



# Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo: Diálogos com a Promoção da Saúde

Douglas Roque Andrade, Rosilda Mendes e Marco Antonio de Moraes

Organizadores

Douglas Roque Andrade

Rosilda Mendes

Marco Antonio de Moraes

# Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo: Diálogos com a Promoção da Saúde

1ª Edição

Editora



**SBAFS**

Sociedade Brasileira de  
Atividade Física e Saúde  
2019

Governo do Estado de São Paulo  
João Doria

Secretaria de Estado da Saúde  
José Henrique Germann Ferreira

Coordenadoria de Controle de Doenças  
Paulo Rossi Menezes

Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac"  
Regiane Cardoso de Paula

Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
Marco Antonio de Moraes

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Agência Brasileira do ISBN - Bibliotecária Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P964 Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo :  
diálogos com a promoção da saúde [recurso eletrônico]  
/ orgs. Douglas Roque Andrade, Rosilda Mendes e Marco  
Antonio de Moraes. — Florianópolis : Sociedade  
Brasileira de Atividade Física e Saúde, 2019.  
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-85-68317-01-3

1. Promoção da saúde. 2. Saúde pública - Brasil.  
3. Políticas de Saúde - Brasil. 4. Educação física -  
Aspectos da saúde. I. Andrade, Douglas Roque. II.  
Mendes, Rosilda. III. Moraes, Marco Antonio de. IV.  
Título.

CDD 613

*“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo da busca. E ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria.”*

**Paulo Freire**

# Apresentação

A Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT) do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) vem progressivamente superando obstáculos e desafios, buscando sempre o equilíbrio e competência, no desempenho de seu papel em várias frentes da prevenção e controle das doenças e agravos não transmissíveis em nosso Estado, sendo que, enxergamos o futuro dessa Divisão, comprometido com as discussões técnicas/científicas, éticas e operacionais, que acreditamos serem vitais para que a nossa produção seja orientada à busca de uma melhor qualidade de vida para os usuários de nossos serviços de saúde.

Ressaltamos que a diversidade dos enfoques no controle das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e de promoção da saúde, demonstra a transdisciplinaridade, multisetorialidade e interprofissionalidade das ações da DVDCNT no alcance de nossa missão.

No âmbito da prevenção e vigilância das ações de controle das DANT e de promoção da saúde, os resultados já alcançados ao longo de nossa jornada, que no ano de 2018 completou 30 anos de existência, refletem de forma concreta a seriedade, dinamismo e interesse empreendido por esta Divisão, na busca de nossos objetivos, sendo um dos principais deles o de formação, capacitação e empoderamento de nos-

sa extensa rede que atua na área de promoção da saúde.

Nesse sentido, planejamos a construção de uma pesquisa que retratasse o cenário do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo o qual apresentamos na forma deste presente livro, que foi construído em parceria com o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis (CEPEDOC) com o objetivo principal de avaliar a organização e principais ações deste Programa.

Salientamos que programas são esforços sistemáticos para a obtenção de propósitos previamente planejados como a melhoria da saúde, conhecimentos, comportamento, atitudes e práticas, e o programa em questão apresenta a nobre função de melhorar a qualidade de vida dos usuários do Sistema de Saúde em nosso Estado.

A construção desta avaliação foi elaborada por meio de um convênio celebrado entre a SES/SP e o CEPEDOC, visando a execução de um Projeto de Avaliação das atividades realizadas nos polos que compõem o Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, ficando sob a responsabilidade do CEPEDOC a elaboração e condução de uma pesquisa quanti-qualitativa a ser aplicada aos gestores, profissionais de saúde e usuários destes referidos polos.

O resultado do trabalho nos traz, por meio de entrevistas e relatos, a forma como estão sendo desenvolvidos os trabalhos com a coletividade, ressaltando a integração das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Programa de Saúde da Família (PSF) com os polos do Programa Academia da Saúde (PAS).

Os relatos apresentados neste livro visam um melhor entendimento do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, possibilitando subsidiar os gestores regionais e municipais no planejamento e gestão das ações do referido Programa.

Ressaltamos que este estudo vem ao encontro do preconizado com a Portaria Ministerial de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de

2017, que visa estimular pesquisas nas áreas de interesse para o PAS, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado.

Convidamos aos gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, para refletir a respeito dos resultados apresentados neste livro, contribuindo, desta forma, na construção e fortalecimento desta estratégia no âmbito do SUS/SP.

As ações já realizadas, assim como aquelas planejadas para o futuro próximo, demonstram os esforços e a dedicação desta Divisão que, certamente, alcançará o sucesso do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo.

Marco Antonio de Moraes

*Diretor Técnico de Saúde II da Divisão de Doenças Crônicas/CVE*

*Responsável pelo Programa Academia da Saúde na Área da Vigilância da SES/SP*

# Sobre os organizadores

**Douglas Roque Andrade** – Professor do curso de Educação Física e Saúde da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP). Professor do Programa de Pós-Graduação em Mudança Social e Participação Política da EACH-USP. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF-USP).

**Rosilda Mendes** – Professora Associada da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, *campus* Baixada Santista. Professora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais e do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Modalidade Profissional. Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis - CEPEDOC Cidades Saudáveis.

**Marco Antonio de Moraes** – Diretor Técnico e Enfermeiro Sanitarista da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Responsável Técnico pelo Programa Academia da Saúde na Área de Vigilância Epidemiológica da SES/SP. Doutor e Mestre em Saúde Pública.

# Sobre os autores

**África Isabel de la Cruz Perez** – Diretora Técnica I no Grupo de Apoio às Políticas de Prevenção e Proteção à Saúde da CCD/SES/SP. Membro da Equipe do Programa Academia da Saúde na Área de Vigilância da SES/SP. Doutora e Mestre em Saúde Pública.

**Alex Antonio Florindo** – Professor Associado da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH) da Universidade de São Paulo (USP). Bolsista de Produtividade CNPq 1d, Líder do Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde - Universidade de São Paulo (GEPAF-USP).

**Daniele Pompei Sacardo** – Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, área de Ética e Saúde. Professora do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva: Política e Gestão em Saúde. Colaboradora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis - CEPEDOC Cidades Saudáveis.

**Golda Schwartzman** – Enfermeira da Divisão de Doenças Crônicas da SES/SP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Membro da Equipe do Programa Academia da Saúde na Área de Vigilância da SES/SP. Especialista em Saúde Pública e em Administração de Saúde e Segurança no Trabalho.

**Grace Peixoto Noronha** – Graduada em fonoaudiologia, Mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Educadora em Saúde Pública na Prefeitura Municipal de Guarulhos. Pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis – CEPEDOC Cidades Saudáveis.

**Juan Carlos Aneiros Fernandez** – Professor do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FCM/Unicamp. Colaborador do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis - CEPEDOC Cidades Saudáveis.

**Leandro Martin Totaro Garcia** – Doutor em Nutrição em Saúde Pública. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF-USP).

**Lílian Maria Cobra** – Médica Pediatra e Sanitarista da Divisão de Doenças Crônicas da SES/SP e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Membro da Equipe do Programa Academia da Saúde na Área de Vigilância da SES/SP.

**Marco Akerman** – Professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP). Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Pesquisador do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis - CEPEDOC Cidades Saudáveis.

**Maria Cristina Trousdell Franceschini** – Mestre em Saúde Pública pela Universidade Johns Hopkins e Diretora Executiva do Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis - CEPEDOC Cidades Saudáveis.

**Mirian Matsura Shirassu** – Coordenadora do Observatório de Promoção da Saúde da Divisão de Doenças Crônicas da SES/SP, Médica do Centro de Promoção e Proteção à Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, Membro da Equipe do Programa Academia da Saúde na Área de Vigilância da SES/SP. Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo.

**Paulo Henrique Guerra** – Professor do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. Professor Colaborador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Atividade Física da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. Pesquisador do Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF-USP).

# Notas sobre o conteúdo

O projeto de pesquisa que deu origem a esse livro foi construído a partir de muitos olhares e a muitas mãos. À intencionalidade da equipe técnica da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, de aprofundar o conhecimento acerca da dinâmica de implantação e funcionamento do Programa Academia da Saúde (PAS), somou-se a parceira de dois grupos de pesquisa: o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis e o Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde, que vêm se dedicando a estudos com interfaces no campo de promoção da saúde.

Esse coletivo lapidou a ideia inicial e desenvolveu de forma colaborativa todo o processo da pesquisa em suas diferentes fases, realizou reuniões, pactuou caminhos e procedimentos, coletou e analisou informações, produziu relatórios, prestação de contas e, finalmente, compartilhou o aprendizado nos seis capítulos que compõem o livro: “PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO: DIÁLOGOS COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE”.

No **Capítulo 1 - Programa Academia da Saúde: cenário nacional e esforços avaliativos**, os autores descrevem as experiências municipais iniciais do Programa Academia da Cidade, que deram sustentação a criação do Programa Academia da Saúde (PAS) em 2011, nacionalmente, assim como as iniciativas de avaliação empreendidas a partir de então.

O cenário do Estado de São Paulo está apresentado no **Capítulo 2 - O Programa Academia da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo** pela equipe da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis que narrou os esforços da gestão estadual no apoio aos articuladores regionais do Estado e à gestão municipal, que solicitaram a implementação do PAS desde o seu lançamento. Estes dois capítulos iniciais permitem ao leitor conhecer ou aprofundar a visão geral do Programa na esfera Federal e Estadual.

No **Capítulo 3, Capítulo 4 e Capítulo 5**, mergulhamos nas experiências municipais resultado de toda a trajetória da Pesquisa Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo. No **Capítulo 3 - “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo”: Percurso metodológico** é apresentado as três etapas da pesquisa. Acreditamos que essa narrativa possa contribuir para apoiar outras iniciativas de avaliação do PAS em âmbito municipal, regional, estadual ou mesmo nacional. O leitor terá a oportunidade de conhecer todos os procedimentos metodológicos, incluindo os roteiros das entrevistas produzidos para a coleta de dados.

No **Capítulo 4 - Cenário do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo da perspectiva dos gestores municipais**, por meio da análise das entrevistas telefônicas realizadas com 206 gestores municipais do PAS, é possível conhecer o perfil dos profissionais, as ações e atividades, a relação com a atenção básica e a promoção da saúde, assim como os resultados esperados do PAS.

O **Capítulo 5 - Pistas para prosseguir na produção de saúde e cuidado** apresenta como o PAS está inserido no processo de cuidado dos usuários do SUS e sua relação com atenção básica e a promoção da saúde após uma escuta cuidadosa e qualificada mediante entrevistas presenciais realizadas com gestores, profissionais, usuários e não usuários do PAS em 17 municípios, um de cada Departamento Regional de

Saúde do Estado de São Paulo.

Por fim, no **Capítulo 6 - Programa Academia da Saúde: Para seguir adiante**, a partir do conjunto de informações e análises que emergiram dessa pesquisa, são realizadas reflexões que apontam para a sustentabilidade das iniciativas para que mais mãos e novos olhares de outros atores se aproximem e sigam na construção de um Programa como um serviço na rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde mais efetivo e contribua para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.

Boa leitura!

Douglas Roque Andrade, Rosilda Mendes e Marco Antonio de Moraes

# Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>6</b>
<b>Notas sobre o conteúdo .....</b>	<b>13</b>
<b>Capítulo 1 .....</b>	<b>18</b>
Programa Academia da Saúde: cenário nacional e esforços avaliativos	
<i>Rosilda Mendes, Douglas Roque Andrade e Marco Akerman</i>	
<b>Capítulo 2 .....</b>	<b>37</b>
O Programa Academia da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo	
<i>Marco Antonio de Moraes, Golda Schwartzman, Lílian Maria Cobra, África Isabel de la Cruz Perez e Mírian Matsura Shirassu</i>	
<b>Capítulo 3 .....</b>	<b>52</b>
“Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo”: Percurso metodológico	
<i>Grace Peixoto Noronha, Maria Cristina Franceschini, Paulo Henrique Guerra e Douglas Roque Andrade</i>	
<b>Capítulo 4 .....</b>	<b>66</b>
Cenário do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo da perspectiva dos gestores municipais	
<i>Douglas Roque Andrade, Paulo Henrique Guerra, Alex Antonio Florindo e Leandro Martin Totaro Garcia</i>	

<b>Capítulo 5 .....</b>	<b>99</b>
Pistas para prosseguir na produção de saúde e cuidado	
<i>Juan Carlos Aneiros Fernandez e Daniele Pompei Sacardo</i>	
<b>Capítulo 6 .....</b>	<b>144</b>
Programa Academia sa Saúde: Para seguir adiante	
<i>Marco Akerman, Rosilda Mendes, Douglas Roque Andrade, Daniele Pompei Sacardo e Juan Carlos Aneiros Fernandez</i>	
<b>Anexos.....</b>	<b>160</b>
<b>Apêndice A .....</b>	<b>191</b>

# Capítulo 1

## PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: CENÁRIO NACIONAL E ESFORÇOS AVALIATIVOS

*Rosilda Mendes, Douglas Roque Andrade e Marco Akerman*

### **Programa Academia da Saúde (PAS): contexto nacional de implantação**

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Estratégia Global em Alimentação, Atividade Física e Saúde e apontou a necessidade de elaboração de políticas, programas e ações na área de alimentação e atividade física, liderada pelo setor da saúde. Considerou, também, a efetividade de interlocução interseccional com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade e morbidade das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como promover a saúde e a qualidade de vida (WHO, 2004). Essa iniciativa da OMS contribuiu, significativamente, para que fossem criadas ou ampliadas políticas nacionais nessas temáticas. É importante salientar a existência de experiências bem-sucedidas antes desse chamamento global como, por exemplo, o Programa *Participation* (<https://www.participation.com/en-ca>) no Canadá, que teve seu início na década de 1970, e o Programa Agita São Paulo no Estado de São Paulo, criado em 1996, entre outros. Reforçamos, então, que muitas ações, programas e políticas no setor esporte de promoção da ativi-

dade física, exercício físico, lazer e esportes já existiam, no entanto, a ênfase dessas temáticas impulsionadas pelo setor da saúde ocorreu apenas no início dos anos 2000.

No Brasil, muitas ações de promoção da atividade física vinculadas à saúde foram desencadeadas mais recentemente. Andrade (2011) relatou o percurso das ações de promoção da atividade e da inserção do profissional de Educação Física no setor da saúde, ainda que legalmente tenha sido considerada uma profissão da saúde desde 1997. Em 2008, com a criação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), o profissional de Educação Física, cuja atuação era restrita à área de educação e esporte, passou a fazer parte da equipe interprofissional no Sistema Único de Saúde (SUS).

No artigo de Malta et al. (2014<sup>a</sup>), é possível verificar, com mais detalhes, as propostas e ações do Ministério da Saúde realizadas no eixo atividade física no período de 2006 a 2014, que foram organizadas em cinco áreas: 1 - Fortalecimento das ações de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) nos itens gestão, financiamento, organização da informação e da vigilância e qualificação da força de trabalho; 2 - Ações de mobilização social e divulgação; 3 - Articulação intersetorial e parcerias; 4 - Promoção da saúde no território e ações para promoção da atividade física e 5 - Avaliação e monitoramento. Os autores concluíram que o campo da promoção da saúde se configurava como um processo em construção, que haveria ainda um grande caminho a percorrer e que estariam estabelecidos os primeiros passos para a sua institucionalização.

Nesse cenário, foi instituído nacionalmente o Programa Academia da Saúde (PAS) pela Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011, no âmbito do SUS, com recursos financeiros provenientes do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, e do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) da Secretaria de Atenção da Saúde (SAS), para construção de polos e custeio de suas atividades (MALTA et al., 2016<sup>a</sup>). Nesse momento, o PAS tinha como objetivo contribuir para a promoção da saúde da

população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, de atividade física e lazer, e de modos de vida saudáveis. Como veremos nos capítulos a seguir, a este direcionamento inicial, outras perspectivas mais amplas de promoção da saúde vão sendo incorporadas nas atividades do Programa.

A exemplo de outras políticas que nasceram de experiências locais e foram ampliadas para todo o território nacional, como a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituída oficialmente no Ceará (ÁVILA, 2011), o PAS também surgiu de experiências locais conhecidas como Programa Academia da Cidade implantadas desde o ano de 2002 nas cidades de Recife, Belo Horizonte, Rio de Janeiro e Aracaju.

As Academias da Cidade já apontavam em sua gênese o propósito de inserir a concepção de integralidade da atenção à saúde e ampliar as estratégias de atendimento à população usuária do SUS no que diz respeito às ações de promoção da saúde, prioritariamente em duas áreas: nas práticas de atividade física e de alimentação saudável (COSTA, 2013).

O Programa Academia da Cidade, desenvolvido pela Secretaria de Saúde do Recife, desde 2012, incorporou 37 espaços públicos de lazer às ações do PAS, tornando-se um dos primeiros a operacionalizar o programa federal, além de ser o município com o maior número de polos implantados em Pernambuco (SILVA et al., 2017).

Em Aracaju o Programa surgiu no ano de 2004, por meio de uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS) e o Núcleo de Pesquisa em Aptidão Física de Sergipe, do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe (NUPAFISE/DEF/UFS). A implantação dos polos baseou-se em dois critérios: o bairro deveria estar inserido em um contexto socioeconômico desfavorável e se constituir em um espaço público, próximo a uma Unidade Básica de

Saúde (UBS) em condições de realizar atividade física. O principal objetivo do Programa era promover a adoção de um estilo de vida mais ativo a partir de uma prática regular de atividade física (MENDONÇA et al., 2009). Atualmente, 24 polos funcionam na cidade de Aracaju (<https://www.aracaju.se.gov.br/noticias/79254>).

O Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte foi criado em 2005 como espaços intersetoriais com infraestrutura para a prática de exercícios físicos orientados, prioritariamente instalados em áreas de elevado ou muito elevado risco à saúde. Atualmente, coexistem em Belo Horizonte polos da Academia da Saúde similares e Academias da Cidade (FERNANDES et al., 2017).

O Programa Academia Carioca, do município do Rio de Janeiro, iniciou-se no ano de 2009 com o objetivo de aumentar o acesso à prática regular de atividade física, possibilitar uma maior efetividade das práticas de promoção da saúde, fortalecer as ações interdisciplinares e estabelecer vínculo com as Unidades de Saúde (BRASIL, 2013<sup>a</sup>).

Outro programa de base comunitária, também referência nacional, foi o Programa CuritibAtiva. Com início em 1998, coordenado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, seu uso foi estimulado por meio de mensagens curtas sobre a atividade física e seus benefícios, orientações face a face, avaliações de parâmetros da aptidão física, distribuição de material educativo de incentivo à atividade física, organização de eventos como corridas, jogos nas escolas, noite da bicicleta, dança em Curitiba e, ainda, oferta de atividades orientadas. CuritibAtiva teve como característica única o uso do grande potencial de lazer que a cidade oferecia através dos diversos espaços públicos como praças, parques e ciclovias. Ações de incentivo ao esporte e atividade física eram realizadas em todos os 28 Centros de Esporte e Lazer (CEL) distribuídos pela cidade (HALLAL et al., 2009).

Em 2005, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)

de Atlanta criou e financiou o Projeto GUIA - *Guia Útil de Intervenções para Atividade no Brasil e América Latina* (<http://www.projectguia.org/pt>) que reuniu pesquisadores de universidades brasileiras e estrangeiras, além da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde e o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), e teve como objetivo avaliar as evidências sobre intervenções de atividade física na comunidade. Alguns estudos desenvolvidos demonstraram a efetividade do Programa Academia da Cidade de Recife para o incremento do nível de atividade física entre os frequentadores do Programa (SIMÕES, 2009), fato que contribuiu para que a equipe do Ministério da Saúde adotasse essa estratégia como modelo para o Brasil. Boa parte do levantamento feito por essa equipe também está disponível em documento produzido pelo Ministério da Saúde publicado em 2013 e disponível no sítio [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_efetividade\\_programas\\_atividade\\_fisica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf).

Como podemos observar, o PAS tomou como referência os propósitos dessas iniciativas e ampliou paulatinamente o destaque à promoção da saúde. Em 2013, o PAS alargou seus objetivos, deixando de ser focado na atividade física e alimentação e passando a ter como intuito principal contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, como referido na Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013<sup>c</sup>).

### **Programa Academia da Saúde (PAS): que diálogos com a Promoção da Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)?**

Como vimos, desde a sua concepção em 2011, o PAS já anunciava suas conexões com a promoção da saúde e com a PNPS como dispo-

sitivos para fortalecer suas ações (BRASIL, 2011).

Já em seus “considerandos” assume a necessidade de diálogo com a PNPS e com a promoção da saúde ao contextualizar como antecedentes relevantes a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Portaria nº 936/GM/MS, de 18 de maio de 2004, que dispôs sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (BRASIL, 2006). Anuncia também a necessidade de integração e continuidade das ações de Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Claro está neste anúncio a conexão do PAS com a promoção da saúde, bem como dispositivo para fortalecer suas ações. Cumpre, entretanto, afirmar que o PAS não veio apenas para conectar-se com a promoção da saúde, pois também estabelece outras aberturas para a produção do cuidado na ESF e com a vigilância em saúde. Em sua concepção esperava-se, portanto, sua atuação nesses três vetores. A pesquisa de campo efetuada em 17 polos do PAS do Estado de São Paulo e que será apresentada em capítulos subsequentes, mostra de que maneira e com quais prioridades se realiza a relação do PAS com a promoção, o cuidado e a vigilância.

O termo “promoção da saúde” aparece nove vezes no texto da Portaria de 2011. Em três citações o PAS é tributário à promoção ao “ampliar”, “contribuir” e “fortalecer” suas ações.

Mas se a promoção, para sua ampliação, clama por ultrapassar a fronteira do setor saúde, mais à frente o texto, assim, dá a permissão ao enunciar que o PAS poderia “potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde”.

Entretanto, esse arroubo de ampliação do papel do PAS esmorece um pouco mais à frente no texto dessa Portaria, quando solicita que

se ponha o “pé no chão”, pois o financiamento é específico para atividades bem definidas: “os recursos destinados à infraestrutura do polo do Programa Academia da Saúde serão provenientes de recursos próprios da União destinados a programas governamentais que impliquem em construção de infraestrutura para atividades de promoção da saúde com foco nas práticas corporais e atividade física, de programa próprio do Ministério da Saúde e de emendas parlamentares”.

Na Portaria de 2013, que redefine o PAS no âmbito do SUS, o termo “promoção da saúde” aparece 13 vezes após os “considerandos” e contrasta com as nove menções da Portaria de 2011.

Uma breve observação, poderia sugerir que esta diferença estaria ancorada a um maior interesse do PAS em agregar a realização de pesquisas e ações de educação permanente e “referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis”. Ou seja, o foco não estaria centrado apenas em atividades físicas e práticas corporais, como destacava a Portaria anterior de 2011. O Inciso II do Parágrafo 3º amplia o PAS não mais como tributário à promoção da saúde (ampliando, contribuindo, fortalecendo a promoção), mas caudatário da promoção da saúde, tornando-se em si, um efetor da promoção. Neste sentido, poder-se-ia dizer que a Portaria de 2013 autoriza o PAS a avançar mais na realização de atividades com DNA mais específico de promoção da saúde.

Para além da busca pela palavra-chave “promoção da saúde” nas duas Portarias, há outros parágrafos e incisos que dialogam com valores, princípios e pilares de promoção da saúde.

A ver: (a) a participação popular e construção coletiva de saberes e práticas de promoção da saúde para promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; (b) a intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações para promover a convergência de projetos ou

programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; a interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; (c) a integralidade do cuidado para ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; (d) a territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde para contribuir na ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população; (e) estimular pesquisas nas áreas de interesse para o Programa Academia da Saúde, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado; (f) estabelecer diretrizes para a educação permanente na área de promoção da saúde e da produção do cuidado, em consonância com as políticas de saúde vigentes.

Estes seis eixos de diálogo do PAS com a promoção da saúde, acima indicados, são bastante coerentes com os princípios e objetivos na PNPS revisada no ano de 2014.

A “letra da lei”, aquilo que está escrito para ser cumprido – no caso, as Portarias do PAS, não garante, necessariamente, seu cumprimento. A “lei” autoriza, indica, regulamenta possibilidades, mas é o contexto, as interpretações, o equipamento, o território e suas condições que irão propiciar elementos que favoreçam ou dificultem a plena realização da “lei”.

De qualquer forma, não há como deixar de afirmar que o PAS carrega na sua “letra da lei” a semente de promoção da saúde, autorizando o equipamento e seus profissionais a avançarem neste campo. A pesquisa de campo, que será apresentada em capítulos subsequentes, irá testar se esta autorização normativa se traduziu ou não em avanços na promoção da saúde.

Entretanto, ao se contrastar outros aspectos da “letra” da PNPS de

2014 com as Portarias do PAS, vimos que a primeira explicita duas categorias no seu objetivo geral “promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais”, que não encontramos nas Portarias do PAS.

De qualquer forma, as Portarias balizam a atuação do PAS em consonância com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), abrindo possibilidades de diálogo.

Malta et al. (2018) ao analisarem os avanços e desafios da implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) nessas duas versões, quanto às suas agendas prioritárias, aponta aspectos positivos e críticos para sua sustentabilidade em tempos de crise. Destacam que o avanço do PAS no âmbito nacional se deu, principalmente, pela sua articulação com a Atenção Básica, buscando a integralidade das práticas, a inserção de promoção da saúde no cotidiano das equipes e a articulação com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF). Desta perspectiva, caberia observar, mais atentamente, como essas articulações, interações e interfaces vêm sendo construídas nas experiências em andamento.

### **Programa Academia da Saúde: esforços avaliativos**

Ao tomar como referência os princípios do SUS, da PNAB e da PNPS, pode-se vislumbrar o modo como foi arquitetada a articulação das Academias da Saúde em rede nos territórios. A importância das redes estaria relacionada à possibilidade de desenvolver processos participativos e integrados e de estreitar vínculos para apoiar grupos ou pessoas tanto na realização de suas potencialidades quanto no enfrentamento de problemas e situações diversas. Não podemos esquecer o quanto as redes são, também, consideradas como fatores protetores da saúde, especialmente

as chamadas redes de apoio social, que incluem a família, a vizinhança e outras formas de associação. Nesse sentido, o PAS foi criado para se configurar como um ponto de atenção no território, complementar ao cuidado integral e fortalecedor das ações de promoção, articulado com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os NASF e com a vigilância em saúde (especialmente relacionado às Doenças Crônicas Não Transmissíveis).

A implantação de estratégias do Programa no nível nacional veio cercada de inquietações em relação ao acompanhamento e avaliação dos projetos. Sabemos que monitoramentos e avaliações de ações e políticas de promoção da saúde exigem enfoques inovadores e implica no uso não só de métodos variados, mas, sobretudo, de abordagens consistentes e coerentes com os propósitos das experiências, que demandam resultados nas condições de saúde, e também compreensão dos significados, das percepções e dos aspectos culturais envolvidos. O maior desafio inscreve-se no envolvimento de atores-chave que participam dos programas, desde gestores, profissionais a usuários. Sua força vai residir em abrir-se à escuta e buscar incluir diferentes sujeitos, habitualmente reduzidos ao lugar de objetos avaliados.

O interesse em torno da sistematização das práticas, de avaliação e monitoramento do PAS, na perspectiva de promoção da saúde, tem se revelado nos três últimos anos em pesquisas publicadas, especialmente a partir de 2016. Tais estudos apontam diferentes pontos de partida e distintas perspectivas metodológicas, que tentam justificar a efetividade e resolutividade do Programa (CARVALHO e NOGUEIRA, 2016; COSTA et al., 2018; FERNANDES et al., 2017; FLORINDO et al., 2016<sup>a</sup>; FLORINDO et al., 2016<sup>b</sup>; MALTA et al., 2016<sup>a</sup>; MALTA et al., 2016<sup>b</sup>; SÁ et al., 2016; SILVA et al., 2017).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Pesquisas avaliativas já haviam sido produzidas nos Programas Academias da Cidade de Recife e Belo Horizonte, precursoras do Programa da Academia da Saúde. A esse respeito ver também Hallal, P. C. et al. (2010) Lopes, A. C. S. et al. (2012); Costa, B. V. L. et al. (2013). Silva, C. P. et al. (2013); Pereira, M. L. et al. (2014); Hota, P. M. e Santos, L. C. (2015); Padilha, M. A. et al. (2015).

Também a Revista Brasileira de Atividade Física publicou dezenas de artigos relacionados aos Programas Academia da Cidade, a partir de 2012 e ao PAS, desde 2016, tomando como referência prioritariamente as ações voltadas ao desenvolvimento de atividades físicas (MELO et al., 2016; FEITOSA et al., 2016; GUARDA et al., 2016<sup>a</sup> e 2016<sup>b</sup>; LOPES et al., 2016, SOUZA et al., 2016).

Estes artigos selecionados, mostram diferentes intencionalidades, alguns deles se propuseram a descrever o cenário de implantação do Programa, o histórico, as ações de promoção da saúde realizadas, a prevalência de ações de promoção de atividade física e alimentação saudável; outros abordam, também, metodologias de avaliação. Os métodos utilizados são variados e incluem: levantamentos por meio de reuniões setoriais, interministeriais, fóruns anuais, revisão documental de publicações e legislações em sítios eletrônicos governamentais, realização de entrevistas telefônicas com gestores de saúde de municípios de todo o país, que receberam recursos para o desenvolvimento do Programa; estudos de caso, realização de entrevistas semiestruturadas; discussão com gestores e técnicos do Programa e realização de inquéritos com usuários e não usuários do Programa.

A abrangência nacional do estudo de Sá et al. (2016) merece aqui um destaque. O estudo descritivo transversal utilizou informações coletadas pelo Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS) e pelo Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, da Secretaria de Vigilância em Saúde (DANTPS/SVS), por meio de um questionário eletrônico enviado a todos os municípios contemplados com o Programa Academia da Saúde. Os dados foram coletados pelo FormSUS no período de 1 a 23 de maio de 2015, sendo que o formulário de monitoramento incluiu dados institucionais como: informações sobre o Programa; ações da Secretaria Municipal de Saúde; e sustentabilidade e forta-

lecimento do Programa. Para as finalidades deste capítulo é importante ressaltar a observação dos autores sobre as atividades desenvolvidas e sua relação com a promoção da saúde. A maioria das atividades se refere ao oferecimento de práticas corporais e atividades físicas, seguidas de atividades de educação em saúde, ações de alimentação saudável, práticas integrativas e complementares em saúde e práticas artísticas, em menor número, o que dialoga com os eixos preconizados pela Portaria do Programa. No entanto, afirmam que, ainda “*são necessários estudos para explorar as características das atividades oferecidas, no sentido de qualificá-las conforme os princípios e valores definidos na PNPS*” (SÁ et al., 2016, p. 1855).

Caberia aqui indagar, o que significaria orientar essas práticas na direção de promoção da saúde, conforme seus princípios e valores? Que outras ferramentas poderiam melhor explorar e qualificar as práticas promotoras de saúde de modo a incluir os sujeitos que nelas se inserem?

Silva et al. (2017) buscou construir um instrumento a fim de mensurar a avaliabilidade do Programa Academia da Saúde em Recife – Pernambuco. Para a coleta dos dados, foram entrevistados 14 informantes-chave, dentre eles gestores e profissionais que atuam nos polos, coordenadores e professores, além de quatro experts no campo da avaliação de programas de saúde, que foram consultados a opinar sobre os componentes, realizar a análise lógica e o teste de consistência do modelo lógico proposto para o Programa. O modelo lógico avaliativo proposto contou com três componentes – de gestão, de atenção à saúde nas linhas de cuidado e de promoção da saúde, este último com os seguintes subcomponentes: educação em saúde, ações intersetoriais, mobilização da comunidade, integração multiprofissional, aumento dos níveis de atividade física, alimentação saudável, inclusão social e enfrentamento das violências. Concluem que os componentes de gestão e de atenção à saúde nas linhas de cuidado demandam ações no sistema de saúde e do poder público municipal, sendo influenciados especialmen-

te pelos elementos do contexto político-institucional. Já o componente de promoção da saúde sofreria influência de ambos os contextos, mas demandaria um maior aporte de ações que envolvem atores de outros pontos da rede de atenção à saúde, usuários e articulações intersetoriais. O modelo descrito e validado pode ser um instrumento importante e trazer mais elementos para qualificar os seis componentes identificados no âmbito de promoção da saúde.

O enfoque na alimentação saudável tem direcionado algumas pesquisas que tomam como cenário o PAS, especialmente na experiência da cidade de Belo Horizonte. Como vimos, essa experiência foi baseada no Programa Academia da Cidade iniciada no ano de 2005. Desde sua criação houve uma articulação estreita entre o Sistema de Saúde e os cursos de graduação em nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (BRASIL, 2013<sup>a</sup>), o que resultou em vários trabalhos e estudos publicados nos anos seguintes (COSTA et al., 2013; LOPES et al., 2012; SILVA et al., 2013).

O estudo de Fernandes et al. (2017) avança em termos de avaliação ao expandir os desfechos analisados para outros domínios do setor da saúde. A avaliação do PAS em Belo Horizonte foi realizada por meio de inquérito e acompanhou a expansão do Programa, estabelecendo linha de base a partir de delineamento seguido por monitoramento transversal, com componente longitudinal, dos polos do Programa na cidade. Os resultados deste estudo, de acordo com os autores, corroboram o “PAS como intervenção de promoção da saúde urbana e equidade, além de oportunizar atividade física à população mais vulnerável, promovendo o direito à saúde na cidade e parece atuar sobre outros desfechos para além do estilo de vida” (FERNANDES, 2017, p. 3910). Para eles, os achados sinalizam que o Programa tem atuado sobre fatores distais, priorizando os determinantes sociais da atividade física, reivindicado os espaços públicos para a promoção e ressignificação da saúde

e vida na cidade. Dialoga, nesse sentido, com a perspectiva intersetorial dos objetivos do PAS.

Há de se considerar, por fim, que as avaliações para justificar a implantação do PAS foram, desde o início, muito centradas nas ações relacionadas aos benefícios biológicos e à saúde individual. O ensaio de Carvalho e Nogueira (2016) ajuda a refletir, criticamente, sobre o processo de institucionalização e fortalecimento das práticas corporais e atividades físicas como ações de promoção da saúde na Atenção Básica do SUS. Na análise crítica empreendida pelos autores há outro elemento conceitual inscrito nas interações, interfaces e distanciamentos de práticas, como o PAS e os referenciais teóricos de promoção da saúde, em sua vertente crítica. Parte do problema residiria na produção de saberes que desconsideram os aspectos epistemológicos da relação entre práticas corporais e atividades físicas. Para eles, seria “...indispensável analisar a que vertentes político-ideológicas as práticas corporais e atividade física, recomendadas nos documentos e oferecidas na prática, têm se filiado nos últimos anos” (CARVALHO e NOGUEIRA, 2016, p. 1832). Isso porque a institucionalização e a implementação das práticas corporais e atividades físicas são, também, marcadas por fortes disputas político-ideológicas.

Apesar do exponencial crescimento da oferta dessas ações, e dos Programas em andamento, ainda seria possível indagar se o cuidado deles advindos, poderia ser caracterizado como promotor da saúde, em sua ampla definição. Ações contra o sedentarismo ou em favor de uma alimentação mais saudável, podem ser potencializadoras de uma vida mais saudável, mas podem também reforçar discursos e práticas que objetivam delegar, cada vez mais, aos sujeitos e grupos sociais específicos, a tarefa de cuidarem de si mesmos, desconsiderando a oferta das condições para esse cuidado, bem como as escolhas dos sujeitos.

Fica o convite para nos afastarmos dos modelos, das reprodu-

ções e buscar refletir sobre os desafios, os paradoxos, as ambiguidades encontradas e, especialmente, os sentidos e significados das experiências em andamento.

## Referências

ANDRADE, D. R. Políticas recentes de promoção da atividade física no setor da saúde no Brasil. **Revista Corpoconsciência**. 15(2): 2-6, jul./dez. 2011.

ÁVILA, M. M. M. Origem e Evolução do programa de agentes comunitários de saúde no Ceará. **RBPS**. 24(2): 159-168, abr./jun., 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006, 60 p. (Série B. Textos Básicos).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 719**, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>. Acesso em 5 de janeiro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores dos SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013<sup>a</sup>. Disponível em <http://portal arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>. Acesso em 7 de janeiro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil** [recurso eletrônico], 2013<sup>b</sup>. Disponível em [http://bv sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_efetividade\\_programas\\_atividade\\_fisica.pdf](http://bv sms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf). Acesso em 9 de janeiro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681**, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em [http://bv sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bv sms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html), 2013<sup>c</sup>. Acesso em 9 de janeiro de 2019.

CARVALHO, F. F. B. e NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica **Cienc Saúde Coletiva** 21 (6) jun. 2016.

COSTA, B. V. L. et al. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Cienc Saúde Coletiva** [online]. Vol. 18, n. 1, pp. 95-102, 2013.

- FEITOSA, W. et al. Users' perception of actions, improvement in quality of life and satisfaction with the Academia da Cidade Program. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, 21(5):461-469, 2016.
- FERNANDES, A. P. et al. Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Cienc Saúde Coletiva**, 22(12):3903-3914, 2017.
- FLORINDO, A. A. 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**, (São Paulo) 30(4):913-24, out./dez., 2016<sup>a</sup>.
- FLORINDO, A. A. et al. Description of health promotion actions in Brazilian cities that received funds to develop "Academia da Saúde" program. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**, 18(4):483-492, 2016<sup>b</sup>.
- GUARDA, F. et al. Self-perception of the objective, object and work products of Physical Education Professionals belonging to the Academia da Saúde Program. **Rev Bras Ativ Fís Saúde** 21(5):400-409, 2016<sup>a</sup>.
- GUARDA, F. et al. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**. p. 638-649, 2016<sup>b</sup>.
- HALLAL, P. C. et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**. 14(2): 104-114, 2009.
- HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(1):70-78, jan., 2010.
- HOTA, P. M. ; SANTOS, L. C. Qualidade da dieta entre mulheres com excesso de peso atendidas em uma Academia da Cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Cad Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 23 (2): 206-213, 2015.
- LOPES, A. C. S. et al. Fatores associados ao excesso de peso entre mulheres **Esc Anna Nery**. Vol. 16, n. 3, Rio de Janeiro, Sept., 2012.
- LOPES, A. C. S. et al. Estratégia de Promoção à Saúde: Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**; 21(4):379-384, 2016.
- MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**, 19(3): 286-299, maio, 2014<sup>a</sup>.
- MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014. **Cienc Saúde Coletiva**, 19(11):4301-4311, 2014<sup>b</sup>.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Cienc Saúde Coletiva**, 21(6):1683-1694, 2016<sup>a</sup>.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, 25(2):373-390, abr./jun., 2016<sup>b</sup>.

MALTA, D. C. et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Cienc Saúde Coletiva**, 23(6):1799-1809, 2018.

MELO, V. et al. Performance of Physical Education Professionals from the Academia da Cidade Program in Primary Health Care in Recife. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**, 21(5):483-493, 2016.

MENDONÇA, B. C. A.; TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Rev Bras de Ativ Fís Saúde**, 14(3):211-216, 2009.

PADILHA, M. A. et al. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 375-386, abr./jun., 2015.

PEREIRA, M. L. et al. Fracionamento da dieta e o perfil nutricional e de saúde de mulheres. **Rev Nutr**, Campinas, 27(1):15-23, jan./fev., 2014.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Cienc Saúde Coletiva**, 21(6):1849-1859, 2016.

SILVA, C. P. et al. Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev Nutr**, Campinas, 26(6):647-658, nov./dez., 2013.

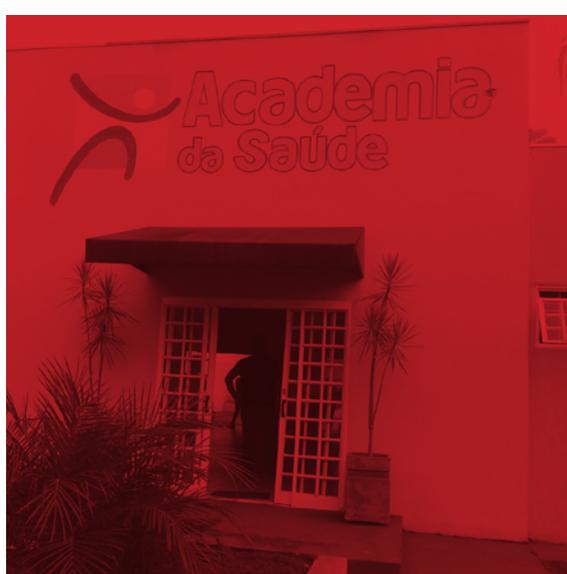
SILVA, J. R. A. et al. Monitoring and evaluation of physical activity interventions in the primary care network of Pernambuco. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**, 21(5):431-441, 2016.

SILVA, R. L. et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco. **Cad Saúde Pública**, 33(4):e00159415, 2017.

SIMÕES, E. J. et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. **Am J Public Health**. 99(1):68-75. Jan., 2009.

SIMÕES, E. J. et al. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: A natural experiment. **Prev Med** 103S:S66-S72, 2017.

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



# Capítulo 2

## O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO

*Marco Antonio de Moraes, Golda Schwartzman, Lílian Maria Cobra,  
África Isabel de la Cruz Perez e Mirian Matsura Shirassu*

### Visão Geral

O Programa Academia da Saúde (PAS) constitui-se como um novo ponto de atenção na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e vem atender à necessidade de fortalecimento de promoção da saúde, principalmente nas áreas de Vigilância à Saúde e Atenção Básica, sendo uma estratégia especialmente importante frente ao cenário epidemiológico de alta prevalência de adoecimento por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Este Programa foi instituído pela Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, baseado em experiências locais que utilizavam o espaço público para a realização de atividades físicas, práticas corporais e outras vivências, promovendo a inclusão, a participação popular, o lazer e a promoção da cultura da paz, conforme apresentado no **Capítulo 1**.

A avaliação dessas experiências locais, aliada à busca de estratégias de implementação do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis assim como às ações necessárias

ao desenvolvimento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), levou à criação do PAS, em âmbito nacional, que rapidamente é aderido pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de todo Brasil.

No ano de 2013 é publicada a Portaria nº 2.681/2013, revogando a Portaria nº 719/2011, objetivando fortalecer e ampliar ainda mais esse Programa na área da Atenção Básica.

O PAS tem sua norma vigente apresentada na Seção I do Capítulo I do Título I da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017.

O objetivo principal do PAS é contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados de forma a conceber os polos como espaços voltados ao desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais e que adotam, como valores norteadores de suas atividades, o desenvolvimento de autonomia, equidade, empoderamento, participação social, entre outros.

O PAS tem como características principais ser um equipamento de saúde da Atenção Básica; desenvolver serviços e ações complementares ao processo de cuidado, em conjunto com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS); ter o foco na promoção da saúde e na prevenção de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (DANT); e possuir referência territorial, sendo um ponto de atenção nas redes de Saúde.

O Programa tem como diferencial sua infraestrutura própria para desenvolver iniciativas e atividades de promoção da saúde, ampliando o acesso da população a essas ações, exigindo articulação e planejamento conjunto com a equipe de saúde de referência no território.

Associadas às ações da Atenção Básica, as Academias da Saúde objetivam se constituir como espaço de fomento à convivência, à ati-

vidade física e práticas corporais, à alimentação saudável, ao controle do tabagismo, à educação em saúde, às práticas integrativas e complementares, ao lazer e a modos de vida favoráveis à saúde, em espaços especialmente construídos para esse fim. Esses espaços são chamados de polos e seu uso é potencializado pela atuação dos profissionais de saúde do SUS.

Algumas ações podem ser realizadas em conjunto entre as equipes da Atenção Básica de Saúde para potencializar a utilização do espaço do PAS, tais como a realização de grupos, oficinas, rodas de conversas, entre outras atividades.

Cabe salientar que, o papel do PAS não está restrito ao núcleo de atuação do profissional de Educação Física pelo nome que detêm, pois, ele configura-se principalmente como estratégia de promoção da saúde para o enfrentamento das condições crônicas, apoiando e enriquecendo a conformação das linhas de cuidados para os portadores destas condições, seja por meio do apoio ao autocuidado, estímulo à convivência e aprendizado solidário, no sentido da conformação de redes de apoio social, estando, portanto, associado a outros profissionais, assim como trabalha diferentes fatores de risco e proteção à saúde da população.

Na concepção do PAS se espera que os princípios e diretrizes da Vigilância em Saúde e Atenção Básica sejam incorporados ao trabalho, permitindo o acesso universal e contínuo, pois é uma forma de ampliação do acesso aos usuários por meio do planejamento participativo, direcionado para as necessidades do território, potencialidades e desejos da comunidade, assim como permitindo o trabalho com grupos e coletividades além de possibilitar a integralidade das ações e articulação com a rede.

Em uma perspectiva mais ampla, a implementação das Academias da Saúde nos territórios subentende a articulação das estratégias

e políticas do SUS com as diretrizes e pressupostos de promoção da saúde.

Ao configurar-se como um local propício para a realização de ações coletivas pautadas no autocuidado apoiado, em cooperação com os demais equipamentos sociais do território e a comunidade, o programa pretende também priorizar tecnologias leves de cuidado, como o acolhimento, valorizando a relação entre os sujeitos e o vínculo.

O acompanhamento do PAS é um desafio interessante para garantir que o polo se torne um espaço de promoção da saúde amplo e que aproveite as experiências acumuladas para atender de forma geral as áreas temáticas prioritárias da PNPS, de maneira mais específica, assim categorizada nos eixos de atividades do PAS: Promoção da Alimentação Saudável; Práticas Corporais e Atividades Físicas; Produção do Cuidado e Modos de Vida Saudável; Mobilização da Comunidade; Educação em Saúde; Práticas Integrativas e Complementares; Práticas Artísticas e Culturais; Planejamento e Gestão.

A diversidade e as características dos serviços e ações preconizados para o Programa exigiram um espaço físico adequado e diferente dos ambientes existentes na Atenção Básica. Para garantir o funcionamento do polo com as ações previstas, o gestor municipal e do Distrito Federal devem cadastrar pelo menos um profissional de 40 horas ou dois de 20 horas, escolhidos entre a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), conforme mostra o **Quadro 1**.

O PAS apresenta polos de funcionamento em vários municípios brasileiros, sendo que dados do último monitoramento realizado no ano de 2017, pelo Ministério da Saúde, apontam que 2.678 municípios tinham sido contemplados com pelo menos um polo do Programa, conforme nos mostra a **Figura 1**, representando uma cobertura de 48% dos municípios brasileiros.

## Quadro 1: Lista da CBO dos profissionais do Programa Academia da Saúde

De acordo com a legislação vigente da Classificação Brasileira de Ocupações o(s) profissional(is) do Programa Academia da Saúde deverá(ão) ser das seguintes CBO:

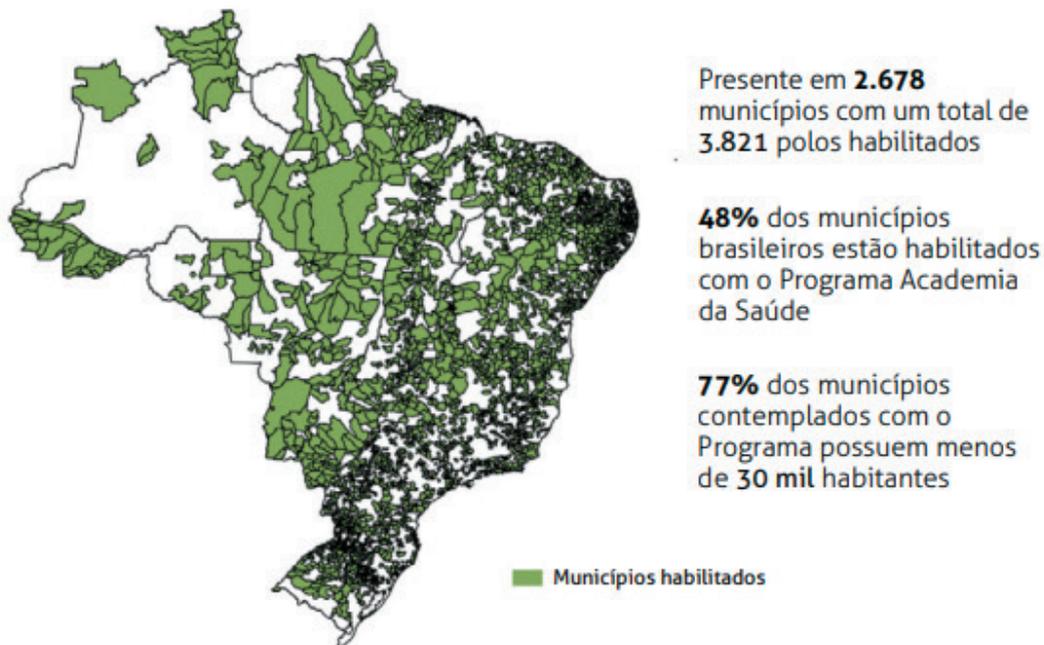
Código	Denominação do profissional
2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde
2516-05	Assistente Social
2239-05	Terapeuta Ocupacional
2236-05	Fisioterapeuta Geral
2238-10	Fonoaudiólogo Geral
2237-10	Nutricionista
2515-10	Psicólogo
1312-C1	Sanitarista
5153-05	Educador Social
2263-05	Musicoterapeuta
2263-10	Arteterapeuta
2628	Artistas da Dança (exceto dança tradicional e popular)
3761	Dançarinos Tradicionais e Populares

Fonte: Portaria Ministerial nº 24, de 14/01/14.

De todos esses polos acima relatados, 77% são de cidades de pequeno porte, com menos de 30 mil habitantes. O mesmo monitoramento do ano de 2017 totaliza 3.821 polos habilitados distribuídos pelo Brasil, em diferentes etapas de implantação, assistindo à brasileiros residindo em cidades com polos do referido programa em algum estágio de construção.

A seguir será descrito, mais detalhadamente, como se planejou e organizou todo o monitoramento do PAS, desde o seu início.

## Figura 1: Municípios contemplados com polos do Programa Academia da Saúde. Brasil, 2017.



Fonte: Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT/SVS/MS) a partir de dados da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição/SAS/MS.

### Principais Ações Desenvolvidas pela Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT) em relação ao Programa Academia da Saúde (PAS)

A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP), representada pela DVDCNT, vem participando do PAS desde a sua criação no Ministério da Saúde em 2011. Participou dos principais fóruns nacionais de discussão, assim como aderiu a todas as principais ações desenvolvidas no Programa na tentativa de operacionalizá-lo em todo território do Estado de São Paulo, permitindo assim a propagação das ações de promoção da saúde, objetivando contribuir para o controle das doenças crônicas que se apresenta como principal desafio desta Divisão.

Desde esse período, a DVDCNT não mediu esforços para apoiar o Ministério da Saúde, as Regionais de Saúde da SES/SP e as Secretarias Municipais de Saúde do Estado de São Paulo envolvidas neste referido Programa, no sentido de assessorá-los ao alcance dos objetivos traçados no desenvolvimento das ações de promoção da saúde.

No ano de 2013, o Estado de São Paulo participou, em Brasília, do Seminário Nacional do PAS assim como das fases do monitoramento, organizado pelo Ministério da Saúde, realizado via FormSUS, em dois Ciclos (em maio, com 144 municípios que responderam sobre 149 polos existentes no período avaliado e em novembro, onde 100 municípios responderam sobre 149 polos existentes no período avaliado), possibilitando um melhor conhecimento dos diversos polos do Programa já implantados no Estado de São Paulo.

Na tentativa de estimular o PAS no interior do Estado de São Paulo assim como capacitar a equipe envolvida nesse processo, a DVDCNT respondeu a uma demanda do Departamento Regional de Saúde de São José do Rio Preto (DRS XV da SES/SP), no ano de 2013, realizando o I Encontro Regional sobre o Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo para os 101 municípios desta Regional.

Ao longo do ano de 2014, a DVDCNT participou e realizou diversas atividades relacionadas ao PAS, sendo que inicialmente ocorreu nossa participação no II Seminário Nacional do Programa Academia da Saúde, organizado pelo Ministério da Saúde, que realizou-se em Brasília/DF no período de 5 a 7 de fevereiro de 2014; e incentivamos e auxiliamos os diversos municípios de São Paulo, que não possuíam NASF, a aderir a Portaria nº 183/14, que regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de novos polos do Programa financiados pelo Sistema de Vigilância em Saúde.

Interessados em capacitar e empoderar a equipe da Secretaria

de Estado da Saúde de São Paulo, nas diferentes ações do PAS, organizamos uma videoconferência sobre o Programa Academia da Saúde, realizada na TEC-Reg da FUNDAP no dia 26/02/2014, direcionada a toda rede SUS/SP, via polos da FUNDAP instalados nas 17 Regionais de Saúde do Estado de São Paulo, assim como organizamos, no 1º semestre do ano, o I Encontro Estadual sobre o Programa Academia da Saúde do Estado de São Paulo, que contou com a presença de mais de 100 participantes (responsáveis pelo PAS de diferentes municípios do Estado de São Paulo) e, no 2º semestre do ano, o II Encontro Estadual do Programa Academia da Saúde, que mais uma vez contou com uma ampla participação de municípios que possuíam polos do PAS já implantados e em implantação, para expor os resultados alcançados pelo Programa no Estado.

Entendendo a necessidade de monitoramento dos dados do Programa, ainda, durante o mês de maio de 2014, realizamos o 1º Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, conforme solicitação do Ministério da Saúde, e obtivemos resposta de 144 municípios participantes do Programa, com informações de 237 polos. Esse monitoramento foi dado continuidade no mês de novembro de 2014, ao realizarmos o 2º Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde, que na época possuía um total de 268 municípios com PAS instalados e 419 polos em funcionamento (incluindo os 42 polos similares).

Ainda no final do ano de 2014, respondendo a uma demanda do Departamento Regional de Saúde de Marília (DRS IX), participamos no Fórum Regional sobre o Programa Academia da Saúde, que contou com a participação de 62 municípios desta Regional para esclarecimentos sobre o PAS/SP.

Durante os anos de 2015 e 2016, atuamos efetivamente no apoio aos municípios interessados a receber custeio, de acordo com a Porta-

ria nº 183, de 30 de janeiro de 2014, dando os subsídios operacionais para viabilizar a adesão dos municípios interessados ao PAS/SP, assim como participamos amplamente dos ciclos de monitoramento do referido Programa, com o preparo de webconferência, interação via e-mail e visitas a alguns polos do PAS, possibilitando uma maior cobertura do monitoramento dos dados a serem obtidos.

A partir do final do ano de 2016, de acordo com a Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016, a área de Atenção Básica assume as ações de operacionalização do PAS/SP, cabendo à DVDCNT ficar responsável apenas pelas ações de monitoramento do Programa.

No ano de 2017, a DVDCNT realiza o monitoramento do Programa atingindo 100% de cobertura junto aos municípios que possuam polo do PAS/SP no Estado de São Paulo, e continua dando apoio às ações de operacionalização do Programa junto à área de Atenção Básica da SES/SP.

A DVDCNT, desde o ano de 2009, realizou mais de 50 vídeos e webconferências sobre a temática de promoção da saúde, sendo que no período de monitoramento do PAS no Estado de São Paulo, ocorrido entre os anos de 2013 e 2017, 12 delas foram especificamente sobre a logística deste monitoramento, destinado a orientações técnicas aos Grupos de Vigilância Epidemiológica (GVE), Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e polos do PAS.

Torna-se importante destacar que em todo esse período em que atuamos, tanto na fase de operacionalização como nas fases de monitoramento do PAS, nos preocupamos em capacitar nossa equipe interna formada por dois médicos, dois enfermeiros e uma nutricionista, sendo que todos os membros desta equipe fizeram o Curso de Extensão em Promoção da Saúde para Gestores do SUS, com enfoque no Programa Academia da Saúde, pelo Centro de Educação à Distância da Universidade de Brasília.

## Monitoramento do Programa Academia da Saúde

O monitoramento pode ser definido como um processo sistemático e periódico de análise da gestão, funcionamento e desempenho de programas e projetos, apresentando como objetivo identificar desvios na execução das ações, entre o programado e o executado, diagnosticando suas causas e propondo ajustes operacionais, com vistas à adequação entre o plano e sua implementação.

Geralmente o monitoramento produz informações sintéticas e em tempo eficaz, permitindo uma rápida avaliação situacional e uma intervenção oportuna que corrige ou confirma as ações monitoradas.

O monitoramento do Programa Academia da Saúde é um processo realizado anualmente, pela Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) do Ministério da Saúde, com o objetivo de acompanhar sua implantação e funcionamento no país, sendo instrumento fundamental para o planejamento e a tomada de decisão nos três níveis de gestão. O monitoramento é realizado em parceria com as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e possibilita maior conhecimento dos cenários estaduais e locais, ampliando a capacidade de apoio técnico por parte dos gestores.

Esse monitoramento começou no ano de 2012, tendo início como experiência piloto, sendo que nos anos de 2013 e 2014 foram realizados em dois ciclos anuais nos meses de maio e novembro. A partir de 2015, passa a ser realizado anualmente e sofre um processo de reformulação e aperfeiçoamento no ano de 2016.

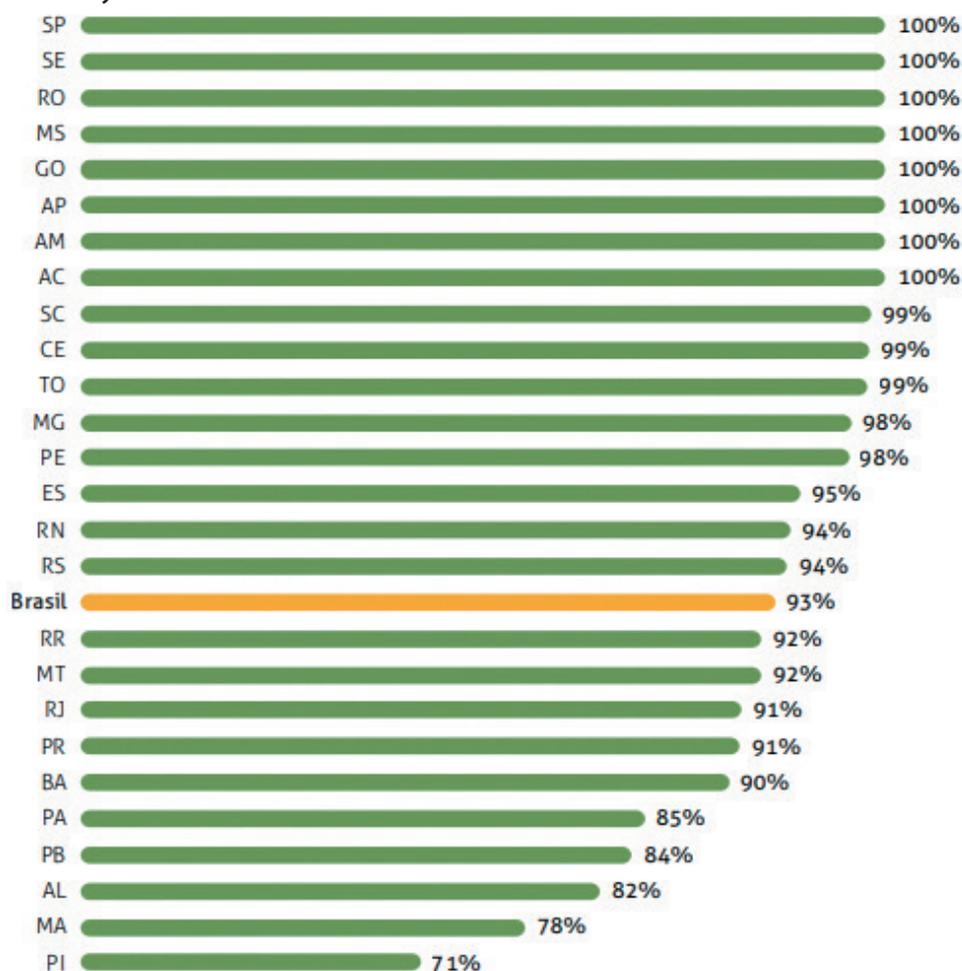
No ano de 2017, foi realizado um excelente trabalho de monitoramento junto a todos os municípios que possuíam polos do PAS e o Estado de São Paulo assim como outros sete estados atingiram 100% de cobertura (**Figura 2**).

No ano de 2018 não foi realizado o monitoramento do PAS pelo Ministério da Saúde, em função de estarem modificando o Sistema utili-

zado até então pelo FormSUS para o Sistema e-Gestor.

Essa nova forma de busca de informações planeja coletar e analisar dados dos polos em funcionamento assim como dos polos em construção, ainda não iniciados e já iniciados em todo país, adiando o monitoramento para o ano de 2019.

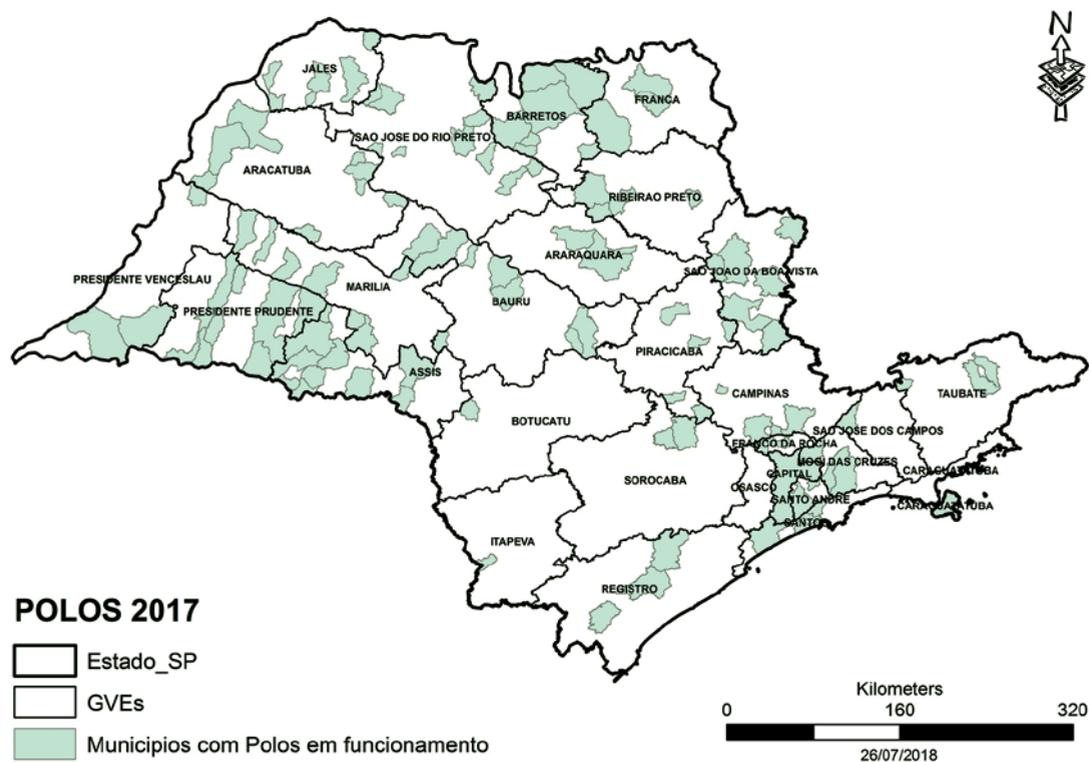
**Figura 2: Taxa de participação (%) dos municípios habilitados ao Programa Academia da Saúde no Ciclo de Monitoramento 2017. Brasil, 2017.**



Fonte: Monitoramento 2017 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS.

O monitoramento realizado no Estado de São Paulo no ano de 2017 revelou que, do total de 645 municípios existentes, 226 (35%) possuíam polos habilitados ao PAS, totalizando 266 polos (habilitados, em construção e similares), sendo que 165 (62%) destes polos encontravam-se em funcionamento (**Figura 3**).

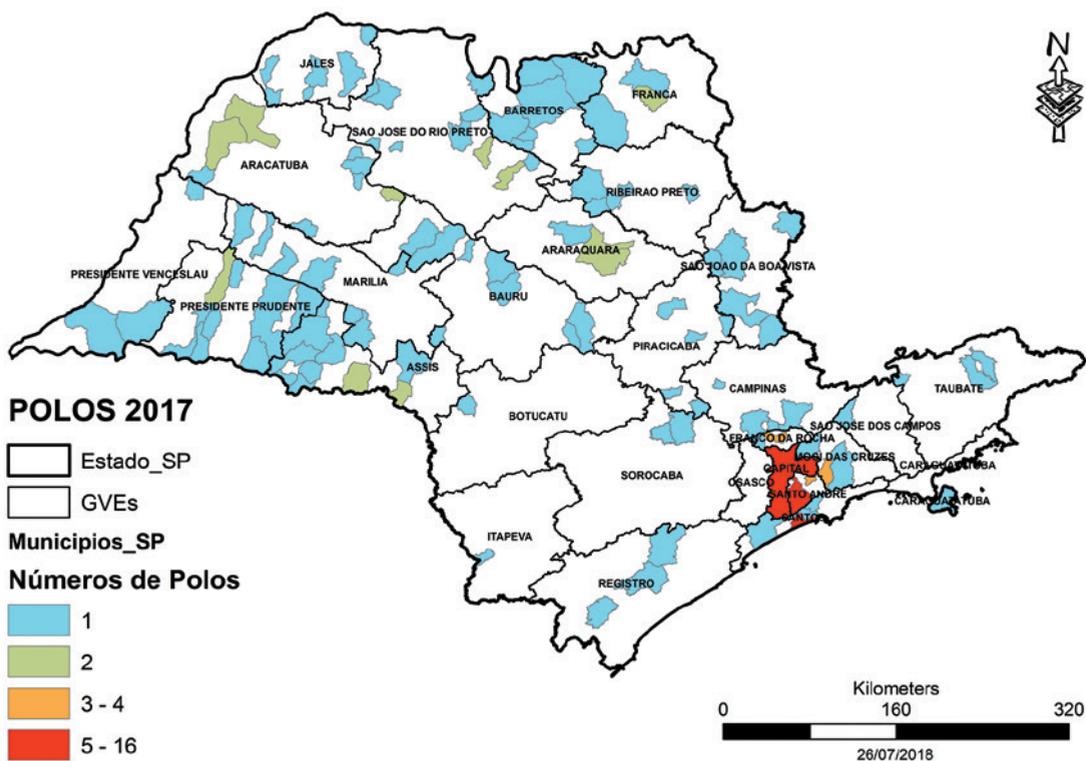
**Figura 3: Distribuição dos 226 municípios que possuem polos do Programa Academia da Saúde, nos 27 Grupos de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo - Ano 2017.**



Fonte: NIVE/CVE.

A maioria dos municípios possui apenas um polo, e apenas na região de São Paulo, Capital e Grande São Paulo é que se observa a existência de três ou mais polos por município (**Figura 4**).

**Figura 4:** Distribuição dos 226 municípios que possuem polos do PAS, diferenciados pela quantidade de polos por município, nos 27 GVE do Estado de São Paulo - Ano 2017.



Fonte: NIVE/CVE.

## Considerações Finais

O PAS apresenta a nobre tarefa de trabalhar em todo país as ações de promoção da saúde, configurando-se, portanto, em um espaço ideal para a prática dessas importantes e necessárias ações.

Ao constituir-se como um local propício para a realização de ações coletivas pautadas no autocuidado apoiado, em cooperação com os demais equipamentos sociais do território e da comunidade, o PAS pretende também priorizar tecnologias leves de cuidado, como o acolhimento, valorizando a relação entre os sujeitos e o vínculo.

O Programa se constitui em uma iniciativa inovadora que visa im-

pactos de longo prazo, necessitando de um esforço conjunto de todas as esferas de governo para garantir a sua sustentabilidade nos cenários municipal, estadual e nacional, trazendo certamente grandes benefícios para toda população.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 24, de 14 de janeiro de 2014. **Redefine o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)**. Brasília, 2014. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024_14_01_2014.html). Acesso em 12 de dezembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017, 2018**. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama\\_academia\\_saude\\_monitoramento\\_programa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf). Acesso em 12 de dezembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde** / Ministério da Saúde; Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_aperfeiçoamento\\_implementacao\\_politica\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_aperfeiçoamento_implementacao_politica_promocao_saude.pdf). Acesso em 12 de dezembro de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores dos SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013<sup>a</sup>. Disponível em <http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>. Acesso em 12 de dezembro de 2018.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. Planejamento e Políticas Públicas**. Brasília, n. 23, p. 7-70, jun. 2001.

SÃO PAULO, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Relatório Anual do Programa Academia da Saúde**. São Paulo: SES/SP, 2017.



# Capítulo 3

## “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO”: PERCURSO METODOLÓGICO

*Grace Peixoto Noronha, Maria Cristina Franceschini,  
Paulo Henrique Guerra e Douglas Roque Andrade*

O convênio para a realização da pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo” realizou-se entre o Centro de Estudos Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC) e a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), por meio da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT/SES/SP), e em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas em Atividade Física e Saúde (GEPAF).

Os objetivos da pesquisa eram: identificar as ações planejadas ou executadas pelos gestores dos Polos de Academia da Saúde no Estado de São Paulo, verificar se estas estavam alinhadas com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e com as diretrizes e princípios do Programa Academia da Saúde (PAS) e entender as percepções dos gestores dos Polos, profissionais de saúde e usuários do PAS.

Diferentes técnicas foram utilizadas e combinadas para a coleta

de dados quantitativos e qualitativos. Os dados quantitativos, obtidos por inquérito telefônico com os 206 gestores municipais do PAS, permitiram elencar informações das ações realizadas e planejadas em seis dimensões que serão detalhadas adiante. Os dados qualitativos, obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas em 17 Polos, possibilitaram penetrar na subjetividade dos sujeitos, em suas representações e na relação dinâmica que se estabelece no Programa. Para Minayo (1992), as representações, as ideias e a visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade correspondem às situações reais de vida. Permitem captar a realidade dinâmica e complexa nas condições em que foram engendradas.

O projeto foi constituído por três etapas: I) Análise e síntese dos dados previamente coletados; II) Diagnóstico e III) Entrevistas nos municípios selecionados. À continuação se descrevem as estratégias e procedimentos adotados em cada etapa.

### **Etapa I: Análise e síntese dos dados previamente coletados**

Inicialmente, a SES/SP disponibilizou para análise os dados previamente coletados pelo sistema de monitoramento do Ministério da Saúde sobre o Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo. Estes monitoramentos foram realizados semestralmente entre 2013 e 2014 e, anualmente, a partir de 2015. Para os fins desta pesquisa, a análise limitou-se aos dados coletados até maio de 2015.

Os dados analisados, durante o primeiro semestre de 2015, provinham de dois questionários, sendo que um deles foi direcionado aos municípios, com blocos de questões para aqueles que já tinham Polos em funcionamento, investigando características da im-

plementação do Programa (ações de divulgação, institucionalização do Programa pelo município e parceiros governamentais e não governamentais) e, um bloco menor para os municípios que não dispunham de Polos em funcionamento. O outro questionário buscou elucidar as características organizativas dos Polos, (aspectos do desenvolvimento do Programa, quantidade mensal de participantes e contrapartidas do município) e oferta de atividades (turno das atividades, público-alvo e atividades oferecidas).

Há de se considerar que esta primeira etapa foi projetada tanto para uma melhor identificação do contexto quanto para alicerçar o direcionamento dos diversos instrumentos que seriam utilizados nas fases posteriores. Nela, foram avaliados os questionários de cada coleta, para identificar as questões idênticas ou equivalentes, incluindo suas opções de respostas, e identificar as variáveis passíveis de uma análise temporal adequada.

## **Etapa II: Diagnóstico**

Esta etapa diagnóstica foi realizada por meio de inquérito telefônico. Este método tem se tornado cada vez mais comum, especialmente no levantamento epidemiológico de doenças crônicas e fatores do estilo de vida, como, por exemplo, o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Realizado pelo Ministério da Saúde desde 2006, teve sua origem e validação no Estado de São Paulo no Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde (NUPENS), vinculado à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Este método de coleta de dados mostrou que o custo por entrevista realizada foi oito vezes inferior ao custo estimado por sistemas semelhantes existentes em países desenvolvidos

e quatro a oito vezes inferior ao custo de inquéritos domiciliares tradicionais realizados no Município de São Paulo (MONTEIRO et al., 2005).

No PAS, o Ministério da Saúde tem utilizado um formulário eletrônico (FormSUS) para o monitoramento do Programa (MALTA et al., 2014). Alguns levantamentos estaduais (PETREÇA, 2017) e nacionais (FLORINDO et al., 2016<sup>a</sup>; SÁ et al., 2016) entrevistaram gestores e/ou outros profissionais de saúde por meio de entrevista telefônica assistida por computador, sendo as informações digitadas durante a entrevista, mesma estratégia utilizada no VIGITEL.

Partindo-se das informações previamente levantadas na etapa anterior, durante o período de setembro a dezembro de 2015 foram realizadas as entrevistas telefônicas com os gestores e/ou responsáveis municipais do PAS.

O formulário das entrevistas foi adaptado a partir de um conjunto de trabalhos coordenado pelo Prof. Dr. Pedro Rodrigues Curi Hallal (Universidade Federal de Pelotas) e conduzido em conjunto com grupos de pesquisa e a equipe técnica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, responsável pelo PAS (FLORINDO et al., 2016). Estas adaptações se deram tendo em vista as particularidades observadas nas informações da Etapa I e a partir das discussões entre os membros do GEPAF, CEPEDOC e DVDCNT/SES/SP.

Como se pode observar no **Anexo 1**, o formulário envolveu seis blocos de questões, a elencar: I) Informações pessoais do gestor; II) Relação profissional do gestor com o PAS; III) Inserção na atenção básica e parcerias do PAS; IV) Implementação do PAS; V) Resultados esperados do PAS; e VI) Novos planejamentos do PAS.

No início desta etapa, foram identificados 268 gestores a serem entrevistados. Os resultados estão apresentados no **Capítulo 4**.

### Etapa III: Entrevistas nos municípios selecionados para a pesquisa qualitativa

A pesquisa de campo realizada nesta etapa incluiu entrevistas semiestruturadas com atores-chave de 17 Polos do PAS de municípios do Estado de São Paulo, a saber:

- *Gestor do Polo*: entrevistas em profundidade que buscaram complementar e ampliar as informações levantadas dos dados do FormSUS e das entrevistas telefônicas (Etapa II), e – compreender motivações e expectativas, parcerias, contextos de integração e perspectivas futuras;
- *Um profissional de saúde atuante no Polo*: entrevistas que abordaram as motivações e expectativas, parcerias, contextos de integração e perspectivas futuras;
- *Dois usuários do PAS*: entrevistas que focalizaram as motivações e expectativas, os contextos de integração, adesão e perspectivas futura;
- *Dois não-usuários do PAS*: entrevistas que abordaram a não participação no PAS, assim como o desejo de estar ou não inserido no Programa.

Para a seleção dos 17 municípios, elencou-se um município/ Polo por Departamento Regional de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo, considerando aqueles municípios que haviam indicado disponibilidade para participar da pesquisa. A proposta de 17 municípios foi apresentada pelo CEPEDOC/GEPAF aos técnicos da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT) da SES/SP que verificaram os Polos em funcionamento e finalizaram a lista definitiva dos 17 municípios. Para cada DRS foram também sugeridos municípios de substituição que poderiam ser considerados, no caso de dificuldades para a realização da pesquisa nos municípios selecionados.

Em cada município apenas um Polo do PAS foi incluído na pesquisa, ainda quando houvesse mais de um Polo em funcionamento; nesses casos, os Polos a serem incluídos foram indicados pela equipe técnica da DVDCNT/SES/SP.

Adicionalmente às entrevistas, realizaram-se observações dos Polos. A técnica de observação é caracterizada pela promoção de interatividade entre o pesquisador, os sujeitos observados e o contexto no qual eles vivem, o que pressupõe convívio e intercâmbio de experiências (FERNANDES e MOREIRA, 2013).

A observação, nesta pesquisa, considerou aspectos como infraestrutura, atuação dos profissionais, atividades, população atendida, ambiente e entorno, e baseou-se em um roteiro desenvolvido para este fim para viabilizar um maior entendimento da dinâmica de funcionamento do Polo. Em quase todos os municípios a observação ocorreu em horário de realização de alguma atividade do PAS e incluiu registros fotográficos e em vídeo, tanto das atividades como dos espaços observados.

Como é próprio de pesquisas de caráter qualitativo, no procedimento de campo, recomenda-se que a aplicação dos instrumentos seja precedida de um pré-teste, a fim de aprimorar as questões e as formas de abordagem dos participantes. Pelo fato de ter respondido ao inquérito telefônico, porém, não ter sido selecionado para a pesquisa de campo, o pré-teste foi realizado por duas pesquisadoras no Polo do município de Atibaia, em março de 2016. A partir desse pré-teste novos elementos foram incorporados aos roteiros de entrevista.

Os instrumentos de pesquisa de campo passaram por diversos ajustes. Sua construção sempre se deu em pactuação entre a equipe CE-

PEDOC/GEPAF e a equipe técnica da Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT/SES/SP). Os roteiros foram adequados após a realização do pré-teste no município de Atibaia. Posteriormente, os roteiros (de entrevista e de observação) foram revisados, considerando os aspectos abordados na Publicação do Diário Oficial da União – Suplemento do nº 190, de 3 de outubro de 2017, que versa sobre a instituição do PAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Após a revisão, os roteiros foram aprovados pela equipe técnica da Divisão de Doenças Crônicas da SES/SP.

Os roteiros, de entrevistas bem como o roteiro de observação, podem ser verificados nos anexos deste capítulo (**Anexo 2, Anexo 3, Anexo 4, Anexo 5 e Anexo 6**).

O Projeto, com as três etapas, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública (processo nº 1418/2014). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) encontra-se no **Anexo 7**.

### Etapa de organização e realização da pesquisa de campo

Para a realização da pesquisa de campo foram selecionadas e capacitadas três entrevistadoras, que receberam orientações acerca do Programa, da Pesquisa de Avaliação do PAS e dos 17 municípios incluídos. Foi realizada uma oficina de capacitação com as entrevistadoras e a equipe da pesquisa, para leitura minuciosa dos roteiros de entrevista e de observação e dos termos de consentimento, para esclarecer eventuais dúvidas.

A **Figura 1** apresenta o mapa do Estado de São Paulo com a indicação dos municípios que participaram da pesquisa e a **Tabela 1** apresenta a lista dos municípios selecionados para a pesquisa, por DRS.

## Figura 1: Mapa com municípios onde foi realizada a etapa qualitativa da pesquisa



**Tabela 1:** Municípios que participaram da etapa qualitativa da pesquisa, segundo o Departamento Regional de Saúde (DRS).

	DRS	MUNICÍPIO
1	DRS I - Grande São Paulo	São Paulo
2	DRS II - Araçatuba	Pereira Barreto
3	DRS III - Araraquara	Araraquara
4	DRS IV - Baixada Santista	Praia Grande
5	DRS V - Barretos	Severínia
6	DRS VI - Bauru	Arealva
7	DRS VII - Campinas	Campo Limpo Paulista
8	DRS VIII - Franca	Morro Agudo
9	DRS IX - Marília	Oscar Bressane

(continua na próxima página)

DRS		MUNICÍPIO
10	DRS X - Piracicaba	Cordeirópolis
11	DRS XI - Presidente Prudente	Presidente Prudente
12	DRS XII - Registro	Cajati
13	DRS XIII - Ribeirão Preto	Guariba
14	DRS XIV - São João da Boa Vista	Mogi Guaçu
15	DRS XV - São José do Rio Preto	Uchoa
16	DRS XVI - Sorocaba	Porto Feliz
17	DRS XVII - Taubaté	Santo Antônio do Pinhal

O processo de agendamento da pesquisa de campo nos 17 municípios ocorreu no período de março a junho de 2018. Em vários Polos, a concretização dos agendamentos requereu várias tentativas de contato (telefônico e por e-mail). Em alguns municípios, tentativas frustradas de contato levaram à substituição do Polo indicado inicialmente, segundo a lista de substituições previamente acordada com a SES/SP. A **Tabela 2** apresenta o quadro demonstrativo das substituições que ocorreram durante o processo do trabalho de campo.

**Tabela 2: Municípios substituídos, por Departamento Regional de Saúde (DRS).**

DRS	Município indicado como 1ª opção	Município indicado como 2ª opção
DRS I Grande São Paulo	São Paulo (Polo Lapa)	São Paulo (Polo Chácara do Conde)

(continua na próxima página)

DRS	Município indicado como 1ª opção	Município indicado como 2ª opção
DRS VII Campinas	Jundiaí	Campo Limpo Paulista
DRS XIV São João da Boa Vista	Itapira	Mogi Guaçu
DRS XVI Sorocaba	Boituva	Porto Feliz

Após o contato com os municípios e a confirmação do agendamento da pesquisa qualitativa, foi enviado um e-mail documentando o contato com o município, ressaltando as entrevistas que seriam realizadas, informando o dia do agendamento e a entrevistadora que realizaria a pesquisa. Dessa forma, procurou-se manter o registro do processo, garantindo que a logística acertada fosse cumprida e evitando intercorrências.

A sequência do agendamento foi estabelecida a partir da facilidade de contato com os responsáveis pelos Polos, da disponibilidade dos entrevistados nos municípios, da indicação dos melhores dias para observação das atividades e disponibilidade das entrevistadoras, considerando ainda a logística de deslocamento de ida aos municípios e retorno à São Paulo. A **Tabela 3** demonstra, em ordem cronológica, a data de realização das entrevistas nos municípios.

**Tabela 3: Data de realização da pesquisa nos Polos.**

DATA DA PESQUISA	DRS	MUNICÍPIO
15/03/2018	DRS III	Araraquara
19/03/2018	DRS XII	Cajati
26/03/2018	DRS XI	Presidente Prudente
27/03/2018	DRS IV	Praia Grande
02/04/2018	DRS XIII	Guariba
04/04/2018	DRS IX	Oscar Bressane
04/04/2018	DRS XVII	Santo Antônio do Pinhal
06/04/2018	DRS VI	Arealva
10/04/2018	DRS VIII	Morro Agudo
11/04/2018	DRS V	Severínia
17/04/2018	DRS II	Pereira Barreto
24/04/2018	DRS I	São Paulo
24/04/2018	DRS XIV	Mogi Guaçu
27/04/2018	DRS X	Cordeirópolis
09/05/2018	DRS XV	Uchoa
21/05/2018	DRS VII	Porto Feliz
11/06/2018	DRS XVI	Campo Limpo Paulista

Os responsáveis pelos Polos foram orientados que seriam realizadas as seis entrevistas (com o gestor do Polo, com um profissional de saúde que atuasse no Polo, com dois usuários do Programa e dois não usuários do Programa), bem como a observação de atividades do Polo. Como mencionado anteriormente, na observação foram realizados registros fotográfico e em vídeo do Polo e seus entornos, bem como das

atividades que estavam acontecendo no momento da pesquisa de campo (**Apêndice A**).

Além do contato com os municípios selecionados, nessa etapa ocorreu o planejamento da logística de campo, que incluiu registrar informações sobre as possibilidades de transporte para os municípios, os horários e valores de passagens intermunicipais e hospedagem em cada local, a fim de calcular a média de diárias necessárias a cada entrevistador durante a pesquisa de campo.

As entrevistas realizadas na pesquisa de campo foram gravadas e transcritas para posterior análise.

Após a finalização das entrevistas, nos 17 Polos do PAS, realizou-se uma oficina para análise dos dados. Nessa oficina foi apresentado o Programa Academia da Saúde, o processo da primeira etapa do projeto e os roteiros de entrevista e de observação utilizados nessa etapa. Definiu-se também a estratégia de análise e a categorização dos dados de pesquisa, como será mais detalhado no **Capítulo 5**.

Durante o processo de análise das entrevistas, ocorreram reuniões entre as equipes da SES/SP e do CEPEDOC/GEPAF para discutir os dados e o alinhamento para a conclusão da análise.

## Referências

FERNANDES, F. M. B. ; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva.

**Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, junho, 2013.

FLORINDO., A. A. 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**, (São Paulo). 30(4):913-24, 2016.

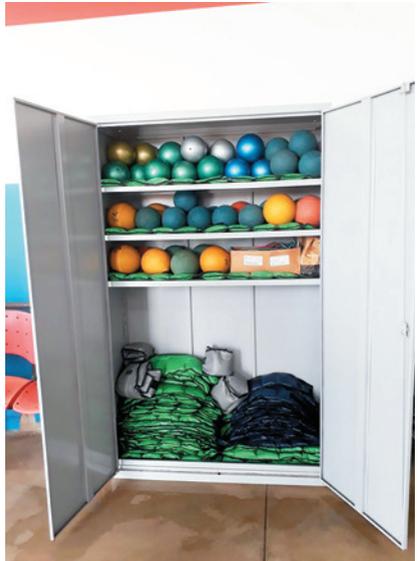
MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**. 19(3): 286-299, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO, 1992.

MONTEIRO, C. A. et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev Saúde Pública** [online]. 39(1): 47-57, 2005.

PETREÇA, D. R. Avaliação de intervenções em atividade física para idosos e outras populações na saúde pública de Santa Catarina. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, da Universidade do Estado de Santa Catarina, 2017.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Cienc Saúde Coletiva**, 21(6):1849-1859, 2016.



# Capítulo 4

## CENÁRIO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO DA PERSPECTIVA DOS GESTORES MUNICIPAIS

*Douglas Roque Andrade, Paulo Henrique Guerra,  
Alex Antonio Florindo e Leandro Martin Totaro Garcia*

Conforme apresentado com mais detalhes no **Capítulo 1**, o Programa Academia da Saúde (PAS) foi lançado em 2011 como uma estratégia que resultou de contínuos esforços do Governo Federal em promover a saúde da população que reside no Brasil (BRASIL, 2011<sup>a</sup> e 2013, MALTA et al., 2014 e MALTA et al., 2016<sup>a,b</sup>).

Silva et al. (2017), apontam, em estudo que averiguou as condições do PAS em ser avaliado, que as diretrizes do Programa são muito abrangentes no que tange às possibilidades de ação, porém, pouco esclarecedoras no que se refere ao planejamento, operacionalização e avaliação das ações, devendo ser aperfeiçoadas a fim de contribuir, de forma mais efetiva, para o processo de implantação do PAS nos municípios e no Distrito Federal. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Brasil aponta como meta a expansão do PAS para 4 mil municípios até 2015 e 5 mil polos implantados em municípios até 2022 (BRASIL, 2011<sup>b</sup>). Em maio de 2015, 2.849 Secretarias Municipais de Saúde possuíam polos habilitados (SÁ

et al., 2016), correspondendo a 70% da meta.

Neste capítulo serão apresentados os resultados relativos à etapa II da pesquisa – “Diagnóstico” –, em que buscou-se levantar as ações planejadas ou executadas pelos gestores dos polos do PAS no Estado de São Paulo assim como verificar se estas estão alinhadas tanto com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2014) quanto com as diretrizes e princípios do PAS. As entrevistas foram direcionadas aos gestores do Programa que já possuíam polos em funcionamento ou em fase de implementação, portanto, os resultados representam, ao mesmo tempo, as ações concretas em andamento e as intencionalidades dos gestores que ainda não possuíam polos em funcionamento. As entrevistas foram realizadas entre setembro e dezembro de 2015.

O roteiro da entrevista com os responsáveis municipais pelo PAS, (**Anexo 1**), foi dividido em seis blocos: I) Informações pessoais do gestor; II) Relação profissional do gestor com o PAS; III) Inserção na Atenção Básica e parcerias do PAS; IV) Implementação do PAS; V) Resultados esperados do PAS; e VI) Novos planejamentos do PAS.

As entrevistas foram realizadas por telefone. As questões foram adaptadas a partir de trabalho já realizado, sob a coordenação do Prof. Dr. Pedro Curi Hallal (Universidade Federal de Pelotas), que também entrevistou os gestores e/ou responsáveis municipais do PAS em todo o Brasil, apresentando uma taxa de resposta de 44% (dados não publicados). Para um maior detalhamento sobre o percurso metodológico da presente pesquisa, recomendamos a leitura do **Capítulo 3** deste livro.

Complementarmente, lembramos que no **Capítulo 5** – “Pistas para prosseguir na produção de saúde e cuidado” –, algumas questões foram aprofundadas a partir de entrevistas semiestruturadas. Optamos por manter a numeração das tabelas e gráficos, conforme o número do bloco e da questão no roteiro de entrevista (**Anexo 1**), para facilitar a leitura, a possível conferência do resultado no texto ou verificar como a questão foi formulada.

A manipulação e a análise dos dados desta etapa foram realizadas por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19. Análise descritiva, com cálculo de frequência e porcentagem, foi realizada.

Dos 268 gestores responsáveis, inicialmente identificados, 47 (22,8%) não foram entrevistados devido às mudanças na gestão do Programa, do secretário de saúde ou do prefeito e da desistência do município na implantação do Programa, inclusive com algumas cidades informando no contato inicial que estavam em fase de devolução dos recursos financeiros para o Ministério da Saúde. Para esta pesquisa, foram entrevistados 206 gestores, equivalente a 76,9% da amostra inicial ou, caso as cidades fora dos critérios fossem excluídas, 99,5%, sendo considerado um alto índice de retorno, maior do que o observado em inquéritos anteriores – 84,9% em Sá et al. (2016) e 44,1% em Florindo et al. (2016<sup>a</sup>).

De acordo com as informações pessoais do gestor (Bloco 1) e sua relação profissional com o PAS (Bloco 2), encontramos que a maioria era do sexo masculino (63,1%), na faixa entre 31 e 44 anos de idade (57,3%), sendo 40,5 anos a média de idade de todos os entrevistados.

Quanto ao tipo de vínculo empregatício, observou-se a predominância do regimento de funcionário público efetivo (47,3%). No âmbito nacional, este regime chega a 49% (SÁ et al., 2016). Em relação ao tempo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), um maior número (28,4%) posicionou-se na faixa entre 11 e 20 anos, com média de 12,4 anos de atuação.

Sobre a atuação no PAS, a maioria respondeu que iniciou as atividades após 2011 (95,5%), ano que marcou o início da implantação e implementação dos polos via a política indutora do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011<sup>a</sup>). O tempo semanal dedicado às demandas do PAS concentrou-se na faixa de três a dez horas semanais (38,3%). Por outro lado,

não pode ser desconsiderado o alto percentual de gestores que relataram dedicar, no máximo, duas horas semanais às demandas do PAS (26,6%). A maior parte dos gestores declarou que suas atividades foram iniciadas juntamente com a implantação do PAS no município (59,7%).

Metade dos profissionais entrevistados relatou possuir uma outra atividade profissional além do PAS e a maioria dos entrevistados declarou ter recebido treinamento prévio sobre as principais atividades que desempenharia no trabalho (78,9%). Sobre esta última questão, os gestores locais, no estudo de caso da implementação do PAS de dois municípios do Estado de São Paulo, afirmaram que o processo de pactuação e articulação entre União e municípios é frágil, uma vez que ocorre de forma normativa e financeira com pouco ou nenhum apoio para a formação técnica do profissional e integração à Rede de Atenção à Saúde (MOTA et al., 2016).

No Bloco 3, analisamos como o PAS está inserido na Atenção Básica. Uma das diretrizes do Programa, conforme Artigo 3º, Inciso I, é configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementando e potencializando as ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Básica (BRASIL, 2013). Na **Tabela 3**, pode-se observar que apenas 15,5% dos gestores consideraram o PAS um serviço isolado no município, 80,1% realizam ou realizarão<sup>1</sup> parcerias com outros órgãos governamentais e 29,6% com instituições não governamentais. Mota et al. (2016) entrevistaram gestores de diferentes níveis e realizaram análise documental (análise das atas das reuniões das Comissões Intergestoras Bipartite) de dois municípios do Estado de São Paulo e identificaram que a figura do ente estadual não é presente no processo de articulação do Programa pela concentração da indução federal-municipal.

---

<sup>1</sup> Havia polos em funcionamento e outros em construção. Por esse motivo, as respostas relativas às ações aparecerão em tempos verbais distintos no texto. O questionário completo está disponível no **Anexo 1**.

A maioria dos entrevistados (90,8%) disse que há ou haverá participação popular nas ações. Florindo et al. (2016<sup>a</sup>), ao entrevistarem gestores de saúde, identificaram que 89% deles consideraram que havia participação popular para as ações de promoção da atividade física e alimentação saudável nos municípios que receberam recursos para o PAS até julho de 2012. A vinculação do PAS se dá principalmente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou na Unidade Básica de Saúde (UBS). Aprofundar a avaliação sobre como essa vinculação acontece geraria informações importantes para a gestão do PAS em todos os níveis governamentais.

**Tabela 3: Inserção do Programa Academia da Saúde na Atenção Básica e parcerias institucionais.**

Questões	Sim	
	f	%
3.1 Atualmente o PAS é um serviço isolado no município?	32	15,5
3.2 Para o desenvolvimento do PAS existe ou existirá parcerias no setor saúde com outras secretarias/órgãos governamentais?	165	80,1
3.4 Para o desenvolvimento das ações do PAS existem/existirão parcerias com órgãos/setores não governamentais?	61	29,6
3.6 Há/haverá participação popular nessas ações?	187	90,8
3.1.1 Vinculação do PAS no Município (quando não é um serviço isolado)		
Unidade de Saúde da Família, ESF, PSF e NASF	67	32,5
NASF	17	8,3
ESF ou NASF	46	22,3
Outras formas	22	10,7
Atenção Básica	6	2,9
UBS	13	6,3
Não sabe/Não quis responder	3	1,5

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Esporte/Lazer (73,8%), Educação (69,9%), Cidadania/Assistência Social (62,1%) e Cultura (51,5%) são os setores governamentais mais citados como parceiros atuais ou futuros. Interessante que o setor de Infraestrutura/Urbanismo foi citado por 30,6%, provavelmente devido à construção do polo e não por um envolvimento com ações de promoção da saúde. Em um estudo com gestores de saúde (Secretários, Subsecretários, Diretores, Superintendentes e Coordenadores) de municípios que receberam recursos do Ministério da Saúde para o PAS em todo o país, os resultados indicaram que o principal parceiro governamental para as ações de atividade física e alimentação saudável era o setor Educação (FLORINDO et al., 2016<sup>a</sup>). Com base nos resultados, parece-nos que o princípio da intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações (Portaria n<sup>o</sup> 2.681, do Ministério da Saúde, Artigo 4<sup>o</sup>, Inciso II) está sendo considerado, porém, como veremos no **Capítulo 5**, essa articulação merece ainda muito investimento (Brasil, 2013).

Em relação à parceria com os órgãos não governamentais, chamou-nos a atenção a baixa identificação com atuais ou futuros parceiros, já que somente 23,8% dos respondentes citaram as Organizações Não Governamentais (ONG) (**Tabela 3.4**). Florindo et al. (2016<sup>a</sup>) indicaram que 55% dos gestores de saúde consideraram as ONG as principais parceiras, além do setor público, para as ações gerais de promoção da atividade física e alimentação saudável na cidade. Em outro estudo com a mesma amostra, Florindo et al. (2016<sup>b</sup>) encontraram que somente 8,1% dos gestores indicaram parcerias com as ONG para ações do PAS. Acreditamos que esse fato pode comprometer o atendimento ao princípio da territorialidade, reconhecendo o território como local potencial para a produção da saúde (Portaria n<sup>o</sup> 2.681, do Ministério da Saúde, Artigo 4<sup>o</sup>, Inciso VI; Brasil, 2013). A articulação com a sociedade civil organizada deveria ocorrer de maneira

mais ampla, tal como preconiza a PNPS (BRASIL, 2014) em um de seus eixos operacionais, envolvendo todos os atores e setores para a produção do cuidado e para a responsabilidade comum de todas as esferas da gestão no setor saúde.

**Tabela 3.3: Parcerias com setores governamentais.**

Setores	f	%
<i>Esporte/Lazer</i>	152	73,8
<i>Educação</i>	144	69,9
<i>Cidadania/Assistência Social</i>	128	62,1
<i>Cultura</i>	106	51,5
<i>Desenvolvimento Social</i>	96	46,6
<i>Meio Ambiente</i>	81	39,3
<i>Infraestrutura/Urbanismo</i>	63	30,6
<i>Turismo</i>	58	28,2
<i>Segurança</i>	55	26,7
<i>Transporte</i>	11	5,3

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

**Tabela 3.4: Parcerias não governamentais.**

Variável	f	%
<i>Organizações Não Governamentais</i>	49	23,8
<i>Universidades/Faculdades privadas</i>	29	14,1
<i>Outras empresas do setor privado</i>	25	12,1
<i>Universidades/Faculdades públicas</i>	20	9,7
<i>Sistema S (P. ex., SESC, SENAC, SESI, SENAI)</i>	20	9,7
<i>Operadoras de planos de saúde</i>	4	1,9
<i>Igrejas</i>	3	1,5

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Verificamos também como os temas prioritários contidos na PNPS estão ou estarão vinculados ao PAS. Como podemos observar na **Tabela 3.7**, a promoção da atividade física e prática corporal e da alimentação adequada e saudável foram as mais citadas, 99,5% e 95,6%, respectivamente, corroborando evidências encontradas em outros levantamentos nacionais (FLORINDO et al., 2016<sup>a</sup>; SÁ et al., 2016).

No caso da atividade física, é importante lembrar o pioneirismo do Estado de São Paulo neste tipo de estratégia governamental, pela criação, em 1996, por parte da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP), do Programa Agita São Paulo, cujo objetivo primário era o de promover a atividade física para a sua população e estimular a municipalização de políticas de promoção da atividade física. Este esforço, somado ao lançamento da Estratégia Global de Alimentação Saudável e Atividade Física (WHO, 2014) e às ações do Ministério da Saúde (MALTA et al., 2014), pode ter contribuído para a adesão dos municípios paulistas ao PAS e para a captação de recursos financeiros entre 2005 e 2009 (ANDRADE, 2010).

O objetivo inicial do PAS entre 2011 e 2013, como vimos, era contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais, atividade física e de lazer, e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2011<sup>a</sup>). Esta intencionalidade, como era de se esperar, fez com que houvesse uma concentração de práticas de atividade física e práticas corporais nas ações empreendidas pelo Programa (99,5%). Igualmente importante aparecem as ações relacionadas à alimentação saudável (95,6%). Cabe ressaltar que os demais temas prioritários, centrados na perspectiva comportamental, como o uso de tabaco (81,1%), álcool e outras drogas (76,2%) e a mobilidade segura (68%), estão também muito inseridos nas ações do Programa. O tema

da formação e educação permanente merece destaque (86,9%), sendo uma responsabilidade das secretarias municipais e um eixo prioritário conforme a PNPS de 2014. Os temas promoção da cultura de paz e dos direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável foram referidos por 57,8% dos entrevistados, sendo os que receberam o menor percentual de citação (**Tabela 3.7**).

**Tabela 3.7: Como as ações do Programa Academia da Saúde estão/estarão vinculadas com os temas prioritários de promoção da saúde que já vêm sendo desenvolvidos no município?**

<b>Princípios de Promoção da Saúde</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Promoção de atividade física e práticas corporais</i>	205	99,5
<i>Promoção da alimentação adequada e saudável</i>	197	95,6
<i>Formação e educação permanente</i>	179	86,9
<i>Enfrentamento do tabaco e seus derivados</i>	167	81,1
<i>Enfrentamento do uso abusivo álcool e outras drogas</i>	157	76,2
<i>Promoção da mobilidade segura</i>	140	68,0
<i>Promoção da cultura de paz e dos direitos humanos</i>	119	57,8
<i>Promoção do desenvolvimento sustentável</i>	119	57,8

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

No Bloco 4, o tema central foi a implementação do PAS. Os secretários da Saúde se envolveram diretamente na elaboração da proposta do PAS em 90,8% dos casos, sendo 49,5% dos gestores respondentes envolvidos diretamente na elaboração. Um dado interessante é que prefeitos participaram da elaboração dos projetos em 64,6% dos casos. É possível que esse envolvimento tenha se dado nas cidades menores. Em 16% dos casos houve a participação de uma empresa ou consultoria (**Tabela 4.1**).

**Tabela 4.1: Quem elaborou a proposta para o Programa Academia da Saúde encaminhada para o Ministério da Saúde?**

Variável	f	%
<i>Secretário de Saúde</i>	187	90,8
<i>Atenção Básica (equipe ou apenas uma pessoa)</i>	254	74,8
<i>Prefeito</i>	133	64,6
<i>Planejamento (equipe ou apenas uma pessoa)</i>	118	57,3
<i>O próprio respondente</i>	102	49,5
<i>Vigilância em Saúde (equipe ou apenas uma pessoa)</i>	97	47,1
<i>Empresa ou consultoria de uma equipe de profissionais da saúde</i>	33	16,0
<i>Outros</i>	19	9,2

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

A disponibilidade do terreno, o desenvolvimento de ações similares e ser uma prioridade do município, foram os motivos para a submissão da proposta para mais de 70% dos entrevistados. Para 50,5% dos entrevistados, a submissão foi devido à demanda da população (**Tabela 4.2**). Interessante que a participação social é citada por 91,3% como o principal princípio de promoção da saúde no qual o PAS está fundamentado (**Gráfico 4.3**), mas quando observamos os motivos para a implementação do polo (**Tabela 4.2**), apenas metade das propostas refere ter sido a partir de uma demanda da população ou do Conselho Municipal de Saúde (36,9%).

Em relação aos princípios de promoção da saúde, que fundamentam a PNPS e o PAS, os menos citados foram as redes sociais e o empoderamento, com percentuais de 67% e 58,7%, respectivamente (**Gráfico 4.3**). Uma atenção especial a estes princípios na gestão do PAS pode contribuir para melhorar sua integração com os demais serviços e instituições locais. Na **Tabela 3**, observamos que o PAS está vinculado com a Atenção Básica, porém, com pouca articulação de parcerias com instituições não

governamentais. O estímulo do trabalho em rede de forma ampliada, para além dos serviços de saúde, poderia ser uma estratégia desenvolvida pelos gestores do PAS (**Gráfico 4.3**), ainda que, aparentemente, haja um trabalho intersetorial, conforme dados apresentados na **Tabela 3.3**.

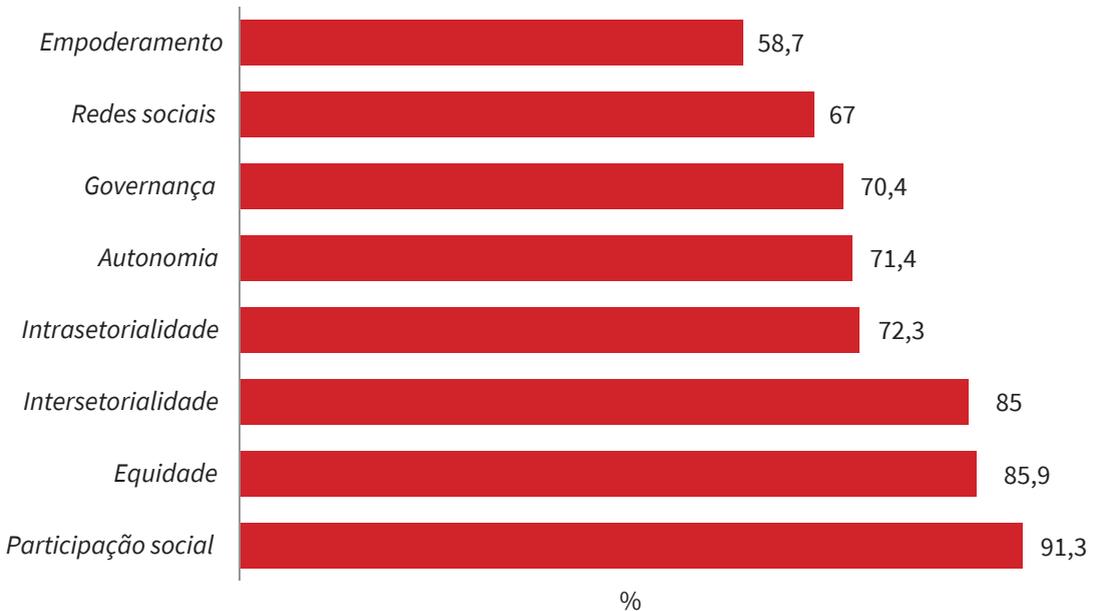
Ao observamos a distribuição de polos do PAS, de acordo com sua modalidade (básica, intermediária, ampliada e similar), há predominância da modalidade básica (**Gráfico 4.4**). A implantação de apenas um polo ocorre na maioria das cidades, independentemente da modalidade: 85,7% das cidades na modalidade básica, 90% na modalidade intermediária e 87,2% na ampliada. A exceção é a modalidade similar (54,5%), provavelmente devido ao fato de que esses polos tenham sido inicialmente implementados pelo próprio município antes do PAS. Identificamos que 41,3% das cidades possuem obras não concluídas e 53,9% ainda não têm polos em funcionamento, 38,3% possuem um polo em funcionamento, 3,4% dois polos e 3,4% três ou mais polos.

**Tabela 4.2: Por quais razões o seu município submeteu proposta para o Programa Academia da Saúde?**

Variável	f	%
<i>O terreno para construção do polo estava disponível</i>	173	84,0
<i>O município já desenvolvia ações similares ao Programa</i>	157	76,2
<i>O Programa era uma prioridade do município</i>	154	74,8
<i>Os recursos eram adequados para construção do polo e custeio</i>	139	67,5
<i>Havia facilidade de contratar profissionais</i>	108	52,4
<i>Foi uma demanda da população</i>	104	50,5
<i>Foi uma demanda do Conselho Municipal de Saúde</i>	76	36,9
<i>Outras</i>	36	17,5

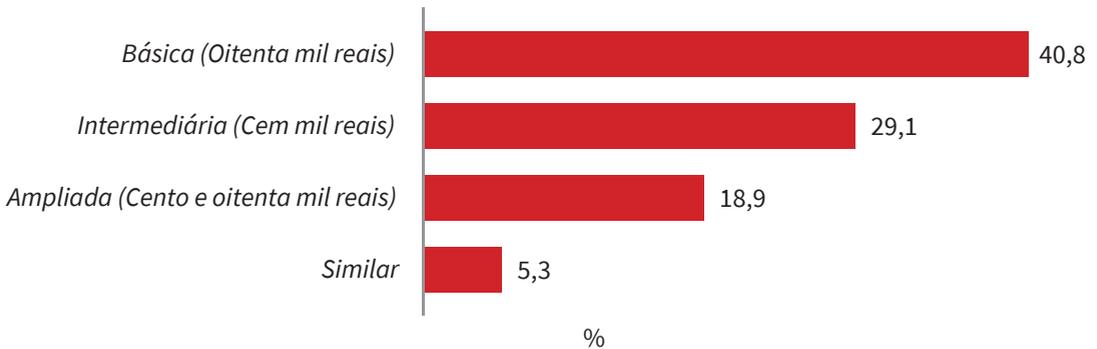
Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

### Gráfico 4.3: Em quais dos princípios de promoção da saúde o Programa Academia da Saúde, no seu município, está embasado?



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

### Gráfico 4.4: Em qual modalidade de polo do Programa Academia da Saúde o seu município foi contemplado?



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

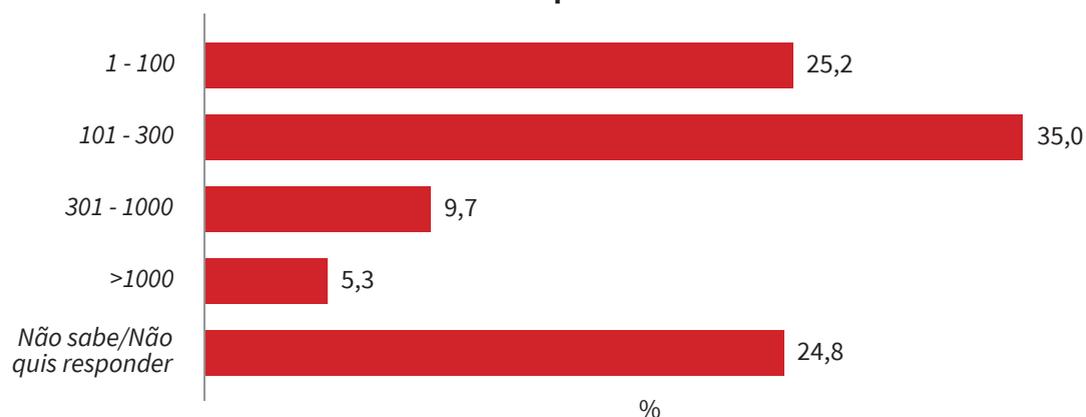
Em 93 cidades (45,1%) entrevistadas as atividades do PAS já foram iniciadas. Sá et al. (2016) identificaram em âmbito nacional que 32,3% dos municípios possuíam pelo menos um polo em funcionamento em 2015. Em relação ao número total de participantes por semana, 71,3% dos polos em funcionamento atendem até 300 pessoas semanalmente, o que representa uma baixa cobertura, independentemente do tamanho do território no qual o PAS está inserido. Apenas 13,8% dos polos atendem entre 301 e 1.000 participantes (**Tabela 4.8**). Fato que nos chama a atenção é que esse número de atendimento é o esperado pela maioria dos entrevistados, visto que para 71,3% a expectativa é atender até 300 usuários por semana, como pode ser observado no **Gráfico 4.9** se considerarmos que essa expectativa é a soma da cobertura do PAS. A situação é ainda mais crítica para as cidades que possuem mais de um polo. Florindo et al. (2016<sup>b</sup>) encontraram dados muito distintos, pois em torno de 25% e 28% dos gestores de saúde, em cidades que receberam recursos para o PAS até julho de 2012, referiram esperar atender mais de 5.000 pessoas e menos do que 500, respectivamente.

**Tabela 4.8: Em média, quantas pessoas estão sendo atendidas SEMANALMENTE somando-se o atendimento feito por todos os polos em funcionamento no seu município?**

Variável	f	%
1 - 100	37	39,4
101 - 300	30	31,9
301 - 1000	13	13,8
Não sabe/Não quis responder	14	14,9

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

### Gráfico 4.9: Em média, qual é a quantidade de pessoas que se espera atingir SEMANALMENTE com as ações do Programa Academia da Saúde no seu município?



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Somente 39,3% dos respondentes reportaram que algum instrumento de gestão pública ou indicador de saúde foi utilizado para definir a quantidade de polos, 29,1% não souberam responder e 31,6% não usaram nenhum instrumento. Vale a pena reforçar que aproximadamente 18% dos possíveis entrevistados alegaram, no primeiro contato para a entrevista, que o Programa não iria ser mais implementado. Entre os que utilizaram algum instrumento ou indicador para a determinar o número de polos (**Tabela 4.10**), a cobertura ou indicadores da Atenção Básica foi o mais citado (37,9%) e o plano diretor da cidade foi o menos citado (16,5%). A utilização de critérios bem definidos para estabelecer a quantidade de polos contribui para o monitoramento, a avaliação e pode garantir a sustentabilidade do polo ou mesmo do Programa.

**Tabela 4.10: Foi utilizado algum instrumento da gestão pública ou indicador de saúde para definir a quantidade de polos solicitada?**

Variável	f	%
<i>Cobertura ou indicadores da Atenção Básica</i>	78	37,9
<i>Análise de situação de saúde ou indicadores da Vigilância em Saúde</i>	75	36,4
<i>Plano Municipal de Saúde</i>	72	35,0
<i>Indicadores de vulnerabilidade social, pobreza ou risco de adoecimento</i>	60	29,1
<i>Definição do Orçamento Participativo</i>	36	17,5
<i>Plano Diretor da Cidade</i>	34	16,5

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Em relação aos profissionais que desenvolvem ou desenvolverão as atividades no PAS, a maioria (85,4%) é formada por profissionais que já atuam na Atenção Básica. Chama a atenção que em 58,7% das cidades serão contratados profissionais exclusivamente para essa função (**Tabela 4.12**). Entre todos os profissionais de saúde e da administração que atuam ou atuarão nos polos, os profissionais da Educação Física (87,4%), Nutrição (79,1%), Enfermagem (73,8%) e Fisioterapia (73,3%), foram os mais citados. O Agente Comunitário de Saúde, o Biomédico e o Biólogo foram os menos citados (8,7%). Florindo et al. (2016<sup>a</sup>) demonstraram, em âmbito nacional, que havia maior prevalência de ações de promoção da alimentação saudável e de promoção da atividade física implementadas na Atenção Básica nos municípios onde, respectivamente, os NASF tinham a presença de nutricionistas e profissionais de Educação Física nas equipes e em municípios que receberam recurso para o PAS até 2012, portanto, antes da alteração dos objetivos do PAS.

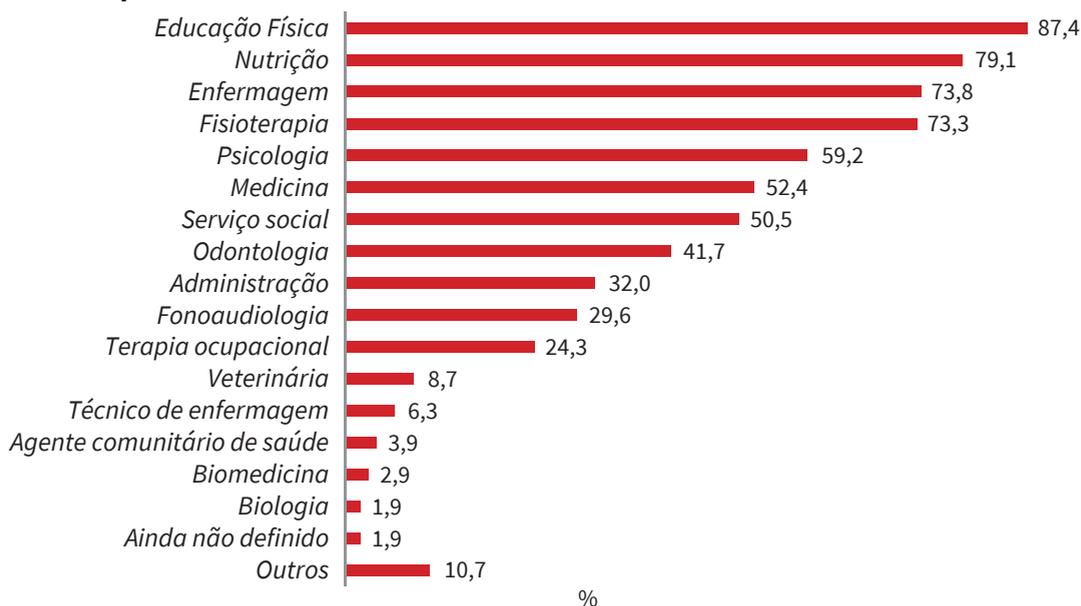
A maior presença de profissionais de Educação Física e nutricionistas está relacionada, como era de se esperar, aos objetivos iniciais do PAS.

**Tabela 4.12: Os profissionais que desenvolvem/desenvolverão as atividades no(s) polo(s) do Programa Academia da Saúde são/serão:**

Variável	f	%
<i>Profissionais que atuam na Atenção Básica e/ou no NASF</i>	176	85,4
<i>Outros profissionais</i>	132	64,1
<i>Contratados exclusivamente para essa função</i>	121	58,7

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

**Gráfico 4.13: Qual é a formação dos profissionais que atuam/atuarão no(s) polo(s) do Programa Academia da Saúde no seu município?**



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Considerando as questões de gestão do polo, dos 93 entrevistados em cidades com polos já em funcionamento, 53,9% disseram que há um grupo de apoio à gestão (**Questão 4.14**) e 28,2% desses grupos se reúnem uma vez por semana (**Tabela 4.15**). Os profissionais da Atenção Básica – Equipe de Saúde da Família (ESF), Programa Saúde da Família (PSF), Centro de Saúde (CS) e Unidade Mista, foram os mais citados (50,5%) como membros desse grupo de apoio à gestão e em 24,8% foi identificada a participação de representantes da sociedade civil (**Tabela 4.16**). Em 84% das cidades será realizado ou foi realizado treinamento ou capacitação para os profissionais dos polos (**Questão 15.17**). É importante reforçar que o Ministério da Saúde tem oferecido sistematicamente cursos à distância para os gestores do polo e a SES/SP também tem realizado encontros presenciais e videoconferências sobre o PAS.

**Tabela 4.15: Com que frequência ocorrem/ocorrerão as reuniões desse grupo de apoio à gestão?**

Variável	f	%
<i>Uma vez por semana</i>	58	28,2
<i>Uma vez por mês</i>	20	9,7
<i>A cada três meses</i>	9	4,4
<i>Só ocorrem(rão) reuniões quando julgadas necessárias pela coordenação do grupo de apoio</i>	7	3,4
<i>Não tem/terá periodicidade determinada</i>	4	1,9
<i>Acima de três meses</i>	1	0,5
<i>Não ocorrem(rão) reuniões</i>	1	0,5
<i>Não sabe/Não quis responder</i>	11	5,3

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

**Tabela 4.16: Em relação ao grupo de apoio à gestão do(s) polo(s), quem é/será membro?**

Variável	f	%
<i>Profissional(is) da Atenção Básica (ESF/PSF, CS, Unidade Mista)</i>	104	50,5
<i>Profissional(is) contratado(s) para atuar(em) no PAS</i>	75	36,4
<i>Profissionais de outras áreas do poder público envolvidos com o PAS</i>	63	30,6
<i>Representantes da sociedade civil</i>	51	24,8
<i>Outros</i>	14	6,8

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Na **Tabela 4.18** são apresentadas as atividades que são ou serão desenvolvidas nos polos do PAS, de acordo com as orientações gerais do PAS feitas pelo Ministério da Saúde. A promoção da atividade física e da prática corporal é a mais citada, seguida das atividades de promoção da alimentação saudável. Já as ações de combate à violência e as práticas artísticas foram citadas por 63,1% e 49,1% dos entrevistados, respectivamente. Na **Tabela 4.19**, as estruturas previstas para o PAS são apresentadas em três categorias (existe, não existe e em construção). As áreas de vivência e equipamentos para exercício físico existem em torno de 60% das cidades, enquanto que em somente 26,7% das cidades os polos têm quadras e pistas de caminhada.

Os indicadores da Atenção Básica (85,4%) e do Plano Municipal de Saúde (79,6%) são os mais citados como informações para a avaliação do PAS. Os indicadores de vulnerabilidade social, pobreza ou risco de adoecimento foram citados por 54,9% dos entrevistados (**Tabela 4.20**). É interessante notar que na definição do número de polos, esses indicadores foram menos usados pelos gestores (**Tabela 4.10**).

**Tabela 4.18: Quais atividades são/serão desenvolvidas no(s) polo(s) da Academia da Saúde do seu município?**

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Promoção de AF ou PC (caminhada, ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, Tai Chi Chuan, dentre outros)</i>	200	97,1
<i>Ações educacionais para a prática de AF ou PC</i>	193	93,7
<i>Promoção da alimentação saudável</i>	193	93,7
<i>Apoio às ações de PS desenvolvidas na AB</i>	192	93,2
<i>Planejamento das ações em conjunto com a equipe da AB e usuários</i>	185	89,8
<i>Apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do Programa</i>	180	87,4
<i>Promoção de atividade de segurança alimentar</i>	178	86,4
<i>Mobilização da população adstrita ao polo do Programa</i>	178	86,4
<i>Ações de controle do tabagismo</i>	166	80,6
<i>Ações de controle do consumo abusivo de álcool</i>	157	76,2
<i>Ações de combate à violência</i>	130	63,1
<i>Práticas artísticas (teatro, música, pintura, artesanato, dentre outros)</i>	102	49,5
<i>Ainda não definidas</i>	2	1,0

AF = Atividade Física; PC = Prática Corporal; PS = Promoção da Saúde; AB = Atenção Básica

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

**Tabela 4.19: Quais são as estruturas existentes ou que estão em construção no espaço do(s) polo(s) do Programa Academia da Saúde no seu município?**

Variável	Existe (%)	Não existe (%)	Em construção (%)
<i>Área de vivência</i>	60,2	15,0	18,9
<i>Área de equipamentos de exercício físico</i>	62,1	7,8	24,8
<i>Sanitários masculino e feminino</i>	59,7	13,6	20,9
<i>Depósito de materiais</i>	51,5	23,3	20,4
<i>Sala de acolhimento</i>	49,0	24,3	18,9
<i>Academia ao ar livre / da 3ª idade</i>	49,0	34,5	11,2
<i>Sala de vivência</i>	48,1	25,7	17,5
<i>Quadra de esportes</i>	26,7	58,3	8,3
<i>Pista de caminhada</i>	26,7	56,8	9,2
<i>Área para jogos de tabuleiro</i>	25,2	58,7	7,8
<i>Parque infantil</i>	18,4	72,8	1,9
<i>Bicicletário</i>	7,8	76,2	6,8

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

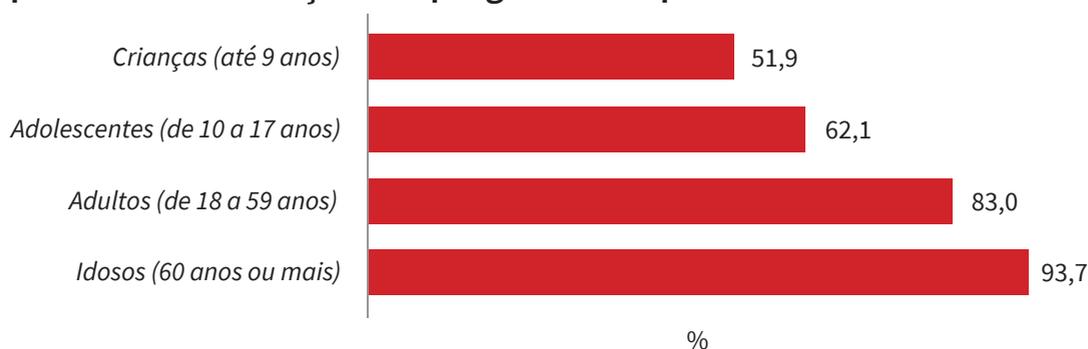
**Tabela 4.20: Como está sendo feita/ou será feita a avaliação dos resultados do Programa?**

Variável	f	%
<i>Indicadores da Atenção Básica</i>	176	85,4
<i>Indicadores do Plano Municipal de Saúde</i>	164	79,6
<i>Indicadores da Vigilância em Saúde</i>	159	77,2
<i>Indicadores de vulnerabilidade social, pobreza ou risco de adoecimento</i>	113	54,9

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

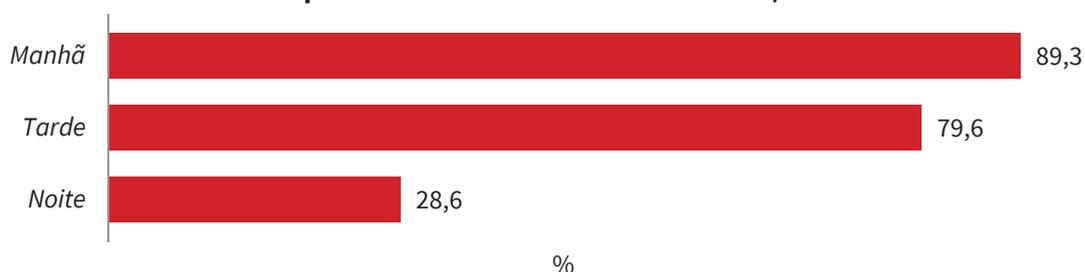
Por faixa etária, os polos atendem ou atenderão principalmente idosos e adultos (**Gráfico 4.21**) e os principais horários de funcionamento são ou serão manhã e tarde. Interessante que 28,6% dos respondentes citaram que há ou haverá atendimento no período noturno (**Gráfico 4.22**). No cenário nacional observou-se o mesmo padrão (SÁ et al., 2016). A característica de usuários e horários impõem um desafio para o PAS que é comum no SUS: o envolvimento de adolescentes e crianças e o horário de atendimento. A articulação com outros espaços públicos poderia ajudar a constituir uma rede para ampliar o atendimento em relação ao público-alvo.

#### **Gráfico 4.21: Quais os grupos que estão sendo/serão o público-alvo das ações do programa nos polos?**



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

#### **Gráfico 4.22: Em quais turnos as atividades são/serão oferecidas?**



Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Em relação aos resultados esperados (Bloco 5), dividimos as questões em quatro grupos: desenvolvimento de estratégias intersetoriais e participativas (**Tabela 5.1**), reforço à ação comunitária (**Tabela 5.2**), indicadores populacionais de comportamentos (**Tabela 5.3**) e reorientação dos serviços de saúde (**Tabela 5.4**), e solicitamos que os gestores indicassem suas expectativas em um horizonte de até 2 anos e entre 2 e 5 anos. Em relação ao desenvolvimento de estratégias intersetoriais e participativas, chamou a atenção a redução das respostas afirmativas na ampliação do prazo. Temos a impressão de que alguns resultados não serão mais esperados em longo prazo. Por exemplo, o estabelecimento de parcerias intrasetoriais em até 2 anos foi indicado por 58,7% dos entrevistados, mas para o período entre 2 e 5 anos reduziu para 39,8%. É possível que os entrevistados tenham considerado que no longo prazo o que foi estabelecido nos dois primeiros anos seria mantido e não ampliado. Ainda assim, é interessante considerar que a maioria dos indicadores apresentou um percentual abaixo de 70% (**Tabela 5.1**). O mesmo ocorreu para os resultados de reforço comunitário (**Tabela 5.2**).

Para as mudanças comportamentais ou de conhecimentos (**Tabela 5.3**), os únicos resultados esperados que aumentarão do curto para o médio prazo foram a redução do tabagismo e do consumo do álcool, possivelmente pela complexidade do tema, o que exigiria ações a longo prazo. Os gestores identificam que os maiores impactos ocorrerão em até 2 anos de implantação do PAS.

Quanto aos resultados esperados para a reorientação do serviço (**Tabela 5.4**), os únicos indicadores que apresentaram aumento de um período para outro foram a redução do número de consultas e a redução de medicamentos e remédios. O item 'registrar e avaliar as ações do PAS' reduziu de 74,3% para 25,7%, no período até 2 anos e entre 2 e 5 anos, fato que reforça que a maioria dos resultados seria menos prioritários a longo prazo ou que a avaliação perderia sua importância. Discutir

os resultados esperados e a forma de avaliá-los com os gestores do PAS nos parece fundamental para alinhar as expectativas entre os níveis de governo.

**Tabela 5.1: Quais são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação ao desenvolvimento de estratégias intersetoriais e participativas?**

Variável	f	%
<i>Participação popular em todas as fases</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	79	38,3
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	127	61,7
<i>Estabelecer parcerias intersetoriais</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	121	58,7
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	82	39,8
<i>Estabelecer parcerias intrasetoriais</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	131	63,6
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	67	32,5
<i>Estabelecer um grupo gestor</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	139	67,5
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	61	29,6
<i>Reuniões sistemáticas com os atores envolvidos</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	179	86,9
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	24	11,7

Frequência e porcentagem dos dados referentes às respostas afirmativas (SIM)

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

**Tabela 5.2: Quando são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação ao reforço à ação comunitária?**

Variável	Sim	
	f	%
<i>Acolher ações/atividades organizadas pela comunidade adstrita</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	108	52,4
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	96	46,6
<i>Criar grupos para a discussão de questões locais</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	131	63,6
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	73	35,4
<i>Mapear, criar ou desenvolver redes de atuação temáticas</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	101	49,0
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	102	49,5

Frequência e porcentagem dos dados referentes às respostas afirmativas (SIM)

Fonte: Pesquisa "Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015".

**Tabela 5.3: Quais são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação a indicadores populacionais de comportamentos?**

Variável	f	%
<i>Ampliar os conhecimentos sobre os benefícios da AF</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	121	58,7
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	85	41,3
<i>Aumentar a prática de atividade física na população participante</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	121	58,7
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	84	40,8
<i>Ampliar os conhecimentos dos participantes sobre os benefícios de hábitos alimentares saudáveis</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	124	60,2
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	83	40,3

(continua na próxima página)

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Aumentar o consumo de alimentos saudáveis entre os participantes</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	118	57,3
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	90	43,7
<i>Aproximar os usuários das várias manifestações artísticas e culturais como elementos de promoção da saúde</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	88	42,7
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	112	54,4
<i>Aumentar o conhecimento da população sobre cuidados com a saúde</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	146	70,9
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	61	29,6
<i>Reduzir o tabagismo e seus derivados na população participante</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	74	35,9
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	131	63,6
<i>Reduzir uso abusivo de álcool e outras drogas na população participante</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	59	28,6
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	141	68,4
<i>Engajamentos em ações de cidadania/voluntariado</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	82	39,8
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	119	57,8

Frequência e porcentagem dos dados referentes às respostas afirmativas (SIM)

Fonte: Pesquisa "Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015".

**Tabela 5.4: Quais são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação à reorientação dos serviços de saúde?**

Variável	f	%
<i>Integrar os profissionais do NASF e do Programa Academia da Saúde</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	110	53,4
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	57	27,7
<i>Integrar os profissionais do PSF e do Programa Academia da Saúde</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	164	79,6
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	32	15,5
<i>Registrar e avaliar as ações do Programa Academia da Saúde</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	153	74,3
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	53	25,7
<i>Constituir grupo de apoio à gestão do polo</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	130	63,1
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	74	35,9
<i>Incluir o Programa no Plano Municipal de Saúde</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	159	77,2
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	38	18,4
<i>Integrar as ações do Programa às ações da UBS</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	167	81,1
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	30	14,6
<i>Reduzir a quantidade de consultas</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	83	40,3
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	123	59,7
<i>Reduzir o número de medicamentos/remédios</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	65	31,6
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	142	68,9

(continua na próxima página)

<b>Variável</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>Desenvolver ações com foco na integralidade do cuidado</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	121	58,7
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	84	40,8
<i>Desenvolver práticas educativas que promovam a autonomia dos sujeitos</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	121	58,7
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	83	40,3
<i>Desenvolver ações de educação permanente</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	136	66,0
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	68	33,0
<i>Ampliar a clínica</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	69	33,5
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	130	63,1
<i>Definir linhas de cuidado</i>		
<i>Em até 2 anos</i>	130	63,1
<i>Entre 2 e 5 anos</i>	76	36,9

Frequência e porcentagem dos dados referentes às respostas afirmativas (SIM)

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

Em relação aos planos para implantação de novos polos do PAS (Bloco 6), dos 206 entrevistados, 47,6% reportaram que pretendem submeter uma nova proposta e 15% dos gestores não souberam responder.

Na **Tabela 6.2** são apresentados os motivos para a nova submissão e na **Tabela 6.3** os motivos para a não submissão. Os motivos menos citados para a submissão foram: atender demanda do governo (63,3%) e a mobilização de recursos municipais para ampliar o Programa (32,7%). A baixa disponibilidade de recursos pode ser um problema para garantir a sustentabilidade do PAS somados a 53,2% dos entrevistados que dis-

seram que não submeterão nova proposta devido à falta de condições para expandir o Programa.

Somente 3,9% dos gestores citaram problemas de adesão da população somados a resultados não esperados do PAS como motivo para não submeter a requisição de um novo polo. A política indutora do Ministério da Saúde para o PAS foi citada por 84,7% como um motivo para implantar novas propostas. As questões estruturais e financeiras dos municípios também impactaram a sustentabilidade, ainda que 95,9% citaram que o PAS apresentou/apresentará resultados positivos para a comunidade. Lembramos que os dados foram coletados antes do agravamento da crise econômica no país. Florindo et al. (2016<sup>b</sup>) encontraram resultados similares ao entrevistar gestores de saúde em cidades que receberam recursos para o PAS até julho de 2012.

**Tabela 6.2: Motivos para submeter novas propostas para o Programa Academia da Saúde.**

<b>Variáveis</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<i>O Programa teve/terá resultados positivos para a comunidade</i>	94	95,9
<i>As ações de promoção da saúde são prioridade para o município</i>	94	95,9
<i>Ampliar a abrangência do Programa</i>	94	95,9
<i>Porque essa é uma demanda da população</i>	85	86,7
<i>Porque o Programa possui recurso federal</i>	83	84,7
<i>Atender demanda do governo</i>	62	63,3
<i>O município tem recursos mobilizados para ampliar o Programa</i>	32	32,7

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

**Tabela 6.3: Motivos para NÃO submeter novas propostas para o Programa Academia da Saúde.**

Variáveis	f	%
<i>Aguardarão os resultados dos polos em construção</i>	47	61,0
<i>A quantidade de polos é suficiente</i>	45	58,4
<i>O município não tem condições para de expandir o Programa</i>	41	53,2
<i>Não há profissionais suficientes para desenvolver as atividades do Programa</i>	39	50,6
<i>O município não tem condições para dar continuidade ao Programa</i>	25	32,5
<i>Identificação das políticas de saúde para o município por causa do período eleitoral</i>	25	32,5
<i>Não há terreno próprio do município para a construção de novos polos</i>	19	24,7
<i>O município não pode mais concorrer ao Programa</i>	10	13,0
<i>As ações de promoção da saúde não são prioridade neste momento para o município</i>	7	9,1
<i>A população não aderiu às atividades do Programa e das ações de promoção à saúde propostas</i>	2	2,6
<i>O Programa não apresentou os resultados esperados para a comunidade</i>	1	1,3

Fonte: Pesquisa “Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo, 2015”.

## Considerações finais

Os resultados aqui apresentados permitem compreender melhor como o PAS está se consolidando no Estado de São Paulo e como vem sendo planejado. A descrição deste cenário poderá servir de inspiração para novas perguntas avaliativas com um maior aprofundamento, seja no âmbito municipal ou estadual, e poderá servir para comparações futuras.

Nos Blocos 1 e 2, identificamos que a maioria (59,7%) dos gestores se envolveu desde o início no PAS e recebeu treinamento (78,9%). O esforço do Ministério da Saúde e da SES/SP nesse sentido deve ser

reconhecido, porém, seria fundamental que o impacto dessas iniciativas fosse avaliado. Os treinamentos podem ter contribuído para uma aproximação maior dos profissionais com as diretrizes e princípios do Programa, porém, o acolhimento dos gestores e profissionais locais que assumiram ao longo do processo deveria ser repensado em todos os níveis de governo, visto que a quantidade de informação desconhecida pelos gestores entrevistados nos chamou a atenção.

No Bloco 3, 84,5% dos gestores consideram que o PAS não está isolado no município e sim integrado à Atenção Básica, porém, a qualidade e a forma como essa integração é operacionalizada merece ser mais discutida. Sugerimos que seja incentivada a ampliação do PAS com as instituições não governamentais do território, pois o estabelecimento de parcerias com esse setor nos pareceu fragilizada.

Os temas abordados pelo PAS poderiam ser ampliados para além dos temas atividade física e alimentação, conforme as diretrizes, princípios e eixos do PAS. A sua criação e herança histórica dos programas conhecidos como “Academia da Cidade” e a presença massiva dos profissionais de Educação Física podem estar contribuindo para uma atuação focada nessas temáticas. Os temas redes sociais e empoderamento foram observados como os princípios de promoção da saúde menos abordados (Bloco 4). A discussão sobre estratégias para aumentar a cobertura do PAS, diversidade no público atendido e o período de atividades poderia ser estimulada entre os polos em funcionamento, ainda que o número de atendimentos tenha sido o esperado pela maioria dos gestores. Reforçamos aqui a necessidade de uma indução por parte da SES/SP e do Ministério da Saúde para a identificação de estratégias bem-sucedidas e estímulo à permanente reflexão.

O Bloco 5 trouxe informações relevantes sobre os resultados esperados em dois períodos distintos, até 2 anos e entre 2 e 5 anos. Há de se ressaltar que muitos resultados perderam importância com o prazo maior (entre 2 e 5 anos). É importante lembrar que no PAS não há o

estabelecimento de metas ou resultados esperados em suas diretrizes. Resultados advindos de pesquisas se concentram nos indicadores populacionais de comportamentos, porém, resultados sobre as estratégias intersetoriais e participativas, o reforço à ação comunitária e em relação à reorientação dos serviços de saúde, são ainda escassos.

Um aprofundamento sobre os resultados esperados do PAS poderia ser priorizado e contribuir com um alinhamento maior com a rede da Atenção Básica. A reflexão conjunta, entre os diferentes níveis de governo e de forma intrasetorial, poderia contribuir para a avaliação local do PAS, definindo prioridades de monitoramento e avaliação.

Por fim, no Bloco 6, os entrevistados indicaram a intenção de submeter novas propostas para o PAS (47,6%). Seria oportuno que todas as esferas de governo pensassem em discutir estratégias de como os gestores locais poderiam conduzir a proposta com recursos próprios. Possivelmente, envolver os prefeitos e secretários municipais poderia ser importante para garantir a sustentabilidade do PAS.

Esperamos que as informações apresentadas neste capítulo possam contribuir para a reflexão sobre a implantação, implementação, monitoramento e avaliação do PAS, envolvendo todos os atores, dos diferentes níveis de governos e da sociedade civil, com o objetivo de melhorar as ações do Programa e a sua maior e melhor integração com a Atenção Básica.

## Referências

ANDRADE, D. R. **Avaliação do processo de municipalização do Programa Agita São Paulo**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>, 2011<sup>a</sup>. Acesso em 10 de janeiro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf), 2011<sup>b</sup>. Acesso em 15 de janeiro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html). Acesso em 10 de janeiro de 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União. 19 Nov 2014. Seç. 1, p. 68-68. Disponível em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em 10 de janeiro de 2019.

FLORINDO, A. A. 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**, (São Paulo). 30(4):913-24, 2016<sup>a</sup>.

FLORINDO, A. A. et al. Description of health promotion actions in Brazilian cities that received funds to develop “Academia da Saúde” program. **Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum**; 18(4):483-492, 2016<sup>b</sup>.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev Bras de Ativ Fis Saúde**. 19(3): 286-299, 2014.

MALTA, D. C. et al. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, 25(2):373-390, 2016<sup>a</sup>.

MALTA, D. C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Cienc Saúde Coletiva**, 21(6):1683-1694, 2016<sup>b</sup>.

MOTA, P. H. S. et al. Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. **Saúde Debate**. 40(8):64-73, 2016.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Cienc Saúde Coletiva**, 21(6):1849-1859, 2016.

SILVA, R. N. et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**. 33(4): 1-16, 2017.

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



# Capítulo 5

## PISTAS PARA PROSSEGUIR NA PRODUÇÃO DE SAÚDE E CUIDADO

*Juan Carlos Aneiros Fernandez e Daniele Pompei Sacardo*

### Introdução

Com uma abordagem de corte qualitativo, esta etapa da pesquisa visou apreender as visões e percepções dos 102 atores envolvidos no Programa Academia da Saúde (PAS) – gestores, profissionais, usuários e não usuários desses polos durante o primeiro semestre de 2018. Isto é, procurou conhecer os sentidos e significados atribuídos pelos envolvidos às suas práticas nesse âmbito.

Após a leitura exaustiva de todas as entrevistas transcritas, buscamos apreender certas regularidades nos depoimentos sem excluir manifestações e experiências singulares – isto é, uma perspectiva nomotética somada a uma perspectiva ideográfica<sup>1</sup> –, no entendimento de que ambas as situações podem contribuir para a compreensão do fenômeno e indicar, assim, formas possíveis de prosseguir no desenvolvimento da promoção da saúde e ampliação do bem-estar da população a quem se dirige as ações do Programa.

---

<sup>1</sup> Segundo Crespi (CRESPI F. *Manual de sociologia da cultura*. Lisboa: Editorial Estampo, 1997, p.224), “...a orientação nomotética, segundo a qual se procura obter generalizações teóricas que possam ser aplicadas a um número consistente de indivíduos (...); a orientação ideográfica, que se interessa pela vida dos indivíduos singulares (...)”.

Nosso modelo de análise e interpretação dos dados parte de algumas premissas explicitadas já nos roteiros de entrevistas desenvolvidos especificamente para este estudo. Nesse sentido, quando perguntamos aos entrevistados qual era o desafio que este Programa pretendia enfrentar, tínhamos como pressuposto a promoção da saúde; quando perguntamos sobre as parcerias que eles realizavam ou pretendiam realizar, tínhamos em mente a intersetorialidade e o trabalho em rede nos territórios; quando perguntamos sobre o legado que essa experiência deixaria, tínhamos o interesse de refletir a respeito de mudanças na produção do cuidado e modos de vida saudável, bem como a sustentabilidade das ações.

A essas premissas, que podemos bem chamar de categorias teóricas<sup>2</sup>, aproximamos os dados empíricos, buscando dar a estes o lugar privilegiado para a atenção. Trata-se de um modelo que busca mais apresentar do que representar, mais mostrar do que demonstrar<sup>3</sup>, ou seja, pretende-se mais descritivo do que normativo, ainda que, evidentemente, não acreditemos que como pesquisadores possamos ir a campo deixando a nós mesmos dentro de nossas casas.

É possível que interessasse mais aos sujeitos deste estudo poderem encontrar neste texto um conjunto de medidas práticas que desse respostas aos desafios que têm encontrado no desenvolvimento do PAS. Entretanto, os resultados apresentados a seguir parecem mostrar como as questões práticas estão atravessadas por questões conceituais e como questões objetivas estão mediadas por questões subjetivas.

Talvez a melhor forma de ler esses resultados seja colocando-nos

---

<sup>2</sup> MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

<sup>3</sup> MAFFESOLI, M. *Elogio da razão sensível*. Petrópolis: Vozes, 1998.

a todos, e solidariamente, no processo de promoção da saúde e cuidado, considerando igualmente nossos acertos e nossos erros.

As análises são apresentadas a seguir reunidas em torno de quatro seções que precedem nossas “Considerações Finais”: “As diversas formas de compreender a promoção da saúde”; “A instalação e operação dos polos”; “Os polos e suas conexões, redes e parcerias”; e “Entre aprendizados e legados - mirando o futuro”.

### **As diversas formas de compreender a promoção da saúde**

*... controle de diabetes, pressão alta, até mesmo o emocional, porque as pessoas vêm aqui e se envolvem, criam amizades, né? Muito bom, (...) no emocional, na autoestima, porque você vem aqui e você fica até mais bonito, né!?*  
(Usuário do PAS<sup>4</sup>)

*... essa é uma das grandes dificuldades que eu tenho (...), trazer esses adolescentes para as atividades. (...) Eu não sei que estratégia mais usar, porque a gente já usou algumas e não consegui, mas enfim... (Gestor de polo)*

Uma das perspectivas que parecem informar a compreensão dos entrevistados acerca dos objetivos que o PAS pretende atingir está baseada nas doenças que acometem a população, em geral idosa, e nos riscos de adoecimento ou agravamento do adoecimento decorrentes do sedentarismo. Vejamos alguns depoimentos ilustrativos disso:

---

<sup>4</sup> A identificação de todos os depoentes foi padronizada em torno de um masculino genérico. Profissionais com formação em Educação Física foram denominados Educadores Físicos, não obstante o sistema CONFEF/CREF recomende o uso do termo profissional de Educação Física. A função “Gestor de polo” inclui depoentes que se autodenominaram, também, como responsáveis pela Academia. Foi definida a função “Profissional da Academia”, para as demais profissões da saúde que não a de Educador Físico.

*... é uma população idosa, é uma população vulnerável, uma população com fatores de riscos elevadíssimos, com altas taxas de hipertensão, de glicemia e de diabetes (...). Além disso, tem o álcool, tabagismo, enfim...*  
(Gestor de polo)

*... a gente tem aqui pessoas com problema de coluna, problema de artrite, de artrose, pressão alta, diabetes, então são vários problemas num grupo só, pessoas com problemas de depressão, circulação sanguínea...* (Profissional do PAS)

*... o maior objetivo desse projeto é enfrentar o sério problema do sedentarismo que nós temos no geral...*  
(Educador Físico)

*[É] superimportante para administrar os fatores de risco.* (Gestor de polo)

*... o foco é [o] adulto de modo geral, com prevenção e tratamento de doenças crônicas.* (Educador Físico)

O cuidado realizado nessa perspectiva está relacionado à oferta de oportunidades para a realização das chamadas “boas práticas” para o que a instalação e funcionamento dos polos do PAS parece se somar a outras iniciativas correlatas e já existentes:

*... só de a gente estar incentivando a população, incentivando até as crianças a praticar exercícios físicos, acho que a gente já tem deixado esse legado.* (Gestor de polo)

*... fazer com que o pessoal envelheça com saúde, com qualidade de vida, tomando menos medicamentos e os mais jovens engordando menos, né?* (Educador Físico)

*... hoje [a cidade] não conta com área descoberta de atividade física, as pessoas, os bairros têm um centro para ir fazer atividade física, sendo a ginástica, o Lian Kung que tem praticamente em todos os postos de saúde, Unidades Básicas tem o Lian Kung para a realização de atividade física, as ginásticas têm nos centros esportivos, então a gente conseguiu concentrar elas, tem o vôlei adaptado que tem em dois centros esportivos... (Gestor de polo)*

*Então, tudo faz parte das políticas de promoção da saúde que são desenvolvidas no município, baseadas na Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde... aqui nós temos uma rede de equipamentos muito grande, inclusive na questão do esporte adaptado, creches, os conviveres, centros de convivência... (Gestor de polo)*

*... era o projeto [de outro nome]; ... já faz nove anos, e agora que mudou para a Academia da Saúde, mas continuam as mesmas participantes. (Gestor de polo)*

A oferta dessas oportunidades tem uma dimensão inclusiva no sentido de tornar acessível a prática da atividade física a usuários que vivem situações de maior vulnerabilidade e para os quais, portanto, é facultado o acesso gratuito a uma academia e às boas práticas que nela se desenvolvem. Essa dimensão inclusiva é destacada pelos profissionais no que corresponderia a uma leitura sobre a vulnerabilidade do público com o qual trabalham:

*... a nossa comunidade é uma comunidade muito carente, já o fato de as aulas serem gratuitas, acho que já é um grande acesso de que não tem condições de ir a uma academia, porque tem que perder peso, e quer uma qualidade*

*de vida melhor. Eu acho assim que é um ponto essencial, tem acompanhamento de acupuntura, que é um público carente, então acho um recurso muito difícil de se conseguir, tem nutricionista... (Educador Físico)*

*... uma satisfação muito grande, ver que as pessoas de uma carência muito grande em todos os aspectos de conhecimento, a carência de conseguir realizar alguma atividade física particular, a gente poder oportunizar essas pessoas com alto risco de fatores de riscos, oferecer gratuitamente para a população para que elas tenham uma melhor saúde, para que elas tenham o melhor cuidado com a sua saúde... (Gestor de polo)*

A oportunidade também é destacada pelos usuários na forma de uma atenção às necessidades de saúde que eles têm, quando são consideradas condições de vulnerabilidade socioeconômica em menor grau do que as necessidades adquiridas de cuidado à saúde, propriamente ditas, decorrentes do avanço da idade cronológica ou da descoberta de alguma doença:

*... tinha que pagar cinquenta reais por mês, aí se eu não pagasse no dia certo no outro dia não podia pagar mais... aí eu parei... aí começou aqui e eu continuei. (Usuário do PAS)*

*... a minha idade já é que tem que começar a procurar cuidar mais da saúde. (Usuário do PAS)*

*... grande parte da população daqui tem alguma coisinha ou passou por uma cirurgia e precisa fazer alguma coisa, ou tem algum outro problema, entendeu? E aí a atividade física ajuda a reabilitação das pessoas. (Usuário do PAS)*

Ainda que se tenham encontrado referências ao imaginário *fitness*<sup>5</sup> (uma ascese corporal em academias privadas e bem equipadas), o que prevalece é uma retórica relativa aos benefícios da atividade física para a saúde e produção de bem-estar:

*... hoje eu achei interessante, minha filha o short não servia, ela falou para mim: “hoje eu coloquei, serviu”. Então, tipo assim, ela está melhorando a qualidade de vida.*  
(Usuário do PAS)

*... gostaria muito de ver nessa sala aparelhos de musculação, para que eu pudesse atrair jovens para fazer um trabalho de musculação, hipertrofia, trabalho de emagrecimento, como se fosse uma verdadeira academia particular, com esteiras elétricas, bicicletas ergométricas... Isso é um sonho particular que eu tenho de ter aqui, porque eu tenho certeza que aí seria bem mais ativo esse projeto do que é hoje.* (Educador Físico)

*... [é importante] esse projeto porque desmistifica um pouco da atividade física só para a beleza, a gente tem que ver o lado principal da saúde das pessoas.*  
(Educador Físico)

*... o mais importante do programa é a conscientização da atividade física e da importância da qualidade de vida.*  
(Gestor de polo)

Essa retórica sobre a contribuição da atividade física no enfrentamento desses adoecimentos e riscos parece já “internalizada”, por assim

---

<sup>5</sup> ORTEGA, F. *O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea*. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

dizer, tanto para os profissionais e gestores quanto para os usuários e, inclusive, para os não usuários entrevistados:

*Tem muitas que tomavam remédio de hipertensão e não tomam mais. (Gestor de polo)*

*... a gente tem tido uma diminuição no uso de medicamentos contínuos, nos medicamentos para dores musculares, a própria UBS, a própria gestora pode confirmar para você o número de medicamentos como caiu. (Educador Físico)*

*... aqui (...) tem uma ciclovia muito bonita, eu vou andar de bicicleta, e eu sou diabético, e prefiro andar de bicicleta pela praia do que ficar numa academia. (Não Usuário do PAS)*

Todos já parecem saber da importância da atividade física, mas não é grande o número de participantes nos polos. Como relatado por uma gestora: “... a conscientização da população eu acho que é um problema grave para a gente, porque não é todo mundo que adere à atividade física”. A adesão, em geral, é de público idoso, sobretudo mulheres, que já convivem com adoecimentos crônico-degenerativos, em relação aos quais os benefícios dessas práticas são percebidos imediatamente. Os depoimentos desse público tratam, de forma recorrente, da redução no uso de medicamentos e, sobretudo, da sociabilidade.

Isso, por um lado, sugere que a lógica dos riscos à saúde e a necessidade de evitá-los, que é parte dessa retórica<sup>6</sup>, tem uma influência menor na informação de condutas da população participante do que a lógica de controle das doenças crônicas e obtenção de bem-estar decor-

---

<sup>6</sup> CASTIEL, L. David et al. *Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

rente das atividades físicas. Por outro lado, revela o sucesso do investimento sanitário realizado no controle de doenças mediante a prática de atividade física e a insipiência do investimento no bem-estar produzido pela atividade física independentemente da presença das doenças e que, portanto, pudesse atrair outros tipos de público.

Nesse sentido, segue sendo um desafio consolidar uma perspectiva de trabalho na lógica da promoção da saúde<sup>7</sup> e as iniciativas assim denominadas e referidas continuam a seguir uma lógica de prevenção e controle de doenças. Os polos funcionam em estreita ligação com UBS, ESF e NASF, reproduzindo as práticas e perspectivas predominantes destes em relação às mesmas pessoas assistidas:

*... a academia nada mais é do que uma extensão da UBS. (Educador Físico)*

*... as ações são pactuadas juntas, tanto os profissionais da academia junto com o pessoal do posto vão ao mesmo evento, realizam as atividades. (Gestor de polo)*

*... tem as palestras com o doutor que a gente chama de educação em saúde. O médico da UBS ele vem aqui dentro da academia e a gente escolhe um tema para que ele converse com os alunos fora do consultório, temos também as palestras de conscientização do câncer de mama, de próstata, a depressão, e tudo mais. (Educador Físico)*

*... a gente pega, mede, conversa, tira glicemia (...), afere pressão e eles tiram dúvidas. (Educador Físico)*

Esse desafio se mantém a despeito dos indícios ou das pistas já

---

<sup>7</sup> FERNANDEZ, J. C. A. e MORAES, M. A. (Orgs.) *Avaliação de projetos na lógica da promoção da saúde na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec: Cepedoc Cidades Saudáveis, 2014.

amplamente conhecidas por profissionais, usuários e pesquisadores do tema<sup>8</sup> quanto aos resultados não decorrentes da abordagem em torno dos adoecimentos e seu controle. Depreende-se isso a partir dos depoimentos relativos à sociabilidade produzida por essas atividades em grupos, que são valorizadas por todos, mas que não são absorvidas como um aspecto relevante do trabalho em saúde, porém como um efeito secundário e, assim, não requer maior investimento:

*Aí nós encontramos com todo mundo aqui da família, que aqui é como uma família, né? (Usuário do PAS)*

*... a gente procura estar sempre junto, as vezes faz um churrasquinho na casa de alguém, está todo mundo junto, a gente é bem unida aqui. (Usuário do PAS)*

*... a gente percebe que há realmente uma carência muito grande, as pessoas precisam ser ouvidas, as pessoas precisam de um pouco de carinho e afeto. (Gestor de polo)*

*... fiz muitos amigos, pessoas próximas de mim que eu não conhecia e passei a conhecer, eu moro no bairro já há trinta anos e tinha pessoas na minha rua que eu não conhecia. Fiz amizade aqui. (Usuário do PAS)*

Os depoimentos indicam que a atividade física não é apenas a cultura *fitness*, mas saúde. Não indicam, contudo, que a saúde não é só prevenção e controle de doenças, mas, também, viver bem a vida junto aos outros.

Parece persistir a dificuldade em conceber o trabalho em saúde

---

<sup>8</sup> HALLAIS, J. A. S. *Sociabilizando na prática*: as formas de sociabilidade nos grupos de práticas corporais na Atenção Primária em Campinas/SP. 2016. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312953>>. Acesso em 30 de agosto de 2018.

descolado da ideia de ausência de doença. O depoimento de um profissional entrevistado faz crer que a saúde possa se reduzir a um estado prévio da doença, pois segundo ele:

*...o problema é mais como trazer os adolescentes (...), a gente está tendo dificuldade em trazer os adolescentes para a prática, que são os futuros doentes, então a gente tem muita dificuldade e vai ser uma população que vai dar muito trabalho. (Educador Físico)*

Em relação a esse entendimento, seria profícuo imaginar se a não aproximação dos adolescentes seria – nesse caso, mas também em outros correlatos – decorrente de eles não se sentirem “pré-doentes” ou de não pretenderem participar de espaços voltados para os “já-doentes”.

Considerando os resultados obtidos com essas entrevistas é preciso discutir que se a promoção da saúde não consegue modificar a lógica do trabalho em saúde<sup>9</sup>, a ampliação do público engajado nos polos do PAS crescerá apenas à medida que crescer o número de adoecidos engajados no controle de suas doenças. Mais doentes cuidando de suas doenças é, por certo, um resultado muito importante, mas não é necessária a perspectiva da promoção da saúde para tanto.

Assim como é preciso discutir a possibilidade desses polos funcionarem como pontos de acesso ao sistema de saúde<sup>10</sup>. Os resultados indicam esses polos, principalmente, como extensão dos pontos já existentes e dos quais, com frequência, dependem diretamente, acolhendo seus públicos e suas lógicas de assistência sem nenhum acréscimo significativo quanto a inovações na abordagem e cuidado prestados à população.

---

<sup>9</sup> Pode-se depreender isso como um dos objetivos da Portaria de Consolidação nº 5, de 28/09/2017, que trata da “Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde”, publicada no Diário Oficial da União em 3 de outubro de 2017.

<sup>10</sup> Cf. nota 9, Artigo 4º.

As relações entre os polos e as unidades de saúde são apresentadas como próximas e positivas na quase totalidade dos casos desta amostra, mas alguns respondentes destacam, também, algumas dificuldades. Num dos casos, essa dificuldade decorre da perspectiva predominante de abordagem dos profissionais de saúde. Segundo um gestor:

*Existe historicamente uma tendência que haja uma ruptura entre assistência e prevenção (...); a unidade de saúde ela não entende que a academia faz parte do Sistema Único de Saúde e aí a academia quando solicita um atestado de saúde de um usuário que está sendo acompanhado pela unidade, eles estão relutando em dar um atestado de quem eles acompanham, e aí gera, começam a solicitar vários exames e isso demora e a gente não consegue ter um desenvolvimento adequado. (Gestor de polo)*

Noutro caso, é tematizada a formação profissional fora do campo da saúde como a geradora de dificuldades. Como disse um profissional:

*... o profissional que vem do esporte ele não se preocupa com a promoção da saúde, ele se preocupa com o aluno em chegar aqui e ele dar aula, e a gente não, tem uma continuidade, já acompanha esse paciente diariamente, então é o trabalho que eu acho que eles deviam meio que impor isso, que o educador tem que ser da saúde. (Educador Físico)*

Quanto à percepção dos benefícios para além do controle das doenças, mantidos como subprodutos ou efeitos secundários, como dissemos, eles são, acima de tudo e, frequentemente, referidos para expressar a satisfação profissional de trabalhar nesse projeto e com esse público:

*... o que mais gratifica é você ver as pessoas se tornarem pessoas mais felizes. (Gestor de Polo)*

*É muito rico trabalhar com promoção de saúde, né? Então, para mim, trouxe uma consciência melhor do meu corpo, do corpo das pessoas, como trabalhar o respeito com as pessoas... (Educador Físico)*

Os eventuais planos de desenvolver iniciativas descoladas dos processos de adoecimento parecem expressar estratégias para manter engajados os já inseridos no Programa mais do que a percepção de um modus operandi a desenvolver para a produção de saúde.

*... eu acredito que é mais a população mesmo de adesão que a gente está pensando em fazer algo diferente, né? (Gestora de polo)*

*... não só colocar mais atividades físicas, mas tipo fazer uma noite um bailinho, sabe? Para elas estarem interagindo também a família, não só elas, porque quando tem as confraternizações elas falam: “Posso levar meu filho? Posso levar meu marido?” E aí a gente não consegue alimentação para todo mundo, entendeu? Então, fica mais... (Gestor de polo)*

*... a gente está tentando algumas coisas também, nesse próximo café a gente vai abrir para eles mesmos apresentarem alguma coisa deles: um aluno que toca violão, ou uma aluna que faça um artesanato, tem um pessoal de uma outra academia também que faz um teatro que é bem bacana. (Educador Físico)*

O funcionamento dos polos é realizado quase que exclusivamente por profissionais Educadores Físicos, que podem estar mais ou menos inte-

grados às unidades de saúde e respectiva lógica predominante de ação, e já adequados à oferta de atividades nas primeiras horas da manhã, quando o público apresenta maior disponibilidade para participar. Adicionalmente, é comum que esses profissionais realizem regularmente essas atividades em diversos pontos da cidade, sejam ou não polos do PAS:

*Nós não temos uma equipe na verdade, nós temos uma “equipe” (sic)... (Educador Físico)*

*... sou eu, o Educador Físico (...). As ações que nós temos aqui somente é de atividade física. (Educador Físico)*

*... a gente tem a nossa equipe, a gente sempre pede ajuda para eles, (...) hora vem nutricionista, hora vem psicóloga, a fono, a doutora... (Educador Físico)*

*... de terça e quinta eu faço atendimento no polo do outro bairro, mais subindo assim na cidade, então lá a gente faz ao ar livre... (Educador Físico)*

*... eu tenho que me dividir em dois, eu tenho que dar dois dias aqui e dois dias no polo II. (Educador Físico)*

Mantendo-se nesse protagonismo, é sobre o profissional Educador Físico que recaem as maiores cobranças quanto aos limites de seu conhecimento sobre saúde, como já vimos acima, ou sobre promoção da saúde para que o projeto seja bem-sucedido. Como disse um gestor: “Se eu fosse escrever diferente eu priorizaria um pouco na capacitação desses profissionais, para realmente eles entenderem e fazer com que o Programa dê certo”. A dificuldade de inverter a lógica predominante de ação, que verificamos a partir deste estudo, passaria a ser, assim, um problema da área de formação, da inexperiência no campo da saúde e sempre vinculada a outrem, e nunca ao modus operandi do trabalho em saúde já consolidado.

Não se considera que nessa dinâmica de funcionamento predominante – responsabilidade do Educador Físico e foco na doença e adoecimentos – não se criem condições necessárias para transformar o polo do PAS num espaço de geração e desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde que alcancem outros públicos e seus interesses mais imediatos.

Por vezes, alguns horários de funcionamento dos polos são preenchidos com atividades desenvolvidas por nutricionistas ou por palestras nos moldes da Educação em Saúde, como realizado frequentemente na Atenção Básica.

Nesse sentido, e quando integrado a alguma unidade de saúde, o polo funciona como apoio, em razão de oferecer um espaço, às vezes inexistente, para a realização dessas atividades, além do profissional Educador Físico que possa conduzir as prescrições de atividades físicas a seus usuários.

Em menor número, na nossa amostra, encontram-se referências à ampliação do escopo do projeto para além do controle de doenças. Esse é caso do entendimento de um gestor que relatou sua mudança e perspectiva em relação a essa proposta. Como ele disse:

*... eu tinha muito o olhar somente da atividade física, mas as pessoas que frequentam os espaços, todos eles, o ganho que elas têm muito é o social, muitos relatam ganho de sociabilidade, socialização... Então, isso foi o que me chamou mais atenção no programa na verdade, mais até do que propriamente a promoção da atividade física, foi essa melhora no convívio, na inter-relação pessoal das pessoas, elas se unem para ajudar uma pessoa. Quando a gente faz alguma ação voltada para festa, por exemplo, eles ficam bastante engajados. Então, somente foi isso que*

*me chamou mais atenção desde quando eu assumi o setor aqui.* (Gestor de polo)

Esse mesmo gestor refere a mudança de perspectiva nos usuários e, também, nos profissionais que, segundo ele, já mudaram “a chavinha, vamos assim dizer, para aquela visão intervencionista só do problema; eles já estão pensando na promoção da saúde por meio das ações do polo da Academia”.

O Educador desse mesmo polo, que também acredita “muito no programa de promoção da saúde de um modo geral” entende que “os problemas específicos não são resolvidos com uma questão só, eles não são resolvidos só em um âmbito de remédio, por exemplo, ou só de atividade física, ou só de uma boa alimentação, é uma base muito maior, muito mais complexa”.

Contudo, a complexidade que ele refere diz respeito a uma somatória de várias abordagens dentro de uma mesma perspectiva<sup>11</sup>, pois ele afirma que “o foco é adulto de modo geral, com prevenção e tratamento de doenças crônicas”, e conclui que a mudança de hábitos que pretende produzir “precisa muito da área [de saúde] mental; a gente precisa muito desse acompanhamento”, o que sugere, de certa forma, casos de não adesão de etiologia patogênica, ou a necessidade de medicalizar a não adesão.

Se isso corresponde a certa compreensão do que seria a promoção da saúde ou corresponde a um emprego apenas retórico desta, não há como precisar. No entanto, também nesta nossa amostra identificamos que uma indistinção entre promoção da saúde e prevenção de do-

---

<sup>11</sup> Uma perspectiva patogênica, segundo ANTONOVSKY, A. *Salutogenesis: studying health vs. studying disease*. [internet] Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy, Berlin, 19 February 1990. Disponível em: <http://www.angelfire.com/ok/soc/aberlim.html>. Acesso em 21 de junho de 2018.

enças<sup>12</sup> pode ser a responsável pela geração e expressão de discursos por parte de gestores, tais como: “ações de promoção, prevenção da saúde”; e, “a gente pretende continuar a questão da prevenção de saúde”.

Em outro município, onde a necessidade de “realizar” a promoção da saúde é tematizada pelos respondentes, um gestor destaca a excelência do Programa, “principalmente, levando em conta que a gente tem um alto grau de número de hipertensos, diabéticos e de obesidade”. Em sua visão, a promoção da saúde “tenta prevenir as doenças ou mesmo diminuir o impacto delas na sociedade” e se operacionaliza, como se verá adiante, mediante a educação em saúde.

Segundo o mesmo gestor, no “PSF, a gente não tem muito tempo para conseguir realizar a promoção de saúde, então a academia (...) leva esse trabalho interdisciplinar com outros profissionais da área da saúde (...) que nos ajuda a promover melhor a promoção da saúde”. Esse trabalho de promoção da saúde é compreendido como “uma vez por mês ter a educação em saúde, chamar o enfermeiro, chamar o pediatra, chamar um GO e tudo mais (...)”. Em outras palavras, convidar um especialista para abordar uma temática específica relacionada às enfermidades prevalentes, ou que estejam em momento de campanha nacional de prevenção.

*Convidamos o médico da UBS, ele vem aqui na academia, e a gente escolhe um tema para que ele converse com os alunos fora do consultório. Temos também as palestras de conscientização do câncer de mama, de próstata, a depressão, e tudo mais, fora as aulas, as atividades são complementares. (Gestor de polo)*

---

<sup>12</sup> CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.). *Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 39-53, 2003.

A Academia teria, segundo esse gestor, a função de resgatar o “conhecimento do cuidar que a população perdeu”. Ele diz que os profissionais “não entendem muito a questão de promoção da saúde”; eles “esquecem, muitas vezes, (...) da educação, do convívio social, de ter essa atividade com a comunidade”. Atribui, por fim esse desconhecimento (apenas) aos profissionais novos que contrata e que “não estão ainda muito familiarizados com essa questão de educação”. Neste caso, à indistinção entre prevenção e promoção se somaria, também, a educação em saúde.

### A instalação e operação dos polos

*... a preocupação nossa era não deixar sem funcionamento, então a gente começou meio que de qualquer forma, e isso que agora que a gente está parando para tentar organizar. (Educador Físico)*

*Ah, se tivesse assim umas coisas melhor, né? Assim um colchonete. Não estou reclamando, aqui está ótimo, mas tipo assim... Não estou falando mal (...), serve, né? Mas tipo assim, olha só, precisava, né? Mas enfim... Não tem bola não, eu já reclamei também, mas está bom. (Usuário do PAS)*

No momento da coleta dos dados, como era de se esperar, encontramos os polos do Programa selecionados para o estudo funcionando em condições muito diferenciadas. Em algumas localidades onde as práticas de atividades físicas da população já estavam amplamente disseminadas, como é o caso de uma cidade litorânea e outras cidades nas quais as Unidades de Saúde já as desenvolviam antes do efeito indutor do PAS em âmbito nacional, não foram relatados problemas na gestão dos polos.

Em outras localidades encontramos polos funcionando em condições avaliadas como precárias pelos atores envolvidos e, também, depoimentos relativos a polos que não estavam ativos, ou em funcionamento.

Nesses casos, as dificuldades eram percebidas como decorrência de um ou vários dos seguintes elementos: padrões arquitetônicos e/ou aparelhos inadequados; proposta de investimento com contrapartida; trâmites e entraves burocráticos característicos da gestão pública; mudanças de governo em âmbito municipal; e, depredações dos espaços.

Encontramos um único caso em que o padrão arquitetônico definido para o PAS foi alterado. Como disse um depoente:

*... inicialmente quando eles apresentaram a planta inicial do programa, aquela planta inicial era muito limitada para a nossa realidade, a gente foi até o Ministério e conseguiu a autorização para poder fazer conforme a gente acharia melhor, não fugindo do padrão, que era ter uma sala de atendimento, um local para as aulas e atividades, banheiros, e um depósito para material e tudo mais, tanto que hoje aqui a gente tem o desenho da planta e que é totalmente diferente do que o Ministério propôs.*  
(Gestor de polo)

Em nossa amostra isso representa uma exceção, pois, em geral, os depoentes questionam os padrões pré-estabelecidos. Como relatado por um gestor: “Como ele vem com uma estrutura pronta, talvez a gente teria pensado em uma outra estrutura, (...) então talvez não precisasse ter três, mas ter uma, porque é uma cidade pequena, ter uma mais central, com mais coisas”.

Em muitos dos casos os depoentes referem inadequações, sendo que a ausência de sanitários foi citada várias vezes. Além disso, e

como disse um Educador Físico: “colocaria (...) uma estrutura com salas fechadas, onde a gente pudesse no polo estar realizando todas as outras atividades que a gente realiza nos postos, como sala com retroprojektor, essas coisas...”.

Outra questão recorrente diz respeito à instalação dos aparelhos em áreas descobertas. São destacadas pelos respondentes tanto a impossibilidade de uso pelos participantes a depender da hora do dia ou das condições climáticas quanto a deterioração acelerada que isso produz e dos gastos decorrentes com a manutenção dos aparelhos:

*... fizeram academia ao ar livre, só que fizeram no sol, quem planejou a academia não pensou direito, né?... Eu uso só no frio, vamos ficar esperando só o frio? (Profissional da Academia)*

*... não tem uma estrutura física [adequada] para o desenvolvimento das atividades... a questão dos equipamentos que eles, por estarem expostos ao sol e a chuva, eles acabam tendo uma deterioração muito rápida, necessitando de uma manutenção. E o custo, né? O que vem para o custeio desse serviço é muito baixo, né? (Gestor de polo)*

Os gastos com a operação e manutenção do PAS são referidos por vários entrevistados e as dificuldades repercutem na qualidade do serviço prestado. Se em algumas localidades a contrapartida municipal não é sequer citada, mas apresentada na forma da principal parceria para o desenvolvimento do projeto, em diversos casos ela, ou talvez a ausência ou insuficiência dela, aparece como impeditiva ao pleno funcionamento do Programa:

*... elas sentem falta, então assim se tivesse outra [bicicleta], não tem o que fazer, ou é a bola ou é solo, eu falo que*

*está em falta, por falta de vontade não é, né? Mas está faltando equipamento, tem quatro, cinco, não funciona, quando eu entrei já estava destruído. (Profissional do PAS)*

*... é uma estrutura que depende de vários trabalhos, vários envolvimento, então assim, se me faltar a pessoa do setor (...) que vai [fazer] a limpeza, a manutenção, a gente tem a questão mesmo de estrutura do prédio, então assim, isso tudo tem um envolvimento de outros serviços, então assim, se o planejamento da prefeitura, se o próprio executivo, se a gente não tiver tudo isso envolvido a gente não consegue. (Gestor de polo)*

*... um município pequeno como o nosso, ele custear parte das atividades que são realizadas ou dos materiais que são necessários, acaba sendo prejudicial, porque acaba tendo que tirar de algum setor para investir em outro... (Gestor de polo)*

O engajamento do município, como era de se esperar, é decisivo para o adequado funcionamento dos polos. Na maior parte das localidades que compuseram nossa amostra os depoentes reconhecem dificuldades, mas indicam, sobretudo, os esforços bem-sucedidos para a aquisição e renovação dos materiais, ainda que, por vezes, isso incluía, também, medidas criativas de improvisação. Os casos mais difíceis parecem ser aqueles nos quais os serviços de saúde estão ausentes ou desengajados, sendo exemplo disso o caso em que, segundo o gestor, houve um “esquecimento” desse serviço. Para essa depoente, tal esquecimento refere-se a uma forma de enfrentar o problema “de um novo conhecimento (...), de começar a colocar em prática a questão da prevenção”.

Nesse caso, ocorre uma situação na qual não podemos facilmen-

te definir o que são as causas e o que são os efeitos. Lá, a exemplo do que ocorreu em outras localidades, os atores passaram por “algumas situações de vandalismo e de roubo que acabaram atingindo também a Academia de Saúde (...), que acaba desmotivando de certa maneira”, como relatou o gestor.

O engajamento dos gestores municipais é destacado por todos, como crucial para o desenvolvimento do Programa e, algumas vezes, como motivo de preocupação, sobretudo, por razões político-partidárias ou político-ideológicas:

*... desde os políticos na época que estavam no Governo, da não realização do programa, porque não tinham pessoas e não queriam pelo trabalho que isso ia dar para eles, o que mais... da própria Secretaria Municipal de Saúde (...), ou seja, eu tive essas questões de não apoio. (Gestor de polo)*

*... em cidade pequena, quando se trata de política, é muito comum de acontecer de o prefeito que entra, “ah você foi do outro prefeito, eu não te quero, eu vou pôr outro profissional”. Então, às vezes, a coisa não caminha por esse fator. (Educador Físico)*

*... quem está fazendo tem necessidade de ter uma continuação desse trabalho, né? E quem está por trás, prefeitos, vereadores, têm que perceber sim que este é um trabalho importante, trabalho que traz retorno para a sociedade. (Educador Físico)*

É importante destacar a diversidade de situações e percepções. São muito frequentes os depoimentos que referem a necessidade de continuidade, na forma de “em time que está ganhando não se mexe” e a necessidade percebida, nesses casos, é apenas

a de ampliar o alcance do programa, seja no trabalho contínuo e persistente de ampliar o público participante, seja na ampliação do número de polos.

Não há, como entendemos, nenhuma possibilidade e, também, como entendemos, nenhum interesse em considerar tanto os sucessos quanto os insucessos de modo simplificado. Financiamento, estruturas, concepções, características locais particulares/singulares devem ser, sim, o objeto de nossa atenção no desenvolvimento de caso a caso, agora que o efeito indutor do Programa já parece ter cumprido o seu papel.

### Os polos e suas conexões, redes e parcerias

*... então houve a participação até natural, não houve nada planejado, as coisas elas vão fluindo nas nossas parcerias. Então, a gente percebe que há um interesse natural em participar dessas atividades, a construção de grupos de teatro, de dança, elas nascem dos próprios alunos.*

(Educador Físico)

A questão das redes e parcerias foi abordada nas entrevistas buscando identificar os “parceiros” do Programa e, para além das instituições que comumente são consideradas as parceiras mais frequentes, grande parte dos gestores, profissionais e usuários fizeram referências às pessoas que constituem o público-alvo do PAS. O destaque nos discursos dos entrevistados é que “os reais parceiros do programa são os alunos”, residindo neles a grande potência capaz de manter viva as atividades no cotidiano, frequentando as aulas, inventando ações na comunidade, convidando outros para participar, possibilitando o desenvolvimento do Programa para além dos muros ou da grade horária previstas no planejamento.

*... como parceiros do programa você consegue encontrar muitas pessoas, mas o principal é o aluno, é o principal, porque quando você pega uma comunidade carente e tem uma academia de saúde e um professor motivador você consegue tirar muito disso, porque eles são carentes de tudo, mas quando você também dá a oportunidade eles também trazem sua criatividade, imaginação e favorecem o desenvolvimento do programa. (Gestor de polo)*

*... são os alunos que fazem a diferença, sabe? São eles que vão lá cedinho na academia, não atrasam, participam da organização dos eventos, que se empenham em fazer dar certo, que convidam outros vizinhos e amigos para virem também. Com um mínimo de apoio, eles se envolvem com o programa. (Educador Físico)*

*Eu acho que parceiro, mesmo, são os alunos, né? Sem a gente, como é que esse programa estaria vingando até hoje? (Usuário do PAS)*

Em decorrência dessa perspectiva na qual o maior patrimônio do Programa reside em seus alunos, evidencia-se um tipo especial dentre as diversas parcerias estabelecidas no âmbito da implementação do Programa, que inverte a tradicional lógica “de cima para baixo”. Assim, ganha destaque uma atuação intensa dos profissionais envolvidos nas atividades do Programa junto à comunidade local em parceria com os usuários, de acordo com as necessidades percebidas em cada situação concreta, como esclarece um Educador Físico:

*... então, conforme o diagnóstico da equipe, a necessidade mesmo, a própria comunidade se organiza, convidamos pessoas voluntariadas para nos ajudar, a gente*

*procura as próprias parcerias. Por exemplo, além de fazer as aulas e caminhadas, [os alunos] têm hoje uma vez por semana aula de artesanato com um voluntariado do bairro, que também ajuda na questão do relaxamento da pessoa, do combate ao stress e à depressão.* (Gestor de polo)

Trata-se de estabelecer um tipo de parceria “sob demanda” e informal, que parece produzir um envolvimento maior dos alunos e sua comunidade do entorno com o desenvolvimento do Programa, juntamente com o(s) professor(es) e gestor(es). Como esclareceu uma usuária, “estou sempre disposta, o professor conversa com a gente e a gente corre atrás, pede para um comerciante uma doação, pede para a padaria alguma coisa, o padre cede o salão da igreja...”. Cabe, entretanto, um exame em relação ao alcance dessas iniciativas voluntaristas de parcerias comunitárias, visto que, se por um lado promove uma implicação dos envolvidos e produz efeitos na vida que vão muito além da prática de atividade física exclusivamente, por outro lado, não alcança um projeto de compartilhamento das decisões que envolvem o Programa, como propõe a perspectiva da gestão compartilhada<sup>13</sup>. Se houvesse, de fato, uma perspectiva de um modelo de gestão democrática, existiriam espaços para que o planejamento das ações, assim como o monitoramento e a avaliação fossem analisadas e construídas coletivamente, inclusive com os usuários.

A esse respeito, chama a atenção a insipiência das iniciativas locais de avaliação do Programa, particularmente aquelas que buscam ir além da mensuração e monitoramento de aspectos biomédi-

---

<sup>13</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em 29 de setembro de 2018.

cos dos usuários, majoritariamente desenvolvidas em parceria com a ESF e/ou o NASF. Vale o destaque para a concentração de esforços em torno de coletar dados referentes aos aspectos biométricos, como medida de índice de massa corporal e avaliação física, além da discussão em equipe, considerada momento privilegiado para o acompanhamento longitudinal dos trabalhos desenvolvidos nos polos.

As entrevistas possibilitaram identificar a heterogeneidade de situações nas quais os municípios se encontram em relação ao estabelecimento de parcerias institucionais com o poder público. Em geral, as parcerias se consolidam de maneira informal, o que gera insegurança em relação ao compromisso estabelecido em torno de um Programa, um objetivo, ou uma atividade comum a dois ou mais setores. Um depoente fez referência a esse estado de incerteza:

*A gente ainda não tem nenhuma parceria formalizada, assim, a gente faz trabalho com a educação, divulga o trabalho da equipe nas escolas, mas assim, parceria firmada não estamos com nenhuma.* (Gestor de polo)

As parcerias vão desde um apoio do prefeito ou do secretário municipal de Saúde, que ocorre de modo esporádico e pontual para desenvolvimento de atividades extraordinárias. Como disse uma ACS, “a prefeitura cede o ônibus para os passeios culturais”. Há também aproximações e construção de pautas junto ao Conselho Municipal de Saúde, além de planejamento e acompanhamento frequente compartilhado com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), os agentes comunitários e, eventualmente, o setor educacional, por meio de parcerias com as escolas e creches, com a Secretaria de Meio Ambiente e com o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

*... os agentes comunitários de saúde são bem participativos, eles sempre estão convidando os usuários, eles mesmos participam, fazem as caminhadas também, além das atividades na academia, eles não param... E vários atuam como nossos voluntários nas atividades do artesanato.*  
(Educador Físico)

*Cada um dentro da sua esfera tem uma ação, eu diria que o mais importante para nós é a integração de acordo com a atividade que vai ser desenvolvida. Por exemplo, a questão de horta, a horta foi uma parceria com diversos setores, educação, meio ambiente e saúde.* (Gestor de polo)

*As ACS são as nossas voluntárias com as aulas com as crianças do ballet.* (Profissional da Academia)

*O Conselho Municipal de Saúde é um parceiro importante, a gente sempre tenta dialogar com eles, senta e discute o que vamos falar, defender e tudo mais, buscando parcerias que venham a somar com o programa.*  
(Gestor de polo)

Outras entidades, como universidades, são convidadas a participar de atividades, seja para ceder os locais para a realização de eventos ou para ministrar cursos, palestras ou campanhas educativas. Diversos entrevistados fizeram menção à colaboração de estagiários que participam rotineiramente das aulas no Programa como parte da sua formação profissional, o que indica a formalização de acordos e responsabilidades entre as instituições envolvidas.

*O SESC, que nos apoia quando a gente precisa fazer algum tipo de atividade, a gente pede o espaço para eles,*

*quando eles têm também materiais e estão doando, eles doam para a gente. (Educador Físico)*

*As duas universidades da cidade mandam os alunos para fazer estágio aqui com a gente, também contribuem com palestras, mandam os profissionais para fazer cursos, são essas nossas parcerias. (Gestor de polo)*

Outro aspecto relevante diz respeito ao apoio da comunidade para a realização de eventos planejados conjuntamente com os professores. Os próprios alunos se organizam para buscarem doações de itens para viabilizar os passeios e as atividades, como disseram os depoentes:

*... o pessoal do comércio local, é só o comércio local que tem o envolvimento, até porque eles mesmos frequentam a academia, então quando a gente precisa o comércio local que ajuda bastante, é o único envolvimento e parceria que a gente tem. (Profissional da Academia)*

*Conseguimos doações de água, de suco, dos lanches. O comércio nos favorece com frutas [para] o café da manhã. Os alunos também levam de casa alguma coisa e aí a gente faz uma atividade diferente. (Profissional da Academia)*

Em nossa amostra encontramos um caso discrepante dos demais em relação à forma de gerir o Programa no município, que foi referida como “uma parceria” com uma “empresa contratada”. Segundo o gestor entrevistado,

*... hoje a gente tem aqui o Programa Academia de Saúde e ele é terceirizado, então tem uma empresa contratada que é uma parceira que faz tempo que a gente precisa, ela fornece até mais profissionais que [estão]*

*além do contrato para ajudar na execução do programa.*  
(Gestor de polo)

Durante o procedimento de coleta dos dados não foi possível explorar e aprofundar os pormenores da formalização contratual entre o município e a mencionada “empresa”, entretanto, infere-se que a parceria se refere ao uso do espaço físico de uma academia privada contratada para remunerar os professores, ofertar as atividades e receber alunos do Programa em seus espaços distribuídos em diversos territórios da cidade. De acordo com o depoente, há uma complementação financeira que envolve o contrato de outros profissionais com recursos próprios do município, cuja finalidade é ampliar as ofertas de atividades para a população.

*A Secretaria [Municipal de Saúde] tem essa meta de estar ampliando até para mais três Academias da Saúde, a gente tem buscado já as parcerias, (...) há um tempo ela já vê com bons olhos a atividade da Academia, tanto que hoje tem na Academia um Educador Físico as vinte horas e um nutricionista as vinte horas. Além desses, o município também tem a própria [Academia], através dessa empresa terceirizada. Então, a gente tem mais um contrato de quarenta horas de um Educador Físico que são distribuídos nas outras cinco unidades, e vinte horas de nutricionista que é para complementar a cobertura da nutricionista da prefeitura, que só tem uma nutricionista no quadro de saúde.* (Gestor de polo)

Esse depoimento indica o interesse e empenho do município em ampliar a quantidade de ofertas de atividades realizadas pela Academia, embora o modelo de gestão por meio de contrato seja distinto dos demais municípios participantes da avaliação.

A maioria dos entrevistados do âmbito da gestão do Programa, en-

tretanto, mencionou a relevância das parcerias com os órgãos públicos, de modo particular a Secretaria de Estado da Saúde. Para algumas experiências, a expertise e mediação da SES junto ao Ministério da Saúde foi imprescindível para a viabilização do Programa no âmbito local, ao passo que em outras, essa parceria não atendeu às necessidades dos gestores locais, os quais continuam tendo de arcar com as despesas de custeio para a manutenção do Programa, como destacaram os depoentes:

*Quando nós assumimos que a gente não tinha custeio, entramos em contato direto com a nossa regional de saúde que representa até São Paulo, e fizemos toda a documentação necessária. Daí nós tivemos todo o apoio que a gente necessitou para começar a receber o custeio. (Gestor de polo)*

*A gente teve um problema na questão do custeio, desde que [a Academia] foi inaugurada, mais ou menos há uns quatro anos. A gente não descobriu até hoje o que impede o município de receber o custeio da Academia, a gente já procurou através do Ministério, através da Secretaria de Estado, tentar realmente descobrir onde que está a falha. Estamos no momento que já respondemos questionário, já fizemos algumas coisas, então a gente percebeu que não tem esse custeio. (...) A gente sempre procurou a ajuda da SES para tentar ter esse laço com o Ministério, para ver se a gente consegue descobrir por que que o município não recebe o custeio da academia até hoje. (Gestor de polo)*

*A Secretaria Estadual de Saúde, na verdade, ela acompanhou o que nós implantamos, mas de intervenção mesmo não houve, a iniciativa foi toda municipal. (Gestor de polo)*

Alguns entrevistados mencionaram a relevância da SES no que tange ao fomento de intercâmbios e trocas entre os municípios, ainda que nos discursos esteja contido um tom de crítica quanto ao papel do Estado perante os municípios, representado pelo DRS. A demanda parece ser por maior apoio técnico da SES em relação aos processos de educação permanente, de ações de acompanhamento e sistematização das atividades desenvolvidas nos polos, com o objetivo de qualificar o Programa.

*A SES poderia assim ajudar nessa parte de educação, de interação com outros polos. Se a gente tivesse assim uma maior interação com outros municípios que tem o programa, para mostrar as dificuldades que eles têm, para mostrar também os ganhos, todos mais juntos e se apoiando, sabe?*  
(Gestor de polo)

*... a gente precisava ter uma maior interação com a Secretaria de Estado e ter uma proximidade muito maior para ter mais atividades educativas, como oficinas e cursos, para a gente não ficar aqui isolado e fazendo as coisas sem poder compartilhar nossas práticas (...). Também acho que uma maior frequência de eventos para cada um mostrar as suas atividades seria muito bom.* (Gestor de polo)

Como já mencionado, a variabilidade dos sentidos e conotações do que foi nomeado pelos entrevistados como “parcerias” corrobora que esse termo polissêmico está longe de representar um consenso. Além disso, cabe lembrar que partíamos de pressupostos teóricos, ou categorias teóricas, ao elaborarmos as questões acerca dessa temática. Imagínávamos encontrar referências concretas à intersetorialidade e ao trabalho com o território, no que fomos surpreendidos.

O encontro com os dados empíricos mostrou que no âmbito

das ações do Programa há iniciativas mais ou menos pontuais com alguns setores específicos, como a educação, assistência social e meio ambiente, com forte conotação de informalidade no estabelecimento de parcerias e dependência das pessoas diretamente envolvidas nas atividades do Programa, especialmente dos alunos. Esses podem ser considerados os protagonistas e maiores responsáveis pela tessitura de laços com a comunidade, já que pertencem a ela, ainda que contem com o incentivo e apoio fundamental dos professores e dos gestores para efetivação de parcerias para o desenvolvimento de atividades na Academia.

Se, por um lado, encontramos poucas referências às práticas intersetoriais tradicionalmente conhecidas<sup>14</sup>, pautadas na articulação de saberes e experiências na gestão de programas, por outro, as entrevistas possibilitaram-nos perceber a potência das múltiplas ações e conexões em redes desenvolvidas pelos alunos, que ocorrem de modo capilarizado no âmbito local e de acordo com a necessidade percebida por eles. Esses resultados mostram, portanto, um movimento que inverte a lógica verticalizada e descendente tão presente no setor sanitário no fomento de “redes” e “parcerias”. Nos polos, elas ocorrem no plano horizontal, dos alunos entre si e destes com a comunidade, induzindo a produção de um outro modo de estabelecer e efetivar parcerias para a resolução de problemas concretos presentes no cotidiano do Programa.

Outra questão importante é o desafio de superar a “impotên-

---

<sup>14</sup> De acordo com Junqueira (1998), a intersetorialidade depende da “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico com o objetivo de entender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral”. JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. RAP. Rio de Janeiro: 2(2);11-22. Mar./abr. 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7696/6269>. Acesso em 29 de setembro de 2018.

cia compartilhada”, tão presente entre os usuários e trabalhadores da Atenção Básica<sup>15</sup>, conforme já alertaram Cecílio et al. (2012). Os resultados das entrevistas evidenciaram que, quando há algum apoio do poder público, especialmente o municipal, em geral esses são percebidos como uma demonstração de compromisso com o Programa, de cuidado para com os usuários, com os trabalhadores e com os gestores envolvidos. Esse tipo de apoio governamental tem tanto um sentido concreto de possibilitar que a Academia reúna condições materiais (organizacionais e operacionais) como, também, simbólicas (valores e significados) para a realização de seus objetivos e propósitos institucionais.

Segue em aberto, todavia, o grau de investimentos dos setores governamentais no Programa, seja em nível federal, estadual ou municipal, para que ele possa, progressivamente, ampliar sua capacidade de interferir ativamente nas articulações intersetoriais, no fomento de redes e parcerias, consolidando gradualmente sua legitimidade perante os usuários, trabalhadores e gestores como espaço efetivo de promoção da saúde.

## Entre aprendizados e legados - mirando o futuro

*O principal legado que foi a construção de dois espaços para o Município, que é uma política pública importantíssima. O grande desafio é a manutenção dele, é mantê-lo vivo, acho que é a principal expectativa aí ao longo dos próximos anos.*  
(Gestor de polo)

---

<sup>15</sup> CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11):2893-2902, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em 29 de setembro de 2018.

*O programa já deixou um legado importantíssimo que é esse espaço que é uma construção da cidadania, construção do direito da pessoa ter uma saúde melhor, onde ela tem um espaço que ela vai trabalhar a sua condição de saúde para que ela viva mais e melhor. (Profissional do PAS)*

*Eu acho que a integração, né? O vínculo, esse acolhimento (...) até os passeios, a preocupação de um com o outro na alimentação, é muito divertido, a autoestima melhora. É muito gratificante! (Usuário do PAS)*

Como constam nas epígrafes, e como era esperado, ao interrogarmos os entrevistados acerca dos possíveis legados deixados pelo Programa até o presente momento, emergiu nova variabilidade de compreensões, a depender da posição do respondente – se gestor, profissional ou usuário –, bem como das distintas ideias e percepções dos mesmos sobre o que poderia ser considerado como herança do Programa. Os gestores entrevistados destacaram os investimentos realizados na construção de espaços físicos e a aquisição de equipamentos para o desenvolvimento das ações do Programa, reconhecido como uma relevante política pública que envolve os três níveis de gestão, cuja finalidade última reside na promoção da saúde e prevenção de doenças. Já os profissionais enfatizaram uma dimensão do legado do Programa voltada para a defesa dos direitos de cidadania e redução dos riscos e vulnerabilidades em relação ao adoecimento, impactando positivamente a saúde. Os usuários, por sua vez, referiram a experiência da participação no PAS produzindo efeitos em múltiplas dimensões, como a saúde física, mental e na ampliação da sociabilidade, gerando impactos na autoestima e bem-estar geral. As percepções, ainda que diferenciadas, revelam uma compreensão geral muito positiva

do Programa, o que explica a preocupação de alguns depoentes em relação à sua sustentabilidade.

Há, entretanto, questões comuns entre os três grupos que compuseram nossa amostra, com destaque para a associação entre a prática de atividade física e seus efeitos na saúde e melhoria da qualidade de vida. Os entrevistados vinculam a participação na Academia à prevenção de enfermidades e ao efetivo controle dos sintomas de doenças, como já mencionado anteriormente.

Outro legado do Programa é a questão em torno da “conscientização da população” acerca da importância da realização da atividade física, especialmente daqueles que já se encontram numa circunstância de doença crônico-degenerativa ou problemas de saúde mental. Como disse um profissional da academia, “o brasileiro tem que se conscientizar da importância de se auto cuidar, a gente vê nisso muitas dificuldades nessa parte”.

A esse respeito, Paulo Freire<sup>16</sup> já nos alertava que a mola propulsora da conscientização é a problematização do homem em suas relações com o seu contexto, com o mundo e com os outros. Para o autor, a vida comporta um permanente processo de reflexão, de autorreflexão e, portanto, não há possibilidade de “conscientização” sem que ela ocorra no âmbito das relações intersubjetivas, da comunicação dialógica e da profunda implicação dos sujeitos nas análises críticas acerca do engajamento que pretende se envolver, ou do problema a ser enfrentado. Isso significa dizer que não há possibilidade de uma tomada de consciência que venha de “fora para dentro”, gerada por pressões diversas, seja por parte dos profissionais de saúde, da mídia ou de qualquer outra instituição social. Embora já tenhamos discutido o reconhecimento da “internalização” por parte de todos os envolvidos no Programa em relação aos benefícios da atividade física sobre

---

<sup>16</sup> FREIRE, Paulo. Educação como prática da liberdade. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

o estado geral de saúde tanto física quanto mental, cabe ainda sublinhar essa questão sob o prisma da participação ativa dos sujeitos na construção dessa compreensão e, conseqüentemente, a ampliação de sua autonomia.

*... a minha saúde melhorou muito, a alegria, tudo melhorou, a convivência com muita gente, muita amizade, para mim foi muito bom. (Usuário do PAS)*

*Ajuda muita coisa, né? Controle de diabetes, pressão alta, até mesmo o emocional, porque as pessoas vêm aqui e se envolvem, criam amizades. (Usuário do PAS)*

*... a gente fica contente ali, né? A gente fica contente e ajuda muito na saúde, na amizade, em tudo, ajuda muita coisa, muitas pessoas que tem depressão e que chega ali e tem companheirismo. (Usuário do PAS)*

Para os usuários, a participação no Programa ocorreu (e ainda ocorre) em função do desenvolvimento de um certo tipo de “bem-estar subjetivo”<sup>17</sup>, que se refere ao processo de como as pessoas se sentem e como avaliam as suas vidas. Trata-se de uma experiência pessoal construída a partir das relações estabelecidas naquele ambiente do PAS, que envolve uma avaliação positiva acerca dos resultados nos âmbitos da sociabilidade, do corpo e da mente. Nesse sentido, em parte dos municípios investigados foi possível identificar um legado pertinente ao processo de construção de autonomia, tomando-a como expressão dos modos que os indivíduos e grupos encontrariam de relacionar-se consigo mesmos, com os outros e com as condições dadas. A construção de sujeitos autônomos

---

<sup>17</sup> Bem-Estar Subjetivo (BES), refere-se à experiência pessoal e subjetiva da avaliação da vida como positiva caracterizando-se nas variáveis como a satisfação com a vida e vivência de afeto positivo. Vide informações em: WOYCIEKOSKI, C. et al. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. *Psico*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul 43: 280-288, 2012.

passa pela ação de um sujeito que é totalmente atravessado pelas interações com os outros e pela introjeção dos valores e discursos dispersos no mundo e, transforma o “discurso do outro em seu próprio discurso”<sup>18</sup>. Portanto, o exercício da autonomia demanda, necessariamente, uma mediação intersubjetiva, visto que é uma condição que se constrói socialmente, na relação com outro e com o mundo, à medida que cada um se constitui como sujeito. Foi possível identificar em nossa amostra processos de aprendizagens e de mudanças que atingiram a todos os envolvidos no Programa, transformações que se deram mediante adoção de atitudes ou comportamentos dos usuários, mas também às práticas dos profissionais e gestores, como ilustram os depoimentos:

*... a gente desenvolveu uma afinidade, eu com os profissionais, uma corresponsabilidade de todo mundo de estar participando, planejando. Eu acho que são assim fatores que fazem com que esse programa tenha esse êxito e a gente consiga realizar. Acho que o critério é responsabilidade, acho que a grande questão é a confiança que passa entre nós é que funciona. (Gestor de polo)*

*... os profissionais todos somos mudados, né? Porque aqui tem uma continuidade, acompanhamos esses pacientes diariamente, então, o educador tem que aprender na prática como trabalhar com esse público, como desenvolver as atividades, que não é só chegar e dar uma aula, tem muito mais, tem que estar junto, ajudar cada um e isso a gente aprende só aqui mesmo. (Educador Físico)*

---

<sup>18</sup> FERNANDEZ, J. C. A. Autonomia e promoção da saúde. In: PELICIONI, M. C. F. e MIALHE, F. L. *Educação e promoção da saúde: teoria e prática*. Santos, 1ª Edição, Capítulo: 24, pp.499-512, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/301956172\\_Autonomia\\_e\\_promocao\\_da\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/301956172_Autonomia_e_promocao_da_saude). Acesso em 29 de setembro de 2018.

Um legado referido de modo particular pelos profissionais foi a redução da quantidade de medicamentos e do número de consultas às Unidades de Saúde, como evidenciam os discursos a seguir:

*O pessoal que vem certinho, e são bem fieis e assíduos, eles percebem a melhora, né? De sair de casa, de ter o social aqui, né? Que eles fazem amizades, e percebem a melhora na saúde, então eu acredito que isso é um legado que fica com certeza. (Educador Físico)*

*... as idosas estão tendo menos dor, (...) na UBS que era o que a gente mais preconiza, eles não vão muito por doença, é por agravo dessas doenças, mas sim por rotina, que é o que está acontecendo agora, o médico, o doutor fala que as pessoas que frequentam a academia vão menos na Unidade. (Educador Físico)*

*... têm pessoas que tomam grande quantidade de medicamentos e após iniciarem as atividades físicas elas começam a se “desmedicalizar”, muitas vezes por conta da própria atividade física, e outras vezes elas percebem que não tem a necessidade de determinados medicamentos que não foi nem o médico quem prescreveu. (Educador Físico)*

Essa questão merece aprofundamento e acompanhamento longitudinal por meio de instrumentos adequados, de modo que permita produzir informações sistemáticas mais detalhadas acerca do uso efetivo de medicamentos e as mudanças concretas que ocorreram no padrão de consumo entre os usuários. De qualquer modo, a pesquisa conduzida pelo CEPEDOC em parceria com a SES, em 2014, já evidenciou que os respondentes ao questionário apresentaram uma expectativa positiva em relação à diminuição no número de

consultas e consumo de medicamentos e remédios, quando indagados acerca dos resultados esperados do PAS em relação à reorientação dos serviços de saúde<sup>19</sup>.

A ideia de legado do Programa esteve também associada à formação de valores voltados tanto para as gerações presentes quanto às futuras. “Ser exemplo na família” e “estimular os filhos e netos” foram destacados como questões fundamentais para a aquisição e manutenção de hábitos e padrões de comportamentos considerados saudáveis.

*... o legado com certeza esses alunos que são daqui, falam para os filhos, para os netos, são exemplos na família, (...) o exemplo que ela está dando para essas pessoas, isso por si só já é um legado para as gerações futuras aí.*  
(Profissional do PAS)

Considerando que os participantes atribuíram valores muito positivos à realização de atividades físicas, é a ameaça de perder ou de interromper essa importante política pública que os entrevistados demonstraram apreensão em relação à sustentabilidade do Programa, entendida como uma necessidade que demanda investimentos do poder público envolvendo as três esferas de governo, conforme manifestações dos depoentes:

*... acho que o Ministério da Saúde é o grande lançador desse programa, ele plantou uma sementinha que foi a construção desses polos, mas eu acho que ele tem que ser o grande aliado nosso com relação à sustentabilidade.*  
(Gestor de polo)

---

<sup>19</sup> ANDRADE, D. et al. Relatório do Projeto de Avaliação do Programa Academia da Saúde do Estado de São Paulo. Processo 001/0739/000.353/2014.

*Se a gente continuar com o apoio da Secretaria de Estado a gente acredita que sim, nós vamos continuar trabalhando. (Gestor de polo)*

*O próprio governo municipal, na esfera municipal, que tem que perceber que esse é realmente, independente do governo que entre, independente dos órgãos que entrem, perceberem que esse é um programa importante para o município. (Gestor de polo)*

A dimensão da sustentabilidade do Programa está diretamente relacionada, deste modo, com o grau ou nível de institucionalidade conquistado ao longo desses anos de sua implementação, fator que depende de investimentos de diversas naturezas para que, de fato, as conquistas e os benefícios alcançados até o presente momento sejam não apenas mantidos como, principalmente, ampliados e aprimorados. Isso demanda, em outras palavras, da renovação de um compromisso público daqueles que são os responsáveis por fomentar as políticas públicas, em conjunto com os usuários, gestores, profissionais diretamente envolvidos com o PAS e com a sociedade como um todo.

### **Considerações Finais**

*O que dá satisfação para a gente em ter um Programa de Academia da Saúde é você conseguir perceber que é possível fazer saúde não só dando remédio, e que as atividades físicas elas não são necessariamente isoladas à solução para o problema também, há a necessidade de você estar somando as forças, somando esforços diversos para conseguir atingir o objetivo maior do SUS. (Educador Físico)*

Ao longo do processo de análise dos dados, procuramos apreender as visões e percepções dos atores envolvidos no Programa, conhecer os sentidos e significados atribuídos às suas práticas e, para tanto, três ordens de questões poderiam ser consideradas.

A primeira é que o PAS pouco a pouco efetivou a diretriz de constituir um recurso de apoio à Atenção Básica, em razão de oferecer um espaço para a realização das atividades, sejam elas de prática corporal ou de educação em saúde, compondo com ela a oferta de cuidados disponíveis nos territórios. A vida dos usuários que participam do Programa foi positivamente impactada, especialmente no que tange aos benefícios referidos nos âmbitos da saúde física, mental e da sociabilidade resultantes da prática de atividade física. O PAS produz, portanto, valores de uso para inúmeras pessoas que participam cotidianamente de suas atividades, sejam eles gestores, profissionais ou usuários. Nesse sentido, ao longo das entrevistas, percebemos uma defesa direta dos participantes em favor de sua consolidação e aperfeiçoamento enquanto política pública.

No bojo dessa constatação, percebemos alguns limites quanto ao alcance das intencionalidades do Programa, que se propõe a realizar ações de promoção da saúde. Ainda que de modo disperso, algumas iniciativas nessa direção possam ser reconhecidas nas entrevistas analisadas, em geral, as atividades propostas nos polos se circunscrevem ao âmbito da prevenção de doenças e da educação à saúde, não sendo capazes de modificar a lógica do trabalho em saúde na Atenção Básica, que hegemonicamente tem-se voltado ao atendimento de agravos e ao controle de enfermidades, particularmente as crônico-degenerativas. Nesse sentido, a indistinção entre promoção da saúde, prevenção de doenças e educação em saúde se revelou problemática, na medida em que as práticas também têm sido influenciadas por essas concepções voltadas ao modelo “patogênico” em detrimento de

uma perspectiva “salutogênica”, cujo foco das ações em saúde deixa de ser, exclusivamente, a atenção aos fatores de risco e passa a incluir nos processos de trabalho ações específicas em torno do fortalecimento dos fatores de proteção.

A segunda questão é que o PAS, por um conjunto de razões que se apoiam em evidências que compõem as análises, particularmente em relação à oferta de atividades e ao estabelecimento de parcerias e redes, possibilitou a compreender a potência do plano horizontal, no qual os usuários mostraram ser os protagonistas dessas ações, seja por legitimá-las por meio da participação, seja para funcionar como elos entre os parceiros e apoiadores. São os usuários, a partir dos seus distintos movimentos em busca de parcerias com os recursos comunitários, que vão construindo novos circuitos em rede para conseguir realizar ações que envolvem direta e indiretamente as práticas de atividade física.

Entretanto, os polos não reúnem condições materiais e nem simbólicas para realizar os diversos objetivos e propósitos constantes nas diretrizes institucionais do Programa. Tal alcance depende fundamentalmente do apoio do poder público das três esferas de governo, incluindo graus diferentes de responsabilidades e participação no planejamento, na execução e avaliação das ações, tendo em vista as necessárias pactuações e compartilhamento das decisões que propiciem o seu aprimoramento e sua sustentabilidade.

A terceira, e última, questão se refere à oportunidade criada pela pesquisa ao lançar luzes, ainda que com focos específicos nos polos estudados, e revelar a diversidade de experiências em curso no PAS no Estado de São Paulo. Ainda que possamos reconhecer e destacar aspectos que carecem de reformulações, ampliações e investimentos, parte, portanto, do processo de aprimoramentos de políticas públicas, o resultado final mostrou a potencialidade do Programa de transfor-

mar positivamente a saúde e a vida das pessoas envolvidas.

As múltiplas configurações dos diferentes contextos locais dos polos, os arranjos variados, as composições, os espaços físicos, os profissionais envolvidos, os processos de trabalho, as atividades desenvolvidas, as parcerias, os efeitos da participação no Programa na saúde, no bem-estar, na qualidade de vida, e tantas outras questões poderiam ser elencadas como relevantes para aprofundamento e monitoramento ao longo do tempo.

Se o efeito indutor do Programa já cumpriu o seu papel, cabe ainda criar oportunidades concretas para que os municípios, os polos e todos os agentes envolvidos possam ser avaliados e acompanhados em suas ações e necessidades, gerando indicadores e informações capazes de (re)orientar a gestão para o permanente e necessário aperfeiçoamento do Programa.

## Referências

ANTONOVSKY, A. **Salutogenesis: studying health vs. studying disease**. [internet] Lecture at the Congress for Clinical Psychology and Psychotherapy, Berlin, 19 February, 1990. Disponível em: <http://www.angelfire.com/ok/soc/aberlim.html>. Acesso em 21 de junho 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4ª ed. 4ª reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf). Acesso em 29 de setembro de 2018.

CASTIEL, L. D. et al. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

CECILIO, L. C. O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Cienc Saúde Coletiva**, 17(11):2893-2902, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>. Acesso em 29 de setembro de 2018.

CRESPI F. **Manual de sociologia da cultura**. Lisboa: Editorial Estampo, 1997.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: D. Czeresnia & C. M. Freitas (Orgs.). **Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 39-53, 2003.

FERNANDEZ, J. C. A. Autonomia e promoção da saúde. In: PELICIONI, M. C. F e MIALHE, F. L. **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. Santos, Capítulo: 24, pp.499-512, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/301956172\\_Autonomia\\_e\\_promocao\\_da\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/301956172_Autonomia_e_promocao_da_saude). Acesso em 29 de setembro de 2018.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 23ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **RAP**. Rio de Janeiro: 2(2);11-22. Mar./abr. 1998. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/7696/6269>. Acesso em 29 de setembro de 2018.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

WOYCIEKOSKI, C. et al. Determinantes do Bem-Estar Subjetivo. **Psico**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul 43: 280-288, 2012.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE MOGI GUAÇU**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SETOR DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**Agenda Atividades Físicas**

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
7:00	Caminhada (UBS Zaniboni I) Ginástica (UBS Zona Sul) Lian Gong (USF Centenário)	Caminhada (Centro de Saúde) Ginástica (UBS Guaçu Mirim)	Caminhada (UBS Zaniboni I) Ginástica (UBS Zona Sul) Lian Gong (USF Centenário)	Caminhada (Centro de Saúde) Ginástica (UBS Guaçu Mirim)	Caminhada (UBS Zaniboni I) Ginástica (UBS Zona Sul) Ginástica (UBS Ipe Pinheiro)
7:30	Caminhada (USF Centenário)	Caminhada (Academia da Saúde/USF Fardinato)		Caminhada (Academia da Saúde/USF Fardinato)	
7:40	Vôlei Adaptado (USF Centenário)				
8:00	Ginástica (UBS Zaniboni I)	Ginástica (Centro de Saúde)	Ginástica (UBS Zaniboni I) Vôlei Adaptado (USF Centenário)	Ginástica (Centro de Saúde)	Ginástica (UBS Zaniboni I)
8:30	Caminhada (USF Santa Terezinha)	Ginástica (Academia da Saúde/USF Fardinato)		Treinamento Funcional (Academia da Saúde/USF Fardinato)	Lian Gong (UBS Ipe Pinheiro)
8:45	Vôlei Adaptado Feminino (UBS Zona Sul e Guaçu Mirim)	Hidroginástica (UBS Zona Sul e Guaçu Mirim)	Vôlei Adaptado Feminino (UBS Zona Sul e Guaçu Mirim)	Hidroginástica (UBS Zona Sul e Guaçu Mirim)	Vôlei Adaptado Feminino (UBS Zona Sul e Guaçu Mirim) Lian Gong (Centro de Saúde)
9:00	Alongamentos (Centro de Saúde)	Hidroginástica (UBS Zaniboni I)	Alongamentos (USF Centenário) Lian Gong (Centro de Saúde)	Hidroginástica (UBS Zaniboni I)	
9:15			Caminhada (USF Centenário)		
9:30	Lian Gong (USF Santa Terezinha)	Alongamentos (Academia da Saúde/USF Fardinato)	Hidroginástica (Centro de Saúde)	Alongamentos (Academia da Saúde/USF Fardinato)	Hidroginástica (Centro de Saúde)
10:00		Vôlei Adaptado Masculino	Lian Gong (USF Centenário)	Vôlei Adaptado Masculino	



# Capítulo 6

## PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: PARA SEGUIR ADIANTE

*Marco Akerman, Rosilda Mendes, Douglas Roque Andrade,  
Daniele Pompei Sacardo e Juan Carlos Aneiros Fernandez*

### Começemos do começo

Ao iniciarmos esta investigação partimos do pressuposto de que o Programa Academia da Saúde (PAS), por ser uma política pública recente, carecia ainda de mais informações sobre seus propósitos, implementação e o funcionamento. Nesse sentido, procuramos responder a dois conjuntos de questões: (1) em que medida as ações planejadas, ou executadas pelos gestores dos polos do PAS no Estado de São Paulo estariam alinhadas às políticas de promoção da saúde; (2) que sentidos e significados eram atribuídos pelos sujeitos envolvidos em suas práticas.

A procura de resposta a essas questões, aparentemente simples, pretendia, por um lado, preencher uma lacuna ainda existente de pesquisas empíricas em políticas públicas, que focalizam, em geral, a distância entre os objetivos das mudanças e seus resultados e, por outro, compreender o sentido e o alcance das experiências em andamento.

No senso comum, a palavra experiência pode trazer a conotação de uma bagagem de conhecimentos, muitas vezes estática e cristalizada, adquirida no percurso de uma vida. Não nos interessava esta perspecti-

va, mas sim o experimentar, o provar, o arriscar-se, o viajar, o atravessar a “fluidez da experiência viva e vivida” (VARELA, 2003, p.74).

Como pesquisadores do campo de promoção da saúde somos instigados a reexaminar constantemente seu arcabouço teórico-metodológico, suas práticas, seus valores e princípios. Deparamo-nos frequentemente com limites, próprios de paradigmas clássicos, que reforçam o compartilhamento e a especialização, e nos estimulam a percorrer trajetórias que produzam, sobretudo, sinergias, desejo de inovação e criatividade.

A interação é um dos traços fundamentais do cuidado, “pois o próprio pôr-se em movimento significa ir construindo uma série de relações” (AYRES, 2004, p.587). E o PAS clama por interações, interfaces e inventividade. Como uma política indutora, o Programa aponta claramente os resultados institucionais esperados, no campo das interações: com a promoção da saúde, com a vigilância, com a atenção básica, com os Núcleos Ampliados de Saúde da Família, com as comunidades, com os serviços e instituições locais, entre as equipes, o que não o limita, ao menos no âmbito das intencionalidades, a um espaço geográfico e, tampouco, sob responsabilidade isolada de um ou dois profissionais.

A característica da “complexidade”, própria de programas desta natureza, suscita o protagonismo dos determinantes sociais nas condições de saúde, que não privilegiam apenas as características individuais e a intervenção sobre o que deve evitar para melhor viver, mas também patamares para caracterizar as condições de vida da perspectiva física, social, econômica e cultural. Trata-se de um amplo processo social de construção de condições de vida, que tem objetivos ligados ao setor saúde, mas não se resumem a ele.

No percurso desta investigação, pensamos ter apontado o quanto as experiências do PAS produziram impactos, deslocamentos e ressonâncias em diferentes graus de intensidade que atingiram os envolvidos.

## Impactos! Que impactos?

Quem já ouviu a expressão “isto me causou um impacto enorme”? E ao dizer isso, o sujeito, talvez, queira vocalizar que algo que ele experimentou lhe afetou.

Segundo Bondía (2002, p.24): “A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar... suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos... cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço”.

Ainda Bondía (2002) nos lembra que, uma sociedade “constituída sob o signo da informação” dificulta a experiência. Mas ele não criou antagonismo entre conhecimento/informação e saber da experiência/sentido, cada par com seu propósito, sua ética e sua estética, mas quis propor que há uma adequada tensão entre os dois pares. Entretanto, o autor comenta que a ciência moderna desconfia da experiência e criou caminho seguro traduzido pelo método que reduz a experiência ao experimento.

Se a lógica do experimento é o acordo, o consenso e a homogeneidade, no saber da experiência importam a diferença, a heterogeneidade e a singularidade.

Ao longo das análises e a cada nova imersão nos dados empíricos, e nos estudos avaliativos, inúmeras problematizações emergiram e nos deram oportunidade de examinar mais atentamente um universo plural e rico.

Um desses impactos foi o valor positivo dado pelos entrevistados à realização das atividades físicas e ao controle das doenças. Esse aspecto positivo poderia estar representado por um conjunto

de influências: (a) inércia das experiências iniciais do Programa Academia da Cidade; (b) o objetivo inicial do PAS, Portaria Nacional de 2011; (c) possivelmente as ações dos programas similares que já estavam em funcionamento antes do PAS; (d) a reprodução destas experiências por outras cidades iniciantes.

Entretanto, a necessidade de ampliação das atividades oferecidas, para além da promoção da atividade física e alimentação saudável, aparece ao longo da pesquisa como recomendação frequente, ainda que 50% dos gestores municipais tenham informado que há vínculos do PAS com os temas prioritários de promoção da saúde (formação e educação permanente, enfrentamento do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura de paz e dos direitos humanos e a promoção do desenvolvimento sustentável).

As pesquisas de campo e a de base epidemiológica mostraram a diversidade de situações dos polos e percepções dos atores (**Capítulo 4** e **Capítulo 5**, respectivamente). O efeito indutor do PAS parece já ter cumprido seu papel e atravessa todos os polos tendo as “atividades físicas e as práticas corporais” como o “carro-chefe” das ações. Afinal de contas, o nome “Academia” não poderia deixar de remeter aos milhares de espaços urbanos onde, cotidianamente, um conjunto imenso de sujeitos se dirige para sua tão recomendada atividade física.

A consolidação de impactos que superem as influências do passado estaria condicionada a algum grau de sustentabilidade financeira. MOTA et al. (2016) apontam que a indução federal-municipal se acentua pela pouca presença da figura do Governo do Estado na tomada de decisão e implementação de programas federais, como o PAS. Mas se a figura do ente estadual não é presente no processo de articulação do Programa no nível federal, no Estado de São Paulo é diferente. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) tem apoiado tecnicamente o

PAS, subsidiando cursos, encontros e pesquisas. A presente pesquisa é uma evidência deste apoio, e constitui-se em uma das atribuições descritas no Artigo 9º da Portaria nº 2.681, de 2013.

No último levantamento do Ministério da Saúde do PAS, o Estado de São Paulo está entre os sete estados que conseguiram que 100% dos municípios com polos habilitados respondessem ao monitoramento do PAS, além da realização de diversos encontros (ver **Capítulo 2**), ainda que a SES/SP não tenha gerência sobre o financiamento do PAS. Este apoio aos municípios e a interlocução conjunta com os Departamentos Regionais de Saúde do Estado podem refletir na sustentabilidade do Programa, se não financeira, ao menos, técnica.

O presente livro evidencia este esforço da SES/SP ao propor uma avaliação, pois tudo que vale a pena ser feito, vale a pena ser avaliado. Neste sentido, a SES/SP apoiou a formação de uma equipe interdisciplinar e interprofissional, distribuída em dois grupos de pesquisa, com expertise e reconhecimento em áreas complementares, bem como a manutenção desta equipe durante todo o processo, por meio de reuniões regulares, pactuando o delineamento, formulação dos instrumentos de coleta, análise e discussão, incluindo a Divisão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DVDCNT) do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD) da SES/SP. Apostou, assim, na relevância da pesquisa em políticas públicas (CORTI et al., 2015).

Convênios entre instituições de ensino e pesquisa e os tomadores de decisão (gestores de políticas públicas ou governo) devem ocorrer com maior frequência, e é fundamental que o tempo da pesquisa e o tempo da política consigam caminhar no mesmo compasso. Neste sentido, cabe indicar que o PAS trouxe também um impacto nos currículos de Educação Física que passaram a inserir conteúdos de saúde pública e coletiva, de forma mais abrangente, em seus projetos políticos pedagógicos (OLIVEIRA et al., 2016). Isto pode ser também, consequência da

maior inserção dos profissionais de Educação Física no SUS, a partir de 2008, via NASF, e da própria criação do PAS em 2011.

O esforço de reflexão empreendido no **Capítulo 5** – “Pistas para prosseguir na produção de saúde e cuidado”, deste livro, aponta para os aprendizados e legados da experiência do PAS no Estado de São Paulo, a partir da visão dos gestores, profissionais e usuários do Programa. Muitos dos aspectos analisados nos instigam a continuar o diálogo com os dados empíricos produzidos na pesquisa.

O sentido de “aprender” é amplo e compreende desde *adquirir conhecimento* até *fixar na memória*, incluindo também o sentido de *adquirir uma habilidade*. Nesta direção, os verbos mais representativos como sinônimos de “aprender” são: estudar, conhecer, saber, entender, perceber, compreender, assimilar, descobrir, praticar, desenvolver, memorizar, decorar, gravar etc.

Para os propósitos deste capítulo, optamos pelo sinônimo descobrir, em outras palavras, que conhecimentos foram descobertos ou revelados pela pesquisa como um todo e que podem ser anunciados como promissores para a melhoria da efetividade do Programa:

*O engajamento do município, como era de se esperar, é decisivo para o adequado funcionamento dos polos.*

(Gestor do polo)

Ao se legar algo, o PAS transmitiu alguma mensagem que, talvez, tenha vindo para ficar. Este legado poderia até servir como uma proxy de algum resultado que tenha sido produzido pelo Programa e que traz nele embutido potencial de benefício aos serviços, aos gestores, aos profissionais ou aos usuários:

*Os reais parceiros do programa são os alunos.*

(Usuário)

Aprendizados e legados apontam para o futuro, tanto como um desejo de que permaneçam ou como sinal de que algo tenha faltado, e que no desenrolar do futuro possam ir sendo agregados ao Programa. Ou, dado o que se fez e se produziu até o momento, que projeções e novos planos de voo podem ser efetuados para se chegar a um outro porto de pouso:

*... cabe ainda criar oportunidades concretas para que os municípios, os polos e todos os agentes envolvidos possam ser avaliados e acompanhados em suas ações e necessidades, gerando indicadores e informações capazes de (re)orientar a gestão para o permanente e necessário aperfeiçoamento do Programa. (Gestor do polo)*

Como constam nas epígrafes acima e como era esperado, ao interrogarmos os entrevistados acerca dos possíveis aprendizados e legados deixados pelo Programa até o presente momento, emergiu nova variabilidade de compreensões, a depender da posição do respondente – se gestor, profissional ou usuário –, bem como das distintas ideias e percepções dos mesmos sobre o que poderia ser considerado como herança do PAS.

## Retomando o diálogo com a Promoção da Saúde

No **Capítulo 1**, vimos que as Portarias Nacionais do PAS, de 2011 e 2013, balizaram a atuação do PAS em consonância com a PNPS e com a PNAB abrindo possibilidades de que muito do que está lá nestas políticas poderia adentrar a operação do PAS.

Em que medida as ações planejadas, ou executadas pelos gestores dos polos do PAS no Estado de São Paulo estariam alinhadas às políticas de promoção da saúde? Considerando as informações dadas pelos gestores no inquérito telefônico (**Capítulo 4**) diríamos que sim, porém ao nos aproximarmos dos polos durante a pesquisa qualitativa

(**Capítulo 5**) identificamos que há um distanciamento entre aquilo que é percebido pelo gestor e a prática cotidiana.

Todos já parecem saber da importância da atividade física, mas não é grande o número de participantes nos polos. A adesão, em geral, é de público idoso, sobretudo mulheres, que já convivem com adoecimentos crônico-degenerativos, em relação aos quais os benefícios dessas práticas são percebidos imediatamente. Os depoimentos desse público tratam, de forma recorrente, da redução no uso de medicamentos e, sobretudo, da sociabilidade.

Considerando os resultados obtidos com as entrevistas realizadas é preciso discutir que se a promoção da saúde não consegue modificar a lógica do trabalho em saúde, a ampliação do público engajado nos polos do PAS crescerá apenas à medida que crescer o número de adoecidos engajados no controle de suas doenças. Mais doentes cuidando de suas doenças é, por certo, um resultado muito importante, mas não é necessariamente a perspectiva de promoção da saúde para tanto.

Nesse sentido, segue sendo um desafio consolidar uma perspectiva de trabalho na lógica ampliada de promoção da saúde e as iniciativas assim denominadas e referidas continuam a seguir uma lógica de prevenção e controle de doenças.

Os polos funcionam em estreita ligação com UBS, ESF e NASF, reproduzindo as práticas e perspectivas predominantes destes em relação às mesmas pessoas assistidas. Parece persistir a dificuldade em conceber o trabalho em saúde descolado da ideia de ausência de doença assim como em discutir a possibilidade desses polos funcionarem como pontos de acesso ao Sistema de Saúde.

Os resultados indicam que esses polos são, principalmente, extensão dos pontos já existentes e dos quais, com frequência, dependem diretamente, acolhendo seus públicos e suas lógicas de assistência sem nenhum acréscimo significativo quanto a inovações na abordagem e

cuidado prestados à população. Por vezes, alguns horários de funcionamento dos polos são preenchidos com atividades desenvolvidas por nutricionistas, ou por palestras nos moldes da educação em saúde, como realizado frequentemente na Atenção Básica. O PAS seria a oportunidade perdida para fortalecer a promoção da saúde no SUS, como apontam as suas diretrizes, ou esta mudança deveria ser conduzida de forma ampla em toda a rede?

Os eventuais planos de desenvolver iniciativas descoladas dos processos de adoecimento parecem expressar estratégias para manter engajados os já inseridos no Programa mais do que a percepção de um *modus operandi* a desenvolver para a produção de saúde.

Em menor número, na nossa amostra, encontram-se referências à ampliação do escopo do projeto para além do controle de doenças. Contudo, a complexidade destas referências diz respeito a uma somatória de várias abordagens dentro de uma mesma perspectiva patogênica, pois afirma-se que “o foco é adulto de modo geral, com prevenção e tratamento de doenças crônicas”, e conclui que a mudança de hábitos que pretende produzir “precisa muito da área [de saúde] mental; a gente precisa muito desse acompanhamento”, o que sugere, de certa forma, casos de não adesão de etiologia patogênica, ou a necessidade de medicalizar a não adesão.

Destacamos, novamente, o distanciamento entre a opinião dos 206 gestores entrevistados sobre as atividades que estão sendo executadas ou planejadas (**Capítulo 4**). As atividades indicadas aparecem alinhadas com as diretrizes do PAS, ainda que as ações educacionais para a prática de atividade física e a promoção da alimentação saudável sejam as mais citadas, os gestores indicam outras ações como apoio: às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Básica (93,2%), planejamento das ações em conjunto com a equipe da Atenção Básica e usuários (89,8%), apoio às iniciativas da população relacionadas aos

objetivos do Programa (87,4%), promoção de atividade de segurança alimentar (86,4%), mobilização da população adstrita ao polo do Programa (86,4%), ações de controle do tabagismo (80,6%) e do consumo abusivo de álcool (76,2%), ações de combate à violência (63,1%) e práticas artísticas (teatro, música, pintura, artesanato, dentre outros) (49,5%).

Se isso corresponde a certa compreensão do que seria a promoção da saúde ou corresponde a um emprego apenas retórico desta não há como precisar, ainda que a maioria dos gestores, na entrevista telefônica, indicou que todos os princípios de promoção da saúde embasam o PAS. No entanto, também em nossa amostra identificamos que uma indistinção entre promoção da saúde e prevenção de doenças pode ser a responsável pela geração e expressão de discursos por parte de gestores, tais como: “ações de promoção, prevenção de saúde”; e, “A gente pretende continuar a questão de prevenção da saúde”.

Em outro município, onde a necessidade de “realizar” a promoção da saúde é tematizada pelos respondentes, um gestor destaca a excelência do Programa, “principalmente, levando em conta que a gente tem um alto grau de número de hipertensos, diabéticos e de obesidade”. Em sua visão, a promoção da saúde “tenta prevenir as doenças ou mesmo diminuir o impacto delas na sociedade” e se operacionaliza, como se verá adiante, mediante a educação em saúde.

Segundo o mesmo gestor, no “PSF, a gente não tem muito tempo para conseguir realizar a promoção da saúde, então a academia (...) leva esse trabalho interdisciplinar com outros profissionais da área da saúde (...) que nos ajuda a promover melhor a promoção da saúde”. Esse trabalho de promoção da saúde é compreendido como “uma vez por mês ter a educação em saúde, chamar o enfermeiro, chamar o pediatra, chamar um GO [ginecologista obstetra] e tudo mais (...)”. Em outras palavras, convidar um especialista para abordar uma temática específica

relacionada às enfermidades prevalentes, ou que estejam em momento de campanha nacional de prevenção.

A Academia teria, segundo esse gestor, a função de resgatar o “conhecimento do cuidar (...) que a população perdeu”. Ele diz que os profissionais “não entendem muito a questão da promoção da saúde”; eles “esquecem, muitas vezes, (...) da educação, do convívio social, de ter essa atividade com a comunidade”. Atribui, por fim, esse desconhecimento (apenas) aos profissionais novos que contrata, e que “não estão ainda muito familiarizados com essa questão de educação”. Neste caso, à indistinção entre prevenção e promoção se somaria, também, à educação em saúde.

Os gestores identificaram como resultados esperados do PAS a curto prazo (até dois anos) e longo prazo (entre dois e cinco anos) dimensões mais abrangentes e uma expectativa mais ampla sobre estes resultados em estratégias intersetoriais e participativas, em relação ao reforço à ação comunitária, em relação a indicadores populacionais de comportamentos e em relação à reorientação dos serviços de saúde. Essas expectativas mais abrangentes poderiam servir de guia para o plano de voo, alinhando as expectativas em relação aos resultados mais abrangentes e às ações desenvolvidas, que não contempla toda a potencialidade do PAS.

Não se considera, entretanto, que essa dinâmica predominante de funcionamento não crie condições necessárias para transformar o polo da Academia num espaço de geração e desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde que alcancem outros públicos e seus interesses mais imediatos. A SES/SP, a partir dos interlocutores regionais, poderia intensificar a atuação regional em rede para buscar estratégias conjuntas para superar esses desafios, como por exemplo, fomentar uma articulação intersetorial mais efetiva da rede de parceiros, citada pelos gestores com os setores Esporte/Lazer (73,8%), Educação (69,9%),

Cidadania/Assistência Social (62,1%) e Cultura (51,5%).

A “letra da lei”, o que está escrito para ser cumprido (no caso as Portarias do PAS), não garante, necessariamente, seu cumprimento. A “lei” autoriza, indica, regulamenta possibilidades, mas é o contexto, as interpretações, o equipamento, o território e suas condições que vão propiciar os elementos que favorecem ou dificultam a plena realização da “lei”.

Apesar da capacidade desigual dos municípios em tomarem parte nessa nova institucionalidade, existem indicações que apontam para mudanças na forma como a governança local está ocorrendo. No entanto, e apesar do maior envolvimento dos gestores e das comunidades locais, ainda não está claro se essas novas institucionalidades são sustentáveis sem o apoio financeiro e indutor do Governo Federal.

As Portarias de 2011 e 2013 ambicionavam mais do que isso, como “promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população”.

E se parte deste desiderato não foi alcançado, não necessariamente a causa estaria no âmago da concepção do PAS, mas nas suas interconexões dentro do setor saúde e com a lógica já instituída de funcionamento das unidades de saúde e de suas equipes.

Há confusão entre promoção e prevenção, há dificuldades de se conceituar saúde de forma positiva, distanciando-se de “ausência de doenças”, há pouco trabalho interdisciplinar, mas se o PAS for dispositivo para aumentar a sociabilidade, favorecendo encontros e interconexões

para além dos seus muros, estaria ali presente uma semente para um ativo potencialmente salutogênico.

Sempre no instituído está contido as possibilidades, se não da sua superação, pelo menos criatividade e imaginação para inventar outras formas de encontros.

A questão das redes e parcerias foi abordada nas entrevistas buscando identificar os “parceiros” do Programa e, para além das instituições que comumente são consideradas as parceiras mais frequentes, grande parte dos gestores, profissionais e usuários fizeram referências às pessoas que constituem o público-alvo da Academia.

E deste ponto de vista, nos pareceu que o PAS ainda precisa envidar esforços coletivos no sentido de ampliar seus propósitos. A fala de um dos entrevistados, corroborada por outros: “Os reais parceiros do Programa são os alunos”, pode ser exemplar ao assinalar a força dos usuários, mas também a insipiência na ampliação de parcerias e articulações locais, como por exemplo, com ONG.

Por outro lado, residem neles, “os alunos” a grande potência capaz de manter viva as atividades no cotidiano, frequentando as aulas, inventando ações na comunidade, convidando outros para participar, possibilitando o desenvolvimento do Programa para além dos muros ou da grade horária previstas no planejamento.

São sujeitos que transitam, atores que se articulam, gente que escolhe e busca de maneira interdependente, criativa e imaginativamente entradas e saídas que possam melhorar a vida e renovar encontros. A autonomia de sujeitos é um dos valores atribuídos à promoção da saúde.

### **Para seguir adiante...**

Uma das perspectivas que parecem informar a compreensão dos entrevistados acerca dos objetivos que o PAS pretende atingir está ba-

seada nas doenças que acometem a população, em geral idosa, e nos riscos de adoecimento ou agravamento do adoecimento decorrentes do sedentarismo e o foco é no adulto de modo geral, com prevenção e tratamento de doenças crônicas. Não indicam, contudo, que a saúde é só prevenção e controle de doenças, mas, também, viver bem a vida junto aos outros.

A ampliação das ações para crianças e adolescentes e o funcionamento no período noturno devem ser priorizadas, especialmente para atender trabalhadores e aumentar a cobertura.

Identificar o trabalho em rede do PAS no âmbito municipal e regional poderia contribuir com uma articulação mais presente do Governo do Estado no PAS e verificar como as questões que competem às Secretarias de Estado estão sendo desenvolvidas.

Quase um quinto das cidades constavam como polos habilitados, mas nas entrevistas muitos alegavam que estavam devolvendo os recursos ou não havia sequer planejamento para a construção do polo. Entender melhor os motivos desse processo poderia contribuir para a melhor seleção dos municípios.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir como ponto de partida para outros levantamentos estaduais e servir como ponto de comparação. É provável que a maior dificuldade dos gestores do PAS no município não seja a falta de conhecimento sobre quais os princípios de promoção da saúde deveriam nortear o PAS, mas sim como gerir o PAS ou como criar condições para que de fato eles estejam presentes em suas atividades diárias. A comparação entre os dados quantitativos e qualitativos apontam para esse cenário.

A realização de mais encontros entre os gestores e os profissionais que atuam no PAS para reforçar as novas diretrizes do Programa, bem como experiências e a pactuação de estratégias de intervenção, modos de avaliação e resultados esperados poderiam contribuir para

que o “Academia” se tornasse de fato um equipamento da Atenção Básica. Um trabalho em rede na perspectiva regional, liderado pelos departamentos regionais da SES/SP poderia ser um caminho a ser ampliado.

Importante também observar com mais atenção os arranjos societários que foram se estabelecendo ao longo das experiências aqui analisadas e das ações empreendidas no PAS, e transformar esse tema em um ponto permanente de pauta para gestores, formuladores de políticas e outros atores envolvidos. Não existe uma receita ou uma única forma de fazer. As experiências deixam em aberto o campo das possibilidades para enfrentar a realidade e exercitar a capacidade coletiva de ação, que é também a capacidade de modificar e reforçar valores éticos, de cooperação, diálogo, solidariedade, tão caros à promoção da vida.

## Referências

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Cienc Saúde Coletiva** 9(3):583-592, 2004.

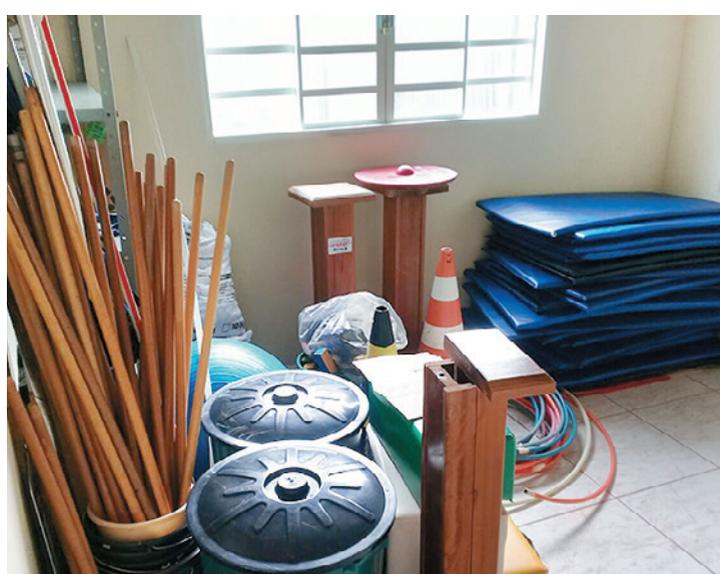
BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação** 9(1):20-9, 2002.

CORTI, B. G. et al. Translating active living research into policy and practice: One important pathway to chronic disease prevention. *Journal of Public Health Policy*. 36(2): 231-243, 2015.

MOTA, P. H. S. et al. Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. **Saúde Debate**. 40(8):64-73, 2016.

OLIVEIRA, R. C. et al. Formação profissional em educação física para o setor da saúde e as diretrizes curriculares nacionais. **Pensa a Prática**. v. 19, p. 721-733, 2016.

VARELA, F. J. O desencantamento do abstrato. In: O reencantamento do concreto. **Cadernos de Subjetividade do Núcleo de Estudos da Subjetividade**. Programa de estudos de pós-graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP. São Paulo: Hucitec, 2003.



# Anexos

## Anexo 1

### Inquérito Telefônico

Nome do Município:	Código do Município:
Nome do Gestor/Responsável cedido pela SES:	

*Bom dia (Boa tarde, Boa noite). Meu nome é..., e o motivo desta ligação é informar que estamos realizando uma pesquisa coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Universidade de São Paulo a fim de verificar informações sobre a implantação do Programa Academia da Saúde no seu município. Eu gostaria de falar com o gestor responsável pelo Programa Academia da Saúde no município, por favor.*

Caso não seja possível falar com o responsável no momento:

*Seria possível agendarmos uma entrevista com o Gestor/Responsável pelo Programa Academia da Saúde no seu município?*

Anotar tentativas de contato para agendamento: (1) (2) (3) (4) (5) \_\_\_\_\_

Entrevista agendada para: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_:\_\_\_\_

(Caso não consiga fazer a entrevista na data agendada, tente agendar uma nova data):

Responsável pelo agendamento: \_\_\_\_\_

Nome do Gestor/Responsável confirmado pelo Município:	
Sexo: (1) Masculino	(2) Feminino
Telefone fixo: (DDD)	Telefone celular: (DDD)
E-mail do Gestor do Programa Academia da Saúde:	
Entrevistador responsável pela entrevista:	

*Bom dia (Boa tarde, Boa noite). Meu nome é... Estou ligando, pois tenho uma entrevista agendada com o(a) senhor(a) \_\_\_\_\_, Gestor(a)/Responsável pelo Programa Academia da Saúde no município de \_\_\_\_\_. Esta entrevista é referente a uma pesquisa coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde e pela Universidade de São Paulo sobre a implantação do Programa Academia da Saúde no seu município e gostaríamos de obter algumas informações sobre este assunto. Podemos começar?*

## **BLOCO 1 - INFORMAÇÕES PESSOAIS DO GESTOR**

*Para começar, eu gostaria de fazer algumas perguntas pessoais:*

- 1.1. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos (88) NS\*
- 1.2. Qual é a sua formação profissional? **(Mais de uma opção é permitida)**
- |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|
| (1) Administração   | (9) Nutrição             |
| (2) Biologia        | (10) Odontologia         |
| (3) Biomedicina     | (12) Serviço Social      |
| (4) Educação Física | (13) Terapia ocupacional |
| (5) Enfermagem      | (14) Veterinária         |
| (6) Fisioterapia    | (15) Outra: _____        |
| (7) Fonoaudiologia  | (88) NS                  |
| (8) Medicina        |                          |

\* NS (Não sabe/Não quis responder)

## **BLOCO 2 - RELAÇÃO PROFISSIONAL DO GESTOR COM O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE**

*As próximas questões abordam a sua inserção no Programa Academia da Saúde.*

- 2.1. Qual é o seu vínculo empregatício no Programa Academia da Saúde?  
(1) Servidor Público Efetivo (3) Outro: \_\_\_\_\_  
(2) Contrato CLT (88) NS
- 2.2. Em que ano o(a) Sr(a). começou a trabalhar no SUS? \_\_\_\_\_  
(8888) NS
- 2.3. Quando o(a) Sr(a). começou a atuar no Programa Academia da Saúde?  
\_\_\_\_ (mês) /20 \_\_\_\_ (ano) (8888) NS
- 2.4. Quantas horas por semana o(a) Sr(a). trabalha no Programa Academia da Saúde?  
\_\_\_\_\_ horas/semana (88) NS
- 2.5. O(A) Sr(a). iniciou o seu trabalho juntamente com a implantação do Programa Academia da Saúde no município?  
(0) Não (1) Sim **(Pular para a questão 2.7)** (88) NS
- 2.6. Iniciou depois de quanto tempo da implantação do Programa Academia da Saúde no município?  
\_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses (88) NS
- 2.7. No momento da sua contratação como gestor (mudança de contrato/designação oficial), o(a) Sr(a). foi informado(a) sobre as principais atividades que desempenharia nesse trabalho?  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- 2.8. Além de trabalhar no Programa Academia da Saúde, o(a) Sr(a). trabalha em outra instituição ou tem outra atividade profissional?  
(0) Não (1) Sim (88) NS

### BLOCO 3 - INSERÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA E PARCERIAS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

*As próximas questões abordam a inserção e as parcerias do Programa Academia da Saúde.*

3.1. Atualmente, o Programa Academia da Saúde é um serviço isolado no município?

(0) Não (1) Sim **(Pular para a questão 3.2.)** (88) NS

3.1.1. Se não, vincula-se a qual(is) ponto(s) ou serviço da rede?

(1) Pela Estratégia de Saúde da Família

(2) Pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família

(3) Tanto pela Estratégia de Saúde da Família como pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família

(4) Outra forma de inserção: \_\_\_\_\_ (88) NS

3.2 Para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde, existe ou existirá parcerias do setor saúde com outras secretarias/órgãos governamentais?

(0) Não **(Pular para a questão 3.4.)** (1) Sim (88) NS

3.3. Com quais secretarias/órgãos são/serão realizadas essas parcerias?

**(Ler todas as alternativas)**

(1) Transporte (0) Não (1) Sim (88) NS

(2) Meio Ambiente (0) Não (1) Sim (88) NS

(3) Educação (0) Não (1) Sim (88) NS

(4) Esporte/Lazer (0) Não (1) Sim (88) NS

(5) Turismo (0) Não (1) Sim (88) NS

(6) Segurança (0) Não (1) Sim (88) NS

(7) Cultura (0) Não (1) Sim (88) NS

(8) Cidadania/Assistência Social (0) Não (1) Sim (88) NS

(9) Desenvolvimento Social (0) Não (1) Sim (88) NS

(10) Infraestrutura/Urbanismo (0) Não (1) Sim (88) NS

(11) Outra: \_\_\_\_\_

3.4. Para o desenvolvimento das ações do Programa Academia da Saúde, existem/existirão parcerias com órgãos/setores não governamentais?

(0) Não (1) Sim (Pular para a questão 3.6.) (88) NS

3.5. Com quais setores são/serão realizadas essas parcerias?

(Ler todas as alternativas)

(1) Universidades/Faculdades Públicas (0) Não (1) Sim (88) NS

(2) Universidades/Faculdades Privadas (0) Não (1) Sim (88) NS

(3) Organizações Não Governamentais (0) Não (1) Sim (88) NS

(4) Operadoras de Planos de Saúde (0) Não (1) Sim (88) NS

(5) Outras empresas do setor privado (0) Não (1) Sim (88) NS

(6) Sistema S (SESI, SENAI, SENAC etc.) (0) Não (1) Sim (88) NS

(7) Outra: \_\_\_\_\_

3.6. Há/haverá participação popular nessas ações?

(0) Não (1) Sim (88) NS

3.7. As ações do Programa Academia da Saúde estão/estarão vinculadas com os temas prioritários da promoção da saúde que já vêm sendo desenvolvidos no município, como: (Ler todas as alternativas)

(1) Formação e educação permanente

(0) Não (1) Sim (88) NS

(2) Promoção da alimentação adequada e saudável

(0) Não (1) Sim (88) NS

(3) Promoção da atividade física e práticas corporais

(0) Não (1) Sim (88) NS

(4) Enfrentamento do tabaco e seus derivados

(0) Não (1) Sim (88) NS

(5) Enfrentamento do uso abusivo álcool e outras drogas

(0) Não (1) Sim (88) NS

(6) Promoção da mobilidade segura

(0) Não (1) Sim (88) NS

(7) Promoção da cultura de paz e dos direitos humanos

(0) Não (1) Sim (88) NS

(8) Promoção do desenvolvimento sustentável

(0) Não (1) Sim (88) NS

(9) Outra: \_\_\_\_\_

## **BLOCO 4 - IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE**

*Agora conversaremos sobre o processo de implementação do Programa Academia da Saúde no seu município.*

4.1. Quem elaborou a proposta para o Programa Academia da Saúde encaminhada para o Ministério da Saúde? **(Ler todas as alternativas)**

(1) O próprio respondente

(0) Não (1) Sim (88) NS

(2) Vigilância em Saúde (equipe ou apenas uma pessoa)

(0) Não (1) Sim (88) NS

(3) Atenção Básica (equipe ou apenas uma pessoa)

(0) Não (1) Sim (88) NS

(4) Planejamento (equipe ou apenas uma pessoa)

(0) Não (1) Sim (88) NS

(5) Secretário de Saúde

(0) Não (1) Sim (88) NS

(6) Prefeito

(0) Não (1) Sim (88) NS

(7) Empresa ou consultoria de uma equipe de profissionais da saúde

(0) Não (1) Sim (88) NS

(8) Outro: \_\_\_\_\_

4.2. Por quais razões o seu município submeteu proposta para o Programa Academia da Saúde? **(Ler todas as alternativas)**

(1) O município já desenvolvia ações similares as desse Programa

(0) Não (1) Sim (88) NS

- (2) O terreno para construção do Polo do Programa Academia da Saúde estava disponível  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (3) Havia facilidade de contratar profissionais para desenvolver as atividades exigidas pelo Programa  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (4) Os recursos eram adequados para construção do Polo e custeio de Atividades  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (5) O Programa era uma prioridade do município  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (6) Foi uma demanda do Conselho Municipal de Saúde  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (7) Foi uma demanda da população  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (8) Outras: \_\_\_\_\_

4.3. Em quais dos princípios da promoção da saúde o Programa Academia da Saúde no seu município está embasado? **(Ler todas as alternativas)**

- |                         |         |         |         |
|-------------------------|---------|---------|---------|
| (1) Autonomia           | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (2) Empoderamento       | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (3) Participação social | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (4) Governança          | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (5) Equidade            | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (6) Intersetorialidade  | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (7) Intrasetorialidade  | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (7) Redes sociais       | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (8) Sustentabilidade    | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (9) Integralidade       | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |

4.4. Em qual(is) modalidade(s) de Polo(s) do Programa Academia da Saúde o seu município foi contemplado? **(Ler todas as alternativas) sim, as somas precisam bater.**

(1) Básica (Oitenta mil reais)

(0) Não (1) Sim, quantos: \_\_\_\_\_ (88) NS

(2) Intermediária (Cem mil reais)

(0) Não (1) Sim, quantos: \_\_\_\_\_ (88) NS

(3) Ampliada (Cento e oitenta mil reais)

(0) Não (1) Sim, quantos: \_\_\_\_\_ (88) NS

(4) Similar

(0) Não (1) Sim, quantos: \_\_\_\_\_ (88) NS

4.5. Quantos Polos do Programa Academia da Saúde já começaram as atividades no seu município?

\_\_\_\_\_ Polos (88) NS

4.6. Quantos Polos do Programa Academia da Saúde estão em obras NÃO CONCLUÍDAS no seu município?

\_\_\_\_\_ Polos (88) NS

4.7. Quantos Polos do Programa Academia da Saúde estão com obras CONCLUÍDAS no seu município?

\_\_\_\_\_ Polos (88) NS

4.8. Em média, quantas pessoas estão sendo atendidas SEMANALMENTE somando-se o atendimento feito por todos os Polos em funcionamento no seu município?

\_\_\_\_\_ pessoas/semana (88) NS

4.9. Em média, qual é a quantidade de pessoas que se espera atingir SEMANALMENTE com as ações do Programa Academia da Saúde no seu município?

\_\_\_\_\_ pessoas/semana (88) NS

4.10. Foi utilizado algum instrumento da gestão pública ou indicador de saúde para definir a quantidade de Polos solicitada?

( ) Sim

( ) Não (Pular para a questão 4.12)

(88) NS (Pular para a questão 4.12)

4.11. Se sim, qual(is)? (Ler todas as alternativas)

(1) Plano Municipal de Saúde

(0) Não (1) Sim (88) NS

(2) Plano Diretor da Cidade

(0) Não (1) Sim (88) NS

(3) Definição do Orçamento Participativo

(0) Não (1) Sim (88) NS

(4) Análise de situação de saúde ou indicadores da vigilância em saúde

(0) Não (1) Sim (88) NS

(5) Cobertura da Atenção Básica ou indicadores da Atenção Básica

(0) Não (1) Sim (88) NS

(6) Indicadores de vulnerabilidade social, pobreza ou risco de adoecimento

(0) Não (1) Sim (88) NS

4.12. Os profissionais que desenvolvem/desenvolverão as atividades no(s) Polo(s) do Programa Academia da Saúde são/serão:

(Ler todas as alternativas)

(1) Contratados exclusivamente para essa função

(0) Não (1) Sim (88) NS

(2) Profissionais que atuam na Atenção Básica e/ou NASF

(0) Não (1) Sim (88) NS

(3) Outros profissionais para atender demandas específicas do município

(0) Não (1) Sim (88) NS

4.13. Qual é a formação dos profissionais que atuam/atuarão no(s) Polo(s) do Programa Academia da Saúde no seu município? **(Ler todas as alternativas)**

- |                         |             |          |                   |          |
|-------------------------|-------------|----------|-------------------|----------|
| (1) Educação Física     | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (2) Nutrição            | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (3) Fisioterapia        | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (4) Terapia ocupacional | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (6) Enfermagem          | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (7) Serviço Social      | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (8) Odontologia         | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (9) Biomedicina         | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (10) Fonoaudiologia     | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (11) Biologia           | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (12) Veterinária        | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (14) Psicologia         | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (15) Administração      | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (16) Medicina           | (0) N (1) S | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (17) Ainda não definido |             |          | Quantidade: _____ | (888) NS |
| (18) Outra: _____       |             | (888) NS | Quantidade: _____ | (888) NS |

4.14. Há um grupo de apoio à gestão do(s) Polo(s) do Programa Academia da Saúde?

- (0) Não **(Pular para a questão 4.17.)** (1) Sim (88) NS

4.15. Com que frequência ocorrem/ocorrerão as reuniões desse grupo de apoio à gestão? **(Ler todas as alternativas)**

- (1) Uma vez por semana
- (2) Uma vez por mês
- (3) A cada três meses
- (4) Acima de três meses
- (5) Só ocorrem(rão) reuniões quando julgadas necessárias pela coordenação do grupo de apoio
- (6) Não tem/terá periodicidade determinada
- (7) Não ocorrem(rão) reuniões
- (88) NS

4.16. Em relação ao grupo de apoio à gestão do(s) Polo(s), quem é/será membro? **(Ler todas as alternativas)**

- (1) Profissional(is) da Atenção Básica (ESF/PSF, Centro de Saúde, Unidade Mista)  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (2) Profissional(is) contratado(s) para atuar(em) no Programa Academia da Saúde  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (3) Representantes da sociedade civil  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (4) Profissionais de outras áreas do poder público envolvidos com o Programa Academia da Saúde  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (5) Outros: \_\_\_\_\_

4.17. O município realiza ou realizará treinamento/capacitação para os profissionais da Estratégia Saúde da Família, do NASF e do Polo da Academia da Saúde para atuarem em conjunto?

- (0) Não      (1) Sim      (88) NS

**ENTREVISTADOR, ATENÇÃO! Neste momento, você deverá considerar que as atividades podem estar sendo executadas ou planejadas para o futuro, pois alguns Polos estão em fase de construção!**

4.18. Quais atividades são/serão desenvolvidas no(s) Polo(s) do Programa Academia da Saúde do seu município? **(Ler todas as alternativas)**

- (1) Promoção de atividade física ou práticas corporais (caminhada, ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, ioga, Tai Chi Chuan, dentre outros)  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (2) Ações educacionais para a prática de atividade física ou prática corporal  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS

- (3) Promoção de atividade de segurança alimentar  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (4) Práticas artísticas (teatro, música, pintura, artesanato, dentre outros)  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (5) Planejamento das ações em conjunto com a equipe da Atenção Básica e usuários  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (6) Ações de combate à violência  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (7) Mobilização da população adstrita ao Polo do Programa  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (8) Apoio às ações de promoção da saúde desenvolvidas na Atenção Básica  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (9) Apoio às iniciativas da população relacionadas aos objetivos do Programa  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (10) Promoção da alimentação saudável  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (11) Ações de controle do tabagismo  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (12) Ações de controle do consumo abusivo de álcool  
(0) Não      (1) Sim      (88) NS
- (13) Ainda não definidas
- (14) Outras: \_\_\_\_\_

4.19. Quais são as estruturas existentes ou que estão em construção no espaço do(s) Polo(s) do Programa Academia da Saúde no seu município?

**(Ler todas as alternativas)**

- (1) Área de vivência  
(0) Não existe      (1) Existente      (2) Em construção      (88) NS

- |  |                |               |                   |         |
|--|----------------|---------------|-------------------|---------|
| (2) Depósito de materiais                    | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (3) Sala de acolhimento                      | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (4) Sala de vivência                         | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (5) Área de equipamentos de exercício físico | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (6) Sanitários masculino e feminino          | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (7) Quadra de esportes                       | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (8) Pista de caminhada                       | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (9) Parque infantil                          | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (10) Área para jogos de tabuleiro            | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (11) Bicicletário                            | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (12) Academia ao ar livre / da 3ª idade      | (0) Não existe | (1) Existente | (2) Em construção | (88) NS |
| (13) Outras: _____                           |                |               |                   |         |

4.20. Como está sendo feita, ou será feita, a avaliação dos resultados do Programa? **(Ler todas as alternativas)**

- |   |         |         |         |
|---|---------|---------|---------|
| (1) Com base em indicadores do Plano Municipal de Saúde | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (2) Com base em indicadores da Vigilância em Saúde      | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |

- (3) Com base em indicadores da Atenção Básica  
 (0) Não (1) Sim (88) NS
- (4) Com base em indicadores de vulnerabilidade social, pobreza ou risco de adoecimento  
 (0) Não (1) Sim (88) NS
- (5) Outro: \_\_\_\_\_

4.21. Quais os grupos que estão sendo/serão o público-alvo das ações do Programa nos Polos? **(Ler todas as alternativas)**

- |                                    |         |         |         |
|------------------------------------|---------|---------|---------|
| (1) Crianças (até 9 anos)          | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (2) Adolescentes (de 10 a 17 anos) | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (3) Adultos (de 18 a 59 anos)      | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (4) Idosos (60 anos ou mais)       | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |

4.22. Em quais turnos as atividades são/serão oferecidas:

**(Ler todas as alternativas)**

- |           |         |         |         |
|-----------|---------|---------|---------|
| (1) Manhã | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (2) Tarde | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |
| (3) Noite | (0) Não | (1) Sim | (88) NS |

## **BLOCO 5 - RESULTADOS ESPERADOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE**

*Nesta seção, conversaremos sobre os resultados que são esperados pelo seu município por meio do Programa Academia da Saúde.*

5.1. Quais são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação ao desenvolvimento de estratégias intersetoriais e participativas? Considere o horizonte de até 2 anos ou entre 2 e 5 anos.

Com relação a < ler cada opção >, os resultados esperados são para até 2 anos e/ou entre 2 a 5 anos? **(As duas opções de resposta podem ser marcadas)**

- (1) Participação popular nas atividades de planejamento, monitoramento, implantação e avaliação
- |                   |                      |         |
|-------------------|----------------------|---------|
| (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
|-------------------|----------------------|---------|

- |  |                      |         |
|--|----------------------|---------|
| (2) Estabelecer parcerias interssetoriais  |                      |         |
| (1) Em até 2 anos  | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (3) Estabelecer parcerias intrassetoriais  |                      |         |
| (1) Em até 2 anos  | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (4) Estabelecer um grupo gestor  |                      |         |
| (1) Em até 2 anos  | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (5) Reuniões sistemáticas com os atores envolvidos (funcionários, gestores e usuários) |                      |         |
| (1) Em até 2 anos  | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| Outros #1:   |                      |         |
| (1) Em até 2 anos  | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| Outros #2:   |                      |         |
| (1) Em até 2 anos  | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| Outros #3:   |                      |         |
| (1) Em até 2 anos  | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |

5.2. Quais são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação ao reforço à ação comunitária? Considere o horizonte de até 2 anos ou entre 2 e 5 anos.

Com relação a < ler cada opção >, os resultados esperados são para até 2 anos e/ou entre 2 a 5 anos? (As duas opções de resposta podem ser marcadas)

- |   |                      |         |
|---|----------------------|---------|
| (1) Acolher ações/atividades organizadas pela comunidade adstrita |                      |         |
| (1) Em até 2 anos   | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (2) Criar grupos para a discussão de questões locais              |                      |         |
| (1) Em até 2 anos   | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (3) Mapear, criar ou desenvolver redes de atuação temáticas       |                      |         |
| (1) Em até 2 anos   | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| Outros #1:  |                      |         |
| (1) Em até 2 anos   | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |

Outros #2:

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

Outros #3:

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

5.3. Quais são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação a indicadores populacionais de comportamentos? Considere o horizonte de até 2 anos ou entre 2 e 5 anos.

Com relação a < ler cada opção >, os resultados esperados são para até 2 anos e/ou entre 2 a 5 anos? (As duas opções de resposta podem ser marcadas)

(1) Ampliar os conhecimentos dos participantes sobre os benefícios da prática de atividade física

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

(2) Aumentar a prática de atividade física na população participante

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

(3) Ampliar os conhecimentos dos participantes sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

(4) Aumentar o consumo de alimentos saudáveis entre os participantes

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

(5) Aproximar os usuários das várias manifestações artísticas e culturais como elementos de promoção da saúde

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

(6) Aumentar o conhecimento da população sobre cuidados com a saúde

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

(7) Reduzir o tabagismo e seus derivados na população participante

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

(8) Reduzir o uso abusivo de álcool e outras drogas na população participante

(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

- (9) Engajamento em ações de cidadania/voluntariado
- |                   |                      |         |
|-------------------|----------------------|---------|
| (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
|-------------------|----------------------|---------|
- Outros #1:
- |                   |                      |         |
|-------------------|----------------------|---------|
| (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
|-------------------|----------------------|---------|
- Outros #2:
- |                   |                      |         |
|-------------------|----------------------|---------|
| (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
|-------------------|----------------------|---------|
- Outros #3:
- |                   |                      |         |
|-------------------|----------------------|---------|
| (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
|-------------------|----------------------|---------|

5.4. Quais são os principais resultados esperados com o Programa Academia da Saúde em seu município em relação à reorientação dos serviços de saúde? Considere o horizonte de até 2 anos ou entre 2 e 5 anos.

Com relação a < ler cada opção >, os resultados esperados são para até 2 anos e/ou entre 2 a 5 anos? (As duas opções de resposta podem ser marcadas)

- |   |                   |                      |         |
|---|-------------------|----------------------|---------|
| (1) Integrar os profissionais do NASF e do Programa Academia da Saúde | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (2) Integrar os profissionais do PSF e do Programa Academia da Saúde  | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (3) Registrar e avaliar as ações do Programa Academia da Saúde        | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (4) Constituir grupo de apoio à gestão do Polo                        | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (5) Incluir o Programa no Plano Municipal de Saúde                    | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (6) Integrar as ações do Programa às ações da UBS                     | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (7) Reduzir a quantidade de consultas                                 | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |
| (8) Reduzir o uso de medicamentos/remédios                            | (1) Em até 2 anos | (2) Entre 2 e 5 anos | (88) NS |

- (9) Desenvolver ações com foco na integralidade do cuidado  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS
- (10) Desenvolver práticas educativas que promovam a autonomia dos sujeitos  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS
- (11) Desenvolver ações de educação permanente  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS
- (12) Ampliar a clínica, na perspectiva da clínica ampliada e da construção de projetos terapêuticos singulares  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS
- (13) Definir linhas de cuidado (acolhimento, escuta qualificada, resolutividade, encaminhamento, vínculo e acompanhamento na rede)  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS
- Outros #1:  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS
- Outros #2:  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS
- Outros #3:  
(1) Em até 2 anos (2) Entre 2 e 5 anos (88) NS

## **BLOCO 6 - NOVOS PLANEJAMENTOS SOBRE O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE**

*Estamos terminando o questionário e agora vamos tratar sobre novos planejamentos que o seu município possa ter em relação ao Programa Academia da Saúde.*

- 6.1. O seu município pretende submeter nova proposta para o Programa Academia da Saúde?  
(0) Não (Pular para a questão 6.3.) (1) Sim  
(88) NS (Encerrar a entrevista)
- 6.2. Por quais motivos? (Ler todas as alternativas)  
(1) O Programa teve/terá resultados positivos para a comunidade  
(0) Não (1) Sim (88) NS

- (2) As ações de promoção da saúde são prioridade para o município  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (3) O município tem recursos mobilizados para ampliar o Programa  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (4) Porque essa é uma demanda da população  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (5) Porque o Programa possui recurso federal  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (6) Ampliar a abrangência do Programa  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (7) Atender demanda do governo  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (8) Outros: \_\_\_\_\_

**(Encerrar a entrevista)**

6.3 Por quais motivos? **(Ler todas as alternativas)**

- (1) O Programa não apresentou os resultados esperados para a comunidade  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (2) As ações de promoção da saúde não são prioridade neste momento para o município  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (3) O município não tem condições para dar continuidade ao Programa  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (4) O município não tem condições de expandir o Programa  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (5) Não há profissionais suficientes para desenvolver as atividades do Programa  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (6) Indefinição das políticas de saúde para o município por causa do período eleitoral  
(0) Não (1) Sim (88) NS

- (7) O município não pode mais concorrer ao Programa  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (8) A população não aderiu às atividades do Programa e das ações de promoção à saúde propostas  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (9) Não há terreno próprio do município para a construção de novos Polos  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (10) A quantidade de Polos é suficiente  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (11) Aguardarão os resultados dos Polos em construção  
(0) Não (1) Sim (88) NS
- (12) Outros: \_\_\_\_\_

**(Encerrar a entrevista)**

*Encerramento: A Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de São Paulo agradecem por sua atenção e colaboração! Entraremos em contato posteriormente para divulgar os resultados! Tenha um(a) bom dia (boa tarde, boa noite).*

## ANEXO 2

### Roteiro de entrevista com gestores

Instruções para os entrevistadores:

1. Ler e assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.
2. Gravar o nome do entrevistado e do entrevistador, o dia e horário do início e término da entrevista.
3. Solicitar que o entrevistado não seja interrompido durante a entrevista (desligar o celular).
4. Ao final da entrevista agradecer e mencionar que os dados serão sistematizados em relatórios.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hora de início da entrevista: \_\_\_\_\_

Hora do fim da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do Polo: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Modalidade: ( ) Básico ( ) Intermediário ( ) Ampliado

Similar: ( ) Sim ( ) Não

Cidade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

#### **BLOCO A - MOTIVAÇÕES E EXPECTATIVAS**

1. Qual tem sido o seu envolvimento no Programa? (Qual é o seu papel?).
2. Como você definiria o problema que o Programa pretende enfrentar?
3. O que sua participação no processo tem gerado para você? (Ganhos, realizações, conflitos, perdas etc.).
4. Você identifica questões externas ao Programa que influenciaram a sua implementação, o cumprimento dos objetivos e metas? (Destinação de recursos).

## **BLOCO B - PARCERIAS, CONTEXTOS DE INTEGRAÇÃO E DESENVOLVIMENTO**

5. Quem são os principais parceiros para a implementação e segmento do Programa?
6. Que critérios você usa para identificar o potencial de uma parceria no Programa?
7. Como os parceiros interagem uns com os outros no Programa?
8. Como os parceiros mantêm a coesão e como isso evoluiu ao longo do tempo? (Comitês, espaços de reuniões, oficinas etc.).
9. Como você avalia o apoio da SES na implementação e desenvolvimento do Programa?
10. Como avalia o apoio da SMS na implementação e desenvolvimento do Programa?
11. O Programa consta no Plano Municipal de Saúde?
12. Quais estratégias têm sido utilizadas para divulgação do Programa no município?

## **BLOCO C - PERSPECTIVAS FUTURAS**

13. Você pensa que o Programa deixará algum legado? Qual? Para quem?
14. Você acredita que o Programa terá sustentabilidade no futuro? Como?
15. Se você pudesse refazer, reconstruir a história do Programa, o que faria diferente? O que poderia ser mantido? Por quê? (Problemas, desafios e potencialidades).
16. Que elementos você tem utilizado para avaliar o Programa? (Indicadores, pesquisa etc.). Como essa avaliação é feita e com quem? Existe algum documento/relatório para anexar?
17. Existe um conselho gestor do Programa ou grupo de apoio ao Programa? Se sim, como funciona e quem participa?
18. Existe alguma coisa que gostaria de dizer e não foi perguntada? O que seria?

## ANEXO 3

### Roteiro de entrevista com profissionais de saúde

Instruções para os entrevistadores:

1. Ler e assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.
2. Gravar o nome do entrevistado e do entrevistador, o dia e horário do início e término da entrevista.
3. Solicitar que o entrevistado não seja interrompido durante a entrevista (desligar o celular).
4. Ao final da entrevista, agradecer e mencionar que os dados serão sistematizados em relatórios.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hora de início da entrevista: \_\_\_\_\_

Hora do fim da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do Polo: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

#### **BLOCO A - MOTIVAÇÕES E EXPECTATIVAS**

1. Qual tem sido o seu envolvimento no Programa? (Qual é o seu papel?).
2. Como você definiria as questões que o Programa pretende enfrentar?
3. O que a sua participação no processo tem gerado para você? (Conflitos, realizações, ganhos, perdas etc.).

#### **BLOCO B - CONTEXTOS DE INTEGRAÇÃO E ATUAÇÃO**

4. Como é a relação da equipe do Programa com os usuários?
5. Quem são os principais parceiros para a continuidade do Programa?
6. Quais são os parceiros do Programa?

## **BLOCO C - ORGANIZAÇÃO E PROCESSOS DE TRABALHO**

7. Quais profissionais fazem parte da equipe e como se organiza a equipe de trabalho?
8. Quais ações são desenvolvidas no Programa?
9. Quem executa essas ações?
10. Qual o público-alvo? (Jovens, idosos, mulheres etc.).
11. Você acredita que o número de profissionais que atuam no Programa é suficiente? O que você mudaria na equipe?
12. Os profissionais têm participado de processos de educação permanente para atuar no Programa?
13. De que forma os usuários se encaminham para o Programa?
14. Existe lista de espera para a participação de atividades oferecidas pelo Programa? Se sim, para quais? Quais são os critérios usados para uma pessoa sair da lista de espera?
15. Como é a articulação entre a equipe do Programa e a Atenção Básica?
16. O que ajudaria a aumentar a participação da comunidade no Programa?
17. Relate uma semana típica de trabalho no Programa.

## **BLOCO D - PERSPECTIVAS FUTURAS**

18. Você pensa que o Programa deixará algum legado? Qual? Pra quem?
19. Você acredita que o Programa terá sustentabilidade? Como?
20. Se você pudesse fazer, reconstruir a história do Programa, o que faria diferente? O que poderia ser mantido? (Problemas, desafios e potencialidades).
21. Como você qualificaria o andamento do Programa?
22. Com base em que critérios ou elementos você faz essa avaliação?

## ANEXO 4

### Roteiro de entrevista com usuários do Programa

Instruções para os entrevistadores

1. Ler e assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.
2. Gravar o nome do entrevistado e do entrevistador, o dia e horário do início e término da entrevista.
3. Solicitar que o entrevistado não seja interrompido durante a entrevista (desligar o celular).
4. Ao final da entrevista, agradecer e mencionar que os dados serão sistematizados em relatórios.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hora de início da entrevista: \_\_\_\_\_

Hora do fim da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do Polo: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Com quem mora: \_\_\_\_\_

#### **BLOCO A - MOTIVAÇÃO E ENVOLVIMENTO**

1. O que motivou o seu envolvimento com o Programa?
2. Há quanto tempo e com que frequência você participa do Programa?
3. Por que acha que o Programa foi implementado nessa comunidade?
4. O que sua participação no Programa tem gerado para você? (Conflitos, realizações, ganhos, perdas etc.).
5. Quais aspectos contribuem ou dificultam a sua participação no Programa?
6. Relate uma semana típica de suas atividades no Programa.
7. Com quem se encontra nas atividades e com quem as realiza?
8. De quais atividades do Programa você participa e por que essas?

## **BLOCO B - CONTEXTOS DE INTEGRAÇÃO**

9. Quais atividades você acredita que poderiam interessar mais à comunidade e em quais horários?
10. Como é a relação com a equipe do Programa? (Disponibilidade, atenção, trato).

## **BLOCO C - ACESSO E SATISFAÇÃO**

11. Como é o acesso ao Polo? Qual meio de transporte você utiliza e quanto tempo leva?
12. Houve tempo de espera para realizar a matrícula no Programa? Se sim, quanto?
13. Você considera a infraestrutura adequada em relação a conservação do espaço e equipamentos?
14. Você está satisfeito com o Programa? Por que sim ou por que não?

## **BLOCO D - PERSPECTIVAS FUTURAS**

15. Se você pudesse modificar ou manter algo no Programa, o que seria?
16. Você acredita que o Programa terá continuidade?
17. Você pensa que o Programa deixará algum legado para a comunidade? Qual?

## ANEXO 5

### Roteiro de entrevista com não usuários do Programa

Instruções para os entrevistadores

1. Ler e assinar o *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*.
2. Gravar o nome do entrevistado e do entrevistador, o dia e horário do início e término da entrevista.
3. Solicitar que o entrevistado não seja interrompido durante a entrevista (desligar o celular).
4. Ao final da entrevista, agradecer e mencionar que os dados serão sistematizados em relatórios.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Hora de início da entrevista: \_\_\_\_\_

Hora do fim da entrevista: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do Polo: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

#### **BLOCO A - CONHECIMENTOS E MOTIVAÇÕES**

1. Você conhece o Programa Academia da Saúde? Se sim, o que acha sobre ele?
2. Você gostaria de conhecer melhor o Programa?
3. Você conhece alguém que participa do Programa?
4. Já pensou ou tentou participar em algum momento? Se sim, por que parou ou não participou?

## ANEXO 6

### Roteiro de observação

Instruções para os entrevistadores:

1. Observar as instalações do Polo do Programa Academia da Saúde.
2. Observar o entorno do Polo.
3. Observar uma atividade em desenvolvimento e perceber a dinâmica do Polo.

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Nome do Polo: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Modalidade:    ( ) Básico            ( ) Intermediário            ( ) Ampliado

Similar:            ( ) Sim                    ( ) Não

#### **BLOCO A - CARACTERÍSTICAS GERAIS DO LOCAL E INFRAESTRUTURA**

1. O Polo apresenta área de vivência coberta e espaço externo com área multiuso e equipamentos? (Todas as modalidades).
2. Existe estrutura de apoio com salas, espaço para depósitos e sanitários? (Modalidade intermediária e ampliada).
3. Existe algo que identifique o local como Polo do Programa Academia da Saúde? (Por exemplo, placa externa ou totem).
4. Como é a iluminação e características climáticas do Polo? (Claro, escuro, muito calor, ventilado etc.).
5. Quais as condições para acessibilidade/aceso?

#### **BLOCO B - CARACTERÍSTICAS DO ENTORNO**

6. Qual a característica da região onde o Polo está inserido? (Área rural, urbana, muitas residências, edificações, ginásios, prédios públicos etc.).
7. O Polo está localizado próximo a alguma unidade de saúde (UBS, Centro de Saúde etc.).

8. Existe área verde no entorno? (Praças, parques, áreas arborizadas).
9. Quais as características das ruas do entorno? (Asfaltadas? Planas? Com declives ou aclives? Muita circulação de automóveis? Existência de ciclovias?).
10. Como é a condição de moradia dos residentes do entorno?

### **BLOCO C - DINÂMICA DE FUNCIONAMENTO DAS ATIVIDADES NO POLO**

11. Qual atividade desenvolvida no Polo que foi observada?
12. Qual o público participante? (Gênero/faixa etária).
13. Como foi observada a relação entre profissionais/participantes? (Proximidade/afetividade/respeito/interatividade/vínculo).
14. Em relação ao ambiente na atividade, quais as características? (Disponibilidade para as atividades/pluralidade/solidariedade/conflitos/cooperação/intensidade da participação/contratos de convivência).

## ANEXO 7

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Título da pesquisa: Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo
2. Pesquisador: Marco Akerman
3. Cargo/função: Docente do Departamento de Práticas de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

#### **Esclarecimentos ao sujeito da pesquisa:**

O presente estudo tem por finalidade identificar as ações planejadas ou executadas pelos gestores dos polos de Academia da Saúde no Estado de São Paulo e verificar se estas estão alinhadas com a Política Nacional de Promoção da Saúde e com as diretrizes e princípios do Programa Academia da Saúde. A metodologia a ser utilizada prevê pesquisa bibliográfica, levantamento de dados e entrevistas. Sua participação é voluntária e você não é obrigado(a) a participar deste estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta de esclarecimento acerca do estudo e da sua participação nele, e se tiver alguma dúvida, a mesma será esclarecida no decorrer do trabalho.

Os dados referentes à pesquisa serão posteriormente analisados, porém seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o(a) identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e divulgação deste estudo. Todos os dados serão guardados em local seguro. Este estudo tem riscos mínimos e não há benefícios diretos para o participante.

Em qualquer etapa, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Marco Akerman que pode ser encontrado no endereço Rua Dr. Arnaldo, 415, São Paulo, SP, CEP 01246-904; ou nos telefones (11) 3061-7766. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo endereço eletrônico [coep@fsp.usp.br](mailto:coep@fsp.usp.br) ou pelos telefones (11) 3061-7779 e (11) 3061-7773.

Acrescentamos que, após a conclusão da pesquisa, comprometemo-nos a divulgar os resultados, assim como apresentá-los em seminários, congressos e eventos afins e reafirmamos que o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado.

Informamos que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O pesquisador se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

### **Consentimento livre e esclarecido**

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Avaliação do Programa Academia da Saúde no Estado de São Paulo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será entregue ao participante da pesquisa e a outra ficará sob a guarda do pesquisador. Ambas as vias devem ser devidamente assinadas pelo pesquisador e pelo voluntário ou seu representante legal.

---

Assinatura do voluntário/representante legal. DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste representante legal para a participação neste estudo.

---

Assinatura do responsável pelo estudo. DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

# Apêndice A

## REGISTRO DA OBSERVAÇÃO DE ATIVIDADES DOS POLOS

Como mencionado no **Capítulo 3**, na observação foram realizados registros fotográficos e em vídeo do Polo e seus entornos, bem como das atividades que estavam acontecendo no momento da pesquisa de campo.

A **Tabela 1** apresenta as atividades observadas pelas entrevistadoras na visita aos municípios/Polos e imagens provenientes da observação.

**Tabela 1: Atividades observadas nos Polos pelas entrevistadoras**

DRS	Atividades observadas
<p><b>DRS I</b> <b>Grande São Paulo</b></p> <p><b>Município:</b> São Paulo</p>	<p>Ginástica aeróbica com dança, ginástica funcional para dor e exercícios da fonoaudióloga para crianças</p> <div data-bbox="323 986 739 1229"></div> <p data-bbox="323 1234 568 1260">Sala com equipamentos</p> <div data-bbox="752 986 1168 1229"></div> <p data-bbox="752 1234 1164 1260">Atividade de ginástica funcional para dor</p>
<p><b>DRS II</b> <b>Araçatuba</b></p> <p><b>Município:</b> Pereira Barreto</p>	<p>Pilates com bola, pilates com peso e ginástica funcional</p> <div data-bbox="323 1333 739 1576"></div> <p data-bbox="323 1581 722 1607">Área externa do Polo com equipamento</p> <div data-bbox="752 1333 1168 1576"></div> <p data-bbox="752 1581 1048 1607">Atividade de Pilates com bola</p>

DRS	Atividades observadas	
<p><b>DRS III</b> <b>Araraquara</b></p> <p><b>Município:</b> Araraquara</p>	<p>Pilates com bola e ginástica funcional com bastão</p>  <p>Sala com equipamentos</p>	 <p>Aula de Pilates</p>
<p><b>DRS IV</b> <b>Baixada Santista</b></p> <p><b>Município:</b> Praia Grande</p>	<p>Construção de horta vertical</p>  <p>Aparelhos fixos do Polo</p>	 <p>Horta</p>
<p><b>DRS V</b> <b>Barretos</b></p> <p><b>Município:</b> Severínia</p>	<p>Alongamento, caminhada e fitdance</p>  <p>Equipamentos fixos do Polo</p>	 <p>Atividade de alongamento</p>
<p><b>DRS VI</b> <b>Bauru</b></p> <p><b>Município:</b> Arealva</p>	<p>Ginástica funcional</p>  <p>Aparelhos fixos na área externa do Polo</p>	 <p>Atividade de ginástica funcional</p>

DRS	Atividades observadas	
<p><b>DRS VII</b> <b>Campinas</b></p> <p><b>Município:</b> Campo Limpo Paulista</p>	<p>Alongamento</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>Sala com equipamentos      Atividade de alongamento</p>	
<p><b>DRS VIII</b> <b>Franca</b></p> <p><b>Município:</b> Morro Agudo</p>	<p>Alongamento e fisioterapia</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>Sala com equipamentos      Atividade de alongamento</p>	
<p><b>DRS IX</b> <b>Marília</b></p> <p><b>Município:</b> Oscar Bressane</p>	<p>Jump e zumba</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>Sala com equipamentos      Atividade de alongamento</p>	
<p><b>DRS X</b> <b>Piracicaba</b></p> <p><b>Município:</b> Cordeirópolis</p>	<p>Ginástica funcional</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div> <p>Área externa do Polo      Atividade de ginástica nos aparelhos</p>	

DRS	Atividades observadas	
<p><b>DRS XI</b> <b>Presidente Prudente</b></p> <p>Município: Presidente Prudente</p>	<p>Alongamento e fisioterapia</p>  <p>Aparinhos fixos do Polo</p>  <p>Atividade de alongamento</p>	
<p><b>DRS XII</b> <b>Registro</b></p> <p>Município: Cajati</p>	<p>Alongamento, exercício aeróbico e circuito</p>  <p>Sala com equipamentos</p>  <p>Atividade de exercício aeróbico</p>	
<p><b>DRS XIII</b> <b>Ribeirão Preto</b></p> <p>Município: Guariba</p>	<p>Alongamento, caminhada, verificação de pressão e pesagem</p>  <p>Área de entrada do Polo com atividade de exercício aeróbico</p>  <p>Atividade de alongamento</p>	
<p><b>DRS XIV</b> <b>São João da Boa Vista</b></p> <p>Município: Mogi Guaçu</p>	<p>Ginástica funcional</p>  <p>Entrada do Polo</p>  <p>Atividade de ginástica</p>	

DRS	Atividades observadas	
<p><b>DRS XV</b> <b>São José do Rio Preto</b></p> <p><b>Município:</b> Uchoa</p>	Ginástica aeróbica com música e aeróbica com circuito	
<p><b>DRS XVI</b> <b>Sorocaba</b></p> <p><b>Município:</b> Porto Feliz</p>	 <p>Sala com equipamentos</p>	 <p>Atividade de ginástica aeróbica</p>
<p><b>DRS XVII</b> <b>Taubaté</b></p> <p><b>Município:</b> Santo Antônio do Pinhal</p>	Ginástica e alongamento	
	 <p>Aparelhos fixos na área externa do Polo</p>	 <p>Atividade de ginástica funcional</p>
	Ginástica funcional e zumba	
	<p>Placa de identificação em frente ao Polo</p>	<p>Atividade de ginástica funcional</p>

O **Quadro 1** apresenta uma breve caracterização do funcionamento do Programa Academia da Saúde em cada Polo nos municípios visitados na etapa qualitativa da pesquisa. Os resultados das etapas quantitativa e qualitativa estão apresentados nos **Capítulos 4 e 5**, respectivamente.

### **Quadro 1: Caracterização dos municípios participantes da pesquisa**

#### **DRS I – Região: Grande São Paulo – Município: São Paulo**

- **Modalidade:** Similar
- **Nome do Polo:** Chácara do Conde
- **População estimada em 2017/IBGE:** 12.106.920
- **Distância da capital do Estado de SP:** 0 km
- **Interlocução com atenção básica:** Total. Atividades realizadas na UBS Chácara do Conde.
- **Parcerias:** Equipe UBS. Equipe NASF. População. Igrejas (cedem espaço para as atividades).
- **Equipe do Programa:** ACS e auxiliares de enfermagem UBS. Equipe NASF (Fisioterapeuta, Nutricionista, Fonoaudiólogo etc.).
- **Atividades:** Caminhada, ginástica laboral, exercício funcional, aeróbica, dança, fisioterapia para “grupo da dor”, oficina de jogos e reciclagem de brinquedos.
- **Público:** De crianças a idosos, homens e mulheres.

#### **DRS II – Região: Araçatuba – Município: Pereira Barreto**

- **Modalidade:** Ampliada
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde I
- **População estimada em 2017/IBGE:** 25.790
- **Distância da capital do Estado de SP:** 627 km
- **Interlocução com atenção básica:** UBS encaminha participantes para o Programa
- **Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Esportes.
- **Equipe do Programa:** 2 educadores físicos e 1 fisioterapeuta. Eventualmente nutricionista, psicólogo e assistente social.
- **Atividades:** Pilates e ginástica funcional. Palestras e confraternizações em datas comemorativas.
- **Público:** Mulheres idosas.

#### **DRS III – Região: Araraquara – Município: Araraquara**

- **Modalidade:** Ampliada
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde Cruzeiro do Sul
- **População estimada em 2017/IBGE:** 230.770
- **Distância da capital do Estado de SP:** 276 km
- **Interlocução com atenção básica:** Muito próxima. Envolvimento dos profissionais da UBS nas atividades.
- **Parcerias:** NASF. Equipe UBS. SESC. Universidades privadas (UNIP e UNIARA). Comércio local. IPTV Central de São Carlos e rádios locais para divulgação.
- **Equipe do Programa:** Educadora física e terapeuta ocupacional. Voluntários das universidades e equipe UBS.
- **Atividades:** Pilates, ginástica funcional, ballet, Yoga, zumba, artesanato, palestras de educação em saúde, aferição de pressão e verificação de glicemia. Mês de férias escolares há cine pipoca, atividades recreativas e confecção de brinquedos.
- **Público:** Crianças, jovens, mas predominantemente mulheres idosas.

### **DRS IV – Região: Baixada Santista – Município: Praia Grande**

- **Modalidade:** Intermediária
- **Nome do Polo:** Academia de Saúde Ocian
- **População estimada em 2017/IBGE:** 310.024
- **Distância da capital do Estado de SP:** 73 km
- **Interlocução com atenção básica:**  
Trabalho conjunto com a USAFA (Unidade de Saúde da Família). Encaminhamento do médico para participar do Programa.
- **Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Meio Ambiente, Secretaria Municipal de Educação.
- **Equipe do Programa:** Educadores físicos, nutricionistas, estagiários de educação física e nutrição. Apoio dos profissionais da USAFA (médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem).
- **Atividades:** Alongamento, caminhadas, exercício funcional, horta, passeios com o grupo dos alunos, café da manhã e palestras educativas.
- **Público:** Predominantemente mulheres, alguns homens, maioria idosos.

### **DRS V – Região: Barretos – Município: Severínia**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Polo Academia da Saúde
- **População estimada em 2017/IBGE:** 17.115
- **Distância da capital do Estado de SP:** 435 km
- **Interlocução com atenção básica:** Não referida
- **Parcerias:** Prefeitura municipal.
- **Equipe do Programa:** 1 fisioterapeuta, 1 educadora física e 1 nutricionista.
- **Atividades:** Alongamento, caminhada, fitdance, exercício localizado aeróbico, circuito, dança, acupuntura, auriculoterapia. Palestras de educação em saúde uma vez ao mês. Ação anual “desafio dos 15 dias”.
- **Público:** Mulheres de 20 a 70 anos.

### **DRS VI – Região: Bauru – Município: Arealva**

- **Modalidade:** Intermediária
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde Arealva
- **População estimada em 2017/IBGE:** 8.452
- **Distância da capital do Estado de SP:** 367 km
- **Interlocução com atenção básica:**  
Colaboram com a divulgação e encaminhamento de participantes ao Programa.
- **Parcerias:** Prefeitura municipal.
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico.
- **Atividades:** Alongamento, musculação, aquecimento com equipamentos como bicicleta e esteira.
- **Público:** Mulheres idosas.

### **DRS VII – Região: Campinas – Município: Campo Limpo Paulista**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde
- **População estimada em 2017/IBGE:** 82.520
- **Distância da capital do Estado de SP:** 59 km
- **Interlocução com atenção básica:** Colaboração com profissionais da AB (enfermeiros, técnicos de enfermagem) e auxiliam na divulgação do Programa.
- **Parcerias:** Secretaria Municipal de Esportes, Unidade Básica de Saúde.
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico, 1 psicóloga, 1 nutricionista e 1 enfermeiro.
- **Atividades:** Alongamento, circuito, caminhada, musculação. Acompanhamento nutricional individualizado, grupos de diálogo com psicóloga.
- **Público:** Homens e mulheres a partir de 18 anos.

### **DRS VIII – Região: Franca – Município: Morro Agudo**

- **Modalidade:** Ampliada
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde
- **População estimada em 2017/IBGE:** 32.200
- **Distância da capital do Estado de SP:** 380 km
- **Interlocução com atenção básica:** Próxima. Todos os usuários do Programa passam por avaliação com médicos da UBS.
- **Parcerias:** Secretaria Municipal de Esportes, Secretaria Municipal de Educação e PSF.
- **Equipe do Programa:** 1 fisioterapeuta e educadores físicos da Secretaria Municipal de Esportes.
- **Atividades:** Alongamento, fisioterapia, pilates, zumba e judô.
- **Público:** Crianças, jovens e mulheres idosas.

### **DRS IX – Região: Marília – Município: Oscar Bressane**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde
- **População estimada em 2017/IBGE:** 2.616
- **Distância da capital do Estado de SP:** 473 km
- **Interlocução com atenção básica:** Auxilia na gestão do Programa.
- **Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Assistência Social, Casa da Agricultura.
- **Equipe do Programa:** Educadores físicos.
- **Atividades:** Ginástica, alongamento circuito, jump e zumba. Palestras de educação em saúde.
- **Público:** Homens e mulheres de 20 a 70 anos.

### **DRS X – Região: Piracicaba – Município: Cordeirópolis**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde de Cordeirópolis
- **População estimada em 2017/IBGE:** 23.793
- **Distância da capital do Estado de SP:** 161 km
- **Interlocução com atenção básica:** Divulgação e encaminhamento para o Programa. Profissionais do NASF atuam no Polo.
- **Parcerias:** PSF, NASF, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Secretaria da Mulher e População.
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico.
- **Atividades:** Pilates e atividades nos equipamentos do Polo, relaxamento. Caminhada, aferição pressão e destro com equipe UBS.
- **Público:** Mulheres acima 60 anos.

### **DRS XI – Região: Presidente Prudente – Município: Presidente Prudente**

- **Modalidade:** Intermediária
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde Cambuci
- **População estimada em 2017/IBGE:** 225.271
- **Distância da capital do Estado de SP:** 553 km
- **Interlocução com atenção básica:** Programa está vinculado a uma UBS.
- **Parcerias:** UBS, NASF e UNESP.
- **Equipe do Programa:** Profissionais do NASF e da UBS e residentes de fisioterapia da UNESP.
- **Atividades:** Fisioterapia e alongamento. Grupos de alimentação saudável, saúde mental, cantoterapia e hiperdia.
- **Público:** Mulheres e homens idosos.

### **DRS XII – Região: Registro – Município: Cajati**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde do Parafuso
- **População estimada em 2017/IBGE:** 28.870
- **Distância da capital do Estado de SP:** 227 km
- **Interlocução com atenção básica:** Reuniões mensais para discussão de caso e planejamento conjunto.
- **Parcerias:** Empresa terceirizada de rede de academias, população e escolas municipais.
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico e 1 nutricionista.
- **Atividades:** Alongamento, caminhada, dança, exercício localizado aeróbico, exercício funcional e circuito.
- **Público:** Crianças, homens e mulheres de 40 a 65 anos.

### **DRS XIII – Região: Ribeirão Preto – Município: Guariba**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde de Guariba
- **População estimada em 2017/IBGE:** 39.216
- **Distância da capital do Estado de SP:** 339 km
- **Interlocução com atenção básica:** Colaboração dos profissionais da AB para a realização da antropometria.
- **Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde e comércio local.
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico e apoio de 1 fisioterapeuta e 1 médico.
- **Atividades:** Alongamento, ginástica, caminhada, aferição de pressão e peso.
- **Público:** Homens e mulheres de 30 a 65 anos.

### **DRS XIV – Região: São João da Boa Vista – Município: Mogi Guaçu**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde
- **População estimada em 2017/IBGE:** 149.396
- **Distância da capital do Estado de SP:** 165 km
- **Interlocação com atenção básica:** Desenvolvimento de ações e encaminhamento de usuários.
- **Parcerias:** Secretaria Municipal de Saúde, universidades, UBS e Secretaria de Comunicação.
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico.
- **Atividades:** Ginástica, treinamento funcional, caminhada, alongamento, palestras de educação em saúde *lian kung*, grupo de teatro e capoeira.
- **Público:** Mulheres jovens e idosas.

### **DRS XV – Região: São José do Rio Preto – Município: Uchoa**

- **Modalidade:** Básica
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde Catarina Rigatti Carreira
- **População estimada em 2017/IBGE:** 10.047
- **Distância da capital do Estado de SP:** 418 km
- **Interlocação com atenção básica:** Não há.
- **Parceria:** Eventualmente comércios da cidade
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico.
- **Atividades:** Alongamento, ginástica aeróbica e jump.
- **Público:** Jovens, homens e mulheres idosas.

### **DRS XVI – Região: Sorocaba – Município: Porto Feliz**

- **Modalidade:** Intermediária
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde
- **População estimada em 2017/IBGE:** 52.507
- **Distância da capital do Estado de SP:** 115 km
- **Interlocação com atenção básica:** Encaminhamento de usuários ao Programa.
- **Parceria:** Igreja católica.
- **Equipe do Programa:** 1 educador físico.
- **Atividades:** Alongamento, relaxamento e ginástica.
- **Público:** Mulheres idosas.

### **DRS XVII – Região: Taubaté – Município: Santo Antônio do Pinhal**

- **Modalidade:** Intermediária
- **Nome do Polo:** Academia da Saúde Centro
- **População estimada em 2017/IBGE:** 6.800
- **Distância da capital do Estado de SP:** 174 km
- **Interlocação com atenção básica:** Profissionais das UBS divulgam o Programa.
- **Parceria:** Prefeitura Municipal, população, Líderes comunitários e empresa privada.
- **Equipe do Programa:** Educadores físicos.
- **Atividades:** Aeróbica, dança, musculação, caminhada, yoga e verificação antropométrica.
- **Público:** Diverso. Desde crianças até idosos.



