainda não foram feitas e que poderiam ajudar no processo de municipalização	Entrevistado 7
---	----------------

Existiram ações que ainda não foram feitas e que poderiam ajudar no processo de municipalização	Entrevistado 1
	Entrevistado 2
	Entrevistado 3
	Entrevistado 4
	Entrevistado 5
	Entrevistado 6

Entrevistado 1

Criação de cargos específicos na rede pública de profissionais de atividade física, acumulam funções, trabalham com outras caixas, outras áreas.

Estabelecer regionais em cada DRS para serem mais ágeis.

Atualização profissional sistemática, mais treinamento.

Entrevistado 2

Mais profissionais nossos para irem aos municípios.

Ter contatos mais permanentes, atender as necessidades, ter um interlocutor específico para o Programa sem ter várias outras atividades.

Maior envolvimento dos prefeitos e profissionais de saúde (sensibilização dos políticos).

Entrevistado 3

Visitar locais de cada um dos municípios do Estado.
(Entrevistado 3)

Sensibilizar diretamente (o que é diferente de mandar contas).
(Entrevistado 3)

Entrevistado 4

Separação dos municípios de acordo com o tamanho populacional, que hoje são analisados de forma igual e existe diferença na organização.
(Entrevistado 4)

Entrevistado 5

Colegiado regional fortalecido, funcionando bem com ações do programa.
(Entrevistado 5)

Definição clara das metas, municípios e parceiros, definindo metas e cobrando resultados, como é feito e de que forma é feita..
(Entrevistado 5)

Entrevistado 6

É assim, o que acontece é que muitas ações que eram feitas em um determinado município e não foi feito no outro e vice versa, então a troca vai depender da realidade do município, muitas vezes pode ter sido feito por São Paulo, mas em outros lugares não, eu volto a lembrar por ex. de Sorocaba, que foram feitas atividades em Sorocaba, algumas modificações físicas inclusive, com as ciclovias e que em outros municípios talvez isso não ocorra; na Ilhabela foi feito a ciclovia também, muito diferente de Sorocaba, mas, então acredito que tem ações que foram realizadas em determinados locais e que os outros ainda não conseguiram adequar a sua realidade para isso ou até propor outras atividades, outra ação diferenciada que pudesse também ser transmitidas para os demais [...] Além disso nós temos aí algumas atividades que até para nós que começamos a fazer o Agita Parque, entre as atividades que a Agita Parque, que em cidades menores provavelmente seja muito mais fácil do que na verdade em São Paulo, que é realmente mais complicado.
(Entrevistado 6)

7. Relacionamento com políticas públicas

Não há relação com políticas públicas	-
Há relação com políticas públicas no âmbito estadual	Entrevistado 3 Entrevistado 7
Há relação com políticas públicas no âmbito nacional	-
Há relação com políticas públicas no âmbito nacional e estadual	Entrevistado 1 Entrevistado 2 Entrevistado 4 Entrevistado 5 Entrevistado 6

7.1 Políticas públicas em âmbito estadual

Entrevistado 1

Promoção da saúde

Entrevistado 2

Controle de doenças crônicas

Comissão permanente dentro das escolas para discutir a atividade física (entrevistado 2)
Agita Sampa (Programa do Agita dentro da cidade de São Paulo e existente por decreto do governo)

Abrangência do Programa nos demais municípios

Entrevistado 3

Política de promoção de saúde. Sensibilização da população; intervenção no ambiente (estudo para ver condições mais favoráveis com envolvimento de atividades), pista de caminhadas, ciclovia, pavimentação de calçada.

Capacitação de recursos humanos

Entrevistado 4

Fazer parte do projeto quadrienal da secretaria de saúde, todos os municípios têm que colocar o tema Agita São Paulo na agenda

Entrevistado 5

Política de promoção da saúde dentro da OMS que vem do âmbito nacional para o estadual

Entrevistado 6

Abrangência do programa nos demais municípios

Entrevistado 7

Tem relação com o sedentarismo, buscando reduzir procura nos serviços de saúde

Ampliação do conhecimento da população em geral sobre o foco do programa (aumentando o nível de atividade física, os benefícios que isso faz)

Criação de programas municipais que visam a promoção de atividade física e saúde

7.2 Políticas públicas em âmbito nacional

Entrevistado 1

Promoção da saúde

Entrevistado 2

Plano Nacional de Atividade Física do Ministério da Saúde

Entrevistado 4

Criação de editais de apoio para municípios aplicarem em projeto de atividade física e saúde

Entrevistado 5

Estratégia global OMS, atividade física e alimentação saudável, alimentação e nutrição que incluem atividade física

Entrevistado 6

Agita Brasil que é a mesma forma que foi passada para outros Estados (entrevistado 6)

8. Comentários / sugestões sobre o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo

O Programa depende muito dos interlocutores que são pessoas extraordinárias. Estão lá porque tem comunicabilidade. Assim, dependemos muito delas e quando elas são afastadas é uma grande perda. Cada interlocutor consegue no mínimo 30 cidades. Temos que toda hora estar formando pessoas.

Precisamos ter uma política mais agressiva, sensibilizar um número maior de municípios para serem parceiros, pois ainda temos um grande número de municípios que não são parceiros.
(Entrevistado 1)

Precisamos organizar melhor o processo de municipalização. Fazer com que sigam os princípios que já existem. Sensibilizá-los para avaliarem tudo o que fizerem
(Entrevistado 2)

O projeto de municipalização necessita de dois suportes básicos: as organizações civis do município e o poder público do município. Eles precisam estar sensibilizados (clubes, empresas, escolas, igreja, etc) e da mesma forma as estâncias oficiais (secretarias de saúde, educação, esporte, assistência social, poder legislativo, etc).

Deveria ter uma estratégia para identificar pessoas com potencial para multiplicador, pois só assim o programa teria sucesso. Alguém que tenha características que são essenciais como a liderança, que acredite no programa e tenha capacidade de execução.
(Entrevistado 3)

É um processo dinâmico entre as duas partes, o Programa Agita São Paulo e os municípios, sendo os dois co-responsáveis. Em algumas fases o Programa Agita São Paulo determina as ações, em outro momento o Agita São Paulo aplica as ações do município.
(Entrevistado 4)

Acredito que esse processo é fundamental para a efetividade do Agita São Paulo como forma de descentralizar, promover maior disseminação e atingir toda a programação do Estado
(Entrevistado 5)

O que foi muito importante foi a participação ativa das DRS, o que detém a coordenação de vários municípios, essas DRS, elas detêm um número específico de municípios, então se todas trabalhassem, como é o caso de Piracicaba, que tem uma pessoa, é um interlocutor, é o caso da Adriana, que é interlocutora e que ela acaba tendo uma voz ativa, uma força de trabalho, então ela passa a atividade e todos os municípios tem que, se não todos, a maioria, ou aqueles que se identificarem com a atividade, vão trabalhar, vão disseminar, e o interessante seria que em todas as outras, se nós conseguíssemos alguém, em cada uma das outras, tivessem também essa disseminação, além disso, o que foi interessante foi nós conseguirmos buscar os estados novamente, os estados diferenciados que a gente conseguisse fazer funcionar novamente a política de saúde pública, nesse caso o Agita, dentro dos outros estados. [...] Ela é da DRS de Piracicaba, e

ela seria um exemplo, seria o que ela já faz, tem outras, como é o caso de Registro, que é uma DRS, mas o que acontece, só tem uma cidade e mais diversas que não chegam informação ou não se interessam, ou sabe lá o que pode acontecer no meio dessa situação, então seria interessante a gente descobrir um meio de como chegarmos de uma maneira mais efetiva a essas... ou até mesmo não conhece o programa, não conhece...Não conhece, porque muitas vezes o que aparece é a caminhada, um evento grande e não necessariamente o que o Agita realmente quer trabalhar.

(Entrevistado 6)

Não informou

(Entrevistado 7)

RELATÓRIO - ENTREVISTA

INTERLOCUTORES REGIONAIS DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO (DEPARTAMENTOS REGIONAIS DE SAÚDE)

RESULTADOS

JULHO/2009

SUMÁRIO

Apresentação.....	
População-Alvo.....	
Bloco 1 – Caracterização do Público Entrevistado.....	
1.1 – Perfil dos Entrevistados.....	
1.1.1 – Gênero dos Entrevistados.....	
1.1.2 – Faixa Etária dos Entrevistados.....	
1.1.3 – Formação dos Entrevistados.....	
1.1.4 – Cargo dos Entrevistados no Departamento Regional de Saúde.....	
1.1.5 – Tempo de participação no Programa Agita São Paulo.....	
Bloco 2 – Formas de Comunicação.....	
2.1 – Forma de recebimento das informações do Programa Agita São Paulo.....	
2.2 – Forma utilizada para o repasse das informações do Programa Agita São Paulo aos Municípios.....	
2.3 – Cargo dos responsáveis pelo repasse das informações do PASP aos Municípios.....	
2.4 – Receptor das informações repassadas pelas DRS aos Municípios.....	
2.5 – Frequência do repasse de informações pelas DRS aos Municípios.....	
2.6 – Tipos de informações repassadas aos Municípios.....	
2.6.1 – Tipos de informações técnicas repassadas aos Municípios.....	
2.6.2 – Tipos de informações administrativas repassadas aos Municípios.....	
Bloco 3 – Opinião sobre o processo de Municipalização.....	
3.1 – Opinião sobre o êxito do processo de Municipalização considerando todos os Municípios.....	
3.2 – Opinião sobre o êxito do processo de Municipalização considerando cada Município.....	
3.3 – Pontos Positivos do processo de Municipalização.....	
3.3.1 – Transcrição: Pontos positivos do processo de Municipalização.....	
3.4 – Pontos Negativos do processo de Municipalização.....	
3.4.1 – Transcrição: Pontos negativos do processo de Municipalização.....	
3.5 – Opinião sobre as estratégias do Programa Agita São Paulo mais assimiladas pelos municípios no processo de municipalização.....	
3.6 – Atividades desenvolvidas pela DRS além do repasse de informações do Programa Agita São Paulo.....	
3.7 – Sugestões / Opinião sobre o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo.....	

APRESENTAÇÃO

Este documento, denominado Relatório de Resultados da Pesquisa com os Interlocutores dos Regionais do Programa Agita São Paulo - Volume 2, integra o conjunto de três volumes que formam o Relatório da Pesquisa de Avaliação do Processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo, no que tange especificamente os resultados da coleta de dados do estudo.

A coleta de dados da Pesquisa com os Interlocutores Regionais do Programa Agita São Paulo (Departamento Regional de Saúde) foi realizada pelo Instituto de Pesquisas da Universidade de São Caetano do Sul, a fim de subsidiar o estudo que objetiva *“Avaliar o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo, no Estado de São Paulo, no que se refere aos aspectos conceituais assumidos pelo programa no nível municipal, aos aspectos processuais relacionados à implementação e aos aspectos políticos expressos pelos apoios econômicos e estruturais oferecidos pelas prefeituras e de entidades parceiras locais”*

Foram entrevistados 17 (dezessete) representantes de todas os Departamento Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, entre os dias 4 e 18 de maio 2009, via telefone, com questionário semi-estruturado e duração média de 25 minutos cada entrevista.

1. População-Alvo

▪ Departamentos Regionais de Saúde do Estado de São Paulo (dezessete)

Quadro 1 – Departamento Regionais de Saúde

DRS	Respondente	Nº de Municípios vinculados	População representada ¹
DRS I – Grande São Paulo	Cleuza Lima	39	19.917.608
DRS II – Araçatuba	Leila Dias Molinari	40	710.434
DRS III – Araraquara	Maria Ruth N. S. Manoel	24	931.533
DRS IV – Baixada Santista	Márcio Rebuá Bonfim	9	1.687.096
DRS V – Barretos	Eliani Rosa Ribeiro	19	414.687
DRS VI – Bauru	Marisa Azevedo Rodrigues	68	1.667.177
DRS VII – Campinas	Edinair Rodrigues de Godói	42	3.970.220
DRS VIII – Franca	Lucylene Joazeiro	22	669.044
DRS IX – Marília	Isabel Cristina Aparecida S. Pellizzari	62	1.096.957
DRS X – Piracicaba	Adriana Maria Sturion	26	1.427.233
DRS XI – Presidente Prudente	Mauracir de Souza	45	727.262
DRS XII – Registro	Talita Mostafá	15	289.447
DRS XIII – Ribeirão Preto	Marta Silva	26	1.290.197
DRS XIV – São João da Boa Vista	Ivani Gonçalves de Magalhães	20	803.107
DRS XV – São José do Rio Preto	Maria Aparecida P. Teixeira	101	1.470.237
DRS XVI – Sorocaba	Paulo Coelho de Oliveira	48	2.276.863
DRS XVII – Taubaté	Sylvia Helena dos Santos	39	2.284.700

Fonte: Seade – Estimativa da populacional 2009 – www.seade.sp.gov.br

Bloco 1

Caracterização do público entrevistado

1.1 Perfil dos Entrevistados

1.1.1 Gênero dos Entrevistados

Gênero	Número de casos	% sobre o total de casos
Masculino	2	11,8
Feminino	15	88,2
Total	17	100,0

1.1.2 Faixa Etária dos Entrevistados

Faixa Etária	Número de casos	% sobre o total de casos
De 30 a 49 anos	11	64,7
50 anos ou mais	6	35,3
Total	17	100,0
Idade média	48,53	
Idade mediana	48,00	

1.1.3 Formação dos Entrevistados

Formação	Número de casos	% sobre o total de casos
Administração de Empresas	2	11,8
Assistente Social	2	11,8
Auxiliar de Patologia Clínica	1	5,9
Ciências (Licenciatura)	1	5,9
Cirurgiã Dentista	1	5,9
Comunicação Social	1	5,9
Enfermeira Sanitarista	1	5,9
Fisioterapeuta	1	5,9
Gestão de Recursos Humanos	1	5,9
Letras	1	5,9
Matemática	1	5,9
Pedagogia	1	5,9
Psicologia	1	5,9
Química com Atribuição Tecnológica	1	5,9
Terapeuta Ocupacional	1	5,9
Total	17	100,0

1.1.4 Cargo dos entrevistados no Departamento Regional de Saúde

Cargo no Município		
	N	%
Nível Gerencial - Total	8	47,1
Diretora do Núcleo de Humanização	3	17,6
Diretor Técnico I	1	5,9
Diretor Técnico II	1	5,9
Diretora do CDQ (Centro de Desenvolvimento e Qualificação)	1	5,9
Diretora do Núcleo de Educação Permanente	1	5,9
Diretora Técnica em Saúde	1	5,9
Nível Técnico - Total	8	47,1
Assistente Técnico de Planejamento e Ações de Saúde I	2	11,8
Assistente Técnico	1	5,9
Assistente Técnico de Pesquisas Científica e Tecnológica	1	5,9
Assistente Técnico de Planejamento	1	5,9
Assistente Técnico de Planejamento na Área da Saúde I	1	5,9
Educadora em Saúde Pública	1	5,9
Interlocutora das Doenças e Agravos não Transmissíveis	1	5,9
Nível Operacional - Total	1	5,9
Oficial Administrativa	1	5,9
Total	17	100,0

1.1.5 Tempo de participação no Programa Agita São Paulo

Faixa de tempo (em meses)	Número de casos	% sobre o total de casos
Até 1 ano	4	23,5
> 1 a 5 anos	5	29,4
Mais de 5 anos	8	47,1
Total	17	100,0
Tempo médio (em meses)	53 (4,4 anos)	
Tempo mediano (em meses)	44 (3,7 anos)	

Bloco 2

Formas de Comunicação

2.1 Forma de recebimento das informações do Programa Agita São Paulo

Meio citados	Número de casos	% sobre o total de casos	Hierarquia de Importância ¹
Por E-mail / Fax	17	100,0	1º
Reunião do Colegiado Regional	13	76,5	2º
Por Telefone	11	64,7	3º
Por Correspondência	5	29,4	4º
Pessoalmente	2	11,8	5º
Base: 17 casos			

1 A partir da atribuição de 3 pontos para o meio citado como o mais utilizado, 2 pontos para o segundo mais utilizado, 1 ponto para o terceiro mais utilizado e 0 ponto quando não citado.

2.2 Forma utilizada para o repasse das informações do Programa Agita São Paulo aos Municípios

Meio citados	Número de casos	% sobre o total de casos	Hierarquia de Importância ¹
Por E-mail / Fax	17	100,0	1º
Reunião do Colegiado Regional	11	64,7	2º
Por Telefone	11	64,7	3º
Por Correspondência	8	47,1	4º
Pessoalmente	1	5,9	5º
Base: 17 casos			

1 A partir da atribuição de 3 pontos para o meio citado como o mais utilizado, 2 pontos para o segundo mais utilizado, 1 ponto para o terceiro mais utilizado e 0 ponto quando não citado.

2.3 Cargo dos responsáveis pelo repasse das informações do PASP aos municípios

Cargo	Número de casos	% sobre o total de casos ¹
Assistente Técnico de Planejamento	5	29,4%
Diretor Técnico I / II / em saúde	4	23,5%
Diretora do Núcleo de Humanização	3	17,6%
Diretora do Núcleo de Educação Permanente	2	11,8%
Assistente Social	1	5,9%
Assistente Técnico de Pesquisa Científica e Tecnológica	1	5,9%
Diretora da DRS	1	5,9%
Educadora em Saúde Pública	1	5,9%
Interlocutora das doenças e agravos não transmissíveis e seu	1	5,9%
Oficial Administrativo	1	5,9%
Total	17	100,0%

¹ A soma os percentuais ultrapassa os 100% em função de cada DRS ter citado até 3 (três) responsáveis

2.4 Receptor das informações repassadas pelas DRS aos municípios

Receptor	Número de casos	% sobre o total de casos
Secretário Municipal de Saúde	11	64,7
Colegiado Municipal	2	11,8
Interlocutor Municipal	4	23,5
Total:	17	100,0

2.5 Frequência do repasse de informações aos municípios

Frequência	Número de casos	% sobre o total de casos
Semanalmente	2	11,8
Quinzenalmente	1	5,9
Mensalmente	11	64,7
Trimestralmente	2	11,8
Não Sabe Informar	1	5,9
Total	17	100,0

2.6 Tipos de informações repassadas aos municípios

Tipo de informações	Número de casos	% sobre o total de casos
Informações técnicas	3	17,6
Informações administrativas	0	0,0
Informações técnicas e administrativas	14	82,4
Total	17	100,0

2.6.1 Tipos de informações técnicas repassadas aos municípios

Tipo de informações	Número de casos	% sobre o total de casos
Como viabilizar um projeto para solicitar recursos	2	11,8%
Sugestões de como gastar a verba / como usar os recursos	2	11,8%
Assessoria em compras	1	5,9%
Assinatura da carta de adesão	1	5,9%
Capacitamos para o desenvolvimento de projetos específico de atividades físicas	1	5,9%
Como se inscrever para prêmios de incentivo	1	5,9%
Como ser parceiro do programa	1	5,9%
Datas de reuniões	1	5,9%
De que forma fazerem contato com o Celafiscs	1	5,9%
Identificar o nome dos interlocutores de cada município	1	5,9%
Inscrições para eventos	1	5,9%
Materiais recebidos para eventos pontuais	1	5,9%
Notas técnicas	1	5,9%
Objetivos do Programa	1	5,9%
Parceria dos municípios com os programas	1	5,9%
Pedido de indicação de articuladores municipais	1	5,9%
Portarias dos ministérios	1	5,9%
Reafirmar parcerias com a carta de compromisso	1	5,9%
Reforçamos regimentos internos	1	5,9%
Reuniões de colegiado	1	5,9%
Não Sabe	2	11,8%
Total	17	100,0%

2.6.2 Tipos de informações administrativas aos municípios

Tipo de informações	Número de casos	% sobre o total de casos
Como viabilizar um projeto para solicitar recursos	2	11,8%
Sugestões de como gastar a verba / como usar os recursos	2	11,8%
Assessoria em compras	1	5,9%
Assinatura da carta de adesão	1	5,9%
Capacitamos para o desenvolvimento de projetos específico de atividades físicas	1	5,9%
Como se inscrever para prêmios de incentivo	1	5,9%
Como ser parceiro do programa	1	5,9%
Datas de reuniões	1	5,9%
De que forma fazerem contato com o Celafiscs	1	5,9%
Identificar o nome dos interlocutores de cada município	1	5,9%
Inscrições para eventos	1	5,9%
Materiais recebidos para eventos pontuais	1	5,9%
Notas técnicas	1	5,9%
Objetivos do Programa	1	5,9%
Parceria dos municípios com os programas	1	5,9%
Pedido de indicação de articuladores municipais	1	5,9%
Portarias dos ministérios	1	5,9%
Reafirmar parcerias com a carta de compromisso	1	5,9%
Reforçamos regimentos internos	1	5,9%
Reuniões de colegiado	1	5,9%
Não Sabe	2	11,8%
Total	17	100,0%

Bloco 3

Opinião sobre o processo de municipalização

3.1 Opinião sobre o êxito do processo de municipalização considerando todos os municípios

	Número de casos	% sobre o total de casos
Teve muito êxito	1	5,9
Teve êxito	14	82,4
Nem teve êxito, nem falhou	1	5,9
Foi falho	1	5,9
Foi muito falho	0	0,0
Total	17	100,0

3.2 Opinião sobre o êxito do processo de municipalização considerando cada município (proporção)

	Proporção de municípios	
	Média	Mediana
Teve muito êxito	16,13	10,00
Teve êxito	45,20	46,00
Foi falho	31,67	25,00
Foi muito falho	7,00	5,00
Base: 17 casos		

3.3 Pontos positivos do processo de municipalização

Pontos positivos	Número de casos	% sobre o total de casos
Autonomia dos municípios	2	11,8
Benefícios da atividade física à população	2	11,8
População ter conhecimento da importância da prática da atividade física	2	11,8
A participação da coordenação do programa na reunião de diretores da DRS	1	5,9
A responsabilização dos municípios em assumirem o programa	1	5,9
Acabar com o sedentarismo	1	5,9
Adesão significativa dos municípios	1	5,9
Chamar a atenção para a questão do sedentarismo	1	5,9
Comemorar o dia contra o tabagismo	1	5,9
Conhecimento de que a Secretaria está envolvida com o Programa	1	5,9
Conscientização da equipe da saúde sobre a importância da prevenção através de atividades físicas	1	5,9
Diminuição da hipertensão	1	5,9
Diminuição de internações por alteração de pressão	1	5,9
Diminuição de internações por diabetes e hipertensão	1	5,9
Diminuição de uso de medicamentos antidepressivos	1	5,9
Do Curso de São Pedro saíram os interlocutores atuais	1	5,9
Empenho grande do Celafiscs	1	5,9
Grande adesão e interesse de diversas áreas depois de participação em oficina	1	5,9
Integração social dos participantes do programa	1	5,9
Maior conhecimento sobre a existência do Programa	1	5,9
Melhora na qualidade de vida da população	1	5,9
Muita gente interessada em fazer o programa	1	5,9
O Celafiscs estimula mostrando dados científicos	1	5,9
Os coordenadores continuam os mesmos	1	5,9
Participação dos representantes de cada município no curso de São Pedro	1	5,9
Todo mundo conhece o Programa	1	5,9
Trabalho em equipe entre UBS e diversas secretarias	1	5,9
Não tem pontos positivos	1	5,9
Não Sabe Informar	2	11,8
Base	17 casos	

3.3.1 Transcrição: Pontos positivos do processo de municipalização

*"O Celafiscs tem um grande empenho para fazer a coisa acontecer.
Tem muita gente interessada em fazer o Programa."*

DRS I –Grande São Paulo

"Conhecimento da prática da atividade física com a população e o benefício que traz à população."

DRS II - Araçatuba

"Conscientização da importância da prevenção com atividade física pela equipe de atenção básica, educadores físicos, agentes de saúde e alguns secretários articulados pelo programa. Hoje é dada maior importância à prevenção, antigamente se pensava mais na parte curativa."

DRS III – Araraquara

"Autonomia que os municípios têm para trabalhar. Não ficam presos, não dependem de ninguém."

DRS V – Barretos

"Conseguimos melhorar a qualidade de vida da população (pelos índices que o município apresenta para gente, houve diminuição de diabetes e depressão). Houve integração social, alguns estavam afastados da comunidade e se integraram, começaram a participar. A UBS modificou-se e trabalhou em conjunto. Houve uma sensibilização dos funcionários da UBS para o trabalho em equipe junto à prefeitura (Secretaria de Esporte, Turismo e Educação)."

DRS VI - Bauru

"Proporcionou maior conhecimento do programa, pois muitos nem sabiam da existência do mesmo. Sabem que a Secretaria está envolvida desde a reunião de 14/04."

DRS VII – Campinas

"Capilarização do Programa, pois é muito bem veiculado e todo mundo conhece. Aqueles que coordenam o processo continuam os mesmos. Facilidade de abordagem do Celafiscs, que estimula muito e mostra dados científicos. Atenção e assessoria que é dada pelos coordenadores, tornou-se uma parceria."

DRS IX – Marília

"Autonomia de quem é parceiro, fazem os eventos e se organizam sozinhos. Adesão significativa dos municípios. Participação da coordenação do Programa na reunião de diretores do DRS, isso facilita o trabalho das regionais. A coordenadoria do Celafiscs consegue motivar muito a gente, são muito organizados e tem clareza no que fazem. O apoio que recebemos é muito e isso fez a diferença, pois eles valorizam cada pequena coisa que a gente faz."

DRS X – Piracicaba

"Chamar a atenção para a questão do sedentarismo foi o ponto mais positivo."

DRS XI – Presidente Prudente

"O resultado que já está dando: diminuição de internações por alteração de pressão. Já está mais controlada em Registro, Jacupiranga, Cajati e Itariri. Agora os usuários e funcionários estão mais conscientes sobre a importância da atividade física e isso vem do Programa."

DRS XII – Registro

"Responsabilização dos municípios em assumirem o programa, estão desenvolvendo as atividades."

DRS XIII – Ribeirão Preto

"Fizemos aqui uma oficina de grande adesão, onde pessoas de diversas áreas (saúde, educação e esporte) mostraram interesse, querendo saber mais e participar."

No Curso do Programa Agita em São Pedro conseguimos com que cada município mandasse um representante. Estes ficaram muito interessados e motivados a trabalhar no Programa, sendo desse curso que saíram os interlocutores atuais."

Temos três Colegiados e reforçamos a necessidade da participação do município no Programa. Mostramos lucros que o município pode ter. Podemos passar com clareza essas informações e se eles se interessarem mandam representantes para as reuniões."

DRS XIV – São João da Boa Vista

"Melhoria das condições de saúde da população pelas práticas da atividade física, acabar com o sedentarismo e comemorar o dia contra o tabagismo. A integração, o convívio e a socialização da população. O município de Ariranha, por exemplo, conseguiu levar 1300 pessoas para rua para fazer atividade física."

DRS XV – São José do Rio Preto

"A própria implantação do Programa. Com o Programa implantado tivemos uma série de indícios de diminuição da hipertensão, das internações por diabetes, etc."

É eficiente o uso de materiais gratuitos como camisetas, bottons, etc. Melhora da dispensação de medicamentos, pois antes tomavam antidepressivos e isso caiu absurdamente por estarem fazendo atividades físicas. Houve uma melhora na qualidade de vida."

DRS XVI – Sorocaba

3.4 Pontos negativos do processo de municipalização

Pontos negativos	Número de casos	% sobre o total de casos
Dificuldades em sensibilizar os gestores	2	11,8
Troca de gestores municipais / muita troca de interlocutores municipais	2	11,8
Acúmulos de funções prejudicam o desenvolvimento do trabalho	1	5,9
As direções regionais não deram a força para alavancar o programa como deveriam	1	5,9
Descomprometimento dos gestores	1	5,9
Dificuldades financeiras	1	5,9
Dificuldades políticas	1	5,9
Falta de conscientização da população	1	5,9
Falta de controle dos dados do programa	1	5,9
Falta de crédito nos benefícios da atividade física	1	5,9
Falta de informações	1	5,9
Falta informação para os gestores	1	5,9
Falta padronização de atividades	1	5,9
Falta reconhecimento para pessoas que atuam no programa	1	5,9
Mudança das pessoas envolvidas no programa	1	5,9
Não houve adesão de todos os municípios	1	5,9
Não ter uma interlocução entre a Secretaria da Saúde com as regionais	1	5,9
Não ter uma pessoa ou departamento que faça a ponte entre o Celafiscs e as regionais	1	5,9
Não tivemos palestras	1	5,9
Os gestores procuram desenvolver apenas programas que tenham recursos financeiros atrelados ao projeto	1	5,9
Poucas pessoas para atuarem no programa	1	5,9
Troca de gestores estaduais	1	5,9
Troca de gestores regionais	1	5,9
Não tem pontos negativos	3	17,6
Não sabe	1	5,9
Base	17 casos	

3.4.1 Transcrição: Pontos negativos do processo de municipalização

"Ainda tem pessoas que não acreditam nos benefícios do exercício físico, dizem que isso é besteira. Dizem que 'se caminhada fosse bom, carteiro não morria'. Falta conscientização da população."

DRS I –Grande São Paulo

"Dificuldade de sensibilizar gestões na questão do próprio envolvimento deles, dificuldades financeiras, políticas, etc."

DRS II – Araçatuba

"Quando estou ausente parece que a coisa pára, porém quando estou fazendo meu papel como articuladora regional parece que o meu trabalho não tem valor, só aparece o trabalho do município e ninguém sabe quem trabalhou para que o município conseguisse realizar. Se não fizer nada na Sede (Regional) o trabalho não aparece, deveria ter índice por regionais e isso desanima um pouco."

DRS III – Araraquara

"Falta de informação a nível central, não chegaram informações pertinentes, folders, não houve palestras para nós, nem manuais de informação. Cada município desenvolve uma atividade diferente. Falta padronização de atividades (um protocolo)."

DRS IV – Baixada Santista

"O descomprometimento dos gestores que não valorizam o programa, não têm o olhar do quê é importante, não 'vestem a camisa' e não facilitam o desenvolvimento do projeto. Acham que politicamente não vai repercutir."

DRS V – Barretos

"Falta de controle de dados. Os municípios sentem a necessidade de alimentar dados e ter um controle de qualidade do trabalho como por exemplo se houve ou não êxito estatístico."

DRS VI - Bauru

"Não houve adesão de todos os municípios."

DRS VII – Campinas

"Troca de gestores estaduais, regionais e municipais prejudica muito. Alguns gestores não estão preparados tecnicamente. Falta de responsabilização de equipes municipais. Não têm pessoas formadas com visão na saúde de prevenção e promoção, têm visão curativa e não preventiva. Há falta de divulgação para regionais de saúde sobre as pesquisas anuais que o Celafiscs realiza – passaríamos para equipes locais, políticos, etc."

DRS IX - Marília

"Tem muitas mudanças de interlocutores com o município. Quando mudam, perdemos o treinamento e a referência, temos que começar do zero. Apesar de mostrarmos os riscos do sedentarismo, isto é segundo plano para o gestor. Eles procuram desenvolver apenas programas que tenham recursos financeiros atrelados ao Projeto."

DRS X – Piracicaba

"Não ter uma interlocução ou um intermediário da Secretaria de Saúde com as regionais. Isso dificulta o trabalho por não existir uma pessoa ou departamento de contato para fazer a ponte entre o Celafiscs e as regionais."

DRS XI – Presidente Prudente

"Gestor não dá importância para o Programa, desconhece as atividades e o articulador fica 'meio capenga'. Falta informação para os gestores."

DRS XII – Registro

"Na mudança de prefeituras no ano passado mudaram prefeitos e secretários. Pessoas que estavam envolvidas foram deslocadas para outros cargos e entraram pessoas novas e que 'pegaram o bonde andando'. O número de pessoas (RH) é pouco, uma mesma pessoa está envolvida em muitas coisas, existe excesso de funções e acabam não fazendo como poderia ser feito. Os gestores precisam ser sensibilizados, pois são um pouco resistentes e não mandam pessoas para participar das reuniões. Normalmente são os próprios que participam, se não derem autorização os secretários e interlocutores ficam 'engessados'".

DRS XIV – São João da Boa Vista

"Não vejo. Talvez um envolvimento maior das direções das regionais, que não deram a força para alavancar como deveriam."

DRS XVI - Sorocaba

3.5 Opinião sobre as estratégias do Programa Agita São Paulo mais assimiladas pelos municípios no processo de municipalização

Estratégias	Número de casos	% sobre o total de casos
30 minutos de atividades físicas diariamente	2	11,8

A importância da prática da atividade física	2	11,8
Divulgação de todos os meios que usam / divulgação do programa	2	11,8
A parceria com a Secretaria da Saúde	1	5,9
A perseverança do pessoal do Celafiscs	1	5,9
A realização dos eventos pontuais (Agita Mundo, Agita Galera)	1	5,9
A redução de custos com uso de medicamentos	1	5,9
A vinda das pessoas envolvidas para nos incentivar	1	5,9
Apoio do Celafiscs	1	5,9
Combate ao stress e depressão através da atividade física	1	5,9
Disponibilização do livro de boas práticas	1	5,9
Disseminação do mascote Meiorito	1	5,9
Distribuição de materiais informativos do Agita	1	5,9
Forma alegre como as mensagens são veiculadas	1	5,9
Grupos de caminhada que atinge qualquer público	1	5,9
Incentivo financeiro do Ministério da Saúde	1	5,9
Informações nos colegiados sobre a área da saúde	1	5,9
Mensagens curtas e constantes	1	5,9
O combate de doenças crônicas através da atividade física	1	5,9
O comprometimento da equipe do Celafiscs	1	5,9
O livro com propostas de promoção de saúde	1	5,9
Parcerias que devem ser desenvolvidas com outras secretarias	1	5,9
Possibilidade de participar das reuniões em São Paulo	1	5,9
Presença do Celafiscs mostrando dados científicos	1	5,9
Promover a prevenção através da atividade física evita custos	1	5,9
Troca de experiências nas reuniões de colegiado	1	5,9
Nenhuma estratégia	1	5,9
Não lembra / não sabe	3	17,6
Base	17 casos	

3.6 Atividades desenvolvidas pela DRS além do repasse de informações do Programa Agita São Paulo

Atividades	Número de casos	% sobre o total de casos
Não desenvolve nenhuma outra atividade	11	64,7%
Caminhada	1	5,9%

Dias Específicos do Programa Agita	1	5,9%
Participação em treinamentos dados pelo Celafiscs	1	5,9%
Reuniões de colegiado com os municípios	1	5,9%
Desenvolvimento do Projeto Prevenir	1	5,9%
Reuniões com os interlocutores	1	5,9%
Participação da maioria dos municípios em treinamento dado pelo Celafiscs	1	5,9%
Visitas a outros municípios	1	5,9%
Promovemos seminários	1	5,9%
Eventos como o Caminha Águas	1	5,9%
Disponibiliza materiais educativos	1	5,9%
Divulga ação de parceiros para os municípios	1	5,9%
Ir nos municípios disseminar a importância da atividade física	1	5,9%
Ginástica laboral diariamente no próprio departamento	1	5,9%
Base	17 casos	

3.7 Sugestões / Opinião sobre o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo

"Desenvolvem bem isso (o próprio Programa). É bem coerente a forma de trabalho deles, como é divulgado e as pesquisas que realizam."

DRS II – Araçatuba

"Falta capacitação dos municípios, deveria ter um tutor para cada regional ou determinada região. Falta capacitação dos interlocutores, deveria ter um protocolo e ser seguido para cobrar metas."

DRS IV – Baixada Santista

"A questão do controle das atividades que estão sendo desenvolvidas no município e avaliação por parte dos responsáveis do programa, isso é de grande importância. Isso tem sido feito pela regional mas teria também que ser feito pela secretaria."

DRS VI – Bauru

"Acredito que é um processo lento, os coordenadores estão no caminho certo e a estratégia é correta. Porém por outras questões (ex.: políticas) dificultam o processo de municipalização. Parabeniza toda a equipe do Celafiscs, fazem um trabalho maravilhoso."

DRS IX – Marília

"Idéia: 'Adote um município', quem assinar a carta nos ajuda a convencer outros municípios que ainda não assinaram. Dentro do meu cargo não está previsto trabalhar no Agita, então não sobra muito tempo, pois temos que fazer várias outras coisas."

DRS X – Piracicaba

"Precisaria ter uma área da Secretaria de Saúde que faça a ponte entre o Celafiscs e o município. Alguns departamentos da Secretaria de Saúde ainda desconhecem o Programa, falta disseminação do conhecimento do Programa dentro da própria Secretaria de Saúde."

DRS XI – Presidente Prudente

"Dificuldade de alguns municípios menores que esbarram na gestão. É preciso sensibilizar os gestores, como os próprios prefeitos."

DRS XIV – São João da Boa Vista

"Pede para citar que vão fazer um seminário lá na cidade, vão chamar todos os representantes dos municípios para participar e o pessoal da Celafiscs é quem vai ajudar."

DRS XV – São José do Rio Preto

"Acredito que as coisas estão bem encaminhadas, 'certinhas'. Se existe algum problema é entre nós, alguns municípios ainda não perceberam a importância do programa, mas aos poucos vamos sensibilizá-los."

DRS XVI – Sorocaba

RELATÓRIO - ENTREVISTAS

INTERLOCUTORES MUNICIPAIS DO PROGRAMA AGITA SÃO PAULO

RESULTADOS

JULHO/2009

SUMÁRIO

Apresentação.....	
População-Alvo.....	
Bloco 1 – Caracterização do Público Entrevistado.....	
1.1 – Perfil dos Municípios Integrantes da Pesquisa.....	
1.1.1 – Porte dos municípios.....	
1.1.2 – Região administrativa dos municípios.....	
1.1.3 – Departamento regional de saúde.....	
1.2 – Perfil dos Entrevistados.....	
1.2.1 – Gênero dos entrevistados.....	
1.2.2 – Faixa etária dos entrevistados.....	
1.2.3 – Formação dos entrevistados.....	
1.2.4 – Cargo dos entrevistados no município.....	
Bloco 2 – Gestão do Programa Municipal de Atividade Física.....	
2.1 – Nomenclatura dos Programas Municipais de Atividade Física.....	
2.2 – Tempo de Existência dos Programas Municipais de Atividade Física.....	
2.3 – Colegiado Municipal.....	
2.3.1 – Periodicidade da realização das reuniões do colegiado.....	
2.3.2 – Instituições que participam do colegiado municipal.....	
2.4 – Local de Realização das Atividades do Programa de Atividade Física do Município.....	
2.4.1 – Suficiência dos outros espaços utilizados pelo programa de atividades físicas do município	
2.4.2 – Nível de adequação dos outros espaços utilizados pelo programa de atividade física do município.....	
2.4.3 – Adaptação dos outros espaços para a realização do programa de atividade física do município (exceto UBS).....	
2.5 – Envolvimento com as Secretarias Municipais no Programa de Atividade Física do Município.....	
2.5.1 – Tipo de participação: secretaria de educação e cultura.....	
2.5.2 – Tipo de participação: secretaria de saúde.....	
2.5.3 – Tipo de participação: secretaria de desenvolvimento econômico.....	
2.5.4 – Tipo de participação: secretaria da promoção.....	
2.5.5 – Tipo de participação: secretaria da administração.....	
2.5.6 – Tipo de participação: secretaria do governo.....	
2.5.7 – Tipo de participação: secretaria de esportes.....	

2.6 – Tipo de relação existente entre as Secretarias Municipais no desenvolvimento do Programa de Atividade Física.....	
2.7 – Realização de parcerias com a Sociedade Civil.....	
2.7.1 – Parcerias da sociedade civil.....	
2.7.2 – Forma de contribuição das parcerias da sociedade civil com o programa de atividade física.....	
2.8 – Número de Profissionais de Saúde envolvidos no Programa.....	
2.8.1 – Opinião sobre a suficiência do número de profissionais que atuam no programa.....	
2.8.2 – Opinião sobre o nível de adequação técnica dos profissionais envolvidos no programa.....	
2.9 – Área de atuação do Responsável pelo Programa.....	
2.10 – Cargo do Responsável pelo Programa.....	
Bloco 3 – Produção de Serviços.....	
3.1 – Participação das Unidades Básicas de Saúde no Programa Municipal.....	
3.2 – Usuários atendidos pelo Programa Municipal de Atividade Física.....	
3.3 – Comportamento da Demanda pelas Atividades do Programa de Atividade Física Municipal.....	
3.4 – Nível de atendimento da demanda por atividades do Programa Municipal de Atividade Física.....	
3.5 – Perfil dos usuários atendidos pelo Programa Municipal de Atividade Física.....	
3.5.1 – Gênero dos usuários.....	
3.5.2 – Faixa etária dos usuários.....	
3.5.3 – Situação de saúde dos usuários.....	
Bloco 4 – Característica do Programa.....	
4.1 – Atividades realizadas no Programa de Atividade Física no Município.....	
4.1.1 – Detalhamento: grupo de caminhada.....	
4.1.2 – Detalhamento: hidroginástica.....	
4.1.3 – Detalhamento: dança.....	
4.1.4 – Detalhamento: aconselhamento.....	
4.1.5 – Detalhamento: práticas corporais chinesas (tai chi chuan, lian gong, etc.).....	
4.1.6 – Detalhamento: grupo de ginástica.....	
4.2 – Formas de encaminhamento dos usuários para o Programa.....	
4.3 – Controle de frequência às aulas.....	
4.3.1 – Forma de controle de presença às aulas.....	
Bloco 5 – Financiamento.....	
5.1 – Recebimento de verbas complementares do Governo Federal para o Programa de Atividade Física.....	
5.2 – Recebimento de verbas complementares do Governo Estadual para o Programa de Atividade Física.....	
5.3 – Investimento Financeiro do Município no Programa de Atividade Física.....	

Bloco 6 – Relação com o Programa Agita São Paulo.....	
6.1 – Conhecimento do Programa Agita São Paulo.....	
6.1.1 – Relato sobre a forma como conheceu o Programa Agita São Paulo.....	
6.2 – Modelo de Gestão Ecológica.....	
6.3 – Participação das DRS na implementação do Programa de Atividade Física.....	
6.4 – Participação do Programa Agita São Paulo na implementação e/ou monitoramento e/ou avaliação do Programa de Atividade Física no Município.....	
6.4.1 – Participação do Programa Agita São Paulo na implementação do programa de atividade física no município.....	
6.4.1.1 – Manifestações dos entrevistados – participação do PASP na implementação do programa.....	
6.4.2 – Participação do Programa Agita São Paulo no monitoramento do programa de atividade física no município.....	
6.4.2.1 – Manifestações dos entrevistados – participação do PASP no monitoramento do programa.....	
6.4.3 – Participação do Programa Agita São Paulo na avaliação do programa de atividade física no município.....	
6.4.3.1 – Manifestações dos entrevistados – participação do PASP na avaliação do programa.....	
6.5 – Opinião sobre o Programa Municipal de Atividade Física.....	
Bloco 7 – Programas de Atividade Física oferecidos por outras Instituições.....	
7.1 – Instituições ofertantes de outros programas de atividade física.....	
7.1.1 – Atividades desenvolvidas nos programas de atividade física oferecidos pelas escolas públicas.....	
7.1.2 – Público alvo nos programas de atividade física oferecidos pelas escolas públicas.....	
7.1.3 – Atividades desenvolvidas nos programas de atividade física oferecidos pelos centros esportivos.....	
7.1.4 – Público alvo nos programas de atividade física oferecidos pelos centros esportivos.....	
7.1.5 – Atividades desenvolvidas nos programas de atividade física oferecidos por parques.....	
7.1.6 – Público alvo nos programas de atividade física oferecidos por parque.....	
7.1.7 – Atividades desenvolvidas nos programas de atividade física oferecidos pelas escolas particulares.....	
7.1.8 – Público alvo nos programas de atividade física oferecidos pelas escolas particulares.....	
7.1.9 – Atividades desenvolvidas nos programas de atividade física oferecidos pelas empresas.....	
7.1.10 – Público alvo nos programas de atividade física oferecidos pelas empresas.....	
7.1.11 – Atividades desenvolvidas nos programas de atividade física oferecidos pelas igrejas.....	
7.1.12 – Público alvo nos programas de atividade física oferecidos pelas igrejas.....	
7.1.13 – Atividades desenvolvidas nos programas de atividade física oferecidos pelos CCI.....	
7.1.14 – Público alvo nos programas de atividade física oferecidos pelos CCI.....	
Bloco 8 – Sugestão / Crítica sobre o processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo.....	

APRESENTAÇÃO

Este documento, denominado Relatório de Resultados da Pesquisa com os Interlocutores Municipais do Programa Agita São Paulo - Volume 1, integra o conjunto de três volumes que formam o Relatório da Pesquisa de Avaliação do Processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo, no que tange especificamente os resultados da coleta de dados do estudo.

A coleta de dados da Pesquisa com os Interlocutores Municipais do Programa Agita São Paulo foi realizada pelo Instituto de Pesquisas da Universidade de São Caetano do Sul, a fim de subsidiar o estudo que objetiva *“Avaliar o processo de municipalização do Programa Agita São Paulo, no Estado de São Paulo, no que se refere aos aspectos conceituais assumidos pelo programa no nível municipal, aos aspectos processuais relacionados à implementação e aos aspectos políticos expressos pelos apoios econômicos e estruturais oferecidos pelas prefeituras e de entidades parceiras locais”*

Do conjunto de 66 (sessenta e seis) municípios contemplados com verba do Ministério da Saúde, em 2008, para implementar ou potencializar programas de promoção da atividade física e práticas corporais, foram realizadas 61 (sessenta e uma) entrevistas, entre os dias 15 de maio e 30 de junho de 2009, via telefone, com questionário semi-estruturado e duração média de 50 minutos cada entrevista.

Registre-se que a justificativa para a não realização de 5 (cinco) entrevistas (municípios de Altinópolis, Aparecida, Batatais, Cássia dos Coqueiros e Pompéia), dá-se em função desses municípios terem sofrido mudanças profundas em sua estrutura, motivadas pela mudança desses governos ocorridas no início de 2009, o que impossibilitou a localização de contato que conhecesse o ocorrido nos anos anteriores, especificamente em 2008.

1. População-Alvo

- **66 (sessenta e seis) municípios contemplados com verba do Ministério da Saúde, em 2008, para implementar ou potencializar programas de promoção da atividade física e práticas corporais.**

Quadro 1 – Município alvo dado estudo¹

Município	DRS	Região Administrativa ²	População	Classificação dos Municípios ³
Embu	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo	260.882	Grande
Embu-Guaçu	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo	61.611	Médio
Guarulhos	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo	1.324.823	Grande
Ribeirão Pires	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo	121.878	Grande
Santana de Parnaíba	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo	111.743	Grande
São Paulo	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo	10.998.813	Grande
Suzano	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo	296.704	Grande
Andradina	DRS II - Araçatuba	Araçatuba	57.153	Médio
Araçatuba	DRS II - Araçatuba	Araçatuba	182.286	Grande
Brejo Alegre	DRS II - Araçatuba	Araçatuba	2.508	Pequeno
Castilho	DRS II - Araçatuba	Araçatuba	16.297	Pequeno
Nova Luzitânia	DRS II - Araçatuba	Araçatuba	3.595	Pequeno
Américo Brasiliense	DRS III - Araraquara	Central	35.342	Pequeno
Ribeirão Bonito	DRS III - Araraquara	Central	12.127	Pequeno
São Carlos	DRS III - Araraquara	Central	226.789	Grande
Praia Grande	DRS IV - Baixada Santista	Baixada Santista	249.266	Grande
Santos	DRS IV - Baixada Santista	Santos	432.213	Grande
Guairá	DRS V - Barretos	Franca	21.004	Pequeno
Reginópolis	DRS VI - Bauru	Bauru	7.047	Pequeno
Uru	DRS VI - Bauru	Bauru	1.468	Pequeno
Americana	DRS VII - Campinas	Campinas	205.473	Grande
Amparo	DRS VII - Campinas	Amparo	67.618	Médio
Arthur Nogueira	DRS VII - Campinas	Campinas	42.952	Pequeno

Campinas	DRS VII - Campinas	Campinas	1.072.409	Grande
Hortolândia	DRS VII - Campinas	Campinas	200.318	Grande
Paulínia	DRS VII - Campinas	Campinas	79.148	Médio

continua

continuação

Município	DRS	Região Administrativa ²	População	Classificação dos Municípios ³
Valinhos	DRS VII - Campinas	Campinas	103.498	Grande
Várzea Paulista	DRS VII - Campinas	Campinas	109.489	Grande
Orlândia	DRS VIII - Franca	Franca	38.678	Pequeno
Arco Íris	DRS IX - Marília	Marília	2.060	Pequeno
Assis	DRS IX - Marília	Marília	96.343	Médio
Cândido Mota	DRS IX - Marília	Marília	31.442	Pequeno
Garça	DRS IX - Marília	Marília	45.098	Pequeno
Ipauçu	DRS IX - Marília	Marília	13.651	Pequeno
Maracáí	DRS IX - Marília	Marília	13.692	Pequeno
Marília	DRS IX - Marília	Marília	227.649	Grande
Oriente	DRS IX - Marília	Marília	6.133	Pequeno
Osvaldo Cruz	DRS IX - Marília	Presidente Prudente	29.980	Pequeno
Ourinhos	DRS IX - Marília	Marília	105.356	Grande
Parapuã	DRS IX - Marília	Marília	11.044	Pequeno
Salto Grande	DRS IX - Marília	Marília	9.094	Pequeno
Tupã	DRS IX - Marília	Marília	66.795	Médio
Capivari	DRS X - Piracicaba	Campinas	47.071	Pequeno
Elias Fausto	DRS X - Piracicaba	Campinas	15.695	Pequeno
Piracicaba	DRS X - Piracicaba	Campinas	372.529	Grande
Pirassununga	DRS X - Piracicaba	Campinas	70.731	Médio
Rio Claro	DRS X - Piracicaba	Campinas	193.953	Grande
São Pedro	DRS X - Piracicaba	Campinas	33.100	Pequeno
Anhumas	DRS XI - Presidente Prudente	Presidente Prudente	3.797	Pequeno
Dracena	DRS XI - Presidente Prudente	Presidente Prudente	42.930	Pequeno
Estrela do Norte	DRS XI - Presidente Prudente	Presidente Prudente	2.425	Pequeno
Martinópolis	DRS XI - Presidente Prudente	Presidente Prudente	24.242	Pequeno
Nantes	DRS XI - Presidente Prudente	Presidente Prudente	2.605	Pequeno
Presidente Venceslau	DRS XI - Presidente Prudente	Presidente Prudente	38.048	Pequeno
Registro	DRS XII - Registro	Registro	57.609	Médio
Pitangueiras	DRS XIII _ Ribeirão Preto	Ribeirão Preto	35.068	Pequeno
Novo Horizonte	DRS XV - São José do Rio Preto	São José do Rio Preto	34.727	Pequeno

continua

continuação

Município	DRS	Região Administrativa ²	População	Classificação dos Municípios ³
São José do Rio Preto	DRS XV - São José do Rio Preto	São José do Rio Preto	418.999	Grande
Itapeva	DRS XVI - Sorocaba	Sorocaba	92.873	Médio
Ilhabela	DRS XVII - Taubaté	São José dos Campos	27.690	Pequeno
São José dos Campos	DRS XVII - Taubaté	São José dos Campos	632.491	Grande

1 Não foram realizadas entrevistas em 5 (cinco) municípios - Altinópolis, Aparecida, Batatais, Cássia dos Coqueiros e Pompéia, em função da não localização de respondente que tenha participado do Programa no ano anterior (perda de 7,5% casos)

2 Fonte: IGC – Instituto Geográfico Cartográfico do Estado de São Paulo – www.igc.sp.gov.br

3 Municípios de pequeno porte: até 50.000 habitantes / Municípios de médio porte: 50.001 até 100.000 habitantes / Municípios de grande porte: de 100.001 até 900.000 habitantes / Metrópole: acima de 900.000 habitantes (considerou-se, para fins desse estudo, municípios com população superior a 900.000 como de grande porte)

Fonte: IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – www.ibge.gov.br

Bloco 1

Caracterização do público entrevistado

1.1 Perfil dos municípios integrantes da pesquisa

1.1.1 Porte dos municípios

Porte	Número de casos	% sobre o total de casos
Pequeno	30	49,2
Médio	9	14,8
Grande	22	36,1
Total	61	100,0

1.1.2 Região Administrativa dos municípios

Região Administrativa	Número de casos	% sobre o total de casos
Campinas	13	21,3
Marília	12	19,7
Presidente Prudente	7	11,5
São Paulo	7	11,5
Araçatuba	5	8,2
Central	3	4,9
Baixada Santista	2	3,3
Bauru	2	3,3
Franca	2	3,3
São José do Rio Preto	2	3,3
São José dos Campos	2	3,3
Amparo	1	1,6
Registro	1	1,6
Ribeirão Preto	1	1,6
Sorocaba	1	1,6
Total	61	100,0

Fonte: IGC – Instituto Geográfico Cartográfico do Estado de São Paulo –
www.igc.sp.gov.br

1.1.3 Departamento Regional de Saúde

Tabela 1. Distribuição dos municípios segundo a DRS

DRS	Número de casos	% sobre o total de casos
DRS 1 – Grande São Paulo	7	11,5
DRS 2 – Araçatuba	5	8,2
DRS 3 – Araraquara	3	4,9
DRS 4 – Baixada Santista	3	4,9
DRS 5 – Barretos	1	1,6
DRS 6 – Bauru	2	3,3
DRS 7 – Campinas	8	13,1
DRS 8 – Franca	1	1,6
DRS 9 – Marília	12	19,7
DRS 10 – Piracicaba	6	9,8
DRS 11 – Presidente Prudente	6	9,8
DRS 12 – Registro	1	1,6
DRS 13 – Ribeirão Preto	1	1,6
DRS 14 – São João da Boa Vista	1	1,6
DRS 15 – São José do Rio Preto	2	3,3
DRS 16 – Sorocaba	1	1,6
DRS 17 – Taubaté	1	1,6
Total	61	100,0

1.2 Perfil dos Entrevistados

1.2.1 Gênero dos Entrevistados

Gênero	Número de casos	% sobre o total de casos
Masculino	14	23,0
Feminino	47	77,0
Total	61	100,0

1.2.2 Faixa Etária dos Entrevistados

Faixa Etária	Número de casos	% sobre o total de casos
Até 29 anos	14	23,0
De 30 a 49 anos	39	63,9
50 anos ou mais	8	13,1
Total	61	100,0
Idade média	38,7	
Idade mediana	38,0	

1.2.3 Formação dos Entrevistados

Formação	Número de casos	% sobre o total de casos
Educação Física	19	31,1
Enfermeiro (a)	13	21,3
Fisioterapeuta	10	16,4
Médico (a)	8	13,1
Dentista	2	3,3
Educador (a) de Saúde Pública	1	1,6
Assistente Social	1	1,6
Cirurgião (ã) Dentista	1	1,6
Serviço Social	1	1,6
Cursando Gestão Financeira	1	1,6
Ensino Médio Completo	1	1,6
Nutricionista	1	1,6
Bacharel em Direito	1	1,6
Psicólogo (a)	1	1,6
Total	61	100,0

1.2.4 Cargo dos entrevistados no Município

Cargo no Município		
	N	%
Nível Gerencial - Total	36	59,0
Secretário Municipal de Saúde / Secretária	3	4,9
Coordenadora de Atenção Básica	2	3,3
Coordenadora do Programa Saúde da Família	2	3,3
Gerenciadora de Unidade de Saúde	1	1,6
Coordenadora de Atividade Física e Lazer	1	1,6
Gestor de Saúde	1	1,6
Diretora do Departamento Serviço Social	1	1,6
Coordenadora de Enfermagem	1	1,6
Chefe da Seção da Coordenadoria de Formação Continuada	1	1,6
Coordenadora Hospitalar	1	1,6
Coordenadora da Área Técnica de Medicina	1	1,6
Diretor da Coordenadoria Municipal de Esportes	1	1,6
Diretor de Unidade Básica de Saúde	1	1,6
Coordenador de Atenção à Saúde	1	1,6
Gestora de Atenção Básica	1	1,6
Coordenadora Técnica do Projeto Melhorando	1	1,6
Coordenadora de Saúde do Adulto e do Idoso	1	1,6
Diretor de Fomento de Esporte de Auto Rendimento	1	1,6
Chefe do Serviço de Atenção Básica	1	1,6
Encarregada de Recreação	1	1,6
Coordenadora de Atividade Física na Saúde	1	1,6
Coordenador da Área de Saúde Integrativa	1	1,6
Chefe do Centro de Saúde	1	1,6
Coordenadora do Grupo Técnico de Atenção à Saúde e Incentivo	1	1,6
Coordenador do Programa Municipal de Promoção da Atividade F	1	1,6
Coordenadora de Vigilância em Saúde	1	1,6
Diretora Municipal de Esporte e Lazer	1	1,6
Chefe de Divisão de Saúde do Adulto	1	1,6
Coordenador do Centro de Reabilitação Física	1	1,6
Coordenação do Núcleo de Promoção da Saúde	1	1,6
Coordenação de Planejamento	1	1,6
Encarregada de Setor	1	1,6
Nível Técnico - Total	23	37,7
Professora de Educação Física / Educadora Física	7	11,5
Fisioterapeuta	5	8,2
Enfermeira	4	6,6
Pediatra do Programa de Saúde Escolar	1	1,6
Dentista	1	1,6
Médica da Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças	1	1,6
Nutricionista	1	1,6
Profissional de Informação, Educação e Comunicação	1	1,6
Monitor de Atividades Físicas e Esportes	1	1,6
Assessor Técnico e Científico do Programa de Atividade Física	1	1,6

continua

continuação

Cargo no Município		
	N	%
Nível Operacional - Total	2	3,3
Auxiliar Administrativa	2	3,3
Total	61	100,0

Bloco 2

Gestão do Programa Municipal de Atividade Física

2.1. Nomenclatura dos Programas Municipais de Atividade Física

Nomenclatura	Município	DRS
Projeto de Práticas Corporais e Atividades Físicas para Pacientes	Embu	DRS 1
Caminhada Orientada	Embu-Guaçu	DRS 1
Circuito Saúde	Guarulhos	DRS 1
Projeto Melhor-Ando	Ribeirão Pires	DRS 1
Agita Santana de Parnaíba	Santana de Parnaíba	DRS 1
Programa Agita Sampa	São Paulo	DRS 1
Projeto Caminhada / Lian Gong / Crianças de Ouro	Suzano	DRS 1
Agita Andradina	Andradina	DRS 2
Ativa Galera	Araçatuba	DRS 2
Agita Brejo Alegre	Brejo Alegre	DRS 2
Projeto Multidisciplinar de Prevenção ao Sobrepeso e a Obesidade	Castilho	DRS 2
Nova Luzitania em Movimento	Nova Luzitânia	DRS 2
Unidos Contra o Sedentarismo para uma Melhor Qualidade de Vida	Américo Brasiliense	DRS 3
Agita Ribeirão Bonito	Ribeirão Bonito	DRS 3
Programa de Atividade Física (Não tem nome específico)	São Carlos	DRS 3
Programa Atividade Física e Lazer	Praia Grande	DRS 4
Projeto Viva	Praia Grande	DRS 4
Promovendo a Saúde	Santos	DRS 4
Vida Ativa	Guaíra	DRS 5
Atividade Física Mais Saúde	Reginópolis	DRS 6
Mais Saúde com Atividade Física	Uru	DRS 6
Agita Americana	Americana	DRS 7
Amparo em Defesa da Vida	Amparo	DRS 7
Não tem nome	Artur Nogueira	DRS 7
Corpo em Movimento	Campinas	DRS 7
Corpo em Movimento	Hortolândia	DRS 7
Projeto de Práticas Corporais (Programa Paulínia Ativa)	Paulínia	DRS 7
Lian Gong 3ª idade / Lian Gong Viver com Saúde	Valinhos	DRS 7
Não tem um Programa Municipal, são ações descentralizadas	Várzea Paulista	DRS 7
Hiperdia	Orlândia	DRS 8
Viver Bem Arco-Íris	Arco-Íris	DRS 9
Agita Assis	Assis	DRS 9
Saúde, Movimento e Qualidade de Vida	Candido Mota	DRS 9
Educação Ativa	Garça	DRS 9
Agita Maracaí	Maracaí	DRS 9
Agita Marília	Marília	DRS 9
Projeto Dia a Dia Saudável	Oriente	DRS 9
Mais Vida	Osvaldo Cruz	DRS 9
Saúde de Ouro	Ourinhos	DRS 9
Sem Pressa de Envelhecer	Parapuã	DRS 9
Um Salto Grande para Qualidade de Vida	Salto Grande	DRS 9
Caminhada Viver Bem em Movimento e Ginástica Localizada	Tupã	DRS 9

continua

continuação

Nomenclatura	Município	DRS
Caminha Comigo	Capivari	DRS 10
Os benefícios da hidroginástica visando a qualidade de vida	Elias Fausto	DRS 10
Não tem nome	Piracicaba	DRS 10
Agita Pirassununga	Pirassununga	DRS 10
Agita Rio Claro	Rio Claro	DRS 10
Projeto Pratique Saúde em São Pedro	São Pedro	DRS 10
Sacode Anhumas	Anhumas	DRS 11
Viva Vida	Dracena	DRS 11
Oficina do Corpo	Estrela do Norte	DRS 11
Martisporte - Martinópolis de Bem com a Vida	Martinópolis	DRS 11
Jeito de Viver	Nantes	DRS 11
Não tem nome	Presidente Venceslau	DRS 11
Vidativa	Registro	DRS 12
Agita Pitangueiras	Pitangueiras	DRS 13
Movimentação	Novo Horizonte	DRS 15
Saúde em Movimento	São José do Rio Preto	DRS 15
Caminhando pela Saúde	Itapeva	DRS 16
Ilha Bela em Movimento	Ilha Bela	DRS 17
Programa Municipal de Promoção à Atividade Física	São José dos Campos	DRS 17
Base: 61 casos		

2.2 Tempo de existência dos Programas Municipais de Atividade Física

Tempo de Existência	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 2 anos	22	36,1	19	63,3	0	0,0	3	13,6
Acima de 2 até 5 anos	23	37,7	7	23,3	5	55,6	11	50,0
Acima de 5 anos	13	21,3	3	10,0	4	44,4	6	27,3
Não Informado	3	4,9	1	3,3	0	0,0	2	9,1
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0
Tempo médio (em meses)	43,03		28,17		68,89		52,95	
Tempo mediano (em meses)	36,00		19,00		54,00		42,00	

2.3 Colegiado Municipal

Apoio de um colegiado municipal	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	13	21,3	8	26,7	0	0,0	5	22,7
Não	44	72,1	19	63,3	9	100,0	16	72,7
Não Informado	4	6,6	3	10,0	0	0,0	1	4,5
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

2.3.1 Periodicidade da realização das reuniões dos colegiados

Periodicidade das reuniões do colegiado	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Semanalmente	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Mensalmente	7	11,5	3	10,0	0	0,0	4	18,2
Bimestralmente	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Trimestralmente	2	3,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Não Informado	2	3,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Total	13	21,3	8	26,7	0	0,0	5	77,3
Não participam do colegiado	48	78,7	22	73,3	9	100,0	17	77,3
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

2.3.2 Instituições que participam do colegiado municipal

Instituições que participam do colegiado	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretária de Esporte	8	13,1	5	16,7	0	0,0	3	13,6
Secretária de Saúde	7	11,5	5	16,7	0	0,0	2	9,1
Secretária de Educação	7	11,5	3	10,0	0	0,0	4	18,2
Secretária de Cultura	3	4,9	2	6,7	0	0,0	1	9,1
Secretária da Promoção Social	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Secretária de Administração	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Secretária de Governo	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Faculdade Estácio de Sá	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1
CRAS (Centro de Referência da Assistência Social)	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Secretária de Assistência Social	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Técnicos (Fisioterapeutas)	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Técnicos (Médicos)	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Apoiadores Distritais	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Secretária de Turismo	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	9,1
Não Informado	2	3,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

2.4 Local de realização das atividades do Programa de Atividade Física do Município

Realização das Atividades	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Somente nas UBS	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
UBS e outros espaços	44	72,1	20	66,7	6	66,7	18	81,8
Somente em outros espaços	14	23,0	8	26,7	3	33,3	3	13,6
Não Informado	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

2.4.1 Suficiência dos outros espaços utilizados pelo Programa de Atividade Física do Município

Esses espaços citados são:	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
São sempre suficientes	16	26,2	8	26,7	3	33,3	5	22,7
Na maioria das vezes são suficientes	27	44,3	14	46,7	3	33,3	10	45,5
Raramente são suficientes	14	23,0	6	20,0	3	33,3	5	22,7
Não Informado	4	6,6	2	6,6	0	0,0	2	9,1
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

2.4.2 Nível de adequação dos outros espaços utilizados pelo Programa de Atividade Física do Município (Nota entre 0 e 10 para a adequação dos espaços utilizados)

	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
Média das Notas	6,98	7,46	6,33	6,62
Mediana das Notas	7,00	7,00	7,00	6,00
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.4.3 Adaptação dos outros espaços para a realização das atividades do Programa de Atividade Física do Município (exceto UBS)

	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	% de casos			
Programa é realizado somente nas UBS	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Houve adaptação dos espaços	54,1%	56,7%	22,2%	63,6%
Não houve adaptação dos espaços	44,3%	40,0%	77,8%	36,4%
Instalação de Academia ao ar livre	24,6%	26,7%	0,0%	31,8%
Construção de pista de caminhada	18,0%	13,3%	22,2%	18,2%
Reforma da piscina do Complexo Esportivo /do Centro Poliesportivo	11,5%	20,0%	11,1%	0,0%
Construção de Ciclovias	6,6%	3,3%	0,0%	13,6%
Reforma de praças	4,9%	3,3%	0,0%	9,1%
Construção de campo de futebol no Complexo Esportivo	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Reforma do Ginásio de Esporte	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Acessibilidade (acesso para deficientes físicos)	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Adequação piso parte externa da UBS	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Ampliação de UBS	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Asfaltou ruas	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Cobertura de espaços em UBSs para realização de atividade física	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Coberturas de praças de esportes	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Cobriu quadras poliesportivas	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Colocaram aparelhos para 3ª idade na praça de eventos	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Construção de play-grounds	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Construção de pontes	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Construção de praça de lazer no Complexo Esportivo	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Construção de praças	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Construção de quadra de esportes no Complexo Esportivo	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Criaram o Jardim Botânico com marcação para corrida e caminhada	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Criou um parque para atividade física	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Estão construindo piscina no Centro de Apoio à Melhor Idade	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Fecham vias públicas para realização de eventos pontuais	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Fornecimento de salas para guardar materiais	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Inauguração de Academia Pública	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Instalação de equipamentos de ginástica em canteiros de avenidas	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Instalação de praças com equipamentos	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Instalação de quadras em escolas	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Melhorando as pistas de caminhadas	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Melhorou o calçamento das praças	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Montaram academia na Secretaria da Saúde	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Montou sala de atendimento para nutricionista no espaço do projeto	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Montou sala de ginástica com equipamentos básicos de ginástica	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Montou sala de palestras educativas	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%

continuação

continua

	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	% de casos			
Nível de água das piscinas para trabalhar com idosos	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Reestruturação de pista de cooper	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Reforma de Centros de Convivência do Idoso	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Reforma do calçadão da orla da praiha	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Reformou via pública colocando placas de avisos	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Sala de atividade física (com balanças e materiais p/ avaliação física)	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Não informado	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.5 Envolvimento com as Secretarias Municipais no Programa de Atividade Física do Município

Secretarias	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Secretária de Saúde	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0
Secretária de Educação e Saúde	43	70,5	23	76,7	7	77,8	13	59,1
Secretária de Esportes e Lazer	30	49,2	13	43,3	7	77,8	10	45,5
Secretária da Promoção Social	28	45,9	14	46,7	4	44,4	10	45,5
Secretária de Administração	23	37,7	13	43,3	3	33,3	7	31,8
Secretária de Governo	21	34,4	10	33,3	3	33,3	8	36,4
Secretária de Desenvolvimento Econômico	6	9,8	5	16,7	0	0,0	1	4,5
Secretária de Obras	3	4,9	3	10,0	0	0,0	0	0,0
Secretária de Comunicação	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Secretária de Transporte	2	3,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Secretária de Infra-Estrutura	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Secretária de Meio Ambiente	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Secretária de Turismo	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Base:	61 casos		30 casos		9 casos		22 casos	

2.5.1 Tipo de participação: Secretaria de Educação e Cultura

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
Traz alunos para os eventos pontuais	16,4	20,0	22,2	9,1
Cede espaços para realização de atividades	14,8	13,3	22,2	13,6
Realização de atividades físicas com os alunos das escolas	8,2	10,0	0,0	9,1
Divulgação em geral do programa / Divulgação dentro das escolas	6,6	6,7	0,0	9,1
Cede professores de educação física para eventos pontuais	6,6	10,0	11,1	0,0
Disponibiliza o quadro de funcionários em prol do programa	6,6	6,7	11,1	4,5
Abrem as escolas para fazermos palestras aos alunos	3,3	3,3	0,0	4,5
Ajudam nas campanhas	3,3	6,7	0,0	0,0
Cedem funcionários para nos ajudar nos eventos	3,3	6,7	0,0	0,0
Realiza atividades culturais nos eventos pontuais	3,3	0,0	11,1	4,5
Professores de educação física desenvolvem atividades nas escolas	3,3	3,3	11,1	0,0
Contratação/ Recursos Humanos	1,6	0,0	11,1	0,0
Montam atividades culturais com temas qualidade de vida e a importância da atividade física	1,6	0,0	11,1	0,0
Empresta equipamentos audiovisuais para palestras	1,6	3,3	0,0	0,0
Cede salas para palestras	1,6	3,3	0,0	0,0
Empresta ônibus para transportar pessoas para os locais dos eventos/atividades	1,6	0,0	0,0	4,5
Ajudam na organização dos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Empresta materiais para as atividades físicas (caneleiras, etc.)	1,6	0,0	0,0	4,5
Infra-estrutura para realização das atividades	1,6	0,0	0,0	4,5
Faz a documentação do evento com fotos e vídeo	1,6	0,0	0,0	4,5
Incentivo à prática de atividades físicas	1,6	0,0	0,0	4,5
Realiza atividades de promoção da saúde dentro das escolas no dia do Agita	1,6	3,3	0,0	0,0

continua

continuação

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
Apoio logístico do programa	1,6	0,0	11,1	0,0
Importância da Atividade Física como conteúdo escolar	1,6	3,3	0,0	0,0
Ações diárias de atividades físicas nas escolas	1,6	3,3	0,0	0,0
Colocou a mensagem do programa em materiais educativos	1,6	0,0	0,0	4,5
Tem professores de educação física nas EMEF	1,6	0,0	0,0	4,5
Escolas estão criando rotina de atividades corporais (alongamento, espreguiçamento)	1,6	0,0	0,0	4,5
Multiplica informações sobre atividade física e hábitos saudáveis para escolares	1,6	3,3	0,0	0,0
Realiza passeios com a comunidade	1,6	3,3	0,0	0,0
Professores das escolas realizam atividades com os alunos	1,6	3,3	0,0	0,0
Trabalhos preventivos nas escolas	1,6	0,0	0,0	4,5
Levamos a parte educativa da saúde para as escolas	1,6	3,3	0,0	0,0
Fazemos levantamento de dados junto aos alunos das escolas	1,6	3,3	0,0	0,0
Montaram um dia específico para fazer atividades de cultura	1,6	0,0	0,0	4,5
3ª idade que participa do projeto utiliza biblioteca municipal para o acesso SP (uso de computadores)	1,6	3,3	0,0	0,0
Fizeram café cultural com a 3ª idade	1,6	3,3	0,0	0,0
Oficinas de teatro com a 3ª idade	1,6	3,3	0,0	0,0
Ajudam a desenvolver os projetos regionais	1,6	0,0	0,0	4,5
Programa específico para ensino fundamental nos eventos pontuais	1,6	3,3	0,0	0,0
Atividades nutricionais com alunos da pré-escola	1,6	3,3	0,0	0,0
Não sabe informar	1,6	3,3	0,0	0,0
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.5.2 Tipo de participação: Secretaria de Saúde

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
São responsáveis pelo desenvolvimento do programa/ coordena o projeto / gestora do programa	47,5	50,0	66,7	36,4
Disponibiliza o quadro de funcionários em prol do programa	13,1	16,7	11,1	9,1
Cede espaços para realização de atividades	8,2	3,3	11,1	13,6
Compra de materiais / equipamentos	6,6	10,0	0,0	4,5
Avaliações do projeto	6,6	10,0	11,1	0,0
Divulgação em geral / na imprensa escrita / jornais / rádio / Divulgação da promoção da saúde	6,6	13,3	0,0	0,0
Capacita funcionários da Secretaria da Saúde com tema atividade física	4,9	3,3	11,1	4,5
São responsáveis pelas atividades físicas do programa	4,9	3,3	0,0	9,1
Recursos Financeiros / Verba	3,3	6,7	0,0	0,0
Organizam eventos variados com práticas de atividades físicas	3,3	3,3	11,1	0,0
Educadores físicos desenvolvem atividades nos Centros Comunitários / Associações	3,3	3,3	0,0	4,5
Educadores físicos desenvolvem atividades nas UBS	3,3	3,3	0,0	4,5
Empresta materiais para as atividades físicas (caneleiras, etc.)	3,3	0,0	11,1	4,5
Cede espaços nas UBSs	3,3	0,0	0,0	9,1
Anamnese de pacientes	3,3	3,3	0,0	4,5
Palestras na área da saúde	3,3	6,7	0,0	0,0
Atividade específicas de prevenção	3,3	3,3	0,0	4,5
Licitação	1,6	3,3	0,0	0,0
Palestras sobre atividade física	1,6	3,3	0,0	0,0
Encomendam materiais para divulgação	1,6	0,0	11,1	0,0
Ajudam na organização dos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0

continua

continuação

Acompanhamento junto aos profissionais que desenvolvem as atividades	1,6	3,3	0,0	0,0
Infra-estrutura para realização das atividades	1,6	3,3	0,0	0,0
Cedem funcionários para nos ajudar nos eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Funcionários participam como freqüentadores das aulas de ginástica laboral	1,6	3,3	0,0	0,0
Orientação dos usuários das UBSs durante as consultas	1,6	3,3	0,0	0,0
Agentes de Saúde orientam nas casas	1,6	3,3	0,0	0,0
Apóia o desenvolvimento de ações	1,6	0,0	0,0	4,5
Avaliações físicas periódicas	1,6	3,3	0,0	0,0
Conseguiu que fosse colocado logo e mensagem em todo material oficial impresso	1,6	0,0	0,0	4,5
Está iniciando agora as atividades	1,6	0,0	0,0	4,5
Controle de freqüência dos participantes	1,6	3,3	0,0	0,0
Implantou os grupos nas UBSs	1,6	0,0	0,0	4,5
Desenvolve atividades para grupos de 3ª idade	1,6	3,3	0,0	0,0
Reuniões de Equipe	1,6	0,0	11,1	0,0
Atividades físicas com pacientes da saúde em geral	1,6	3,3	0,0	0,0
Dia específico com realização de pesagem da população / aferição de pressão	1,6	0,0	11,1	0,0
Articulação entre as secretarias	1,6	3,3	0,0	0,0
Passam cadastros de pessoas com problemas de saúde	1,6	3,3	0,0	0,0
Participam no dia dos eventos pontuais	1,6	0,0	0,0	4,5
Oferece atividades físicas à população	1,6	3,3	0,0	0,0
Montaram um núcleo de prevenção e promoção da saúde	1,6	3,3	0,0	0,0
Encaminha pessoas com necessidade de atividade física para o programa	1,6	3,3	0,0	0,0
É responsável pelo tratamento terapêutico preparatório para a atividade física	1,6	0,0	11,1	0,0

continua

continuação

Cursos de capacitação da equipe de saúde	1,6	0,0	0,0	4,5
Acompanha e monitora as atividades do programa	1,6	0,0	0,0	4,5
Acompanha o impacto do programa na vida das pessoas	1,6	0,0	0,0	4,5
Cede os enfermeiros para realizarem coleta de sangue dos participantes do programa	1,6	0,0	0,0	4,5
Consegue liberação de espaços públicos para realização de eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Libera auxiliares de enfermagem para realização de dados nutricionais	1,6	3,3	0,0	0,0
Ajudam na realização de pesagem com alunos das escolas	1,6	3,3	0,0	0,0
Ajudam na realização de aferição de pressão com alunos das escolas	1,6	3,3	0,0	0,0
Temos grupos de orientação para obesos	1,6	0,0	0,0	4,5
Temos grupos de orientação para o hiperdia (diabéticos e hipertensos)	1,6	0,0	0,0	4,5
Campanhas de orientação alimentar	1,6	0,0	0,0	4,5
Campanhas de orientação postural	1,6	0,0	0,0	4,5
Campanhas de orientação sobre higiene pessoal	1,6	0,0	0,0	4,5
Buscou parcerias para o programa	1,6	3,3	0,0	0,0
Procurou espaços para desenvolver as atividades	1,6	3,3	0,0	0,0
Não sabe informar	3,3	3,3	0,0	4,5
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.5.3 Tipo de participação: Secretaria de Desenvolvimento Econômico

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
Compra de materiais / equipamentos	3,3	6,7	0,0	0,0
Recursos Financeiros / Verba	3,3	6,7	0,0	0,0
Participam no dia dos eventos pontuais	3,3	3,3	0,0	4,5
Ajudam no planejamento dos eventos/elaboração	1,6	3,3	0,0	0,0
Ajudam na organização dos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Profissional dessa secretaria que montou o projeto	1,6	3,3	0,0	0,0
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.5.4 Tipo de participação: Secretaria da Promoção

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
Divulgação em geral do programa / na imprensa escrita / jornais / no Centro de Conveniência	9,8	13,3	11,1	4,5
Cede espaços para realização de atividades	4,9	0,0	11,1	9,1
Orientações sobre qualidade de vida	3,3	3,3	11,1	0,0
Ajudam no planejamento dos eventos/elaboração	3,3	6,7	0,0	0,0
Incentivo à prática de atividades físicas	3,3	3,3	0,0	4,5
Implantou atividades físicas para os usuários do CRAS	3,3	0,0	0,0	9,1
Desenvolve atividades para grupos de 3ª idade	3,3	3,3	0,0	4,5
Palestras sobre atividade física	1,6	3,3	0,0	0,0
Educadores físicos desenvolvem atividades nos Centros Comunitários / Associações	1,6	0,0	0,0	4,5
Empresta carro	1,6	3,3	0,0	0,0
Empresta ônibus para transportar pessoas para os locais dos eventos/atividades	1,6	0,0	11,1	0,0

continua

continuação

Ajudam na organização dos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Assistentes Sociais ajudam a mobilizar a população	1,6	3,3	0,0	0,0
Participantes dos seus projetos também realizam atividades físicas	1,6	3,3	0,0	0,0
Cedem funcionários para nos ajudar nos eventos	1,6	0,0	11,1	0,0
Funcionários participam como freqüentadores das aulas de ginástica laboral	1,6	3,3	0,0	0,0
Cedem brindes nos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Auxiliam com roupas para práticas de atividades físicas para quem não pode comprar	1,6	3,3	0,0	0,0
Fornece lanches nos eventos pontuais	1,6	0,0	0,0	4,5
Palestras para elevação da auto-estima	1,6	3,3	0,0	0,0
Encaminham a 3ª idade para atividades físicas	1,6	3,3	0,0	0,0
Realiza atividades para arrecadar verba para o programa	1,6	3,3	0,0	0,0
Atividades recreativas com as crianças da creche	1,6	3,3	0,0	0,0
Dia específico com realização de pesagem da população / aferição de pressão	1,6	3,3	0,0	0,0
Participam no dia dos eventos pontuais	1,6	0,0	0,0	4,5
Tem programa de atividade física com as crianças	1,6	3,3	0,0	0,0
Encaminha pessoas com necessidade de atividade física para o programa	1,6	3,3	0,0	0,0
Serve café da manhã para os participantes do programa	1,6	0,0	0,0	4,5
Ajuda na locação de lugares para fazermos os eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.5.5 Tipo de participação: Secretaria da Administração

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
Compra de materiais / equipamentos	11,5	16,7	0,0	9,1
Contratação/ Recursos Humanos	9,8	10,0	0,0	13,6
Recursos Financeiros / Verba	9,8	13,3	11,1	4,5
Divulgação do programa em geral / na imprensa escrita / jornais / radio / carros de som / em holerites de funcionários	9,8	13,3	22,2	0,0
Participam no dia dos eventos pontuais	4,9	6,7	0,0	4,5
Licitação	3,3	6,7	0,0	0,0
Funcionários participam como freqüentadores das aulas de ginástica laboral	3,3	3,3	0,0	4,5
Ajudam no planejamento dos eventos/elaboração	1,6	0,0	11,1	0,0
Empresta carro	1,6	0,0	0,0	4,5
Empresta ônibus para transportar pessoas para os locais dos eventos/atividades	1,6	3,3	0,0	0,0
Ajudam na organização dos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Empresta materiais para as atividades físicas (caneleiras, etc.)	1,6	3,3	0,0	0,0
Autoriza as ações das secretarias	1,6	0,0	11,1	0,0
Cedem funcionários para nos ajudar nos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Documentação	1,6	0,0	0,0	4,5
Cria políticas públicas que viabilizam o programa	1,6	0,0	11,1	0,0
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.5.6 Tipo de participação: Secretaria de Governo

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
Divulgação do programa em geral / imprensa escrita / jornais / rádio / TV	11,5	6,6	0,0	22,7
Recursos Financeiros / Verba	8,2	6,7	22,2	4,5
Compra de materiais / equipamentos	6,6	13,3	0,0	0,0
Encomendam materiais para divulgação	4,9	6,7	11,1	0,0
Participam no dia dos eventos pontuais	3,3	3,3	0,0	4,5
Parte jurídica (legislação)	1,6	3,3	0,0	0,0
Fazer Edital	1,6	3,3	0,0	0,0
Transposição de dinheiro	1,6	3,3	0,0	0,0
Empresta carro	1,6	3,3	0,0	0,0
Ajudam na organização dos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Cede espaços para realização de atividades	1,6	3,3	0,0	0,0
Autoriza as ações das secretarias	1,6	3,3	0,0	0,0
Disponibiliza o quadro de funcionários em prol do programa	1,6	3,3	0,0	0,0
Funcionários participam como freqüentadores das aulas de ginástica laboral	1,6	0,0	0,0	4,5
Cedem brindes nos eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Conseguem verba para construção de área de atividade física	1,6	3,3	0,0	0,0
Apóia o desenvolvimento de ações	1,6	3,3	0,0	0,0
Apóia a continuação do projeto (Prefº. Vai dar continuidade mesmo sem a verba federal)	1,6	3,3	0,0	0,0
Fornece lanches nos eventos pontuais	1,6	0,0	11,1	0,0
Apoio logístico do programa	1,6	0,0	0,0	4,5
Faz contatos com associações para que se tornem parceiros	1,6	0,0	0,0	4,5

continua

continuação

Consegue bandas para tocar nos eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Realiza passeios com a comunidade	1,6	3,3	0,0	0,0
Articulação entre as secretarias	1,6	0,0	0,0	4,5
Faz pesquisa para saber as regiões que mais necessitam do nosso trabalho	1,6	0,0	0,0	4,5
Ajuda na locação de lugares para fazermos os eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.5.7 Tipo de participação: Secretaria de Esportes

Tipo de Participação	Geral	Pequeno	Médio	Grande
	%	%	%	%
Divulgação do programa em geral / na imprensa escrita / jornais / rádio / TV	11,5	6,6	0,0	22,7
Recursos Financeiros / Verba	8,2	6,7	22,2	4,5
Compra de materiais / equipamentos	6,6	13,3	0,0	0,0
Encomendam materiais para divulgação	4,9	6,7	11,1	0,0
Participam no dia dos eventos pontuais	3,3	3,3	0,0	4,5
Parte jurídica (legislação)	1,6	3,3	0,0	0,0
Fazer Edital	1,6	3,3	0,0	0,0
Transposição de dinheiro	1,6	3,3	0,0	0,0
Empresta carro	1,6	3,3	0,0	0,0
Ajudam na organização dos eventos	1,6	3,3	0,0	0,0
Cede espaços para realização de atividades	1,6	3,3	0,0	0,0
Autoriza as ações das secretarias	1,6	3,3	0,0	0,0
Disponibiliza o quadro de funcionários em prol do programa	1,6	3,3	0,0	0,0

continua

continuação

Funcionários participam como freqüentadores das aulas de ginástica laboral	1,6	0,0	0,0	4,5
Cedem brindes nos eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Conseguem verba para construção de área de atividade física	1,6	3,3	0,0	0,0
Apóia o desenvolvimento de ações	1,6	3,3	0,0	0,0
Apóia a continuação do projeto (Pref ^o . vai dar continuidade mesmo sem a verba federal)	1,6	3,3	0,0	0,0
Fornece lanches nos eventos pontuais	1,6	0,0	11,1	0,0
Apoio logístico do programa	1,6	0,0	0,0	4,5
Faz contatos com associações para que se tornem parceiros	1,6	0,0	0,0	4,5
Consegue bandas para tocar nos eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Realiza passeios com a comunidade	1,6	3,3	0,0	0,0
Articulação entre as secretarias	1,6	0,0	0,0	4,5
Faz pesquisa para saber as regiões que mais necessitam do nosso trabalho	1,6	0,0	0,0	4,5
Ajuda na locação de lugares para fazermos os eventos	1,6	0,0	0,0	4,5
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.6 Tipo de relação existente entre as Secretarias Municipais no desenvolvimento do Programa de Atividade Física

Tipo de relação	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Não há relação entre as Secretárias	60,7%	66,7%	66,7%	50,0%
Parceria / cooperação / colaboração	53,3%	53,3%	66,7%	45,5%
Ajuda em eventos específicos	15,0%	16,7%	11,1%	13,6%
Disponibilizam profissionais	8,3%	10,0%	22,2%	0,0%
Elaboram juntos os projetos	5,0%	3,3%	11,1%	4,5%
Integração	5,0%	6,7%	0,0%	4,5%
Realização de Reuniões	5,0%	6,7%	0,0%	4,5%
Trabalho em Equipe nos eventos	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Está em processo de construção	3,3%	0,0%	11,1%	4,5%
Diferentes setores estão se organizando em prol da importância do Programa	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Trocam informações sobre projetos para aumento de adesões	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
Desenvolvemos um pacto de atividade física no município	1,7%	0,0%	0,0%	4,5%
Levar atividade física e esportiva para a população	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
Encaminham pessoas para o programa	1,7%	0,0%	0,0%	4,5%
Existe comprometimento entre as secretarias	1,7%	0,0%	11,1%	0,0%
Participação nas datas pontuais	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
Sem elas não consigo fazer nada	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
Abraçaram a causa do projeto	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
Troca de idéias	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
União de forças	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
Não sabe informar	1,7%	3,3%	0,0%	0,0%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.7 Realização de parcerias com a Sociedade Civil

Parcerias com a Sociedade Civil	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tem feito parcerias	23	37,7	10	33,3	3	33,3	10	45,5
Não tem feito parcerias	37	60,7	20	66,7	6	66,7	11	50,0
Não Informado	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

2.7.1 Parceiros da Sociedade Civil

Instituições da Sociedade Civil	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	%	%	%	%
Conselho Municipal de Saúde	4,9	6,7	11,1	0,0
Universidade / Faculdade	4,9	0,0	11,1	9,1
Associação Amigos de Bairros / Representante de Bairro	4,9	3,3	0,0	9,1
Igrejas	3,3	0,0	0,0	9,1
Comerciários (Diversos)	3,3	0,0	0,0	9,1
SESI	3,3	3,3	0,0	4,5
SESC	3,3	0,0	0,0	9,1
Sociedade Paulista	1,6	0,0	0,0	4,5
Prof. Jaime – Prosalus Vitalls (Medicina Chinesa)	1,6	0,0	0,0	4,5
Espaço Luz (Projeto Oasis)	1,6	0,0	0,0	4,5
Empresa Canoa Brasil	1,6	0,0	0,0	4,5
Polícia Rodoviária	1,6	3,3	0,0	0,0
ONGs	1,6	0,0	0,0	4,5
Clubes	1,6	0,0	0,0	4,5
Santa Casa da Saúde	1,6	0,0	0,0	4,5

continua

continuação

Instituições da Sociedade Civil	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	%	%	%	%
Unimed	1,6	0,0	0,0	4,5
Supermercados	1,6	0,0	0,0	4,5
Cabuçu (ONG que trabalha com o Meio Ambiente)	1,6	0,0	0,0	4,5
Ponto de Cultura (Programa da Secretária da Cultura)	1,6	0,0	0,0	4,5
Movimento de Ação Rural do Pantalhão	1,6	0,0	11,1	0,0
Fazenda Arte (Computação, Atividade Física, Capoeira e Artes)	1,6	0,0	11,1	0,0
Sociedade Guairense Pró-Esporte	1,6	3,3	0,0	0,0
FARMAIS (Rede de Farmácias)	1,6	3,3	0,0	0,0
Decasa (Empresa Cana-de-açúcar)	1,6	3,3	0,0	0,0
Fundação Orsa (Aleitamento Materno)	1,6	0,0	11,1	0,0
Luz da Visão (Deficientes Visuais)	1,6	0,0	11,1	0,0
Ilha Bela Sustentável (Preservação do Meio Ambiente)	1,6	3,3	0,0	0,0
Sementes do Futuro (Meio Ambiente)	1,6	3,3	0,0	0,0
SENAC	1,6	0,0	0,0	4,5
Empresa de Ônibus	1,6	0,0	0,0	4,5
Rede Feminina de Combate ao Câncer	1,6	3,3	0,0	0,0
Clube Lyons	1,6	3,3	0,0	0,0
Clube Rotary	1,6	3,3	0,0	0,0
Sabesp	1,6	0,0	11,1	0,0
NEPS (Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Sexualidade)	1,6	0,0	11,1	0,0
Associação do Câncer	1,6	3,3	0,0	0,0
Gopan (Prevenção à AIDS)	1,6	3,3	0,0	0,0
Fundação Nova América	1,6	3,3	0,0	0,0

continua

continuação

Instituições da Sociedade Civil	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	%	%	%	%
Polícia Militar	1,6	3,3	0,0	0,0
Associação dos Aposentados	1,6	3,3	0,0	0,0
Asilo Lar Padre Jeremias	1,6	3,3	0,0	0,0
Etrocad (Crianças Carentes)	1,6	0,0	0,0	4,5
Aproex (Crianças com Necessidades Especiais)	1,6	0,0	0,0	4,5
Rainha da Paz (Crianças Portadoras de Necessidades Especiais)	1,6	0,0	0,0	4,5
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.7.2 Forma de contribuição dos parceiros da Sociedade Civil com o Programa de Atividade Física

	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
	% de casos			
Ajudam a divulgar o Programa	14,8%	13,3%	11,1%	18,2%
Disponibiliza espaços para realização das atividades físicas	9,8%	0,0%	22,2%	18,2%
Realizando atividades físicas ligadas ao projeto na própria ONG / empresa	6,6%	10,0%	0,0%	4,5%
Colaboração financeira para realização de alguns eventos	4,9%	3,3%	11,1%	4,5%
Estagiários das universidades atuarem no programa	4,9%	0,0%	22,2%	4,5%
Cedem brindes para distribuição nos eventos	3,3%	0,0%	0,0%	9,1%
Participando ativamente do programa	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Ajudam a avaliar o programa	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Ajudam no gerenciamento do projeto	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Aulas gratuitas	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Captação de recursos	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Cedem equipamentos (canoas)	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Cedem instrutores de canoagem	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Compra de materiais para realização das atividades físicas	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Disponibiliza espaços para guardarmos equipamentos	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Disponibilizam pessoas para nos ajudar nos eventos	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Disponibilizam transporte nos dias dos eventos	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Divulgando a prática de atividade física e qualidade de vida	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Em dia de eventos ajudam em tudo o que precisamos	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Facilitam a realização de alguns eventos	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Fazem levantamento das prioridades da comunidade através do Orçamento Participativo	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Fazem massoterapia nos participantes no dia dos eventos	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Incluem pessoas nas atividades do programa	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Ministrando cursos sobre atividade física	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Montaram comissão de acompanhamento do projeto	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Nos dias de caminhada fecham ruas	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Nos dias de caminhada nos acompanham abrindo caminho	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Oferecem alimentos e sucos naturais nos dias dos eventos	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Oferecem café-da-manhã para participantes do grupo de caminhada	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Organizar os eventos do seu bairro	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Palestras gratuitas (práticas corporais)	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Participam das reuniões	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Promovem eventos do pacto pela atividade física	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Realiza pesquisa para avaliar os impactos das atividades físicas	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Reivindicando a sustentabilidade do projeto junto ao município	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Terapeuta Ocupacional nos ajuda nos eventos	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.8 Número de profissionais de saúde envolvidos no programa

Estatísticas	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
	% de casos			
Até 10	37,7%	53,4%	33,3%	18,2%
De 11 a 20	21,3%	20,0%	22,2%	22,7%
De 21 a 50	18,0%	20,0%	0,0%	22,7%
Acima de 50	19,7%	3,3%	44,5%	31,8%
Não informado	3,3%	3,3%	0,0%	4,6%
Número médio de profissionais da saúde	38,03	16,62	56,89	59,52
Número mediano de profissionais da saúde	15,00	10,00	20,00	35,00
Desvio-padrão do número de profissionais da saúde	56,50	17,20	61,00	77,75
Número máximo de profissionais da saúde	2	2	3	2
Número mínimo de profissionais da saúde	300	85	150	300
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.8.1 Opinião sobre a suficiência do número de profissionais que atuam no programa

	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	% de casos			
Sempre é suficiente	24,6%	26,7%	33,3%	18,2%
Na maioria das vezes é suficiente	49,2%	63,3%	44,5%	31,8%
Raramente é suficiente	16,4%	6,7%	11,1%	31,8%
Nunca é suficiente	8,2%	3,3%	11,1%	13,6%
Não informado	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.8.2 Opinião sobre o nível de adequação técnica dos profissionais envolvidos no Programa

Nota entre 0 e 10 (sendo 0 – profissionais nada adequados e 10 + profissionais totalmente adequados)	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	% de casos			
Nota média	7,92	8,07	7,78	7,76
Nota mediana	8,00	8,00	8,00	8,00
Desvio padrão da nota	1,55	1,57	1,20	1,70
Moda	8,00	8,00	8,00	10,00
% de notas até 7	37,8%	30,0%	44,4%	45,4%
% de notas acima de 7	60,7%	70,0%	55,6%	50,0%
Não informado	1,5%	0,0%	0,0%	4,6%
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

2.9 Área de atuação do responsável pelo Programa

- 44 (quarenta e quatro) entrevistados eram os responsáveis pelo Programa de Atividade Física do Município (72,1%)

Área / Local	Número de casos	% sobre o total de casos
Secretaria da Saúde / Divisão de Saúde	21	34,4
UBS (Unidade Básica de Saúde)	9	14,8
Secretaria de Esportes / Departamento de Esportes	6	9,8
Unidades de Saúde da Família	7	12
Ginásio de Esportes	3	4,9
Centro de Saúde	2	3,3
Faculdade de Educação Física	1	1,6
Regulação	1	1,6
Farmácia do Posto de Saúde Cidinha Leite	1	1,6
Setor de Promoção da Saúde	1	1,6
Vigilância Sanitária e Epidemiológica	1	1,6
Centro de Reabilitação Física	1	1,6
Centro de Convivência do Idoso	1	1,6
Núcleo de Educação em Saúde	1	1,6
Centro Social Urbano	1	1,6
Ribeirão Pires Esporte Clube	1	1,6
Centro de Fisioterapia	1	1,6
Sede Administrativa da Atenção Básica	1	1,6
Centro Integrado de Saúde	1	1,6
Base:	61 casos	100,0%

2.10 Cargo do responsável pelo Programa

- 44 (quarenta e quatro) entrevistados eram os responsáveis pelo Programa de Atividade Física do Município (72,1%)

Cargo	Número de casos	% sobre o total de casos
1. Educadora Física / Profª de Educação Física	6	9,8%
2. Enfermeira	6	9,8%
3. Secretário(a) de Saúde / Diretora de Saúde	6	9,8%
4. Fisioterapeuta	4	6,6%
5. Secretário de Lazer e Esporte / Esportes / Diretor de Esporte	4	6,6%
6. Coordenadora de Atenção Básica	3	4,9%
7. Chefe da Enfermagem do Centro de Saúde	2	3,3%
8. Coordenadora do Programa Saúde da Família	2	3,3%
9. Chefe de Divisão da Saúde do Adulto	1	1,6%
10. Chefe de Serviço de Atenção Básica	1	1,6%
11. Coordenação da Área Técnica Medicinar	1	1,6%
12. Coordenação de Planejamento	1	1,6%
13. Coordenação do Centro de Reabilitação Física	1	1,6%
14. Coordenador da Área da Saúde Integrativa	1	1,6%
15. Coordenador de Atenção à Saúde	1	1,6%
16. Coordenador do Programa Municipal de Promoção da Atividade Física	1	1,6%
17. Coordenadora de Atividade Física e Lazer	1	1,6%
18. Coordenadora de Atividade Física na Saúde	1	1,6%
19. Coordenadora de Formação Continuada m Saúde	1	1,6%
20. Coordenadora de Saúde do Adulto e do Idoso	1	1,6%
21. Coordenadora de Vigilância em Saúde	1	1,6%
22. Coordenadora do Grupo Técnico de Atenção à Saúde e Incentivo	1	1,6%
23. Coordenadora Técnica do Projeto Melhorando	1	1,6%
24. Dentista	1	1,6%
25. Diretor de Fomento de Esporte de Auto Rendimento	1	1,6%
26. Diretor de Saúde no Serviço de Fisioterapia	1	1,6%
27. Diretora do Departamento do Serviço Social	1	1,6%
28. Educadora de Saúde Pública	1	1,6%
29. Farmacêutico	1	1,6%
30. Médica da Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças	1	1,6%
31. Médico da Rede Básica Municipal	1	1,6%
32. Médico Sanitarista	1	1,6%
33. Nutricionista	1	1,6%
34. Pediatra do Programa de Saúde Escolar	1	1,6%
35. Profissional de IEC – Informação, Educação e Comunicação	1	1,6%
36. Voluntária (ainda não é contratada)	1	1,6%
Base:	61 casos	100,0 %

Bloco 3

Produção de Serviços

3.1 Participação das Unidades Básicas de Saúde no Programa Municipal

	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
Número médio de UBS no Município	10,50	3,17	8,44	21,86
Número mediano de UBS no município	5,00	1,00	7,00	14,00
Número médio de UBS inseridas no Programa Municipal de Atividade Física	8,93	2,47	6,11	19,38
Número mediano de UBS inseridas no Programa Municipal de Atividade Física	4,00	1,00	5,00	12,00
Proporção média de UBS inseridas no Programa Municipal de Atividade Física	83%	84%	79%	84%
Proporção mediana de UBS inseridas no Programa Municipal de Atividade Física	100%	100%	100%	100%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

3.2 Usuários atendidos pelo Programa Municipal de Atividade Física

Usuários atendidos pelo Programa		Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Número médio de usuários	2006	7.357	624	2.096	16.677
	2007	5.475	834	2.440	16.604
	2008	15.350	1.166	1.848	43.333
Número mediano de usuários	2006	550	180	700	500
	2007	420	180	1.000	1.000
	2008	500	400	500	1.800
Base		61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

3.3 Comportamento da demanda pelas atividades do Programa de Atividade Física Municipal

A demanda pelas atividades do Programa...	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
...tem aumentado muito	42,6%	43,3%	33,3%	45,5%
...tem aumentado um pouco	41,0%	40,0%	66,7%	31,8%
...não tem aumentado	14,8	13,3%	0,0%	22,7%
Não informado	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

3.4 Nível de atendimento da demanda por atividades do Programa de Atividade Física Municipal

Atualmente a demanda dos indivíduos pelo Programa...	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
... é plenamente atendida	91,8%	90,0%	100,0%	90,9%
...não é atendida	6,6%	6,7%	0,0%	9,1%
Não informado	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

3.5 Perfil dos usuários atendidos pelo Programa Municipal de Atividade Física

3.5.1 Gênero dos usuários

	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
Participação média do gênero masculino	20,84	20,21	14,11	24,80
Participação média do gênero feminino	79,16	79,79	85,89	75,20
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

3.5.2 Faixa etária dos usuários

	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
Participação média da faixa etária 10 a 18 anos	14,78	14,48	11,33	16,67
Participação média da faixa etária 19 a 59 anos	43,39	48,28	37,78	39,05
Participação média da faixa etária 60 anos ou mais	41,83	37,24	50,89	44,29
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

3.5.3 Situação de saúde dos usuários

Situação	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Todos os indivíduos atendidos pelo programa são indivíduos saudáveis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Todos os indivíduos atendidos pelo programa são categorizados por algum problema de saúde diagnosticado	3	4,9	2	6,7	0	0,0	1	4,5
O programa atende tanto usuários saudáveis como usuários categorizados por problema de saúde diagnosticado	56	91,8	27	90,0	9	100,0	20	90,9
Não Informado	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

Bloco 4

Características do Programa

4.1 Atividades realizadas no Programa de Atividade Física Municipal

Atividade	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo de caminhada	57	93,4	28	93,3	8	88,9	21	95,5
Grupo de ginástica	51	83,6	23	76,7	8	88,9	20	90,9
Aconselhamento	44	72,1	25	83,3	7	77,8	12	60,0
Dança	37	60,7	16	53,3	7	77,8	14	63,6
Hidroginástica	31	50,8	18	60,0	4	44,4	9	40,9
Práticas Corporais Chinesas (Tai Chi Chuan, Lian Gong, etc.)	29	47,5	9	30,0	6	66,7	14	63,6
Alongamento	10	16,4	9	30,0	0	0,0	1	4,5
Vôlei / Vôlei adaptado à 3ª idade	9	14,8	6	20,0	2	22,2	1	4,5
Yôga	5	8,2	0	0,0	2	22,2	3	13,6
Musculação	4	6,6	3	10,0	0	0,0	1	4,5
Academia ao ar livre	4	6,6	3	10,0	1	11,1	0	0,0
Ginástica Laboral	3	4,9	2	6,7	0	0,0	1	4,5
Capoeira	3	4,9	1	3,3	1	11,1	1	4,5
Jogos: dama, dominó / xadrez / baralho	2	3,3	1	3,3	1	11,1	0	0,0
Natação	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Relaxamento	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Futebol	2	3,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Academia	2	3,3	1	3,3	1	11,1	0	0,0
Karatê	2	3,3	1	3,3	1	11,1	0	0,0
Basquete	2	3,3	2	6,7	0	0,0	0	0,0
Passeios	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Atividades recreativas	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Meditação	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	9,1
Shantala	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	9,1
Academia 3ª idade ao ar livre	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0

continua

continuação

Atividade	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Academias 3ª idade	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Aulas de Jump (mini trampolim)	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Avaliações físicas	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Basquete para 3ª idade	1	1,6	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Canoagem	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Consciência Postural	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Dança Circular	1	1,6	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Escolinhas Desportivas	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Esportes em geral	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Esportes Paraolímpicos	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Exercício para Continência Urinária	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Exercícios com bastões	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Fisioterapia	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Ginástica Olímpica	1	1,6	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Ginástica para correção postural	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Gincanas	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Handebol	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Judô	1	1,6	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Massoterapia (individual)	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Movimento Vital Expressivo	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Natação para 3ª idade	1	1,6	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Pilates	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Pintura em Tela	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Step	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Surf	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Base	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

4.1.1 Detalhamento: Grupo de caminhada

Grupo de Caminhada		Número de casos	% sobre o total de casos
Municípios que oferecem atividade		57	93,4
Frequência das atividades	1 a 2 vezes por semana	23	37,7
	3 a 4 vezes por semana	24	39,3
	5 vezes por semana ou mais	9	14,8
	Duas vezes por mês	1	1,6
Total		61	100,0
Duração da cada sessão	Média (em minutos)	48,75	
	Mediana (em minutos)	50,00	

4.1.2 Detalhamento: Hidroginástica

Hidroginástica		Número de casos	% sobre o total de casos
Municípios que oferecem atividade		31	50,8
Frequência das atividades	1 a 2 vezes por semana	22	36,0
	3 a 4 vezes por semana	6	9,8
	5 vezes por semana ou mais	2	3,3
	Duas vezes por mês	1	1,6
Total		61	100,0
Duração da cada sessão	Média (em minutos)	48,97	
	Mediana (em minutos)	50,00	

4.1.3 Detalhamento: Dança

Dança		Número de casos	% sobre o total de casos
Municípios que oferecem atividade		37	60,7
Frequência das atividades	1 a 2 vezes por semana	25	41,0
	3 a 4 vezes por semana	6	9,8
	5 vezes por semana ou mais	2	3,3
	Duas vezes por mês	2	3,3
	Uma vez por mês	2	3,3
Total		61	100,0
Duração da cada sessão	Média (em minutos)	51,53	
	Mediana (em minutos)	50,00	

4.1.4 Detalhamento: Aconselhamento

Aconselhamento		Número de casos	% sobre o total de casos
Municípios que oferecem atividade		44	72,1
Frequência das atividades	1 a 2 vezes por semana	18	29,6
	3 a 4 vezes por semana	6	9,8
	5 vezes por semana ou mais	10	16,4
	Uma vez por mês	5	8,2
	Bimestralmente	1	1,6
	Conforme a necessidade do participante	3	4,9
	Não Informado	1	1,6
Total		61	100,0
Duração da cada sessão	Média (em minutos)	33,95	
	Mediana (em minutos)	30,00	

4.1.5 Detalhamento: Práticas Corporais Chinesas (Tai Chi Chuan, Lian Gong, etc.)

Práticas Corporais Chinesas (Tai Chi Chuan, Lian Gong, etc.)		Número de casos	% sobre o total de casos
Municípios que oferecem atividade		29	47,5
Frequência das atividades	1 a 2 vezes por semana	17	27,8
	3 a 4 vezes por semana	9	14,8
	5 vezes por semana ou mais	2	3,3
	Duas vezes por mês	1	1,6
Total		61	100,0
Duração da cada sessão	Média (em minutos)	47,32	
	Mediana (em minutos)	50,00	

4.1.6 Detalhamento: Grupo de Ginástica

Grupo de Ginástica		Número de casos	% sobre o total de casos
Municípios que oferecem atividade		51	83,6
Frequência das atividades	1 a 2 vezes por semana	24	39,4
	3 a 4 vezes por semana	18	29,5
	5 vezes por semana ou mais	7	11,5
	Duas vezes por mês	1	1,6
	Não Informado	1	1,6
Não participa do Grupo de Ginástica		10	16,4
Total		61	100,0
Duração da cada sessão	Média (em minutos)	49,00	
	Mediana (em minutos)	50,00	

4.2 Formas de encaminhamento dos usuários para o Programa

Forma de Encaminhamento	Subtotal		Pequeno		Médio		Grande	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Voluntariamente / Demanda espontânea	58	95,1	29	96,7	9	100,0	20	90,9
Encaminhado pelo médico	37	60,7	16	53,3	6	66,7	15	68,2
Encaminhado pelos auxiliares de enfermagem / enfermeiros	13	21,3	3	10,0	1	11,1	9	40,9
Encaminhado pelos Agentes de Saúde / Agentes Comunitários	8	13,1	5	16,7	2	22,2	1	4,5
Encaminhado pela nutricionista	6	9,8	5	16,7	1	11,1	0	0,0
Via UBS, quem frequenta é convidado a participar	4	6,6	3	10,0	0	0,0	1	4,5
Encaminhado pelo fisioterapeuta	4	6,6	1	3,3	1	11,1	2	9,1
Encaminhado por enfermeiros do Programa Hipertensos e Diabéticos	3	4,9	3	10,0	0	0,0	0	0,0
Encaminhado por psicólogo	2	3,3	0	0,0	1	11,1	1	4,5
Usuários convidam outras pessoas a participar	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Encaminhado pelo Educador Físico	2	3,3	1	3,3	0	0,0	1	4,5
Encaminhado Diretora Social do Idoso	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Programa Adote um Sedentário	1	1,6	0	0,0	1	11,1	0	0,0
No aconselhamento nas UBS	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Encaminhado pela equipe da Secretaria da Saúde	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Tem que estar inscrito na UBS para poder participar	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Envio correspondência baseada em dados cadastrais fornecidos pela UBS	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Diabéticos e hipertensos são encaminhados pelo médico	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Convidados no PSF (Programa Saúde da Família)	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0

continuação

continua

Forma de Encaminhamento	Subtotal		Pequeno		Médio		Grande	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Encaminhado pela Secretaria da Saúde	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Encaminhado pela Secretaria da Promoção Social	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Encaminhado pela Assistente Social	1	1,6	0	0,0	1	11,1	0	0,0
Convidamos quem tem cadastro no hiperdia	1	1,6	0	0,0	0	0,0	1	4,5
Não informado	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Base:	61 casos		30 casos		9 casos		22 casos	

Os resultados não somam 100% em virtude de que cada entrevistado pôde citar mais de uma forma de encaminhamento (até quatro formas)

4.3 Controle de frequência às aulas

Controle de Frequência às Aulas	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Existe Controle	54	88,5	27	90,0	8	88,9	19	86,4
Não Existe Controle	6	9,8	2	6,7	1	11,1	3	13,6
Não Informado	1	1,6	1	3,3	0	0,0	0	0,0
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

4.3.1 Forma de controle de presença às aulas

Método de Controle de Frequência	Resultado Geral	Pequeno Porte	Médio Porte	Grande Porte
	%	%	%	%
Lista de Presença / Chamada	78,7	86,7	77,8	68,2
Prontuários	6,6	6,7	0,0	9,1
Possui a ficha do paciente	4,9	3,3	0,0	9,1
O paciente tem carteirinha de frequência	3,3	6,7	0,0	0,0
Entra em contato para saber o motivo das faltas	3,3	6,7	0,0	0,0
Agenda Eletrônica	1,6	0,0	0,0	4,5
Senha Computadorizada	1,6	0,0	0,0	4,5
Registro na Produção da UBS	1,6	0,0	0,0	4,5
Relatório Mensal	1,6	0,0	11,1	0,0
Participantes assinam a própria ficha	1,6	0,0	0,0	4,5
Livro de assinaturas	1,6	0,0	11,1	0,0
Perde a vaga com duas faltas não justificadas	1,6	0,0	0,0	4,5
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

1 A resultados não somam 100% em virtude de que cada entrevistado pôde citar mais de uma forma de encaminhamento (até quatro formas)

Bloco 5

Financiamento

5.1 Recebimento de verbas complementares do Governo Federal para o Programa de Atividade Física

Recebimento	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Proporção de municípios que receberam a verba complementar do Governo Federal	73,8%	86,7%	77,8%	54,5%
Proporção de municípios que não receberam a verba complementar do Governo Federal	16,4%	10,0%	22,2%	22,7%
Não souberam informar	9,8%	3,3%	0,0%	22,7%
Valor médio da verba (em reais)	71.066,92	70.560,87	69.128,60	73.200,00
Valor mediano da verba (em reais)	80.000,00	80.000,00	80.000,00	80.000,00
Desvio-Padrão	17.853,048	20.130,049	14.886,813	14.612,019
Valor Máximo (em reais)	120.000,00	120.000,00	80.000,00	80.000,00
Valor Mínimo (em reais)	17.000,00	17.000,00	52.643,00	40.000,00
Não souberam informar	11,5%	10,0%	22,2%	9,1%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

5.2 Recebimento de verbas complementares do Governo Estadual para o Programa de Atividade Física

Recebimento	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Proporção de municípios que receberam a verba complementar do Governo Federal	3,3%	0,0%	11,1%	4,5%
Proporção de municípios que não receberam a verba complementar do Governo Federal	78,7%	86,7%	88,9%	63,6%
Não souberam informar	18,0%	13,3%	0,0%	31,8%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

* os dois entrevistados (3,3%) que afirmaram ter recebido verba do Governo Federal não souberam citar os valores

5.3 Investimento financeiro do Município no Programa de Atividade Física

Recebimento	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Proporção de municípios que receberam a verba complementar do Governo Federal	59,0%	60,0%	66,7%	54,5%
Proporção de municípios que não receberam a verba complementar do Governo Federal	26,2%	26,7%	22,2%	27,3%
Não souberam informar	14,8%	13,3%	11,1%	18,2%
Valor médio da verba (em reais)	107.000,00	33.333,33	66.500,00	182.500,00
Valor mediano da verba (em reais)	40.000,00	40.000,00	66.500,00	150.000,00
Desvio-Padrão	126.799,100	11.547,005	91.216,775	160.908,900
Valor Máximo (em reais)	400.000,00	40.000,00	131.000,00	400.000,00
Valor Mínimo (em reais)	2.000,00	20.000,00	2.000,00	30.000,00
Não souberam informar	44,3%	50,0%	44,4%	36,4%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

Bloco 6

Relação com o Programa Agita São Paulo

6.1 Conhecimento do Programa Agita São Paulo

	Resultado Geral		Pequeno		Médio		Grande	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não conhece o Programa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Conhece só de ouvir falar	10	16,4	2	6,7	2	22,2	6	27,3
Conhece o Programa	49	80,3	28	93,3	7	77,8	14	63,6
Não Informado	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	9,1
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

6.1.1 Relato sobre a forma como conheceu o Programa Agita São Paulo

	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Não conhece o programa	0,0	0,0	0,0	0,0
Conhece só de ouvir falar	16,4	6,7	22,2	27,3
Palestra de implantação realizada pelo Drº. Vítor	11,5%	13,3%	22,2%	4,5%
Eventos com Drº Matsudo (palestra / visita ao município)	8,2%	6,7%	11,1%	9,1%
Através da Secretaria da Saúde	8,2%	10,0%	0,0%	9,1%
Pesquisa na internet	4,9%	6,7%	0,0%	4,5%
Visita ao Celafiscs	4,9%	6,7%	0,0%	4,5%
Pela mídia (TV)	4,9%	3,3%	22,2%	0,0%
Pelo próprio funcionamento do programa no município	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Cursos de capacitação nas DRS	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Recebendo ofícios da DRS	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
Palestras feitas pelo Celafiscs na DRS	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Trabalhando como estagiário no Celafiscs	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Na escola (trabalhando como professora)	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
Por ofícios enviados pelo próprio programa	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
E-mails recebidos da Regional de Saúde	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
Pela mídia (Imprensa)	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Pelos materiais de divulgação / folhetos enviados pela DRS	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Através da Secretaria de Esportes	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
No Simpósio de Ciências do Esporte	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
No curso de multiplicadores do Programa Agita São Paulo	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Em cursos sobre atividade física	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Em palestras sobre atividade física	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Pelos materiais didáticos entregues pelas DRS	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Dia Mundial de Atividade Física no município	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Capacitação realizada por Douglas e Mário na cidade	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Reuniões efetuadas pelo Celafiscs na DRS	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Encontros de Secretários de Saúde em São Paulo	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Pelo Agita Galera na escola	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%

continuação

continua

	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Através do Agita Americana	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Curso em Brasília	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Visita do Drº Guedes ao município	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Drº Vitor foi meu professor	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
E-mails recebidos do Governo Estadual	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Os professores da Universidade falavam à respeito	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
E-mails recebidos do Ministério da Saúde	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Lendo materiais sobre o Agita	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Participando de reuniões em SP	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Reuniões com profissionais de saúde	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Palestra em Campinas feita pelo Profº Maurício	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Na UBS	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Em reuniões na Secretaria de Educação no município	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Através de uma pessoa que era interlocutora no município	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Em uma reunião que aconteceu em Campinas numa faculdade	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

6.2 Modelo de Gestão Ecológica

	Resultado Geral		Pequeno		Médio		Grande	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não conhece o Modelo	21	34,4	11	36,7	4	44,4	6	27,3
Conhece o Modelo só de ouvir falar	6	9,8	4	13,3	2	22,2	0	0,0
Conhece um pouco sobre o Modelo	22	36,1	10	33,3	2	22,2	10	45,5
Conhece totalmente o modelo	10	16,4	5	16,7	1	11,1	4	18,2
Não Informado	2	3,3	0	0,0	0	0,0	2	9,1
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

6.3 Participação das DRS na implementação do Programa de Atividade Física

Forma de participação das DRS	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
DRS participou da implementação do Programa	32,8%	50,0%	22,2%	13,6%
DRS não participou da implementação do Programa	55,7%	40,0%	55,6%	77,3%
Não sabe informar se a DRS participou da implementação do Programa	11,5%	10,0%	22,2%	9,1%
Oferecendo cursos de capacitação	6,6%	10,0%	0,0%	4,5%
Dando orientações	4,9%	10,0%	0,0%	0,0%
Participando de reuniões / reuniões de colegiado	4,9%	6,7%	11,1%	0,0%
Esclarecendo dúvidas	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
Fornecendo materiais de apoio	3,3%	0,0%	11,1%	4,5%
Divulgando o programa	3,3%	0,0%	11,1%	4,5%
Convidando as equipes a participarem	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Fazendo reuniões sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Dando apoio através de livros teóricos e científicos	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
A partir de informações sobre experiências de outros municípios	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Baseada em um colegiado que existia na época	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Solicitando relatórios sobre atividades realizadas	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Convidando o profissional que já conhecia o programa para trabalhar no município	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Com idéias e sugestões	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Estando à disposição para eventual ajuda	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Palestras	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Informando que aconteceria o evento do Agita SP	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Informando que grupos poderiam participar	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Dando exemplos de atividades a serem desenvolvidas	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Não sabe	9,8%	13,3%	0,0%	9,1%
Base	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

6.4 Participação do Programa Agita São Paulo na implementação e/ou monitoramento e/ou avaliação do Programa de Atividade Física do Município

	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
O Programa Agita São Paulo PARTICIPOU implementação e/ou monitoramento e/ou avaliação do Programa de Atividade Física do Município	39,3%	46,7%	33,3%	31,8%
O Programa Agita São Paulo NÃO PARTICIPOU implementação e/ou monitoramento e/ou avaliação do Programa de Atividade Física do Município	54,1%	50,0%	66,7%	54,5%
Não sabe	6,6%	3,3%	0,0%	13,6%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

6.4.1 Participação do Programa Agita São Paulo na implementação do Programa de Atividade Física no Município

	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Treinamento dado pela equipe do Celafiscs	6,6%	6,7%	11,1%	4,5%
De forma indireta com suporte por materiais	4,9%	6,7%	0,0%	4,5%
Palestras	4,9%	3,3%	0,0%	9,1%
Usamos toda filosofia do Agita São Paulo	4,9%	6,7%	0,0%	4,5%
Cursos do Agita São Paulo	3,3%	0,0%	22,2%	0,0%
Disponibilidade em esclarecer dúvidas	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Disponibilizaram materiais didáticos para divulgação	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
Informam sobre eventos que irão acontecer	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Participando das reuniões de colegiado	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Tivemos toda assessoria técnica do Celafiscs	3,3%	3,3%	0,0%	4,5%
Visita de alguém de Agita SP para discutir o tema	3,3%	0,0%	0,0%	9,1%
Capacitações solicitadas pelo município	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Capacitamos nossos profissionais com bases teóricas deles	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Capacitaram os funcionários das Unidades de Saúde	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Coordenação municipal participava de reuniões em São Paulo	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Divulgação em rede nacional ajuda na implantação do município	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Em conversas com o Douglas	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Informações sobre práticas ocorridas em outros municípios	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Mostraram dados estatísticos	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Reuniões sobre a importância da atividade física e promoção da saúde	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Sensibilizaram autoridades do município	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Trabalhos científicos para orientação das ações	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Não Sabe	4,9%	10,0%	0,0%	0,0%
Não Teve participação	4,9%	10,0%	0,0%	0,0%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

6.4.1.1 Manifestações dos entrevistados – Participação do PASP na implementação do Programa

“A coordenação participava de reuniões em São Paulo”

Americana

“Reuniões, “bate papos”, apresentando o que era o Agita, falando da importância da atividade física, promoção da saúde, pacto de gestão

Andradina

“Com treinamentos, capacitações que o município pede, materiais de divulgação e comunicação”

Anhumas

“Toda documentação que eles mandaram, as chamadas, folhetins que enviam. Por exemplo, quando tem um evento o Douglas manda por e-mail, informa sobre o evento. Na divulgação em rede nacional ajuda muito enquanto município.

Tiram dívidas”

Arco Íris

“Vieram nos eventos quando a gente implantou. Administraram cursos, mostraram dados estatísticos e a importância da atividade física.

O Drº Vitor sensibilizou autoridades do município para a implantação e implementação do Programa”

Assis

“Todos os dados que nos passaram e que conseguimos montar nosso Projeto nos moldes do Agita. Formamos em média cento e vinte pessoas no projeto Caminhar para a Saúde e o pessoal do Programa. Vieram e deram palestras para nossos grupos sobre a importância da atividade física, de como deveria ser a gerência do projeto, várias reuniões com o Douglas aqui em Campinas.

Tentamos incluir também a Educação, Saúde e Esportes, mas ficamos só nós e o Esporte”

Campinas

“Deram suporte técnico de forma indireta por meio de materiais. Não foi de forma direta, ou seja, não teve ninguém que desse esse apoio ao município

Candido Mota

“A partir dos conhecimentos adquiridos é que se começou a implementar as ações. À partir das orientações deles começamos a desenvolver as estratégias”

Garça

“Veio alguém do Agita discutir o tema, dizer o que era o Programa através de palestras”

Marília

“Usamos o colegiado, as idéias do Agita”

Martinópolis

“Indiretamente através de materiais para leitura; conversei com o Douglas; participei de palestras e cursos com o pessoal do Agita”

Nantes

“Dando incentivo; Oferecendo materiais; mandando lembretes pela internet de quando vai ter eventos e falando da importância prática da atividade física”

Piracicaba

“A filosofia toda é do Agita São Paulo. A DRS nos passou a filosofia do Programa”

Pitangueiras

“Deram treinamentos através dos cursos do Agita São Paulo; reuniões; apoio com material; disponibilidade para esclarecer dúvidas, mas principalmente pelos Simpósios e o curso de São Pedro”

Registro

*“Treinamento de profissionais, participamos de cursos que eles promovem;
Deram materiais didáticos de divulgarmos a importância da atividade física e usamos o embasamento teórico para capacitar os nossos profissionais e mobilizar a população”*

Ribeirão Bonito

“Informações sobre as práticas, a melhor maneira de fazer, troca de informações sobre o que ocorria em outros municípios, visitamos outros municípios; Trabalhos científicos para orientar as ações”

Santana de Parnaíba

*“Organizou uma capacitação dos funcionários das Unidades de Saúde;
Eles vinham para participar das reuniões de colegiado”*

São Carlos

*“Tivemos assessoria do Celafiscs, consultamos tudo da parte técnica, consultávamos as pessoas e éramos orientados.
Também tivemos um treinamento da equipe do Celafiscs (Drº Vitor, Marcela, Douglas)*

São José dos Campos

6.4.2 Participação do Programa Agita São Paulo no monitoramento do Programa de Atividade Física no Município

	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
Passamos relatórios com dados indicativos	6,6%	6,7%	11,1%	4,5%
Através de questionário	3,3%	6,7%	0,0%	0,0%
Curso de São Pedro informando como monitorar	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Esclarecem dúvidas	3,3%	3,3%	11,1%	0,0%
Através do IPAQ	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Capacitação dos Agentes Comunitários no município	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Dicas através de trabalhos científicos	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Nos mandam materiais de divulgação	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Orientam a melhor forma de se fazer	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Simpósio informando como monitorar	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Solicitam o envio de tudo o que fazemos no programa	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Troca de experiências nos eventos do Agita São Paulo	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Não Sabe	14,8%	16,7%	0,0%	18,2%
Não Houve Participação	4,9%	6,7%	0,0%	4,5%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

6.4.2.1 Manifestações dos entrevistados – Participação do PASP no monitoramento do Programa

“Através de relatórios, temos que atingir um número de atendidos. Existe um pacto e temos que passar relatórios, alimentar com dados, mas nem sempre conseguimos”

Andradina

“O município estar indo nos eventos do Agita São Paulo, ver experiências de outros municípios, apresentar nossas experiências, ouvir como isso está acontecendo. Tiram dúvidas, mandam materiais como camisetas, batons, etc. ...”

Assis

“Nas reuniões onde passamos os indicadores, quantos hipertensos, obesos, diabéticos, quantos eram e quantos deixaram de ser”

Candido Mota

“Veio aqui, fez capacitação de dois dias com os agentes comunitários com instruções no monitoramento através de questionários”

Elias Fausto

“O Douglas ajudou capacitando em São Pedro. Aprendemos avaliar a população para poder monitorar nossos avanços”

Ribeirão Bonito

“O pessoal do Celafiscs tira nossas dúvidas por telefone”

Martinópolis

“Eles solicitam relatórios. Enviamos os relatórios por e-mail para a regional mostrando a quantidade de participantes, tipos de atividades desenvolvidas, local das atividades, etc...”

Nova Luzitânia

“Pedem para mandarmos fotos do Programa, e os dados de tudo que fazemos no município relacionado ao Agita”

Parapuã

“Passamos os dados de tudo o que acontece e depois a DRS nos parabeniza”

Piracicaba

“Mais especificamente no curso de São Pedro e Simpósio de 2007, onde deram informações sobre o Programa, deram idéias de formas de monitorar de maneira eficaz”

Registro

“O Douglas ajudou capacitando em São Pedro. Aprendemos avaliar a população para poder monitorar nossos avanços”

Ribeirão Bonito

“Através de orientação, mostram a melhor forma de fazer o monitoramento, dão dicas através de trabalhos científicos que já desenvolveram; através do IPAC (questionário)”

Santana de Parnaíba

6.4.3 Participação do Programa Agita São Paulo na avaliação do Programa de Atividade Física no Município

	Resultado Geral	Pequeno	Médio	Grande
--	-----------------	---------	-------	--------

Orientando como fazer	4,9%	3,3%	11,1%	4,5%
Somente usamos o modelo do Programa / Usamos o embasamento teórico	4,9%	10,0%	0,0%	0,0%
Curso de São Pedro	3,3%	0,0%	22,2%	0,0%
Copiamos o IPAQ	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Esclarecem dúvidas	1,6%	3,3%	0,0%	0,0%
Simpósio	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Treinamentos internacionais em Ilha Bela	1,6%	0,0%	0,0%	4,5%
Troca de experiências nos cursos	1,6%	0,0%	11,1%	0,0%
Não sabe	16,4%	23,3%	0,0%	13,6%
Não Houve Participação	9,8%	10,0%	11,1%	9,1%
Base:	61 casos	30 casos	9 casos	22 casos

6.4.3.1 Manifestações dos entrevistados – Participação do PASP na avaliação do Programa

“Usamos o modelo, sugestões e idéias mas fizemos de forma autônoma. Não veio ninguém para fazer isso, eu que estou desenvolvendo esse trabalho”

Anhumas

“Quando a gente participa do curso de São Pedro nossos profissionais trocam experiências e quando voltam, conseguem avaliar o que a gente tem feito.

Durante os eventos, as pessoas do Celafiscs nos orientam e há troca de experiências, aí voltam avaliando e reavaliando o que a gente tem feito. Quando senta para ver outras experiências e senta com quem tem todo o domínio do assunto, isso faz com que nossos técnicos avaliem como o nosso trabalho está sendo desenvolvido”

Assis

“Nas capacitações realizadas no município foi me passado como fazer a avaliação do Programa”

Elias Fausto

“Tirando dúvidas e copiamos o IPAC. Usamos o modelo do Agita e fizemos capacitação com o Douglas do Celafiscs”

Martinópolis

“No curso de São Pedro e Simpósio de 2007, deram informações de como fazer as avaliações e adequamos à realidade local”

Registro

“Aprendemos avaliar com o Programa Agita São Paulo. Usamos o embasamento teórico para avaliar a população”

Ribeirão Bonito

“Através de orientações, dão dicas. Não temos ainda um processo de avaliação do Programa, só temos as orientações que são passadas. Não fizemos como eles gostariam que fizéssemos”

Santana de Parnaíba

“Tivemos dois treinamentos internacionais em Ilha Bela de atividade física e saúde pública”

São José dos Campos

6.5 Opinião sobre o Programa Municipal de Atividade Física

Avaliação do Sucesso do Programa	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito bem sucedido	40	65,6	20	66,7	7	77,8	13	59,1
Um pouco bem sucedido	4	6,6	3	10,0	0	0,0	1	4,5
Nem bem sucedido / Nem mal sucedido (espontâneo)	8	13,1	3	10,0	0	0,0	5	22,7
Um pouco mal sucedido	3	4,9	0	0,0	2	22,2	1	4,5
Muito mal sucedido	3	4,9	3	10,0	0	0,0	0	0,0
Não informou	3	4,9	1	3,3	0	0,0	2	9,1
Total	61	100,0	30	100,0	9	100,0	22	100,0

Bloco 7

Programas de atividade física oferecidos por outras instituições

7.1 Instituições ofertantes de outros Programas de Atividade Física

Instituições	Resultado Geral		Pequeno Porte		Médio Porte		Grande Porte	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Escolas Públicas	27	44,3	15	50,0	3	33,3	9	40,9
Centros Públicos Esportivos	40	65,6	17	56,7	6	66,7	17	77,3
Parques Públicos	10	16,4			2	22,2	8	36,4
Escolas Particulares	8	13,1	3	10,0	1	11,1	4	18,2
Empresas	12	19,7	7	23,3	2	22,2	3	13,6
Igrejas	3	4,9	1	3,3	1	11,1	1	4,5
Centro de Convivência de Idosos	25	41,0	12	40,0	3	33,3	10	45,5
Base:	61 casos		30 casos		9 casos		22 casos	

7.1.1 Atividades desenvolvidas nos Programas de Atividade Física oferecidos pelas Escolas Públicas

Atividade	N	%
Basquete	11	18,0
Vôlei	10	16,4
Futebol	10	16,4
Educação Física	4	6,6
Dança	3	4,9
Esportes em geral	3	4,9
Alongamento	3	4,9
Ginástica	3	4,9
Futsal	2	3,3
Artesanato	1	1,6
Atletismo	1	1,6
Judô	1	1,6
Natação	1	1,6
Tênis de Mesa	1	1,6
Espreguiçamento	1	1,6
Trabalhos Respiratórios	1	1,6
Corrida	1	1,6
Caminhada	1	1,6
Programa de Atividade Física da Secretaria da Educação	1	1,6
Teatro	1	1,6
Tai Chi Chuan	1	1,6
Não informado	2	3,3
Base: 61 casos		

7.1.2 Público-alvo nos Programas de Atividade Física oferecidos pelas Escolas Públicas

Público	N	%
Alunos	18	29,5
Crianças / Infantil	7	11,5
Jovens / Adolescentes	4	6,6
Pais de Alunos	3	4,9
Adultos	2	3,3
População Interessada / Munícipes / Público em Geral	2	3,3
3ª Idade	1	1,6
Não informado	2	3,3
Base: 61 casos		

7.1.3 Atividades desenvolvidas nos Programas de Atividade Física oferecidos pelos Centros Esportivos

Centros Esportivos		
Atividade	N	%
Vôlei	24	39,3
Futebol	22	36,1
Basquete	18	29,5
Natação	7	11,5
Hidroginástica	5	8,2
Futsal	5	8,2
Atletismo	4	6,6
Ginástica	4	6,6
Dança	3	4,9
Vôlei Adaptado	3	4,9
Corrida	3	4,9
Capoeira	2	3,3
Judô	1	1,6
Tênis de Mesa	1	1,6
Musculação	1	1,6
Kung-Fu	1	1,6
Caminhada	1	1,6
Handebol	1	1,6
Ginástica Localizada	1	1,6
Treinamentos para Atletas	1	1,6
Teatro para 3ª Idade	1	1,6
Campeonatos Entre Escolas	1	1,6
Escolinhas de Esportes	1	1,6
Não Informado	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.4 Público-alvo nos Programas de Atividade Física oferecidos pelos Centros Esportivos

Público	N	%
Jovens / Adolescentes	23	37,7
Crianças / Infantil	19	31,1
Adultos	15	24,6
População Interessada / Munícipes / Público em Geral	9	14,8
3ª Idade	7	11,5
Alunos	3	4,9
Times das Usinas da Cidade	1	1,6
Funcionários Municipais	1	1,6
Atletas	1	1,6
Não Informado	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.5 Atividades desenvolvidas nos Programas de Atividade Física oferecidos por Parques

Parques		
Atividade	N	%
Caminhada	4	6,6
Ginástica	3	4,9
Vôlei	1	1,6
Futebol	1	1,6
Basquete	1	1,6
Alongamento	1	1,6
Corrida	1	1,6
Uso de equipamentos de musculação	1	1,6
Equipamentos de ginástica	1	1,6
Ciclismo	1	1,6
Não Informado	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.6 Público-alvo nos Programas de Atividade Física oferecidos por Parques

Público	N	%
3ª Idade	4	6,6
Adultos	3	4,9
População Interessada / Munícipes / Público em Geral	3	4,9
Crianças / Infantil	1	1,6
Jovens / Adolescentes	1	1,6
Alunos / Escolares	1	1,6
Não Informado	2	3,3
Base: 61 casos		

7.1.7 Atividades desenvolvidas nos Programas de Atividade Física oferecidos por Escolas Particulares

Escolas Particulares		
Atividade	N	%
Vôlei	2	3,3
Basquete	2	3,3
Educação Física	1	1,6
Natação	1	1,6
Maratonas	1	1,6
Exercícios Físicos para Coluna	1	1,6
Futsal	1	1,6
Caminhada	1	1,6
Gincanas	1	1,6
Não Informado	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.8 Público-alvo nos Programas de Atividade Física oferecidos por Escolas Particulares

Público	N	%
Crianças / Infantil	2	3,3
Jovens / Adolescentes	3	4,9
Alunos / Escolares	3	4,9
População Interessada / Munícipes / Público em Geral	1	1,6
Pais de Alunos	1	1,6
Jogadoras de Basquete (feminina)	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.9 Atividades desenvolvidas nos Programas de Atividade Física oferecidos por Empresas

Empresas		
Atividade	N	%
Ginástica Laboral	7	11,5
Vôlei	2	3,3
Futebol	2	3,3
Alongamento	2	3,3
Dança	1	1,6
Basquete	1	1,6
Futebol de Salão	1	1,6
Ginástica	1	1,6
Tênis	1	1,6
Hidroginástica	1	1,6
Atividades Recreativas	1	1,6
Corrida	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.10 Público-alvo nos Programas de Atividade Física oferecidos por Empresas

Público	N	%
Funcionários / Trabalhadores	9	14,8
Crianças / Infantil	1	1,6
Adultos	1	1,6
População Interessada / Munícipes / Público em Geral	1	1,6
Familiars dos Trabalhadores	1	1,6
Pré-adolescentes	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.11 Atividades desenvolvidas nos Programas de Atividade Física oferecidos por Igrejas

Igrejas		
Atividade	N	%
Esportes em Geral	1	1,6
Futebol	1	1,6
Capoeira	1	1,6
Lian Gong	1	1,6
Caminhada	1	1,6
Chi Kung	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.12 Público-alvo nos Programas de Atividade Física oferecidos por Igrejas

Público	N	%
Crianças / Infantil	1	1,6
Adultos	2	3,3
3ª Idade	1	1,6
Membros da Igreja	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.13 Atividades desenvolvidas nos Programas de Atividade Física oferecidos pelo CCI

CCI – Centro de Conveniência do Idoso		
Atividade	N	%
Dança	14	23,0
Ginástica	8	13,1
Vôlei	5	8,2
Dança de Salão	5	8,2
Hidroginástica	4	6,6
Botcha	4	6,6
Natação	3	4,9
Alongamento	2	3,3
Baile	2	3,3
Artesanato	1	1,6
Atletismo	1	1,6
Basquete	1	1,6
Vôlei Adaptado	1	1,6
Academia	1	1,6
Jogos Adaptados para 3ª Idade	1	1,6
Lian Gong	1	1,6
Dança Sênior	1	1,6
Caminhada	1	1,6
Atividades em quadra	1	1,6
Jogo de Malha	1	1,6
Tai Chi Chuan	1	1,6
Atividades Adaptadas	1	1,6
Não Informado	1	1,6
Base: 61 casos		

7.1.14 Público-alvo nos Programas de Atividade Física oferecidos pelo CCI

Público	N	%
3ª idade	21	34,4
Acima de 60 anos	3	4,9
Acima de 50 anos	2	3,3
Adultos	1	1,6
Acima de 45 anos	1	1,6
Base: 61 casos		

Bloco 8

Sugestões / críticas sobre a o
processo de municipalização do
Programa Agita São Paulo

“Que não fique centralizado em uma pessoa só. Deveriam chamar todas as secretarias interessadas e não centralizar só na Saúde e no Esporte”

Americana

*“Deveriam estar mais próximo dos municípios, trazer experiências, assessorar mais;
O Estado ajudar com recursos financeiros;*

Amparo

*“A Prefeitura deveria adequar praças e ruas para caminhadas;
As assessorias administrativas deveriam participar de reuniões para se envolverem e entender a importância da promoção da atividade física, talvez até o Secretário de Saúde deveria participar das reuniões”*

Andradina

“Que todo município iniciasse um processo de sensibilização da importância da atividade física como promoção e prevenção da saúde pública no atendimento da UBS. Que pelo menos fizessem aconselhamentos e a partir daí começar a desenvolver ações permanentes, implantação de calçadas, ciclovias, ofertar mais atividades físicas à população; Que os programas seguissem o modelo do Agita que é o ideal e recomendado pela OMS; Que o profissional da atividade física (educador físico) trabalhe dentro da saúde junto com outros profissionais, como equipe; Que houvesse recurso específico da UBS para essa ação, fosse destinado para essa ação, contratar educador físico para compor equipe de saúde desenvolvendo uma ação em conjunta com o objetivo que é promover a saúde. Que dentro da DRS houvesse um profissional em educação física para controlar pelo menos uma região”

Anhumas

“As reuniões do colegiado acontecem em São Paulo uma vez por mês e não estamos tendo oportunidade de participar por ser um pouco longe. Talvez se pudesse fazer reunião com a região aqui, com menos municípios, acho que isso ia fomentar a participação de outras instituições, empresas, do jeito que acontece em São Paulo, se tivesse essa descentralização do colegiado, se tivesse pequenos colegiados regionais só para discutir a importância da atividade física. Os municípios acabam não participando da reunião de colegiado por causa da distância. Poderíamos ter um espaço desse aqui na região, isso daria uma potencializada nas ações de atividade física da região. Tem um montão de coisas que dá para fazer e que a gente podia se reunir e um passar experiência para o outro. Talvez se a Secretaria de Estado desse uma estimulada para que as DRS organizassem isso seria interessante”

Assis

“O Programa Agita São Paulo deveria se aproximar mais dos municípios, dar mais informações, principalmente sobre o processo de avaliação do Programa de promoção de atividade física. Orientar como fazer essa avaliação no município”

Brejo Alegre

“Vocês estão no mínimo uns 15, 20 anos na frente de todo mundo, então eu só tenho a aprender. Não tenho sugestões”

Campinas

“Deveriam participar mais, tomar conhecimento do que fazemos, dar sugestões. Mandam folhetos, botons, mas só isso. Poderiam conhecer o trabalho da gente”

Castilho

“Precisamos para nós dos municípios, que eles estivessem mais próximos (coordenação da DRS). Não existe um treinamento grande, simpósios. Se tem, não ficamos sabendo. Que o Estado também entrasse com recursos financeiros e também desse apoio técnico maior através de capacitações, cursos para profissionais estarem sempre atualizados. Nos passar como monitorar índices de satisfação do usuário”

Candido Mota

“Aumentou o número de municípios que estão aderindo ao Programa e isso é muito bom porque as pessoas estão muito sedentárias e isso é um estímulo para prática de atividade física para tornar o indivíduo saudável”

Elias Fausto

“Se o Programa pudesse avaliar mais de perto as ações feitas nos municípios, mas que essa avaliação fosse feita de forma mais efetiva, até para fazermos mudanças caso fosse necessário. Sei que isso exigiria um número maior de pessoas;

O Programa Agita São Paulo foi um Programa importante na implementação dessas atividades e que a longo prazo vamos poder ver o impacto disso na saúde da população”

Garça

“Preciso conhecer melhor o Programa”

Guaíra

“Gostaria de saber como participar do Programa Agita São Paulo”

Ipaussu

“Gostaria que houvesse mais participação do Governo Estadual tanto em treinamento quanto em recurso financeiro”

Itapeva

“Ter um apoio de verba ou de pessoal para implantar o Programa no município; Ficar mais próximo do pessoal da ponta. Estar mais próximo, mais frequência (estar no município com mais frequência, ver como está o município); Monitorar o Programa”

Marília

“O Programa Agita São Paulo é excelente! É perfeito”

Martinópolis

“Precisa dar mais incentivo à avaliação e monitoramento porque fazemos e não medimos esse fazer, quanto fazemos e qual a qualidade e eficiência desse fazer. Incentivar através de cursos, ter uma planilha para seguir orientações de como fazer”

Nantes

“Os gestores da rede estão perdidos com tanta coisa para fazer. Deveria ter um treinamento de fato nos municípios por colegiado, onde o pessoal do Agita dissesse o que é realmente esse Programa. Eventos esporádicos não sensibilizam ninguém. Tem que estar integrado com o Hiperdia, estar amarrado ao Ministério da Saúde junto com articuladores de atenção básica. Fica muito na fala, mas a ação não acontece.

Treinar os trabalhadores do SUS, pois eles próprios não fazem atividade física.

Deveria estender o financiamento do Ministério da Saúde no bloco de Vigilância em Saúde DCNT”

Novo Horizonte

“O Programa é ótimo, tem que ser incentivado, tem que acontecer, mas tem que ter monitoramento, ter um roteiro de atividades, o que o governo espera que seja feito no município, o que deve ser feito. Os profissionais não sabem o que é para trabalhar, tem que ter um roteiro (qual finalidade, qual objetivo, público-alvo, etc...) fazer uma pesquisa para depois implementar a atividade física para acertarmos o que devemos fazer, ver o que o município precisa, o que está faltando, o que eles esperam e aplicar. Tem que ter cobrança, buscar resultados. Tem que ter respostas mensais, qual foi a melhora, qual foi a resposta, frequência, se está participando ou não. Tem que ter monitoramento. O dinheiro tem que vir para o Projeto e não para outras coisas, se espalhar como uma virose. Tem que ser localizado”

Osvaldo Cruz

“O Governo do estado estar mais presente, pois fizemos tudo por iniciativa própria. Deveriam ajudar técnica e financeiramente”

Ourinhos

“Gostaria que o Douglas me ligasse imediatamente para participarmos do Programa Agita São Paulo. Gostaria de saber também como ele encontrou a gente”

Paulínia

“Teve o sucesso que se espera de um Programa. Houve sensibilização e as pessoas aderiram”

Piracicaba

“Gostaria que fosse mais acessível, ex: marcam reunião do Agita e a DRS pra gente muito em cima da hora, em lugar longe do município. Se você não “banca” a diária, o município não “banca”. Deveriam ser mais organizados, avisando o município com antecedência, investir mais na capacitação dos profissionais (coordenadores municipais). Vamos atrás porque acreditamos na causa. Não me sinto apoiada pelo Celafiscs, pelo cérebro do Agita. A gente sabe que existe um colegiado em São Paulo, eles mandam e-mail pedindo para mandarmos o que nós estamos fazendo, mas isso é suficiente? Deveriam capacitar os interlocutores locais, troca de experiências”

Pirassununga

“Sempre que precisamos tivemos apoio do governo. Temos apoio total, o que falta é a avaliação. Os dados são cobrados mas temos dificuldade de avaliar os dados”

Pitangueiras

“Não sei como vai funcionar esse processo, vai municipalizar?”

Reginópolis

“Que continuem com os cursos e treinamentos para renovação de experiências e idéias”

Registro

Acho que no município de Ribeirão Pires é difícil tocar o Agita São Paulo porque não tem alguém que pudesse tocar o projeto, uma pessoa com tempo para participar de reuniões, cursos. A única pessoa concursada, só esse ano já mudou três vezes de posição dentro da Secretaria. Então acho difícil ser implantado aqui”

Ribeirão Pires

“A gente conhece muito pouco. Deveriam dar treinamento. Sei que existe, mas deveria ser mais periódico, ter mais vezes. Fiquei bem perdida no começo. Precisa ter mais capacitações”

Rio Claro

“Poderiam dar curso par reunir mais profissionais da saúde em geral para haver maior envolvimento de todas as áreas para construção de estratégias para desenvolver ações em prol da atividade física (promoção da saúde). Deveriam disponibilizar maior quantidade de materiais de divulgação para os municípios”

Salto Grande

“Que tivesse mais integração do município com o Agita. Com a primeira verba que veio do Ministério formou-se um grupo e começou a pensar no Programa mas isso acabou, não foi dado continuidade, esse programa acabou e a

relação com o Agita não existe mais nenhuma e estamos trabalhando para reerguer o programa, pois ele nem chegou a existir quando acabou as parcerias entre os organizadores”

São Carlos

“É uma estratégia importante na forma como está sendo levado. Se o Agita conseguir envolver mais as DRS, quem sabe os municípios estariam mais apoiados. Sei que tem um esforço enorme do Matsudo e do Luís nisso, mas é difícil ainda para algumas DRS. Talvez buscar um envolvimento maior das DRS na promoção da saúde promovendo mais eventos que coloquem em pauta a questão do incentivo à atividade física, mas acho que isso eles já tem feito”

São José do Rio Preto

São José dos Campos

“Acho que tinha que ser mais abrangente, é um Programa mantido pelo Governo do Estado e não chega as diretrizes básicas pra gente. É um Programa que eu incluo, mas o subsídio mesmo eu não tenho. Acho que o Estado deveria investir mais dentro do município, investir em logística, divulgação, educação. Acredito que todo projeto nessa área tem que começar na escola, inclusive tentaram (Secretaria de Educação) tirar as aulas de educação física das escolas, do ensino médio. Acho que o grande agente multiplicador de atividade física é a escola, e estão deixando o grande multiplicador fora disso”

Suzano

“Precisamos ter mais incentivo na questão de materiais, por exemplo, em dias como o Dia Mundial de Atividade Física, tivemos quantidade insuficiente de material para divulgação”

Uru

“Conheço o Programa só como marca, nunca chegou nenhuma informação na Secretaria de Saúde sobre ele. O que desenvolvemos aqui é por iniciativa do município, não são em função do Agita São Paulo. Então falta divulgação, apoio técnico e financeiro para implantação do Programa nos municípios”

Várzea Paulista

Municípios que assinaram Carta de Parceria ao longo dos 13 anos, por DRS
Total Geral= 260 municípios

Municípios que assinaram Carta de Parceria em 2009, por DRS
Total Geral= 144 municípios

Total Geral= 35 municípios

Total Geral= 67 municípios

Municípios que receberam a verba do MS para programa de AF, por DRS
Total Geral= 67 municípios

Municípios que participaram pelo menos uma vez do curso de multiplicadores do Agita São Paulo, por DRS
Total Geral=114 municípios

Municípios que publicaram pelo menos uma vez no livro de Boas Práticas, por DRS
Total Geral=179 municípios

Municípios que receberam verba do MS em dois anos consecutivos, por DRS
Total Geral=17 municípios

Municípios MS que assinaram Carta de Parceria ao longo dos 13 anos, por DRS
(MS=municípios que receberam verbas do ministério dos Editais de 2006 e 2007)
47 municípios

23 municípios MS que assinaram Carta de Parceria em 2009, por DRS
(MS=municípios que receberam verbas do ministério dos Editais de 2006 e 2007)

Municípios MS que era parceria e cadastrou, assinou novamente a carta de parceria em 2009, por DRS
(MS=municípios que receberam verbas do ministério dos Editais de 2006 e 2007)
11 municípios

Municípios MS que receberam a verba do MS para programa de AF, por DRS
(MS=municípios que receberam verbas do ministério dos Editais de 2006 e 2007)
67 municípios

Municípios MS que participaram pelo menos uma vez do curso de multiplicadores do Agita São Paulo, por DRS
(MS=municípios que receberam verbas do ministério dos Editais de 2006 e 2007)
28 municípios

Municípios MS que publicaram pelo menos uma vez no livro de Boas Práticas, por DRS
(MS=municípios que receberam verbas do ministério dos Editais de 2006 e 2007)
38 municípios

Municípios MS - que receberam verba do MS em dois anos consecutivos, por DRS
(MS=municípios que receberam verbas do ministério dos Editais de 2006 e 2007)
15 municípios

Douglas Roque Andrade

Curriculum Vitae

Última atualização do currículo em 28/02/2010
Endereço para acessar este CV:
<http://lattes.cnpq.br/2723834613632963>

Dados Pessoais

Nome Douglas Roque Andrade
Filiação Antônio Roque Andrade e Neide Andrade
Nascimento 05/04/1968 - Diadema/SP - Brasil
Carteira de Identidade 174260258 SSP - SP - 06/04/1994
CPF 13125750857

Endereço residencial Rua João Beraldo, 38
Centro - Diadema
09911350, SP - Brasil
Telefone: 11 40432701

Endereço profissional

- São Paulo
SP - Brasil

Endereço eletrônico

e-mail alternativo : andrade@celafiscs.org.br

Formação Acadêmica/Titulação

2006 Doutorado em Prática em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública, FSP-USP, Brasil
Título: Processo de Municipalização do Programa Agita São Paulo
Orientador: Márcia Faria Westphal

1995 - 2001 Mestrado em Saúde Pública.
Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, Brasil
Título: Atividade Física e Promoção da Saúde - Conhecimento e Prática dos Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Caetano do Sul - São Paulo, Ano de obtenção: 2001
Orientador: Alice Moreira Derntl

1989 - 1992 Especialização em Ciências do Esporte.
Faculdade de Educação e Cultura do Abc, FEC DO ABC, Brasil

1986 - 1988 Graduação em Faculdade de Educação Física.
Faculdade de Educação e Cultura do Abc, FEC DO ABC, Brasil

Marcia Faria Westphal

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1B

Última atualização do currículo em 25/10/2009

Endereço para acessar este CV:

<http://lattes.cnpq.br/6103638507870970>

Dados Pessoais

Nome	Marcia Faria Westphal
Nome em citações bibliográficas	WESTPHAL, M. F.; Westphal, Márcia Faria; Westphal, Marcia F.; Westphal, Marcia Faria; Westphal, Márcia F.
Sexo	Feminino
Endereço profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública. Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira Cesar 01242904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667766 begin_of_the_skype_highlighting (11) 30667766 end_of_the_skype_highlighting Ramal: 7766 Fax: (11) 30854760 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br

Formação Acadêmica/Titulação

1992 Livre-docência.

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Título: PARTICIPAÇÃO POPULAR E POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE: O CASO DE COTIA E VARGEM GRANDE PAULISTA, *Ano de obtenção:* 1992.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; EDUCAÇÃO EM SAÚDE; PARTICIPAÇÃO POPULAR.

Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública /

Especialidade: Promoção de Saúde.

Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública /

Especialidade: Educação Em Saúde.

Setores de atividade: Saúde e Serviços Sociais.