



# Revista Andaluza de Medicina del Deporte

<https://ws072.juntadeandalucia.es/ojs>



Original

## Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017



S. M. Wolker<sup>a</sup>, P. F. Sandreschi<sup>a</sup>, C. Tomicki<sup>a</sup>, L. M. Konrad<sup>a</sup>, E. Naiara Quadros<sup>a</sup>, C. G. Ribeiro<sup>a</sup>, J. B. Bezerra<sup>b</sup>, P. V. de Souza<sup>c</sup>, E. C. Maciel<sup>a</sup>, D. K. Alencar<sup>d</sup>, T. R. B. Benedetti<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal do Pará. Brasil.

<sup>c</sup> Graduação em Educação Física. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil.

<sup>d</sup> Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasil.

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO: Recebido a 19 de outubro de 2018, aceite a 10 de setembro de 2019, online a 17/09/2019

### RESUMO

O objetivo foi analisar a implementação do Programa Academia da Saúde ao longo de três anos (2015 a 2017). Os dados são do monitoramento anual da implantação do programa no Brasil, por questionários respondidos pela gestão estadual, municipal e dos polos. Foram analisados os polos por região, profissionais atuantes, ações desenvolvidas e público-alvo. Análise descritiva e análise inferencial foram realizadas para diferenças das proporções. Observou-se um aumento na taxa de resposta ao monitoramento, especialmente na região nordeste; mais de 88% dos polos mantiveram em maior proporção profissionais de educação física; houve aumento significativo da oferta de práticas corporais e atividade física (2015 vs 2016) e, redução nas ações em alimentação (2015 vs 2016), práticas integrativas complementares (2015 vs 2016) e no atendimento à idosos (2015 vs 2017). Há uma disparidade na implementação do programa nas regiões ao longo dos anos e o monitoramento poderá contribuir para estratégias em promoção de saúde. **Palavras-chave:** Saúde Pública. Promoção de saúde. Atividade motora.

## Monitorización del programa Academia de Salud de 2015 a 2017

### RESUMEN

Analizar la implementación del Programa Academia de la Salud a lo largo de tres años (2015 a 2017). Los datos pertenecen al seguimiento anual de la implantación del Programa Academia de Salud en Brasil, por medio de cuestionarios respondidos por administraciones del estado, municipio y de los polos. Las variables investigadas fueron número de polos por región, profesionales actuantes, acciones desarrolladas y público objetivo atendido. Se realizó un análisis descriptivo de frecuencia absoluta y relativa como también, un análisis inferencial para las diferencias de las proporciones entre los años. Hubo un aumento en el número de polos, destacando la región nordeste; más del 88% de los pueblos mantuvieron en mayor proporción profesionales de educación física; hubo un aumento significativo de la oferta de prácticas corporales y actividad física (2015 vs 2016) y reducción en las acciones en alimentación (2015 vs 2016), prácticas integradoras complementarias (2015 vs 2016) y en la atención a los ancianos (2015 vs 2017). Se observó una disparidad en las regiones que adoptaron el programa a lo largo de los años, y el monitoreo puede contribuir a las estrategias de promoción de la salud.

**Palabras clave:** Salud Pública; Promoción de la salud; Actividad motora.

\* Autor para correspondência.

Correios eletrónicos: [sofiawolker@gmail.com](mailto:sofiawolker@gmail.com) (S. M. Wolker).

<https://doi.org/10.33155/j.ramd.2019.09.003>

Consejería de Educación y Deporte de la Junta de Andalucía. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

## Monitoring the Health Academy program from 2015 to 2017

### ABSTRACT

To analyze the implementation of the Health Academy Program over three years (2015 to 2017). The data is taken from the annual monitoring of the application of poles of the Health Academy Program in Brazil through questionnaires answered by the state, cities and poles management. The variables investigated were number of poles per region, active professionals, developed actions and target audience attendance. We performed a descriptive analysis of absolute and relative frequency and inferential analysis to the differences in proportions among the years. Monitoring response rate increased, especially in the northeast region; more than 88% of the poles maintained a higher proportion of physical education professionals; significant increase in actions of corporal practices and physical activity (2015 vs 2016) and reduction in actions on food (2015 vs 2016), complementary integrative practices (2015 vs 2016) and care for the elderly (2015 vs 2017). There has been a disparity in the regions that adopted the program over the years and the monitoring may contribute to health promotion strategy.

**Keywords:** Public health; Health promotion; Motor activity.

### Introdução

Desde o Plano Nacional de Saúde (2004-2007)<sup>1</sup> o governo tem incentivado o desenvolvimento de programas de promoção da saúde<sup>2,3</sup>. Em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que apresenta diretrizes em todos os níveis de complexidade, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>4-6</sup>.

Foram repassados cerca de R\$ 171 milhões, de 2006 a 2010, para todas as regiões do país para que gestores públicos desenvolvessem ações de promoção da atividade física<sup>7</sup>. Essas ações entraram na agenda prioritária da PNPS o que garantiu financiamento para iniciativas locais<sup>3</sup>. A partir de 2011 foram definidas novas modalidades de repasse de recurso, buscando ações continuadas, sustentáveis e universais, culminando na implantação do Programa Academia da Saúde<sup>8</sup>.

Inicialmente o objetivo do Programa Academia da Saúde era contribuir para a promoção da saúde da população, por meio da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a orientação de práticas corporais e atividade física de lazer e modos de vida saudáveis<sup>8</sup>. Posteriormente, ocorreu a ampliação do objetivo passando a ter um foco em ações intersetoriais e multidisciplinares para além das práticas corporais e atividade física, abrangendo fatores como cultura, alimentação, integração e outras ações, revogando a portaria anterior<sup>9</sup>.

Desse modo, havia uma projeção para que, até 2015 fossem implantados polos em 4000 municípios<sup>10</sup>. Até julho de 2012, um total de 2.074 municípios foram contemplados com recursos para a implantação do Programa Academia da Saúde em todo o país<sup>11</sup> e em 2017 o número de polos habilitados foi de 4.271<sup>12</sup>.

O referido programa é uma política que se alinha aos eixos da PNPS e tem recebido incentivos cada vez maiores ao longo dos anos. Os monitoramentos anuais do programa apresentam o cenário nacional da implementação (polos habilitados, em obras, similares e em funcionamento) e suas características<sup>13-15</sup>. No entanto, nenhum estudo investigou as mudanças ocorridas ao longo dos anos dos polos em funcionamento (2015, 2016 e 2017), para que o programa possa ampliar suas ações em regiões menos favorecidas, e até mesmo identificar se houve mudanças significativas na oferta de ações em promoção de saúde, público-alvo atendido e profissionais envolvidos<sup>16</sup>. Para tanto, o objetivo deste estudo foi analisar a implementação do Programa Academia da Saúde ao longo de três anos (2015, 2016 e 2017).

### Método

Os dados analisados por este estudo são oriundos do monitoramento da implantação dos polos em funcionamento do Programa Academia da Saúde no Brasil. O banco de dados foi cedido pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, parecer nº 2.252.884, CAEE: 67635917.3.0000.0121.

O monitoramento é realizado anualmente via FormSUS<sup>13-15</sup>, uma plataforma online do DATASUS do Sistema Único de Saúde no Brasil. O Departamento de Atenção Básica desenvolveu três questionários que devem ser respondidos pela gestão estadual, municipal e dos polos. Para obtenção das informações, o Ministério da Saúde envia *links* de acesso às Secretarias Estaduais de Saúde as quais mobilizam os municípios, que por sua vez repassam aos polos para o preenchimento dos formulários.

No ano de 2015, 782 (32.3%) municípios brasileiros que responderam ao monitoramento tinham polos do Programa Academia da Saúde em funcionamento<sup>13</sup>, em 2016 foram 2454 (86.2%)<sup>14</sup> e, no ano de 2017 2496 (93.2%) com polos em funcionamento<sup>15</sup>. Nos relatórios dos monitoramentos não constam o número de polos do Programa Academia da Saúde por região ou município, portanto os dados apresentados tratam das proporções com base no número de polos respondentes por ano (2015, 2016 e 2017)<sup>13-15</sup>.

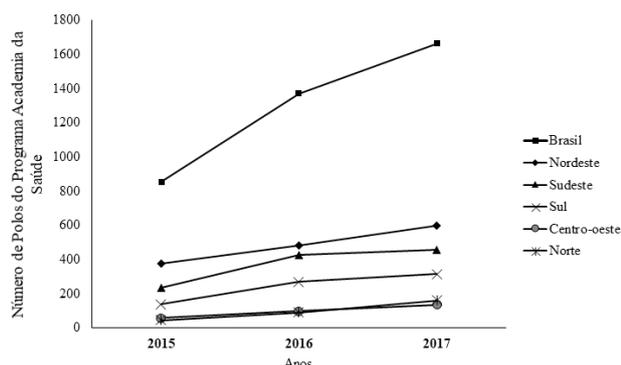
Neste estudo foram consideradas as questões respondidas pelos gestores ou profissionais dos polos que estavam em funcionamento e responderam aos monitoramentos realizados nos anos de 2015, 2016 e 2017. As variáveis incluídas foram número de polos por regiões (quantidade); identificação dos profissionais atuantes nos polos como profissional de educação física, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional (TO) e outros; ações desenvolvidas nos polos considerando - ações de práticas corporais e atividade física, ações voltadas à alimentação adequada e saudável e ações de práticas integrativas complementares (PICs); e o público-alvo atendido (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Para todas as variáveis foi considerada a opção de resposta 'sim' do formulário, exceto para número de polos por região (número absoluto).

Para análise, realizou-se estatística descritiva (frequência absoluta e relativa) para números de polos das regiões e frequência relativa para demais variáveis em cada ano investigado (2015, 2016 e 2017). Análise inferencial foi realizada no software MedCalc® por meio do teste Qui-quadrado "N-1" para comparar as diferenças de proporções entre os anos e foi adotado nível de significância de 5%.

### Resultados

O número de polos do Programa Academia da Saúde no Brasil que responderam ao monitoramento no período de 2015 (n=856), 2016 (n=1.372) e 2017 (n=1.664) aumentou 1.9 vezes (n=808). No Nordeste maior proporção de polos respondeu ao monitoramento em 2015 (44.2%), reduziu em 2016 (35.3%) (p<0.01) e se manteve em 2017 (35.8%). No Sudeste, as proporções de polos respondentes se mantiveram iguais de 2015 (27.6%) para 2016 (31.2%), mas reduziram de 2016 para 2017 (p=0.02). No Sul foi observado um aumento significativo de polos que responderam ao monitoramento de 2015 (16.2%) para 2016 (19.7%) (p=0.03) e as proporções se mantiveram de 2016 para

2017 (19.0%). O Norte apresentou aumento apenas entre 2016 (6.6%) e 2017 (9.7%) ( $p < 0.01$ ) e no Centro-oeste foi verificada a mesma proporção ao longo do período analisado (6.9% em 2015; 7.2% em 2016; 8.1% em 2017) (Figura 1).



**Figura 1.** Polos do Programa Academia da Saúde por região de 2015, 2016 e 2017.

O profissional de Educação Física está presente em mais de 88% dos polos em todo o período, sem diferença significativa entre os anos (88.0% em 2015; 90.5% em 2016; 88.8% em 2017). Houve um aumento gradativo da presença de fisioterapeutas, atuando em 48.1% dos polos em 2015, para 55.0% em 2016 ( $p < 0.01$ ) e 58.6% em 2017 ( $p = 0.04$ ). Nos anos de 2015 a 2016 aumentou a proporção de polos com profissionais de nutrição ( $p < 0.01$ ), psicologia ( $p < 0.01$ ), fonoaudiologia ( $p < 0.01$ ) e serviço social ( $p < 0.01$ ); todas as proporções se mantiveram de 2016 a 2017. Não foi observada diferença estatisticamente significativa ao longo dos anos para os profissionais TO e outras profissões (Tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil de polos do Programa Academia da Saúde implantados em 2015, 2016 e 2017.

Variáveis	Período analisado (anos)		
	2015	2016	2017
Número de Polos	f (%)	f (%)	f (%)
Brasil	856 (100)	1372 (100)	1664 (100)
Nordeste	378 (44.2) <sup>a</sup>	484 (35.3) <sup>b</sup>	596 (35.8) <sup>b</sup>
Sudeste	236 (27.6) <sup>ab</sup>	428 (31.2) <sup>b</sup>	456 (27.4) <sup>a</sup>
Sul	139 (16.2) <sup>a</sup>	270 (19.7) <sup>b</sup>	316 (19.0) <sup>ab</sup>
Centro-oeste	59 (6.9) <sup>a</sup>	99 (7.2) <sup>a</sup>	135 (8.1) <sup>a</sup>
Norte	44 (5.1) <sup>a</sup>	91 (6.6) <sup>a</sup>	161 (9.7) <sup>b</sup>
Profissionais			
Profissional de EF	753 (88.0) <sup>a</sup>	1241 (90.5) <sup>a</sup>	1477 (88.8) <sup>a</sup>
Fisioterapeuta	412 (48.1) <sup>a</sup>	755 (55.0) <sup>b</sup>	975 (58.6) <sup>c</sup>
Nutricionista	382 (44.6) <sup>a</sup>	742 (54.1) <sup>b</sup>	906 (54.4) <sup>b</sup>
Psicólogo	251 (29.3) <sup>a</sup>	579 (42.2) <sup>b</sup>	703 (42.2) <sup>b</sup>
Assistente Social	188 (22.0) <sup>a</sup>	447 (32.6) <sup>b</sup>	543 (32.6) <sup>b</sup>
Fonoaudiólogo	102 (11.9) <sup>a</sup>	250 (18.2) <sup>b</sup>	291 (17.5) <sup>b</sup>
TO	52 (6.1) <sup>a</sup>	101 (7.4) <sup>a</sup>	119 (7.2) <sup>a</sup>
Outros	109 (12.7) <sup>a</sup>	166 (12.1) <sup>a</sup>	225 (13.5) <sup>a</sup>
Eixos das ações			
PC e AF	825 (96.4) <sup>a</sup>	1353 (98.6) <sup>b</sup>	1643 (98.7) <sup>b</sup>
Alimentação	775 (90.5) <sup>a</sup>	1124 (81.9) <sup>b</sup>	1360 (81.7) <sup>b</sup>
PICs	489 (57.1) <sup>a</sup>	183 (13.3) <sup>b</sup>	296 (17.8) <sup>c</sup>
Público atendido			
Crianças	328 (38.3) <sup>ab</sup>	533 (38.8) <sup>b</sup>	647 (35.0) <sup>a</sup>
Adolescentes	647 (75.6) <sup>ab</sup>	1049 (76.5) <sup>b</sup>	1213 (72.9) <sup>a</sup>
Adultos	845 (98.7) <sup>a</sup>	1354 (98.7) <sup>a</sup>	1639 (98.5) <sup>a</sup>
Idosos	844 (98.6) <sup>a</sup>	1342 (97.8) <sup>ab</sup>	1617 (97.2) <sup>b</sup>

Médias seguidas por letras iguais não diferem ao nível de significância de 5% pelo teste Qui-quadrado "N-1". f: frequência absoluta; %: frequência relativa; EF: educação física; TO: terapeuta ocupacional; PC: práticas corporais; AF: atividade física; PICs: práticas integrativas complementares.

Em média, 97.9% dos polos ofereciam ações de práticas corporais e atividade física, apresentando um aumento de 2015 (96.4%) para 2016 (98.6%;  $p < 0.01$ ). No período de 2015 ações em alimentação foram desenvolvidas em 90.5% reduzindo para 81.9% em 2016 ( $p < 0.01$ ). Houve redução em 43.8% na oferta das PICs de 2015 para 2016 ( $p < 0.01$ ) e, posterior aumento significativo para 2017 (57.1% em 2015; 13.3% em 2016; 17.8% em 2017) ( $p < 0.01$ ) (Tabela 1).

Aproximadamente 98% dos polos atendiam adultos e idosos em todos os anos. Foi observada uma redução da proporção de atendimento a crianças e adolescentes entre 2016 (38.8% e

76.5%) e 2017 (35.0% e 72.9%) ( $p = 0.03$  e  $p = 0.02$ , respectivamente), e idosos em 2017 (97.2%) comparado a 2015 (98.8%;  $p = 0.02$ ). Não foram observadas diferenças estatísticas, entre os períodos, no atendimento aos adultos (Tabela 1).

## Discussão

Entre os anos de 2015 e 2017 houve um aumento significativo no número de polos Programa Academia da Saúde que responderam ao monitoramento, principalmente na região Nordeste do Brasil. Os profissionais de educação física mantiveram-se em maiores proporções ao longo dos três anos comparado aos demais profissionais. O público de adultos e idosos foram proporcionalmente mais presentes nos polos, e ações voltadas às práticas corporais e atividade física foram predominantes, sendo observado uma redução das ações em alimentação e PICs nos períodos analisados.

O Programa Academia da Saúde é um alicerce fundamental nas ações voltadas à promoção da saúde. Como a porta de entrada do SUS é a APS, programas desenvolvidos por profissionais nesse âmbito, que intencionam proporcionar uma vida mais saudável aos usuários, possuem grande responsabilidade junto às demais estratégias<sup>16-19</sup>. A melhoria da prestação de serviços na APS deve objetivar prioritariamente a diminuição das demandas, principalmente nos níveis secundário e terciário<sup>20</sup>. Com isso, o Programa Academia da Saúde assume um papel de protagonismo dentro da estrutura que se estabeleceu no SUS para proporcionar melhores níveis de saúde populacionais.

No ano de 2015 a 2017 aumentou o número de polos que responderam ao monitoramento e maior aumento foi observado na região Nordeste. Possivelmente, este fato pode ser explicado porque polos do Programa Academia da Cidade, implementados em Recife e Aracaju, podem ter sido registrados como similares no Programa Academia da Saúde<sup>21,22</sup>. Ademais, as cidades do Nordeste têm investido numa agenda de melhoria da mobilidade urbana e da saúde, o que talvez justifique o maior interesse nestas implantações<sup>23</sup>. Na região Norte ainda é baixa a proporção de polos em funcionamento que participaram do monitoramento, possivelmente por também ter menor número de municípios com polos habilitados. Outro estudo evidenciou que menos de 10% dos programas financiados pelo governo nacional, com foco em promoção de saúde, estão presentes nessa região<sup>24</sup>. Ainda, em revisão sistemática observou-se que investigações sobre programas de promoção de AF no SUS são inexistentes em cidades do Norte<sup>25</sup>. Portanto, sensibilizar os municípios e polos do Programa Academia da Saúde à participação nos monitoramentos pode ajudar a reduzir disparidades regionais e assim, direcionar futuros investimentos para as regiões com menor adoção no país.

Quanto aos profissionais atuantes nos polos do Programa Academia da Saúde, os de educação física mantiveram-se em maior proporção ao longo dos anos, sem diferenças significativas. Possivelmente, o grande incentivo inicial do programa as ações em práticas corporais e atividade física expliquem a presença desses profissionais<sup>8</sup>. Houve um aumento significativo dos profissionais da nutrição entre os anos de 2015 e 2017, o que vai em direção às novas diretrizes do programa na ampliação das ações<sup>9</sup>. Em estudo com 914 gestores de municípios sobre os polos do Programa Academia da Saúde verificou-se que os profissionais de educação física e de nutrição são responsáveis por mais de 80% das ações desenvolvidas na APS<sup>11</sup>. Também foi observado aumento crescente de outras categorias profissionais ao longo dos anos, o que pode contribuir para ações integradas, estabelecendo uma rede de cuidado com o usuário<sup>7</sup> em uma perspectiva multiprofissional<sup>17</sup>.

Em aproximadamente 98% dos polos que responderam ao monitoramento nos períodos analisados ofertavam ações para práticas corporais e atividade física, com aumento significativo de 2015 para 2016. Em contrapartida, as ações em alimentação e nas

PICs foram observadas reduções significantes no mesmo período. Possivelmente, a oferta das ações anualmente sejam pontuais e não sustentáveis no programa, o que poderia justificar as reduções nas ofertas encontradas. No Brasil, recentemente houve a publicação da Portaria nº 849, de 27 de março de 2017, na qual ampliou os procedimentos oferecidos nas PICs de cinco para 19 e isso pode contribuir para a implantação destas ações nos próximos anos<sup>26</sup>. Estudo destaca que as diretrizes do Programa Academia da Saúde são abrangentes no que tange às possibilidades de ações, mas restrita as orientações quanto ao seu planejamento, operacionalização e avaliação<sup>17</sup>. No entanto, o monitoramento do programa ainda não permite identificar a sustentabilidade das ações implementadas ao longo dos anos, para assim acompanhar e coletar dados de efetividade e custo-benefício.

Outro dado relevante foi a maior proporção de atendimento ao público de adultos e de idosos nos anos de 2015 a 2017 e uma redução na proporção de crianças e adolescentes atendidas no mesmo período. Possivelmente, os tipos de atividades ofertadas no programa ou os horários de atendimento em que as mesmas ocorrem, podem influenciar os interesses e oportunidades à diferentes faixas-etárias em detrimento de outras. Ademais, estudos também evidenciaram que programas e intervenções comunitárias no Brasil são mais prevalentes para pessoas com mais de 18 anos<sup>24,25</sup>. Investigações realizadas com usuários do Programa Academia da Cidade indicam a mesma direção quanto ao público atendido<sup>22,27</sup>. As crianças e adolescentes, além do Programa Academia da Saúde, têm acesso ao Programa Saúde na Escola (PSE), por meio da articulação entre o SUS e a educação, onde também são realizadas ações em promoção da saúde e do cuidado<sup>12</sup>. Nesse sentido, as crianças e adolescentes têm uma rede de apoio no âmbito da saúde pública onde são estimulados à prática de atividades físicas e alimentação saudável, o que por vezes pode reduzir a participação em outros programas.

O presente estudo apresenta como ponto forte a comparação no monitoramento ao longo de três anos de polos em funcionamento do Programa Academia da Saúde nos municípios brasileiros. Isso permite o direcionamento de investimentos públicos e investigações futuras para melhorias do processo de adoção e alcance do programa, além das estratégias, baseadas em evidências, para implementações de ações sustentáveis. Ainda, é possível contribuir com as evidências na América Latina, no que tange a programas de promoção de saúde no sistema público de saúde, em países de baixa e média renda, como o Brasil.

No entanto, algumas limitações foram observadas. As variáveis investigadas não fornecem informações quantitativas, que seja possível em número absoluto, determinar a amplitude destes dados ao longo dos anos. Ademais, os resultados devem ser analisados com atenção, devido as taxas apresentadas serem com base no número de polos que responderam ao monitoramento, o que pode ter influenciado o comportamento de algumas variáveis analisadas. Os respondentes deste monitoramento, também pode ter influenciado algum viés, caso gestores não tivessem o conhecimento das informações adequadas sobre as ações realizadas em todos os polos.

Sendo assim, o estudo mostrou que o aumento significativo de polos em funcionamento do Programa Academia da Saúde que responderam aos monitoramentos, sendo em maior proporção na região do Nordeste do país. Os profissionais de educação física estão em maior proporção mantendo uma estabilidade ao longo dos anos. As ações são predominantemente de práticas corporais e atividade física, sendo observada uma redução de ações alimentares e PICs em períodos distintos. Idosos e adultos foi o público atendido em maior proporção em todo o período analisado. O monitoramento do Programa Academia da Saúde ainda é limitado, mas permite uma avaliação das suas próprias diretrizes, investimentos públicos em saúde e possibilita um direcionamento para elaboração de estratégias para disseminação e sustentabilidade do programa nos municípios brasileiros.

**Autoria.** Todos os autores contribuíram intelectualmente no desenvolvimento do trabalho, assumiram a responsabilidade do conteúdo e, da mesma forma, concordam com a versão final do artigo. **Financiamento.** Este estudo não obteve financiamento para publicação, porém alguns autores recebem individualmente bolsas de estudos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior—Brasil (PFS, CT e LMK) e Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (SWM). As agências de financiamento de bolsas de estudos não participaram da interpretação, análises, escrita e aprovação deste manuscrito. **Conflito de interesses.** Os autores declaram não haver conflito de interesses. **Origem e revisão.** Não foi encomendada, a revisão foi externa e por pares. **Responsabilidades Éticas.** *Proteção de pessoas e animais:* Os autores declaram que os procedimentos seguidos estão de acordo com os padrões éticos da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinki. *Confidencialidade:* Os autores declaram que seguiram os protocolos estabelecidos por seus respectivos centros para acessar os dados das histórias clínicas, a fim de realizar este tipo de publicação e realizar uma investigação / divulgação para a comunidade. *Privacidade:* Os autores declaram que nenhum dado que identifique o paciente aparece neste artigo.

## Referências

1. Brasil. Portaria Nº 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS: Um pacto pela saúde no Brasil. Ministério da Saúde. Brasília; 2004.
2. Brasil. Portaria nº2.608/GM de 28 de dezembro de 2005. Define recursos financeiros do teto financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Ministério da Saúde. Brasília; 2005.
3. Brasil. Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília; 2015.
4. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília; 2006.
5. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2010.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006. Secretaria de Vigilância em Saúde Ministério da Saúde. Brasília, 2015.
7. Malta DC, Silva MMA da, Albuquerque GM, Lima CM de, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cien Saúde Coletiva*. 2014;19(11): 4301-11.
8. Brasil. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011. Ministério da Saúde. Brasília; 2011.
9. Brasil. Portaria nº2,681, de 7 novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2013.
10. Malta DC, Silva Júnior JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *Lancet*. 2012;380(9838):195-6.
11. Florindo AA, Nakamura PM, Farias Júnior JC, Siqueira FV, Reis RS, Cruz DKA, et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. *Rev Bras Educ Fis. Esporte*. 2016;30(4):913-24.
12. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Ministério da Saúde. Brasília; 2017.
13. Brasil. Panorama nacional de implementação do programa Academia da Saúde. Monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2015.
14. Brasil. Panorama nacional de implementação do programa Academia da Saúde. Monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2016.
15. Brasil. Panorama nacional de implementação do programa Academia da Saúde. Monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2017.
16. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira T, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção

- da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1849-59.
17. Guarda FRB, Silva RN, Feitosa WMN, Santos Neto PM, Araújo Júnior JLAC. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2015;20(6):638-40.
  18. Silva RN, Guarda FRB, Hallal PC, Martelli PJJ. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(4):1-16.
  19. Vasconcellos APA, Moura LBA. Segurança alimentar e nutricional: uma análise da situação da descentralização de sua política pública nacional. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(2):1-13.
  20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
  21. Simões EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, 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(1):68-75.
  22. Hallal PC, Tenório MCM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, Damascena W, et al. Evaluation of the Academia da Cidade program to promote physical activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and non-users. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):70-8.
  23. Tassitano RM, Mielke GI, Carvalho WRG, Oliveira MM, Malta DC. Tendência temporal de indicadores da prática de atividade física e comportamento sedentário nas capitais da Região Nordeste do Brasil: 2006-2013. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2015;20(2):152-64.
  24. Amorim TC, Knuth AG, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Halla P. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2013;18(1):63-74.
  25. Becker LA, Gonçalves PB, Reis RS. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2016;21(2):110-22.
  26. Brasil. Portaria nº 849 de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Alternativas e complementares. Ministério da Saúde. Brasília; 2017.
  27. Silva KL, Sena RR de, Matos JAV, Lima KMSV, Silva PM. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2014;19(6):700-10.