



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**

**INGRITY PEREIRA DOS SANTOS**

**ACADEMIA DA SAÚDE:  
UMA ESTRATÉGIA CONTEMPORÂNEA PARA A  
PRODUÇÃO DO CUIDADO E CRIAÇÃO DE HÁBITOS  
SAUDÁVEIS**

ARIQUEMES - RO  
2017

**Ingrity Pereira dos Santos**

**ACADEMIA DA SAÚDE:  
UMA ESTRATÉGIA CONTEMPORÂNEA PARA A  
PRODUÇÃO DO CUIDADO E CRIAÇÃO DE HÁBITOS  
SAUDÁVEIS**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Licenciatura em Educação Física da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do grau de Licenciado em: Educação Física.

Profa. Orientadora: Profa. Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

Ariquemes – RO

2017

**FICHA CATALOGRÁFICA**  
**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA**

S2373 SANTOS, Ingrity Pereira dos.

Academia da saúde: uma estratégia contemporânea para a produção do cuidado e criação de hábitos saudáveis. / por Ingrity Pereira dos Santos. Ariquemes: FAEMA, 2017.

64 p.; il.

Trabalho de Conclusão de Curso - Licenciatura em Educação Física - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza.

1. Promoção da saúde. 2. Políticas públicas da saúde. 3. Programa academia da saúde. 4. Integralidade em saúde. 5. Qualidade de vida. I. SOUZA, Rosani Aparecida Alves Ribeiro de. II. Título. III. FAEMA.

CDD: 372.82

**Bibliotecário Responsável**  
**EDSON RODRIGUES CAVALCANTE**  
CRB 677/11

**Ingrity Pereira dos Santos**

**ACADEMIA DA SAÚDE:  
UMA ESTRATÉGIA CONTEMPORÂNEA PARA A  
PRODUÇÃO DO CUIDADO E CRIAÇÃO DE HÁBITOS  
SAUDÁVEIS**

**COMISSÃO EXAMINADORA**

---

Prof. Orientadora Dr<sup>a</sup> Rosani Aparecida Ribeiro Alves de Souza  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

---

Prof. Pós Doc. Miguel Furtado Menezes  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Rosieli Alves Chiaratto  
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

**Ariquemes, 19 de junho de 2017.**

***A Deus, por ser minha fortaleza e me permitir chegar aqui.***

***A meus pais, por me ensinar os caminhos do bem.***

***A meu esposo, por iluminar os meus dias.***

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por me permitir realizar os meus sonhos, me dar força, saúde e discernimento para fazer minhas escolhas.

Aos meus pais por me ensinarem a trilhar os caminhos do bem e a buscar com árduo trabalho a concretização dos meus desejos.

Ao meu querido e amado esposo, que esteve presente em todos os momentos desde o início do curso, compreendendo todos os meus finais de semana fora de casa para estudar ou fazer os meus trabalhos, por ter tido enorme paciência em todas as vezes que chorei achando que não conseguiria e me incentivar a continuar.

A Profa. Orientadora, Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza, uma pessoa que além de professora é uma amiga com coração e doçura de mãe, um abraço indescritível e inteligência imensurável. Obrigada pela dedicação em todas as etapas deste trabalho e pela grande paciência que teve comigo.

Aos amigos e colegas, pela força e incentivos.

Aos professores e colegas de Curso, pois juntos trilhamos uma etapa importante de nossas vidas.

Aos profissionais entrevistados, pela concessão de informações importantes para a realização deste estudo.

A todos que, de algum modo, colaboraram para a realização e finalização deste trabalho.

*“Saúde é o que a sociedade propõe, aceita, reivindica  
e constrói como padrão de qualidade de vida.  
Saúde é assunto de todos, responsabilidade de todos,  
além de ser direito de todos.”*

*(MINAYO, 2001)*

## RESUMO

A Constituição Federal de 1988 assegura que a saúde deve ser oferecida à população nos níveis de promoção, proteção e recuperação. Assim, a Promoção de Saúde é considerada como campo fértil para implementação de medidas educativo-preventivas, com vistas à ampliação da autonomia individual e coletiva. Visando a uma maior qualidade de vida e saúde da população surge o Programa Academia da Saúde (PAS), o qual tem como objetivo contribuir com a produção do cuidado por meio de realização de práticas corporais e atividade física, bem como ações de educação em saúde, alimentação saudável, práticas artísticas e convivência social. O objetivo desse estudo centra-se na identificação do grau de conhecimento acerca do Programa Academia da Saúde entre profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e gestores sobre o equipamento sanitário de saúde afim, porém não estando em funcionamento, localizado no bairro Setor 9 do município de Ariquemes-RO. Este é um estudo de caso do tipo transversal, exploratório e de abordagem qualitativa. Um dos dados relevantes obtidos no estudo foi que, entre os entrevistados, o único a ter conhecimento sobre o PAS, foi o Secretário de Saúde. Além disso, é considerada importante a presença de um profissional de Educação Física na equipe de saúde, para orientações sobre a prática de exercícios físicos adequados, principalmente, direcionadas aos idosos. Percebe-se o papel transformador do profissional de Educação Física no campo da saúde, tendo sua atuação sob a lógica promocional que surge com força na dimensão das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

**Palavras chave:** Promoção da Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Programa Academia da Saúde; Integralidade em Saúde; Cidade Saudável; Qualidade de vida.



## ABSTRACT

The Federal Constitution of 1988 ensures our health, protection and recovery. Thus, a Health Promotion is considered as a field for the implementation of educational-preventive measures, with the objective of increasing individual and collective autonomy. Aiming at a higher quality of life and health of the population, the Health Academy Program (PAS), aims to contribute to a production of care through the implementation of corporal practices and physical activities, as well as health education actions, healthy eating, artistic practices and social coexistence. The objective of the study is to identify the degree of knowledge about the Health Academy Program between Family Health Strategy Professionals (ESF) and health care managers about the health sanitary equipment, although it is not in operation, located in the neighborhood of Sector 9 from the municipality of Ariquemes-RO. This study is a cross-sectional type, exploratory and with a qualitative approach. One of the relevant data obtained in the study was that, among the Interviewed, the only one acknowledge about PAS, was the Secretary of Health. In addition, it's considered important the presence of a Physical Education professional in the health team, for guidelines on the practice of adequate physical exercises, mainly directed to the elderly. The transforming role of the professional of physical education in the field of health, having its performance under the promotional logic that appears strongly in the dimension of Health Care Networks (RAS).

**Keywords:** Health Promotion; Public Health Policies; Health Academy Program; Integrality in Health; Healthy City; Quality of life.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAC	Programa Academia da Cidade
PAS	Programa Academia da Saúde
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>15</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>28</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	28
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>29</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>31</b>
5.1 EXERCÍCIO FÍSICO COMO PROVEDOR EM SAÚDE .....	32
5.2 MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA .....	36
5.3 A INFORMAÇÃO COMO POTENCIALIZADORA EM SAÚDE .....	39
5.4 A PRESENÇA DO PROFISSIONAL, UMA NECESSIDADE! .....	42
CONCLUSÃO .....	45
REFERÊNCIAS .....	47
APÊNDICES .....	56

## INTRODUÇÃO

É de senso comum que a saúde é um estado de bem estar físico, mental e social, sendo então, não apenas a ausência de doença. A saúde quando vista a partir da perspectiva de bem coletivo, ela pode ser entendida como direito e dever de todos e da comunidade num contexto geral.

Para que a comunidade possa promover saúde juntamente com os órgãos responsáveis por tal tarefa, faz-se necessário que a mesma seja instrumentalizada por meio de práticas de educação em saúde que privilegiem ações intersetoriais, interdisciplinares e humanizadas, de forma a efetivar sua atuação enquanto sujeito de mudança.

Nesse contexto promissor para uma maior qualidade de vida e saúde, cita-se a Promoção de Saúde como campo fértil para implementação de medidas educativo-preventivas, com vistas à ampliação da autonomia individual e coletiva da população. Promover saúde é permitir que os níveis de bem-estar da população aumentem coletivamente de maneira inclusiva e acessível à realidade social da comunidade. (BRASIL, 2010).

A qualidade de vida tem se tornado um assunto muito discutido em todas as áreas do conhecimento, deixou de ser apenas um debate da área da saúde para se tornar um dos campos mais importantes para o diálogo entre diferentes disciplinas e escolas, indo desde a saúde até campos como arquitetura, urbanismo, esporte, educação, segurança pública e todos os setores que envolvem a vida dos seres humanos. (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES 2012).

Quando se fala em qualidade de vida e promoção de saúde, conseqüentemente torna-se necessário falar sobre estratégias que viabilizam esses processos. A discussão sobre cidades/municípios saudáveis surgiu em Toronto, Canadá, em 1978 com o objetivo de ampliar a visão dos gestores de saúde e da população, em relação ao que realmente é uma “cidade saudável”.

O conceito de cidade saudável vai muito além das práticas de recuperação a saúde, é algo amplo que abrange várias necessidades da população local e dos gestores de saúde. Segundo a *World Health Organization* (1995), para que um município seja considerado saudável ele deve proporcionar: ecossistema estável e

sustentável, necessidades básicas satisfeitas, ambientes limpos e seguros, serviços de saúde acessíveis e garantir a qualidade de vida num contexto geral de sua população.

O exposto acima e as políticas públicas de saúde vigentes, abrem espaço para discorrer quanto à importância do Programa Academia da Saúde (PAS) como locus de execução de práticas promocionais, o qual se utiliza de equipamentos, profissionais especializados, inseridos em um espaço físico de convivência, destinado à efetivação do cuidado em saúde e de atitudes e ações saudáveis direcionados à população.

Assim, este estudo se justifica a medida que propõe fortalecer o processo de discussão acerca das políticas públicas saudáveis.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

É de senso comum que a saúde é um estado de bem estar físico, mental e social, sendo então, não apenas a ausência de doença. A saúde quando vista a partir da perspectiva de bem coletivo, ela pode ser entendida como direito e dever de todos e da comunidade num contexto geral.

Com a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), a chamada “Constituição Cidadã”, a população brasileira teve seus direitos assegurados de forma universal pelo estado. Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), em resposta aos anseios de toda a sociedade por uma saúde mais digna e justa. O SUS nasceu de décadas de luta e de um movimento chamado de Reforma Sanitária. Foi fixado pela Constituição Federal de 1988 e consolidado pelas Leis 8.080 e 8.142, onde ficaram estabelecidos seus objetivos, diretrizes, princípios fundamentais e funções. A Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância. Neste documento fica claro que a saúde é direito de todo e qualquer cidadão e que isso é dever puro e totalmente do Estado. Esta assegura, ainda que, a saúde deva ser oferecida à população nos níveis de promoção, proteção e recuperação.

Para que haja a compreensão do que é o SUS é necessário compreender seus objetivos, para tanto o significado de promover saúde, proteger e recuperar.

Segundo Carvalho (2013, p.07), Promoção de Saúde é "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo", ou seja, promover saúde é dar capacidade a população de entender o contexto amplo de saúde e fazer com que essa população possa praticar a saúde nos pequenos detalhes de seu bairro, na sua casa e onde for que estejam. Quando o cidadão compreende que a prática de saúde não depende apenas dos órgãos responsáveis, ele passa a se sentir responsável também por esse processo e isso é promover saúde.

A proteção à saúde trabalha medidas concretas de prevenção, tais como as campanhas de vacinação e a disponibilidade destas nas unidades básicas de saúde,

o acesso aos exames preventivos, adição de flúor à água entre outras. Este campo trabalha os riscos do adoecer. O último e não menos importante é a recuperação da saúde, que é exatamente recuperar aqueles que já estão doentes ou tenham algum agravo à saúde.

Em reforço, a Promoção de Saúde é considerada com um conjunto de ações e estratégias para ampliar a autonomia individual e coletiva de indivíduos de uma determinada sociedade para a convivência no território. As ações na concepção de promoção de saúde devem observar os princípios e valores como a participação, a autonomia e a intersetorialidade. (SPERANDIO; FILHO; MATTOS, 2016).

O Ministério da Saúde (MS, 2012. Art. 2º, p.1), através da Portaria Nº 2.446, de 11 de Novembro de 2014, define Promoção de Saúde como:

“um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social”. (BRASIL, 2012).

As RAS surgiram a partir de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o relatório Dawson, como consequência de um longo debate sobre mudanças no sistema de proteção social do país após a 1ª Guerra Mundial. Esse documento contém a primeira proposta de Regionalização nos sistemas de saúde, dos quais os serviços de saúde deveriam acontecer por intermediação de uma organização ampla que atendesse as necessidades da população de forma eficiente. Além do que, tais serviços deveriam ser acessíveis a toda a população, além de ofertar cuidados de prevenção e curativos, seja no âmbito do cuidado domiciliar ou nos centros de saúde secundários, fortemente ligados aos hospitais. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Os sistemas de atenção à saúde são resultados sociais das necessidades de saúde dos cidadãos, e como tal, tem o dever de operar em total coerência com a condição das pessoas que utilizam este serviço. Acontece que o cenário brasileiro de saúde vem mudando, e hoje, é marcado por uma transição epidemiológica acelerada e que se expressa por um quadro de tripla carga de doenças: agenda não concluída de casos infecciosos, o grande desafio das doenças crônicas e seus



fatores de risco (obesidade, estresse, alimentação inadequada, tabagismo) e o forte aumento da violência e das causas externas. (FRANK, 2006). Tal situação de saúde não será capaz de ser correspondida, de forma adequada, por um sistema de saúde fragmentado, episódico, reativo e direcionado, prioritariamente, para a confrontação das condições agudas e das agudizações das condições crônicas. Este tipo de sistema não deu certo em outros países e não está dando certo no Brasil. Por esse motivo, há que se restaurar a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolveu a implantação de RAS, uma forma nova de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas de saúde integrados que possibilitem corresponder, com eficiência, segurança, efetividade, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011). Começa a se estabelecer um consenso progressivo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é o melhor método para garantir atenção integral, eficaz e efetiva às populações assistidas, com a possibilidade de criação de vínculos de cooperação e assistência entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde. (OPAS, 2007).

No Brasil, a organização do SUS sob os modelos de RAS também tem sido indicada como método para a solidificação de seus princípios: integralidade, universalidade e equidade. Os sistemas de saúde movimentam-se numa relação de debate entre fatores contextuais como: transição epidemiológica, envelhecimento da população e avanços científicos e tecnológicos e fatores internos como: sistemas de incentivo, cultura organizacional, recursos, estrutura organizacional e estilo de gestão e liderança. Os fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde mudam em velocidade mais rápida que os fatores internos que encontram-se sob a governabilidade setorial. Nesse contexto, os sistemas de atenção a saúde não conseguem se adaptar, a tempo, às mudanças contextuais, principalmente epidemiológicas e demográficas. Nisso consiste a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram criados e desenvolvidos com um pressuposto de continuidade de uma atuação direcionada para as condições e acontecimentos agudos e desprezando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Como resultado, temos uma situação de saúde do século XXI que responde por um sistema de atenção à saúde concebido no século XX, quando predominavam as condições agudas. (MENDES, 2011).

Para Mendes (2010, p.04), as RAS são:

... Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Por fim, em publicação do MS (Brasil, 2010, p.04), a RAS é:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Com objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.

Para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e da sociedade é necessário criar políticas públicas para viabilizar todo esse processo de promoção de saúde, produção do cuidado e empoderamento das pessoas em relação à saúde.

Bobbio et al. (1998) definem as políticas públicas como ações, medidas e adaptações que carregam a direção política do Estado, ordenando as atividades governamentais relativas ao interesse público através da atuação e influência sobre as realidades econômicas, ambientais e sociais. São mediações planejadas pelo poder público com o objetivo de resolver situações socialmente relevantes. Presumem a legitimada existência de capacidade do Estado do ponto de vista técnico e político.

No Brasil, a promoção de saúde renova os princípios do SUS, incorporando-se na luta para a construção de um modelo de atenção à saúde pública, universal e integral, com equidade e qualidade, relacionado com o investimento em pessoas autônomas e solidárias, que melhore a gestão democrática dos serviços de saúde e fortaleça estratégias intersectoriais de melhoria da qualidade de vida da sociedade. (AZEVEDO, 2012).

A integralidade, também está pautada nas diretrizes da PNPS e pode ser vista no SUS a partir de dois pilares. A integralidade vertical que remete à necessidade de enxergar o ser humano como um todo e não apenas como uma

soma de órgãos e sistemas. O segundo pilar é o da integralidade horizontal, onde se compreende que a ação deve abranger seus três enfoques: a promoção de saúde, proteção e recuperação. Ver como um todo e agir nesse todo de maneira integral.

A necessidade do fortalecimento da Atenção Primária (sendo esta a porta de entrada do SUS), o aumento do acesso da população às ações de promoção e prevenção da saúde, assim como a melhoria na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde, pressupõe que estratégias devem ser utilizadas para garantir a formação básica, o refinamento e aumento da resolubilidade por parte dos profissionais que trabalham direta ou indiretamente no atendimento às famílias, como exemplo as equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2012).

O NASF é uma das estratégias do MS, para a conquista dos objetivos na Atenção Primária e um ótimo exemplo de política pública de saúde. Composto por uma equipe multidisciplinar e criado através da Portaria GM. n. 154/2008, este é constituído por profissionais de acordo com a necessidade local, sendo eles: assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, entre outros. O principal objetivo do NASF é auxiliar nas mudanças de comportamentos e atuação dos profissionais da Saúde da Família, através da ampliação no escopo das ações de Atenção Primária à saúde. (BRASIL, 2009).

A principal diretriz do NASF é a integralidade, esta compreendida em três aspectos: o indivíduo, as práticas em saúde e a organização do sistema de saúde, além deste, outros princípios direcionam as ações desenvolvidas pelo NASF como: interdisciplinaridade, participação social, intersetorialidade, promoção da saúde, território, educação popular em saúde, educação permanente em saúde e humanização. (BRASIL, 2009).

Vale mencionar que os NASFs não são a porta de entrada para o SUS (sendo esse o papel das UBS), são grupos de apoio multidisciplinar ao mapeamento de prevenção e agravo realizados pelo Programa Saúde da Família (PSF). A finalidade do NASF é prover ações de promoção e atenção à saúde tecnicamente orientadas para contribuir com as ações da ESF (BRASIL, 2008). Cada NASF tem sob sua responsabilidade o acompanhamento de usuários de um certo número de equipes de Saúde da Família, ou seja, os profissionais do NASF, trabalham nas suas especialidades complementando a ação das equipes de Saúde às quais estes estão vinculados.

O NASF, oposto aos outros modelos de promoção da saúde e prestação de cuidados, busca atuar numa lógica de participação e gestão integrada do cuidado, através de atendimentos e projetos terapêuticos que envolvam os usuários e considerem a singularidade da população assistida. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

Segundo Falci e Belisário (2013), a incorporação do profissional de Educação Física no NASF tornou evidente a precariedade de sua formação para a atuação na Atenção Primária, entretanto, a participação do profissional de Educação Física na Atenção Primária em Saúde é reconhecida como um novo caminho permeado de perspectivas positivas no que diz respeito a sua atuação e integração na Saúde da Família, com reflexos também positivos nos serviços prestados e comunidade assistida. Estes autores dizem ainda que os resultados de suas pesquisas apontaram essa inserção como positiva para a profissão e para os serviços de saúde, contudo indicaram algumas dificuldades, dentre elas, a graduação foi mencionada como insuficiente para atuar na Atenção Primária. A pós-graduação foi apresentada como uma das estratégias para minimizar essa insuficiência. Acredita-se que a formação deste profissional deva ser construída continuamente, levando em consideração a perspectiva dos atores envolvidos nesse processo, chamam à atenção a necessidade de mudanças na formação inicial para que a Educação Física possa assumir, de forma consciente e qualificada, esse campo de atuação.

Direcionada ao aumento de qualidade de vida, é criada em 30 de março de 2006 no cenário político-assistencial, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), por meio da Portaria 687, cujo objetivo centra-se na ideia de “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”. (BRASIL, 2006, p.17).

Outro princípio que a PNPS aderiu do SUS foi a participação social, Ammann (1978), define a participação social de forma ampla, como o processo onde as várias camadas sociais tomam parte na produção, usufruto e gestão dos bens de determinada sociedade, focando em sua dimensão mais ampla.

Valla (1993) defende a institucionalização da participação social, nos serviços e órgãos do Estado. Para ele, a participação é o instrumento mais adequado que o governo possui para a construção de um regime democrático, devendo o Estado

gerar mecanismos de incentivos e implementações para a participação social, tendo em vista a incorporação dos cidadãos aos programas de governos locais.

Já, a intersetorialidade é não pensar saúde só como área de recuperação da saúde: consulta, remédio, especialista, exame, internação, etc. É pensar saúde e garanti-la por meio políticas econômicas e sociais que diminuam o risco das pessoas adoecerem ou piorarem o seu estado, levando em consideração a determinação econômica e social da saúde. De modo a complementar tal pressuposto, considera-se que os determinantes e condicionantes da saúde devem ser valorizados a exemplo da "alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais; saúde expressando a organização social e econômica do Brasil". (BRASIL,1988).

Dentro dessa perspectiva, de integralidade, bem como de intersetorialidade, vale lembrar a prática sanitária na expressão de Santos e Westphal (1999) como sendo "a forma com que a sociedade organiza e estrutura as respostas aos problemas de saúde". A prática sanitária, portanto, é configurada e direcionada pela norma vigente e pelo contexto que determinada sociedade se encontra, ou seja, as respostas dadas pela sociedade/comunidade aos problemas de saúde decorrem do conceito de saúde existente nesse lugar, o qual por sua vez corresponde ao contexto socioeconômico, tecnológico e político, vigentes.

Há muito tempo a visão das pessoas em saúde passou da mera ausência de doenças para a noção de bem-estar físico e mental e hoje se tem inclusa a noção de bem-estar social, quando mudou a visão sobre saúde, conseqüentemente modificou-se também, a prática sanitária passando da antiga chamada curativista, para a atual denominada de Vigilância em Saúde.

Ainda, dentro da perspectiva de promoção e potencialização em saúde, vale citar Alves-Souza, Koyashiki e Almeida (2007, p. 26), os quais aceitam que a "noção do acesso à informação possibilita a instrumentalização de grupos sociais, acabando assim, por ampliar a capacidade de vocalização dos mesmos diante do processo de construção social da saúde".

Para reforçar o acima exposto, além de reafirmar um dos princípios tecnoassistências do SUS, salienta-se que a autonomia para a consecução da promoção de saúde está inteiramente associada ao direito de informação, ou seja, nos dizeres de Carvalho (2013, p.15) "só bem informado o cidadão poderá usufruir da verdadeira autonomia".

Portanto, seguindo a linha de raciocínio tem-se outro exemplo de política concreta de promoção de saúde, que é o Projeto Cidades Saudáveis (LUZ, 2007). A mesma autora acredita que as ações de promoção de saúde devam ser sempre voltadas à intervenção no processo saúde-doença, ou seja, criando barreiras para se evitar que os indivíduos cheguem ao estado de doença, precisando de cuidados e conseqüentemente, chegando à esfera de “recuperação” (grifo nosso) do SUS.

Como escopo desse estudo tem-se, também no bojo das políticas e ações promocionais de saúde, o PAS, o qual teve início no ano de 2011, lançado pelo MS como ação de promoção de saúde e produção do cuidado para os municípios brasileiros. A Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011, institui o PAS no âmbito do SUS, sendo que logo depois, em 2013 o programa passou por ajustes e aperfeiçoamentos, sendo redefinido pela Portaria nº 2.681, de 07 de novembro de 2013. O objetivo do programa é contribuir com a promoção de saúde da população com Polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais capacitados para promover práticas corporais e atividades físicas, além de promover a educação em saúde, alimentação saudável, práticas artísticas e convivência social. (BRASIL, 2011a e BRASIL, 2011b).

Ressalta-se que o Programa Academia da Cidade (PAC) antecedeu o Programa Academia da Saúde, tendo o seu início em Recife, PE, em 2002, pela Secretaria de Saúde do Recife, cujo objetivo principal é a promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável para a comunidade. Posteriormente, essa prática difundiu-se para outros municípios do interior de Pernambuco, Aracaju, Belo Horizonte e outros municípios (HALLAL et al., 2010). Todas essas cidades tinham em comum a prática de atividade física e outras práticas corporais em grupos com a presença de profissionais capacitados. Nota-se que essas cidades acabavam por usar espaços públicos como espaços de lazer, de inclusão e promoção da cultura da paz e participação social, custeados e mantidos pelo poder público. A avaliação positiva dessas cidades reforçou a ideia da necessidade de práticas semelhantes em todo o país na forma de um programa nacional no contexto do SUS. (BRASIL, 2014).

As políticas que subsidiam o PAS são: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.

As diretrizes e os princípios do PAS são:

Configurar-se como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Básica; Referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças Crônicas não transmissíveis; estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis; participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde; Intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; Interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; Integralidade do cuidado; Intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações; Territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde. (BRASIL, 2014, p.04)

Já, os objetivos do PAS são:

Fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; Desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; promover práticas de educação em saúde; promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; Ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; Aumentar o nível de atividade física da população; promover hábitos alimentares saudáveis; promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. (BRASIL, 2014, p.05)

Todos os profissionais da Atenção Básica, especialmente os integrantes do NASF deverão incluir o PAS no planejamento contínuo de suas ações, além da articulação com a rede de serviços de saúde, deverão dialogar e estabelecer parcerias com os demais equipamentos sociais existentes no território, a partir da identificação de suas potencialidades, para contribuir para a melhoria das condições de saúde da população usuária. Devem também, constituir apoio às linhas de cuidado desenvolvidas na AB para a construção de modos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva. Vale ressaltar ainda, que o planejamento e a organização das ações do programa devem estar articulados com as equipes multiprofissionais de AB e Vigilância em Saúde.

As atividades são desenvolvidas nos Polos por profissionais do Programa e são potencializadas pelos profissionais do NASF, da ESF e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de acordo com os seguintes eixos: práticas corporais e atividades físicas; produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; promoção da

alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; mobilização da comunidade.

Com a intenção de assegurar o funcionamento do Polo com as atividades previstas pelo Programa, o gestor municipal e o Distrito Federal devem registrar pelo menos um profissional de 40 horas ou dois de 20 horas, estes escolhidos através da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) especificadas em Portarias e relatadas a seguir.



<b>Códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)</b>	<b>Descrição da Ocupação</b>
2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde
2237-10	Nutricionista
2236-05	Fisioterapeuta Geral
2239-05	Terapeuta Ocupacional
2238-10	Fonoaudiólogo Geral
2516-05	Assistente Social
2515-10	Psicólogo Clínico
312-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: Adaptado de BRASIL (2015)

QUADRO 1: Profissionais que podem ser vinculados ao Programa Academia da Saúde, considerando que cada Polo deve ter pelo um desses profissionais em seu quadro funcional.

Existem três modalidades de Polos da Academia da Saúde que terão os seguintes valores a serem transferidos a título de incentivo de investimento pelo Ministério da Saúde: Modalidade Básica: O repasse para essa modalidade é de R\$ 80 mil/Polo (oitenta mil reais por Polo habilitado); Composta de espaço de vivência, espaço com equipamentos e espaço multiuso; Área mínima total de 300 m<sup>2</sup>. Modalidade Intermediária: O repasse para essa modalidade é de R\$ 100 mil/Polo (cem mil reais por Polo habilitado); Composta de espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso; Área mínima total de 312 m<sup>2</sup>. Modalidade Ampliada: O repasse para essa modalidade é de R\$ 180 mil/Polo (cento e oitenta mil reais por Polo habilitado); Composta de espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso; Área mínima total de 550 m<sup>2</sup>. (BRASIL, 2014).

Visando ilustrar a grandiosidade do referido programa, vale mencionar que, o MS estabeleceu como meta para o ano de 2014 a habilitação de 4 mil Polos do PAS. Até o mês de março de 2013, tinham sido habilitados 3725 Polos, sendo que 1122 com obras iniciadas, 555 com obras concluídas e 476 em funcionamento, grande parte deles habilitados no ano de 2011.

O gráfico abaixo demonstra a quantidade de Polos da Academia da Saúde e o estágio de implantação.

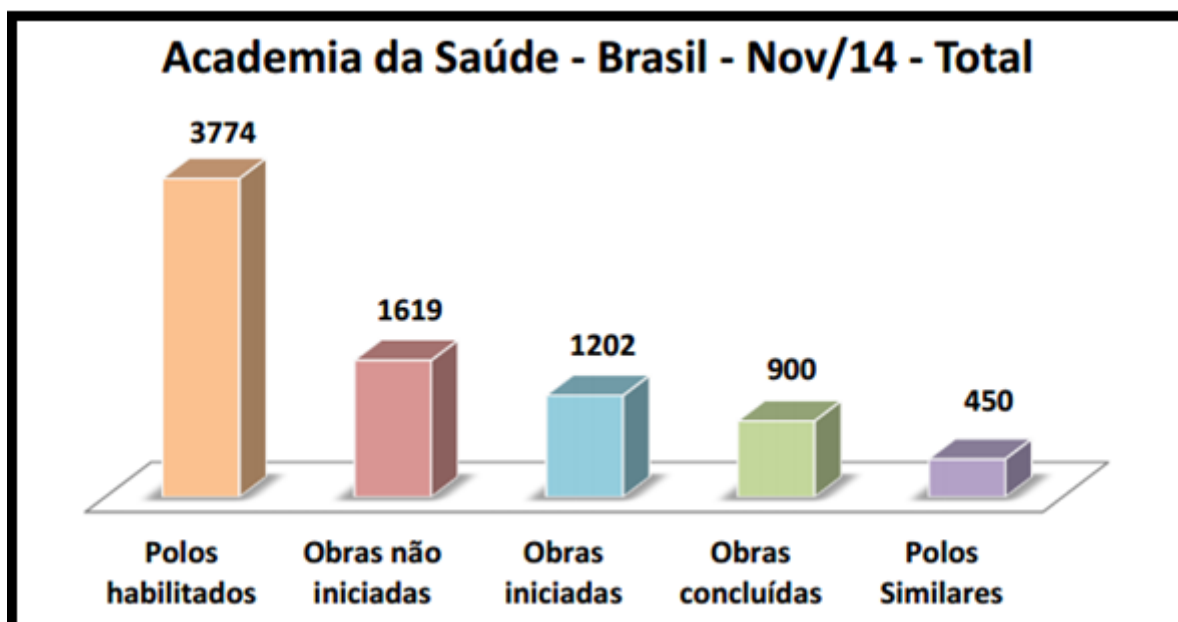


Gráfico 1: Número de Polos segundo situação de construção – Brasil, nov. 2014.  
Fonte: BRASIL, 2014.

Os Estados com maior número de Polos habilitados são Minas Gerais e São Paulo, com 491 e 378 habilitação respectivamente. Já os que menos tiveram Polos habilitados foram Roraima (17) e Rondônia (14). É possível identificar em tais dados, que a cidade de Ariquemes onde este estudo foi realizado, se encontra dentro da estatística de lugares com menores números de Polos do PAS habilitados, como também, dos Polos ainda em construção, isso significa que é necessário maior interesse dos órgãos responsáveis, bem como dos cidadãos para que novas construções sejam iniciadas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar o grau de conhecimento acerca do Programa Academia da Saúde entre Secretário (a) Municipal de Saúde, Diretor (a) da Atenção Básica de Saúde e diferentes profissionais integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- ✓ Ressaltar a importância da compreensão sobre saúde dentro de uma perspectiva participativa;
- ✓ Discorrer sobre a Promoção de Saúde como campo para a conquista da autonomia em saúde;
- ✓ Destacar o contexto da qualidade de vida a partir das práticas promocionais em saúde;
- ✓ Apresentar o fundamento de cidade saudável como escopo de processos relativos à produção social da saúde;
- ✓ Descrever o Programa Academia da Saúde (PAS), sua influência na promoção de saúde e qualidade de vida.

#### 4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso do tipo transversal, exploratório e de abordagem quanti-qualitativa, no qual a população alvo está representada pelo Secretário (a) Municipal de Saúde, Diretor (a) da Atenção Básica de Saúde e diferentes profissionais integrantes da ESF, sendo esses últimos, todos pertencentes ao entorno do equipamento sanitário de saúde estudado, este localizado no bairro Setor 9 do município de Ariquemes-RO (Figura 1). Tal município foi fundado em 21 de Novembro de 1977, recebeu seu nome em homenagem a extinta tribo indígena Arikeme. O censo demográfico de 2016 estimou uma população de 105.896 habitantes, com uma área de territorial de aproximadamente 4.426.571 km<sup>2</sup> (IBGE, 2015).



Figura 1 – Identificação do município de Ariquemes – Rondônia - Brasil.  
Fonte: Mochileiro (2017).

Os dados foram coletados no período de Março a Abril de 2017 e os critérios de inclusão foram: entrevistar apenas os profissionais integrantes da ESF, que atuem no bairro setor 9, onde está sendo construído o Polo do PAS, além do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde e o (a) Diretor (a) da Atenção Básica de Saúde. Para completar, como critério de exclusão, foram dispensados os profissionais que não estavam em atuação no momento das entrevistas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA, sob o Parecer Consubstanciado de número 1.943.033 Após a explanação detalhada do estudo e dos seus objetivos, os sujeitos foram convidados a participar e mediante expressa e voluntária concordância e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas e áudio-gravadas (apenas um sujeito preferiu não ser gravado, uma vez que pertencia a um programa que não permite gravações em áudio) para a coleta de dados, por meio da aplicação de formulários (Apêndices). As entrevistas foram agendadas por meio de contato telefônico e duraram, em média 20 minutos. Estas foram transcritas na íntegra, com total fidedignidade, tendo sido referendados pelos sujeitos participantes.

Durante todas as entrevistas foram necessárias explicações sobre o que é o PAS e a entrevistadora seguiu um padrão para essas explicações, pois se não houvesse essa explanação sobre o tema os entrevistados não seriam capazes de responder as questões. Para preservar o anonimato, os participantes do estudo foram identificados com a inicial E representando entrevistado, seguido de um número que correspondia à ordem de ingresso no estudo.

O método utilizado para tratar os achados foi análise de conteúdo (Bardin), que constitui em três etapas: a pré-análise, a descrição detalhado do conjunto de dados e a interpretação dos vários aspectos do tema. A primeira etapa, pré-análise, constituiu na leitura exaustiva do material, organização dos dados e formulação de hipóteses. Na segunda etapa, foi realizada a codificação dos dados brutos, ou seja, exploração do material coletado. Na terceira e última etapa, os dados foram interpretados e, paralelamente, a partir da compreensão dos significados estabelecidos, foram delimitados os eixos temáticos. Esclarece-se que os eixos temáticos foram selecionados a partir do momento de saturação das respostas, ou seja, do momento que as respostas emergiam do todo, igualando-se, permitindo assim, que as mesmas fossem compartilhadas nos eixos eleitos.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estudo de caso do tipo transversal, exploratório e de abordagem quanti-qualitativa, com uma amostra de 22 pessoas, 17 mulheres e 5 homens, entre esses o Secretário (a) Municipal de Saúde, Diretor (a) da Atenção Básica de Saúde e diferentes profissionais integrantes da ESF, sendo esses últimos, todos pertencentes ao entorno do equipamento sanitário de saúde estudado, este localizado no bairro Setor 9 do município em questão.

Dentre os entrevistados do estudo, 17 “E” representando 77% dos sujeitos admitiram não ter nenhum conhecimento acerca do PAS, além de não conhecer também o andamento da construção onde se localiza o Polo do programa, dentre estes homens e mulheres com idades entre 21 e 50 anos.

Os sujeitos que afirmaram conhecer o PAS representam 23% sendo 5 “E”, com idade entre 34 e 44 anos, homens e mulheres. Algo que chamou a atenção foi o fato de que dos sujeitos que afirmaram conhecer o PAS, apenas um deles soube responder quais as diretrizes e objetivos do programa. Os outros 4 sujeitos disseram conhecer, mas quando indagados sobre sua finalidade estes não souberam responder. Percebeu-se durante a coleta dos dados e entrevistas que existe um grande equívoco em relação ao que é o PAS e as “academias ao ar livre” já existentes no município. Os integrantes da ESF confundem o PAS com as praças públicas e assim, acreditam conhecer o programa o que se pode perceber pelo resultado apresentado acima.

O único sujeito que declarou conhecer o PAS e soube esclarecer os objetivos e diretrizes do programa, bem como, o andamento da construção do Polo no município foi o secretário de saúde. Sabe-se que é necessário que os gestores e profissionais do sistema de saúde e AB conheçam o programa para que este, quando vier a funcionar, possa desempenhar seu principal objetivo, a promoção da saúde dentro da RAS.

A partir da análise dos dados obtidos, quatro temáticas foram definidas, a essas foram dadas as nomenclaturas: Exercício Físico como Provedor em Saúde; Melhoria da Qualidade de Vida; A Informação como Potencializadora em Saúde e A Presença do Profissional, uma Necessidade!

É importante ressaltar que durante o período de coleta de dados, registrou-se a ausência de um profissional enfermeiro (a), o (a) qual se encontrava de férias. Menciona-se que tal condição causou estranheza, uma vez que, é dada a esse (a) profissional a incumbência da coordenação da equipe.

Tal assertiva pode ser constatada através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, do MS, que dispõe das funções de cada profissional integrante da ESF e neste, o enfermeiro é dito como o profissional que planeja, avalia e gerencia as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais membros da equipe.

Nas palavras de Costa; Lima e Oliveira (2000) evidenciou-se que o enfermeiro exerce ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e à terceira idade. Trabalhando como instrutor-supervisor dos ACS, gerenciando o pessoal de enfermagem e da UBS, além disso, pode participar como membro do Conselho Comunitário de Saúde do município.

## 5.1 EXERCÍCIO FÍSICO COMO PROVIDOR EM SAÚDE

Seabra et al. (2008, p.721) mencionam que a OMS estima uma prevalência global da inatividade física em indivíduos com idade superior a “15 anos de 17%, variando entre 11% e os 24% consoante as regiões”. Para Hallal et al. (2007) a situação no Brasil se mostrou ainda mais alarmante, variando de 26,7% a 78,2% dependendo da região e da faixa etária estudada. Nesse contexto, os entrevistados da pesquisa compreendem o exercício físico como um dos principais fatores para a melhoria na saúde e conseqüentemente, para a qualidade de vida da população beneficiada pelo PAS.

O próximo discurso coloca em destaque o sedentarismo como fator de risco para inúmeras doenças da atualidade, exercendo relação direta sobre outros fatores a exemplo da hipertensão, obesidade e metabolismo do colesterol. Além disso, influencia na redução de força estática, dinâmica, muscular e da mobilidade, aumentando assim, os riscos de acidentes e lesões do aparelho locomotor. (A INATIVIDADE, 1998).



*(E-11)... “O grande problema aqui da minha área é a questão de dores nas pernas, dores no corpo devido a não praticar exercícios...”.*

A falta de atividade física aliada a um estilo de vida sedentário está correlacionada a fatores de risco para o agravamento ou desenvolvimento de algumas condições médicas, tais como doenças cardiovasculares, coronarianas ou outras alterações metabólicas. Independente de sexo, idade e profissão, ficou evidente que a atividade física gera melhorias na qualidade de vida em todos os aspectos. (SILVA, et.al., 2010).

Reconhece-se que o exercício físico, após superada a fase inicial de sua prática, para se tornar hábito, traz inúmeros benefícios, sendo uma atividade extremamente agradável e muito prazerosa, que além de aprimorar as funções orgânicas acaba por melhorar a auto estima.

*(E-2)... “A prática de exercícios físicos é uma das vertentes que faz com que a pessoa tenha saúde, ela diminui glicemia, diminui colesterol, índice de massa corpórea e tudo isso faz com que a pessoa tenha uma qualidade de vida melhor, adocece menos, então por isso o incentivo da prática através desse programa Academia da Saúde...”.*

Sabe-se que a prática de exercício físico diminui e controla vários fatores metabólicos tais como: glicemia de jejum, frequência cardíaca, índice de massa corpórea e colesterol, diminuindo ou controlando essas variáveis a saúde e conseqüentemente a qualidade de vida das pessoas melhoram muito. Segundo Silva e Lima (2002) além de melhorar todos esses fatores metabólicos, as pessoas relataram que após a prática regular em um programa de atividade física ganham melhorias no sono (insônia), na depressão, nas dores dos membros inferiores, melhor sensação de bem-estar e melhor relacionamento social.

Diante da inversão demográfica que está ocorrendo no país e no mundo, torna-se importante mencionar que o exercício físico pode ser utilizado para intervir no declínio das funções orgânicas próprias do envelhecimento, uma vez que melhora as condições respiratórias, cardíacas, cognitivas, melhorias também são tidas na memória recente e no fortalecimento das habilidades sociais. (CHEIK et al., 2003).

Outra fala de destaque é a que evidencia a importância da AB como locus de promoção de saúde, uma vez que abriga a ESF além de organizar a demanda para primeiro acesso à atenção ou à assistência em saúde:

*(E-2)... “até porque a Atenção Básica de Saúde é a mais importante, temos excesso de internação, de hospitalização e se nós tivéssemos uma Atenção Básica forte e funcionante, nós seguramente diminuiríamos em 50% as internações hospitalares, seguramente!...”.*

A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS assegura como primeiro princípio de todo e qualquer cidadão brasileiro o acesso aos serviços de saúde, devendo este ser organizado e ordenado, tendo a AB como porta de entrada aos serviços de saúde, sendo a mesma com capacidade de resolver 80% dos problemas de saúde devendo os outros serviços de diferentes densidades tecnológicas serem encaminhados para outras instâncias de maior complexidade do sistema de saúde. (CHAGAS; VASCONCELLOS. 2013).

Se aceita que os trabalhadores da saúde, que atuam dentro da UBS, ESF e gestores do SUS consigam implementar suas ações e atitudes de maneira resolutiva na dependência de cada tipo de problema e de forma individualizada.

De forma a reiterar o conteúdo acima exposto e apresentar o importante momento vivido pela AB, por conseguinte enaltecer o papel do PAS na promoção da qualidade de vida e produção do cuidado, se torna importante citar a fala do Diretor do Departamento de Atenção Básica do MS, Senhor Hêider A. Pinto, a saber:

"Considero que a Atenção Básica no Brasil, neste último momento, aproveitou uma janela de oportunidade e deu passos decisivos para ser de fato a base e porta de entrada prioritária do SUS, a ordenadora das Redes de Atenção. Vivemos um momento extraordinário de fortalecimento da AB que se reflete em sua afirmação política e legal. Também na ampliação recorde do financiamento, e em investimentos que avançam a passos largos para sua expansão e qualidade, agregando resolubilidade e humanização. Tudo isso feito com muita mobilização de todos os atores sociais envolvidos, os gestores das três esferas, os mais de meio milhão de trabalhadores e os usuários do sistema. A hora é essa, e o que fazemos agora marcará o SUS nos próximos anos, pois o passos dados não são passíveis de retorno".<sup>1</sup>

Nesse cenário promissor das políticas públicas vale reconhecer que estão sendo implementadas importantes políticas para a prevenção e controle das DCNT, uma vez que estas são as importantes representantes da carga de doença no Brasil.

1\_\_\_\_\_Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica.  
<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/panoramas\\_da\\_ab.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/panoramas_da_ab.php)>.

É de senso comum a significância da associação entre os modos de vida e condições concretas de existência, sendo esta de grande relevância no campo epidemiológico mundial. Hábitos como o tabagismo, o baixo consumo de hortaliças e frutas, o sedentarismo, estão entre as condições responsáveis pelo alto índice de morbimortalidade em países de desenvolvimento a exemplo do Brasil. (CASTRO et al., 2008).

Os discursos de (E-19) e (E-17) ilustram a importância da Academia da Saúde como geradora de práticas e estratégias de cuidado, utilizando para tal, os seus equipamentos, recursos humanos, além das ESFs para melhorar o nível promocional à saúde, de forma a contribuir para a melhoria do acesso e do processo de resolutividade. Seguem os mesmos:

*(E-19)... “É muito relevante, porque vai incentivar as pessoas com Doenças Crônicas não Transmissíveis a se exercitar e vai diminuir o índice de doenças porque tem muita gente sedentária. Os exercícios ajudariam...”.*

*(E-17)... “Seria uma questão bem importante, porque a gente tem bastante paciente já em graus de obesidade e isso facilitaria o nosso atendimento em certas DCNT<sup>2</sup>...”.*

A prática regular de atividade/exercício físico é capaz de prevenir o aparecimento precoce de várias doenças metabólicas e intervir positivamente na capacidade funcional de adultos e idosos. Os meios que ligam a atividade física à prevenção e ao tratamento de doenças e à incapacidade funcional compreende basicamente a redução da adiposidade corporal, a melhora no perfil lipídico e da sensibilidade à insulina, diminuição da pressão arterial, aumento do gasto energético, da força e da massa muscular, da flexibilidade, do equilíbrio e da capacidade cardiorrespiratória. Entretanto, existe uma considerável distinção entre atividade física para a prevenção de DCNT, para o tratamento de doenças e para o bom condicionamento físico, relacionada tanto ao tipo quanto à frequência na qual é praticada, à intensidade e a duração das atividades realizadas. (COELHO; BURINI, 2009).

## 5.2 MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA

A qualidade de vida foi outro achado de grande importância obtido no estudo, quase todos os sujeitos entrevistados relataram algo relacionado à melhoria da qualidade de vida. Estes sujeitos ficaram mais surpreendidos e entusiasmados quando percebem que a Academia da Saúde se trata de um programa que promove saúde para pessoas que não podem pagar por um serviço particular.

Em todos os discursos o estilo de vida saudável, esteve relacionado ao hábito de praticar atividades físicas e a significativos padrões de saúde e qualidade de vida.

Vale aqui comentar que a promoção de saúde tão bem defendida na Carta de Ottawa, está suportada por um conjunto de valores como a qualidade de vida e ainda, como uma combinação de estratégias como políticas públicas saudáveis, como a participação da comunidade, perpassando também, pelo desenvolvimento de capacidades e habilidades pessoais e ações intersetoriais. Nesse sentido, o PAS trabalha com a noção de diálogo entre as várias esferas do setor sanitário e comunidade do entorno da academia, compondo assim, redes de interlocução e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população.

Nesta lógica participativa, qualidade de vida está relacionada com a forma com que as pessoas sentem e compreendem seu cotidiano, abrangendo aspectos como saúde, moradia, educação, transporte, labor e participação nas decisões que lhes dizem respeito e definem como o mundo caminha. (DEL VECCHIO et al., 2007).

Minayo et al. (2000) refere-se ao assunto de qualidade de vida como uma noção eminentemente humana, que tem sido ligado ao nível de satisfação encontrado na vida amorosa, familiar, social e ambiental dos seres humanos. A expressão qualidade de vida engloba muitos significados, que reproduzem valores, experiências e conhecimentos dos indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variados espaços, histórias e épocas diferentes, esta se torna, portanto uma construção social com a marca da diversidade cultural na qual o indivíduo está inserido.

Nesse discurso o sujeito E-18, *“Muito importante, a saúde é o principal de tudo...”*, o mesmo comenta sobre um agregado de valores biofísicos e psicossociais, nos quais se pode inferir que, para ele, o estar saudável e ter saúde, é uma condição primorosa, de importância imensurável, necessário para viver bem e indispensável para executar as funções do cotidiano.

Sob esse prisma de saúde ampliada, vale citar o discurso (E-3)... *“olhando para a prática de promover saúde vai ser essencial, pois eu vou ter um trabalho em conjunto com a minha equipe, por exemplo: no dia do idoso, no grupo eu tenho o acesso a essa nutrição, fisioterapeuta, ao profissional de educação física para que esse idoso saiba como fazer um exercício...”*. ,o qual evidencia o trabalho em equipe e o princípio da integralidade como pressupostos inerentes do cuidado em saúde.

Nesse sentido, cabe apresentar que a integralidade deve ser vista sob vários aspectos, não pode ser vista apenas como uma diretriz e princípio do SUS definida constitucionalmente. Existem vários conceitos e maneiras de usar da integralidade para enxergar os sujeitos como uma totalidade. Machado et al. (2007) diz que é necessário perceber a integralidade como princípio em diversos níveis de discussão nas práticas da área da saúde, estruturado em um novo modelo que saiba ouvir, entender e a partir daí, atender as necessidades das pessoas, grupos e coletividade.

O trabalho em equipe permite uma relação dialógica no interior das ESFs e das UBS para o reconhecimento das potencialidades, para o agir em conjunto em prol da saúde da população. São saberes e fazeres unidos, identificados com a mesma proposta de trabalho que acaba por exigir pró-atividade nos diversos trabalhos em saúde, de forma compartilhada, humanizada, com geração com vínculo com a comunidade de entorno e com responsabilidade. (PAULA, [200-]).

Outro discurso que privilegia a conquista da qualidade de vida por intermédio de um trabalho instituído pela ESF, que nada mais que o trabalho multiprofissional, além de estar apoiado pelo NASF está a seguir:

(E-10)... *“Extrema importância porque em conjunto com as equipes do ESF do NASF a gente pode investir muito em qualidade de vida, na promoção da qualidade de vida das pessoas...”*.

Nesse contexto dessa atuação conjunta entre ESF e NASF é importante reconhecer que se torna necessária a busca incessante de uma responsabilização compartilhada, para que resulte numa gestão integrada de atenção e assistência à saúde, onde se promova o desenvolvimento de ações e atitudes que sejam capazes de ampliar a atuação e a singularidade dos sujeitos.

O conteúdo referente ao NASF na rede de interlocução junto ao PAS abre espaço para expressar sobre a atuação do Profissional de Educação Física como importante desafio para a efetivação da integralidade no âmbito das ações

promocionais de saúde, voltadas para a produção do cuidado. A atuação desse profissional implica em eger e articular saberes aos já implementados por outros profissionais, dentro da perspectiva do trabalho de equipe multiprofissional. Para Guarda et al. (2014) as outras profissões parecem estar mais acostumadas com o cenário do trabalho no campo da saúde coletiva, ao mesmo tempo que se mencionam que o processo de formação dos profissionais de Educação Física ainda necessita de algumas incrementações importantes, de modo a prepará-los para tanto, a exemplo de noções como integralidade, clínica ampliada, equidade e tantos outros.

Outro fator de grande valia para a inclusão do profissional de Educação Física na RAS é por permitir o acesso da população às práticas corporais as quais, até então, eram privilégio das pessoas mais abastadas economicamente. Essa informação está apresentada no discurso seguinte. (E-3)... *“Numa visão de saúde seria excelente, mas numa comunidade como é o nove, tão grande, eu não consigo enxergar como seria o acesso a esse programa para que todos tenham acesso a essa promoção de saúde. A ideia é boa e muito importante porque sai desse núcleo de só pode fazer quem pode pagar...”*.

O PAS tem uma importância indescritível pelo fato de ser um programa que oferece qualidade de vida, promoção de práticas saudáveis e socialização para pessoas e comunidades que não possuem requisitos financeiros para viver de maneira melhor. Muitas vezes, elas têm vontade de melhorar seus hábitos e ter uma vida mais saudável, mas são impossibilitadas pelo fator financeiro, não podendo pagar uma academia, consumir alimentos com maior valor nutricional ou frequentar lugares culturais, ocorrendo assim, a interrupção do processo de consecução de qualidade de vida.

Para Zamai (2009), a qualidade de vida depende de diversos fatores como, por exemplo: infraestrutura do lugar em que se vive, poder aquisitivo, a relação que se mantém com o trabalho, a administração do tempo, o conforto a que se tem acesso, a satisfação que se obtém com o conjunto de todas essas atividades, o estado de saúde e equilíbrio emocional e, acima de tudo, a maneira pessoal de cada indivíduo em encarar tudo isso.

Dentro desse contexto de saúde física e emocional, numa perspectiva de melhor qualidade de vida para a população, através da prática de exercícios físicos e produção do cuidado aliados a uma convivência social, têm-se o discurso: (E-14)...

*“Ele vem como um complemento para auxiliar no desenvolvimento da saúde tanto física e mental da população que é atendida pela estratégia, acho importante desde que seja feito da forma correta...”, o qual se refere ao PAS como instrumento potencializador em saúde inserido na RAS.*

Seguindo esta lógica de promoção de saúde, surge o questionamento sobre como as pessoas na atualidade têm lidado com a tecnologia em relação à inatividade física, sendo assim o (E-17) demonstra em seu discurso que o sedentarismo se deve a quantidade tecnológica que as pessoas têm acesso hoje em dia: (E-17)... *“Muito importante. Principalmente nos dias de hoje que as pessoas são um pouco acomodadas e tudo é o mais rápido e o mais fácil e a qualidade de vida fica lá em baixo...”*. Para Almeida e Guedes (2015) as crianças estão sendo expostas a muitos estímulos tecnológicos a exemplo: vídeo games, celulares e *tablets*, isso influencia drasticamente no desenvolvimento dessas crianças e aumenta os índices de sedentarismo.

Mendes e Cunha (2013) alertam para o risco do uso indiscriminado dessas novas tecnologias e sugerem ainda, que é necessário uma maior conscientização coletiva acerca dos efeitos nocivos do sedentarismo, sendo a este atribuído a responsabilidade de várias outras patologias.

### 5.3 A INFORMAÇÃO COMO POTENCIALIZADORA EM SAÚDE

Para os entrevistados a informação é algo indispensável no processo saúde-doença sendo utilizada para o controle, manutenção e principalmente, para a promoção de saúde, servindo esta como forte aliada na prevenção. A partir da informação que eles consideram que o SUS e toda AB funcionariam de maneira mais eficiente.

Todos os entrevistados do estudo defendem que a informação deve ser mais bem distribuída e chegar à comunidade ou população de maneira mais eficaz. Fica evidente que a rede de informações é precária quando os próprios profissionais não conhecem um programa que faz parte das ações do SUS em relação às atividades de promoção de saúde, o qual já existe há seis anos e que tem sua obra em processo de construção a menos de um quilometro da UBS pesquisada.

Para transpor esses e muitos outros desafios cotidianos, vividos pelos usuários, profissionais e gestores do sistema, a informação para a saúde ou comunicação em saúde pode ser vista como uma ferramenta com aptidão de estabelecer uma relação com as políticas existentes, dando mais força à participação popular e ao controle social. Nesse sentido, são enfoques do SUS a aproximação e o vínculo das ESFs com os usuários, de forma a gerar e/ou fortalecer a comunicação entre os mesmos.

Os discursos (E-3), (E-10) e (E-11) demonstram muito bem o significado atribuído à informação e à comunicação em saúde e à participação da comunidade, tanto para o desenvolvimento como para a consolidação do SUS, a julgar para a efetivação de uma saúde digna, justa, solidária, corresponsável, resolutiva para todo e qualquer cidadão usuário do sistema. Abaixo seguem os referidos discursos.

(E-3)... *“Porque nós temos acesso às pessoas da comunidade, como se fosse o coração do sistema, para levar o programa para outras pessoas...”*.

(E-10)... *“Até para poder informar a comunidade, todo mundo ficar a parte, conhecer e usufruir...”*.

(E-11)... *“Muito importante, porque nós é que estamos com a comunidade...”*.

Esse canal de articulação comunicativa e informativa entre população e usuários do sistema é facilitado muitas vezes pelo ACS, que tem como uma de suas atribuições integrar a comunidade com os serviços de saúde e vice e versa, sendo portanto, considerado um elemento de grande potencial, por facilitar o trabalho de promoção da saúde e vigilância de toda a equipe.

O acesso à informação é algo que é discutido há muito tempo dentro das ações de saúde, podendo-se identificar esta afirmação na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Neste documento, fica evidente a importância da socialização de informações para o desenvolvimento de habilidades favoráveis as ações de saúde e desenvolvimento da capacidade das pessoas de analisar de maneira crítica a realidade.

Em concordância com o exposto acima, têm-se o comentário de Buss (2000), onde ele diz que a população e a comunidade devem ter a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que determinam sua saúde. Acesso à informação,



ambientes favoráveis e oportunidades para poder fazer escolhas mais saudáveis estão dentre os principais elementos que capacita os cidadãos.

A partir da informação, a população é estimulada a participar das ações da AB à saúde, ampliam sua autonomia e capacidade de enfrentar os determinantes e condicionantes de saúde, passam a integrar na orientação e organização dos serviços de saúde, sendo assim, o cuidado à saúde é construído de maneira compartilhada. Para isso é necessário que os serviços de saúde foquem sua atuação na população e no exercício do controle social. (BRASIL, 2015). Neste mesmo sentido, recorre-se à apresentação do discurso E-5, o qual evidencia a importância da comunicação e da informação para a geração de facilitadores do conhecimento de situações inerentes à vida em sociedade.

*(E-5)... “Na verdade, eu nem sabia que aquilo era um programa do governo federal, achei que era da prefeitura, mas aí passou o tempo da política e não inaugurou... Às vezes as pessoas perguntam para a gente e nós não sabemos nem o que é, pois a informação não chegou para a gente. É importante conhecer...”*

Em reforço, vale citar que o PAS vem com o propósito de contribuir para a geração de hábitos e estilos de vida saudáveis, seguindo a tendência das políticas públicas atuais do MS, voltadas ao desenvolvimento de serviços e ações complementares ao processo de cuidado, com foco na promoção de saúde, na prevenção de DCNT e ser um ponto de atenção nas RAS.

Em outras palavras, quando a população tem mais acesso à informação, conseqüentemente, ela passa a participar mais do processo de promoção de saúde, das ações de saúde e tudo que envolve as políticas públicas, uma vez que elas se empoderam em saúde ganhando mais autonomia, passando a fazer parte do processo e por muitas vezes, exercendo o controle social.

Alves-Souza, Koyashiki e Almeida (2007) recomendam que para o desenvolvimento da autonomia das pessoas, é primordial o aumento de propostas que gerem mudanças reais nos indivíduos e na sociedade. Reforçam, que para a construção de novos significados em relação ao processo saúde-doença faz-se necessário à ascensão da consciência social sobre os problemas de saúde, suas causas, assim como a criação de alternativas de organização dos serviços e regeneração das práticas de saúde, incluídas em uma dialética potencializadora em saúde.

A informação e a comunicação são instrumentos vitais para a geração da transformação social, tão necessária ao sistema de saúde. Os trabalhadores de saúde devem se utilizar “das tecnologias leves (a conversa, o acolhimento, a humanização, a escuta solidária, a mediação) e, dessa forma, ao darem uma nova forma ao ato de “cuidar”, acabam dando vida a produção do cuidado”. (KOYASHIKI, ALVES-SOUZA, GARANHANI, 2008. p.10). Seguindo essa lógica de humanização em saúde ilustra-se o discurso correspondente. (E-15)... *“Sempre falo que nosso dever é três coisas que devem sempre andar juntos: prevenção, orientação e informação que eu adotei no meu trabalho. Você tem que passar confiança para as pessoas...”*.

Quando questionados sobre como divulgar o PAS, quando este vier a funcionar na comunidade pesquisada, os sujeitos da pesquisa sugerem diversas maneiras, a exemplo de palestras, folders, panfletos. O principal meio de divulgação citado pelos entrevistados foi a comunicação verbal do próprio ACS nas suas visitas domiciliares. Para eles o ACS tem papel fundamental neste processo, facilitando a disseminação de informações por estarem sempre dentro das casas das pessoas e por isso, devem ter uma formação continuada sobre as atividades ofertadas pelo programa.

Diante do exposto, considera-se importante ressaltar que o poder da informação, associado aos meios de comunicação de massa tem a possibilidade de causar transformações culturais nos homens, na sociedade e na humanidade como um todo. A informação é a mais importante força de transformação do homem (ARAÚJO, 1995).

#### 5.4 A PRESENÇA DO PROFISSIONAL, UMA NECESSIDADE!

A presença do profissional de Educação Física na AB é necessária devido às mudanças no perfil de morbidade e mortalidade, caracterizado, principalmente, pelo predomínio de DCNT, sendo a inatividade física como um dos principais fatores de risco para este cenário. (HALLAL et al. 2007). Fundamentando o descrito a cima, estudos epidemiológicos demonstram que a prática de atividade física está fortemente ligada a menores riscos de morte por DCNT e por várias outras causas. (OLIVEIRA et al. 2010).

O profissional de Educação Física tem papel essencial para a promoção de saúde, e isso se torna cada vez mais notório, a exemplo do lançamento da terceira edição da PNPS (BRASIL, 2010), no qual a atividade física é avaliada como componente fundamental para a Promoção de saúde, que foca suas ações na rede de saúde e na comunidade.

O atual momento frente às DCNTs e a disseminação significativa da atividade física no processo saúde doença, é muito favorável para o profissional de Educação Física solidificar seu papel diante da sociedade, transpassando a visão que as pessoas tem sobre o mesmo de finalidade desportiva e individualista, assim como, romper a barreira de exercer seu trabalho em ambientes que antes eram vistos exclusivamente como da área médica.

Quando questionados sobre a necessidade de um profissional qualificado para o acompanhamento da prática de exercícios físicos, os sujeitos da pesquisa de modo geral, classificaram como muito importante ou extremamente importante a orientação para a prática de exercícios e enfatizaram que é indispensável a presença deste profissional no âmbito das atividades do PAS. Seguindo este raciocínio têm-se os discursos (E-16)... *“Extremamente importante. Porque a gente não tem nenhum profissional que oriente...”* e (E-2)... *“É obrigatório existir o educador físico dentro do quadro de profissionais da saúde...”*. Nessa esteira de valorização do profissional de Educação Física, como parte integrante da equipe de saúde da AB e por sua vez, inserido na RAS, vale mencionar, como já exposto anteriormente, a Portaria G.M nº 154/2008 do Ministério da Saúde, a qual criou os NASFs, dando o suporte jurídico e legal para a sua atuação dentro do SUS. (BRASIL, 2008).

Torna-se primordial entender que o profissional de Educação Física é o único dentro da AB de saúde capaz de prescrever, orientar, acompanhar e avaliar a prática de exercícios físicos, sendo este um profissional muito solicitado quando se trata de promoção e prevenção à saúde. (RODRIGUES et al. 2013). Os discursos (E-5), (E-6) e (E-8) realçam a importância e necessidade da presença do profissional de Educação Física nas ações e estratégias de promoção de saúde do SUS. Seguem tais discursos: (E-5)... *“Muito importante, ainda mais se tiver alguém por perto para dar instrução, porque às vezes eles vão caminhar ali na praça e caminham tudo errado, com calçado inadequado, com roupa errada, se nós que somos novos não conseguimos usar aqueles equipamentos corretamente, imagina*

*os idosos... Às vezes eles acham que estão fazendo um exercício pra trazer um benefício e acaba danificando, é onde o barato sai caro...”.*

*(E-6)... “Bom, eu acho que vai levar mais qualidade de vida para o pessoal da região, com profissionais qualificados, ensinando de forma adequada a realização do treinamento, para fortalecimento da qualidade de vida...”.*

*(E-8)... “ele é fundamental, porque assim, é fácil a gente chegar no grupo de hiperdia e dizer que eles tem que fazer exercício, mas eles vão fazer exercício aonde e com o acompanhamento de quem, e no grupo de hiperdia a gente tendo um direcionamento e dizer olha nós temos a academia tal, com o profissional tal é mais fácil...”.*

A incorporação da Educação Física no Sistema de Saúde tem sido progressiva, através de programas e políticas públicas, no entanto, os profissionais de Educação Física tem uma formação escassa para a área de saúde, portanto, repensar a formação não é simplesmente uma necessidade, mas uma prioridade, para assegurar o reconhecimento, permanência e expansão das possibilidades de inserção da categoria na saúde coletiva e, por conseguinte, a qualificação da atenção à saúde.

Benedetti et al. (2014) consideram, que a formação do profissional de Educação Física ainda é muito deficiente quando se trata de saúde pública e trabalho multidisciplinar, por isso fica evidente a necessidade de maiores investimentos que devem ser realizados para o ensino continuado desse profissional, menciona ainda que, para que os serviços de saúde promovam saúde é imprescindível que estes profissionais expandam sua visão de Promoção à Saúde, incorporando-se como atores críticos e participantes do processo de concepção e reformulação do sistema de saúde e conversem frequentemente com outros profissionais e com a comunidade.

## CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu concluir que:

- Entre os entrevistados, (profissionais da ESF, Secretário Municipal de Saúde e Diretor (a) da Atenção Básica), apenas o Secretário Municipal de Saúde tinha conhecimento acerca do assunto;
- Os entrevistados desconhecem o PAS e não sabem sobre em qual estágio de desenvolvimento se encontra o Polo do programa em construção no município, e aqueles que afirmaram conhecer não souberam responder sobre a finalidade do PAS, confundindo-o com as praças públicas já existentes no município. Vale reforçar que o único sujeito que disse conhecer o PAS (como surgiu, quando surgiu, quais seus objetivos e diretrizes) foi o Secretário de Saúde do Município em questão;
- Os sujeitos da pesquisa consideram que o PAS vem para melhorar a qualidade de vida das pessoas daquela localidade (local da pesquisa), inclusive dos próprios funcionários da UBS, os quais se ofereceram para participar do mesmo assim que vier a funcionar;
- Os sujeitos entrevistados deram grande ênfase para o fato de que existe uma lacuna entre as ações de promoção, proteção e prevenção à saúde no âmbito do SUS e a informação, sendo que, quando as pessoas da comunidade e da própria UBS desconhecem programas dessa modalidade, ficando dificultado o acesso das pessoas a esses serviços. É clara, a necessidade de uma melhor interação entre a AB de saúde e as demais esferas do cuidado, para que haja melhor comunicação e qualificação dos profissionais acerca de programas que visam à promoção de saúde;
- Os ACS são os profissionais capazes de despertar o interesse na população para a participação neste e em outros programas, pois estão sempre junto à comunidade, uma vez que estão em atuação no interior de seus domicílios;

- Os sujeitos consideram indispensável a presença de um profissional de Educação Física junto à comunidade na realização das atividades oferecidas pelo Programa;
- A comunidade realiza suas atividades em praças ao ar livre, sem nenhum tipo de orientação, e findam por adquirir outros problemas advindos da prática inadequada de exercícios, sendo assim, com profissionais qualificados a chance de redução desses problemas é bem maior.

Assim, diante de todo o conjunto de informações aqui expostas, pode-se perceber a possibilidade do papel transformador do profissional de Educação Física no campo da saúde, tendo sua atuação sob a lógica promocional e produção do cuidado, o qual surge com força estratégica no âmbito do PAS, conseqüentemente, na dimensão das Redes de Atenção em Saúde (RAS).

## REFERÊNCIAS

A INATIVIDADE física aumenta os fatores de risco para a saúde e a capacidade física. **Rev.Bras. Med. Esporte.** V. 4.n.2. 1998. Niterói.

ALMEIDA, A.; GUEDES, N. P. A influência da tecnologia para o sedentarismo de estudantes no ensino fundamental. **Centro Universitário de Brasília – UNICEUB.** Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/7546/1/21313015.pdf>>. Acesso em: 20 junho 2017.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida.** Escola de Artes, Ciências e Humanidades. 22 ed. São Paulo, 2012. Disponível em: <[http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade\\_vida.pdf](http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf)>. Acesso em: 10 dezembro 2016.

ALVES-SOUZA, R. A.; KOYASHIKI, G. A. K.; ALMEIDA, M. J. Um olhar sobre a informação no espaço de fortalecimento da cidadania. **Espaço Saúde.** v.8, n.2. jun. 2007. p.26-32. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-464827>>. Acesso em: 06 fevereiro 2017.

AMMANN, S. B. **Participação Social.** 2 ed., São Paulo: Cortez & Moraes, 1978.

ARAÚJO, V. M. R. H. Sistemas de informação: nova abordagem teórico-conceitual. **Ciência da Informação.** v. 24, n.1, 1995. Disponível em: <[http://www.valdick.com/files/Sistemas\\_de\\_informacoes\\_artigo3.pdf](http://www.valdick.com/files/Sistemas_de_informacoes_artigo3.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2017.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Revista de Saúde Coletiva.** v. 22, n. 4. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312012000400005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312012000400005)>. Acesso em: 20 janeiro 2017.

BENEDETTI, T. R. B. et al. **A formação do profissional de educação física para o setor saúde.** Postmix. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://nupaf.ufsc.br/files/2009/09/LIVRO-FINAL-FINAL.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2017.

BOBBIO N.; MATTEUCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. 11 ed. v. 1. Brasília: Universidade de Brasília; 1998. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/2038862/dicionario-de-politica---norberto-bobbio>>. Acesso em: 08 janeiro 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 17 novembro 2016.

\_\_\_\_\_. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2016, Ariquemes-RO**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=110002&search=rondonia|ariquemes>>. Acesso em: 03 março 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687\\_30\\_03\\_06.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria687_30_03_06.pdf)>. Acesso em: 23 dezembro 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 154/GM de 24 de Janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASF. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 29 março 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 4.279/GM de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%204279%202010.pdf>>. Acesso em: 29 novembro 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719\\_07\\_04\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html)>. Acesso em: 15 dezembro 2016.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 15 janeiro 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)>. Acesso em: 15 dezembro 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <[http://bvsms.SAÚDE.gov.br/bvs/SAÚDElegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.SAÚDE.gov.br/bvs/SAÚDElegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 15 janeiro 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Série A. Normas e manuais técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 27. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)>. Acesso em: 29 março 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. – Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 25 outubro 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 29 março 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. Departamento De Doenças E Agravos Não Transmissíveis E Promoção Da Saúde. **2º Ciclo 2014 De Monitoramento Do Programa Academia Da Saúde Brasil**. Novembro/2014. Disponível em: <<http://www.cosemsce.org.br/v2/wp-content/uploads/downloads/2015/05/devolutiva-nacional-2%c2%ba-ciclo-2014.pdf>>. Acesso em: 03 janeiro 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria De Vigilância Em Saúde. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde**, Universidade Federal de Santa Catarina. – Brasília, 2015. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso\\_aperfeiçoamento\\_implementacao\\_politica\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_aperfeiçoamento_implementacao_politica_promocao_saude.pdf)>. Acesso em: 30 abril 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)>. Acesso em: 19 abril 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Saúde. **Programa Academia da Saúde**. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_academia\\_saude.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php)>. Acesso em: 19 janeiro 2016.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 5, n.1. Rio de Janeiro, 2000. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014)>. Acesso em: 17 maio 2017.

CARVALHO, G. A. Saúde pública no Brasil. **Estud. av.** v. 27, n.78. São Paulo, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002)>. Acesso em: 11 novembro 2016.

CASTRO et al. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 24. n.10. 2279-2288, out, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/09.pdf> >. Acesso em: 02 junho 2017.

CHAGAS, H. M. A.; VASCONCELLOS, M. P. C. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde Soc.** v. 22, n.2 p.377-388, 2013. São Paulo. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n2/v22n2a10.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2017.

CHEIK, N. C. et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Rev. bras. Ciênc. e Mov.** v. 11 n.3 p. 45-52. Brasília, 2003. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/viewFile/509/534>>. Acesso em: 30 junho 2017.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de nutrição**. V. 22, n.78 p.937-946. Campinas, 2009. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13407/S1415-52732009000600015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 06 abril 2017.

COSTA, M. B. S.; LIMA, C. B.; OLIVEIRA, C. P. Atuação do enfermeiro no programa saúde da família (PSF) no estado da Paraíba. **Rev. Bras. Enfermagem**. V. 53, n. especial. Brasília, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672000000700025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000700025)>. Acesso em: 05 abril 2017.

DEL VECCHIO, F. B. et al. Análise multivariada da interação entre qualidade de vida e capacidades físicas. *Acta Med Port*, v. 20, p. 131-137, 2007. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/197452/1/pmed\\_17868518.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/197452/1/pmed_17868518.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface – Comunicação Saúde, Educação**. v. 17, n.47. Botucatu, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832013000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000400010)>. Acesso em: 20 maio 2017.

FRANK, J. Minister of Health, Mexico. **Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico**. Nairobi: **Comission on Social Determinants of Health**. 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/frenk.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/frenk.pdf)>. Acesso em: 02 maio 2017.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. Educ. Fís. Esporte**. v.25, p.37-43. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v25nspe/05.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2017.

GUARDA, F. R. B. et al. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Rev Pan-Amaz Saúde**. v.5. n.4. Ananindeua, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v5n4/v5n4a08.pdf>>. Acesso em: 01 junho 2017.

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**. v. 26, n.1. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/08.pdf>>. Acesso em: 15 janeiro 2017.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Rev Saúde Pública**. v. 41, p.456-60. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300018)>. Acesso em: 31 maio 2017.

KOYASHIKI, G. A. K.; ALVES-SOUZA, R. A.; GARANHANI, M. L. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v. 13, n.4, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000400032](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000400032)>. Acesso em: 03 junho 2017.

LUZ, M. T. **Novos Saberes em Saúde Coletiva: Estudos Sobre Racionalidade Médicas e Atividades Corporais**. 3 ed., São Paulo: Hucitec, 2007.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 12, n.2. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 maio 2017.

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência e saúde coletiva [on line]**. v. 15, n.5. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 maio 2017.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2 ed., Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes\\_de\\_atencao\\_mendes\\_2.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/elaboracao-do-plano-estadual-de-saude-2010-2015/textos-de-apoios/redes_de_atencao_mendes_2.pdf)>. Acesso em: 20 março 2017.

MENDES, C. M. L.; CUNHA, R. C. L. As Novas Tecnologias e Suas Influências na Prática de Atividade Física e no Sedentarismo. **Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**. v. 1, n.3, 2013. Disponível em: <<http://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/16/pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.5, n.1, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 15 maio 2017.

MOCHILEIRO. **Identificação do município de Ariquemes** – Rondônia - Brasil. Mochileiro, 2017. Disponível em: <<http://mochileiro.tur.br/ariquemes.htm>>. Acesso em: 03 novembro 2016.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O mundo da Saúde** (CUSC). v. 34, n. 1, p. 92-96. São Paulo, 2010. Disponível em: <[www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=74&rev=s&ano=2010](http://www.saocamilosp.br/novo/publicacoes/publicacoesDownload.php?ID=74&rev=s&ano=2010)>. Acesso em: 31 março 2017.

OLIVEIRA, K. P. C.; et al. Exercício aeróbio no tratamento da hipertensão arterial e qualidade de vida de pacientes hipertensos do Programa de Saúde da Família de Ipatinga. *Rev Bras Hipertensão*. v. 17, n.2, p.78-86, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/05-exercicio.pdf>>. Acesso em: 10 abril 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas**. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, 2007. Disponível em: <[http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)>. Acesso em: 10 maio 2017.

PAULA, R.A. Relação Multiprofissional de Trabalho em Equipe de Atenção Básica de Saúde. 30f. TCC. (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). [200-]. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0296.pdf>>. Acesso em: 01 junho 2017.

RODRIGUES, J. D. et al. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. v. 18, n.1, p.5-11. Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/2390/pdf53>>. Acesso em: 11 maio 2017.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos avançados**. v. 13, n. 35. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100007)>. Acesso em: 15 janeiro 2017.

SEABRA, A. F. et al. Determinantes biológicos e sócio-culturais associados à prática de atividade física de adolescentes. *Cad. Saúde Pública*. v. 24, n.4, p.721-736. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400002)>. Acesso em: 31 maio 2017.

SILVA, C. A.; LIMA, W. C. Efeito Benéfico do Exercício Físico no Controle Metabólico do Diabetes Mellitus Tipo 2 à Curto Prazo. *Arq Bras Endocrinol Metab*. v. 46, n.5. São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://unicamp.sibi.usp.br/bitstream/handle/SBURI/9173/S0004-27302002000500009.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 abril 2017.

SILVA, R. S.; SILVA, I.; SILVA, R. A.; SOUZA, L.; TOMASI, E. Atividade física e qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 15, n.01. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100017)>. Acesso em: 15 maio 2017.

SPERANDIO, A. M. G.; FRANCISCO FILHO, L. L.; MATTOS, T. P. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. *Ciênc. saúde coletiva*. v. 21, n. 6. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S141381232016000601931&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232016000601931&lng=en&tlng=pt)>. Acesso em: 10 novembro 2016.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de Saúde Pública*. v. 14, 1998. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1998000600002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1998000600002)>. Acesso em: 17 janeiro 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Veinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas**. 1995. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-42110>>. Acesso em: 21 novembro 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 25 abril 2017.

ZAMAI, C.A. **Impacto das atividades físicas nos indicadores de saúde de sujeitos adultos**: Programa Mexa-se. Tese de doutorado. Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, SP: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000469078&fd=y>>. Acesso em: 14 maio 2017.

## **APÊNDICES**



<b>Apêndice A</b>
-------------------

**Pesquisa:****ACADEMIA DA SAÚDE:  
UMA ESTRATÉGIA CONTEMPORÂNEA PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO E  
CRIAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS**

<b>Entrevista - Secretário (a) Municipal de Saúde</b>
-------------------------------------------------------

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ ou (\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Bloco A – Perfil e Inserção Profissional**

A.1. Sexo:

 1. Feminino.  2. Masculino

A. 2. Idade (em anos): \_\_\_\_\_

A. 3. Indique a sua formação: \_\_\_\_\_

A. 4. Há quanto tempo é Secretário de Saúde: \_\_\_\_\_

A. 5. Já exerceu outros cargos públicos:

 1. SIM. Especifique: \_\_\_\_\_ 2. Não

**Bloco B – Contexto**

1. Você conhece o programa Academia da Saúde?  
 Sim  
 Não
2. Conhece seus objetivos e suas diretrizes?  
 Sim  
 Não
3. Qual é o estágio de desenvolvimento do Programa/Polo?
4. Qual a importância do Programa Academia da Saúde para o fortalecimento da promoção em saúde e atenção básica?
5. Até o momento, quais são as dificuldades encontradas para o início das atividades no âmbito do Polo Academia da Saúde?
6. Pretende estabelecer um horário de funcionamento no período noturno para facilitar o acesso, uma vez que grande parte dos trabalhadores exerce suas atividades no período diurno?
7. Você considera que após a implantação do polo Academia da Saúde este programa estará favoravelmente inserido na rede de Atenção em Saúde, de modo a desenvolver sua finalidade em potencial promotor de saúde?
8. Quais são, na atualidade, as ações ou projetos de intervenções direcionados ao Polo em questão?

9. Você considera que os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde estão sendo suficientes para o desenvolvimento do Programa? Existem outras fontes de custeio do programa além dos destinados pelo Ministério da Saúde?
  
10. Existe um planejamento para promover a convergência do Programa Academia da Saúde com outras áreas afins, a exemplo da educação, cultura, esportes, entre outros?
  
11. Você considera importante a inclusão de grupos socialmente vulneráveis no âmbito das ações e atividades do Programa Academia da Saúde, a exemplo dos ribeirinhos, pessoas em situação de rua, dependentes químicos, entre outros? Explique:
  
12. Existe um planejamento para promover a interação dos serviços, bem como de outros programas do setor saúde com o Polo da Academia da Saúde?
  
13. Quais são as suas propostas para a valorização desse espaço público enquanto estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado na comunidade assistida pelo Polo da Academia da Saúde?
  
14. Pretende ouvir a população sobre os tipos de atividades a serem ofertadas pela agenda do Programa Academia da Saúde, com base nas suas reais necessidades em saúde?
  
15. Qual a situação atual de implantação do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF)?

**Apêndice B****Pesquisa:****ACADEMIA DA SAÚDE:  
UMA ESTRATÉGIA CONTEMPORÂNEA PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO E  
CRIAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS****Entrevista - Diretor (a) da Atenção Básica de Saúde**

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ ou (\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Bloco A – Perfil e Inserção Profissional**

A.1. Sexo:

 1. Feminino.  2. Masculino

A. 2. Idade (em anos): \_\_\_\_\_

A. 3. Indique a sua formação: \_\_\_\_\_

A. 4. Há quanto tempo é Diretor da Atenção Básica: \_\_\_\_\_

A. 5. Já exerceu outros cargos públicos:

 1. SIM. Especifique: \_\_\_\_\_ 2. Não

**Bloco B – Contexto**

1. Você conhece o programa Academia da Saúde?  
 Sim  
 Não
2. Conhece seus objetivos e suas diretrizes?  
 Sim  
 Não
3. Em sua opinião, qual a importância da Academia da Saúde na estruturação da Rede de Atenção Primária em Saúde e no contexto das Redes de Atenção à Saúde?
4. Até o momento, quais são as dificuldades encontradas para o início das atividades no âmbito do Polo Academia da Saúde?
5. Você considera que após a implantação do polo Academia da Saúde este programa estará favoravelmente inserido na rede de Atenção em saúde, de modo a desenvolver sua finalidade em potencial promotor de saúde?
6. Existe um planejamento para promover a interação dos serviços, bem como de outros programas do setor saúde com o Polo Academia da Saúde?
7. Como se dará a capacitação dos profissionais para sua atuação junto ao Polo Academia da Saúde?
8. Existe um planejamento para promover a convergência do Programa Academia da Saúde com outras áreas afins, a exemplo da educação, cultura, esportes, entre outros?

9. Você considera importante a inclusão de grupos socialmente vulneráveis no âmbito das ações e atividades do Programa Academia da Saúde, a exemplo dos ribeirinhos, pessoas em situação de rua, dependentes químicos, entre outros? Explique:
  
10. Você tem conhecimento de alguma ação ou projeto de intervenção direcionado ao Polo em questão?
  
11. Quais são as suas propostas para a valorização desse espaço público enquanto estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado na comunidade assistida pelo Polo da Academia da Saúde?
  
12. Qual a situação atual de implantação do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF)?

<b>Apêndice C</b>
-------------------

**Pesquisa:****ACADEMIA DA SAÚDE:  
UMA ESTRATÉGIA CONTEMPORÂNEA PARA A PRODUÇÃO DO CUIDADO E  
CRIAÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS**

<b>Entrevista – Profissionais da Estratégia Saúde da Família</b>
------------------------------------------------------------------

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_  

---

Telefone: (\_\_\_) \_\_\_\_\_ ou (\_\_\_) \_\_\_\_\_

**Bloco A – Perfil e Inserção Profissional**

A.1. Sexo:

 1. Feminino.  2. Masculino

A. 2. Idade (em anos): \_\_\_\_\_

A. 3. Indique a sua formação: \_\_\_\_\_

A. 4. Há quanto tempo é integrante do ESF: \_\_\_\_\_

A. 5. Já exerceu outros cargos públicos:

 1. SIM. Especifique: \_\_\_\_\_ 2. Não

**Bloco B – Contexto**

1. Você conhece o programa Academia da Saúde?  
 Sim  
 Não
2. Conhece seus objetivos e suas diretrizes?  
 Sim  
 Não
3. Qual é o estágio de desenvolvimento do Programa/Polo na comunidade?
4. Qual a importância do Programa Academia da Saúde para o fortalecimento da promoção em saúde e Atenção Básica?
5. Quais são as suas propostas para divulgar o Programa/Polo Academia da Saúde enquanto estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado junto à população por você assistida?
6. Você considera importante a inclusão de grupos socialmente vulneráveis no âmbito das ações e atividades do Programa Academia da Saúde, a exemplo dos ribeirinhos, pessoas em situação de rua, dependentes químicos, entre outros? Explique:
7. Em sua opinião, qual a importância da existência de um lugar, na comunidade por você assistida, que ofereça prática de exercício físico, orientação alimentar, espaços de convivência, entre outras práticas saudáveis?



8. Você considera importante que os profissionais da saúde, ligados direta ou indiretamente com as pessoas da comunidade onde se situa o Polo do Programa Academia da Saúde saibam como surgiu o Programa e para que ele serve?
  
9. Em sua opinião, quais sujeitos (faixa etária) do território atendido por sua equipe, têm maior necessidade de um programa que desenvolva diversos tipos de atividade como o Programa Academia da Saúde?