

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA**

ALEXANDRE ROSSONI DA ROCHA

**ACADEMIAS DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
CENÁRIO ATUAL NO RIO GRANDE DO SUL**

Porto Alegre, 2019.

ALEXANDRE ROSSONI DA ROCHA

**ACADEMIAS DA SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
CENÁRIO ATUAL NO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, da Escola Superior de Educação Física, Fisioterapia e Dança, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio
Co-Orientadora: Profa. Dra. Eloá Rossoni

Porto Alegre, 2019.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a todos que passaram pela minha vida durante a minha trajetória de estudos, começando pelas séries iniciais, ensino fundamental, ensino médio, a entrada no tão esperado curso de graduação, meus professores, colegas, alunos de estágios obrigatórios e não obrigatórios, todos vocês tiveram grande importância neste processo e neste ciclo acadêmico que se encaminha para o final. Sem vocês eu não teria chegado até aqui, todos foram membros da construção desse aprendizado, agradeço a vocês, de coração.

Gostaria de agradecer ao meu orientador, por ter aceito orientar este trabalho.

A minha família, meu pai, minha namorada e meu irmão, e principalmente a minha mãe que me ajudou e aceitou coorientar este trabalho, e que além de me incentivarem a estudar e auxiliarem ativamente a construir e modelar este trabalho de conclusão de curso, constróem o meu alicerce da vida.

Mostraram-me que podem nos tirar tudo na vida, menos o conhecimento que adquirimos durante este percurso.

Queria agradecer também aos meus melhores amigos, aqueles que vou levar para sempre, minha segunda família, “os exus”, como costumamos dizer, não existem palavras para descrever nossa amizade, são vocês que me dão força para superar a rotina pesada de trabalho e estudos e desestressar no final de semana.

A A3CO UFRGS, atlética que eu ajudei a fundar no início de 2014, e que só vem crescendo e alcançando seus objetivos, graças ao trabalho árduo de todos que participam e já participaram da gestão.

A cada ano que passa, me sinto mais orgulhoso de fazer parte disso tudo, e com certeza é papel fundamental para minha evolução e desenvolvimento pessoal dentro da universidade.

A todos meus amigos, conhecidos, enfim, todo pessoal que torce por mim e me acompanham, me desejam energias positivas, felicidade e sucesso, vocês são demais. Muito obrigado a todos.

SUMÁRIO

RESUMO	5
ABSTRACT	5
1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	9
2.1 O Desenvolvimento Conceitual da Promoção de Saúde.....	9
2.2 A Política Nacional de Promoção de Saúde.....	13
2.3 O Programa Academia da Saúde.....	14
2.3.1 Histórico e Características do Programa: Investimento e Custeio.....	14
2.3.2 Implantação e Implementação de Polos.....	17
3. OBJETIVOS	20
3. 1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos Específicos.....	20
4. METODOLOGIA	21
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
5.1 Distribuição das Academias da Saúde vinculadas ao SUS no Rio Grande do Sul	22
5.2 Composição das Equipes das Academias da Saúde	25
5.3 Seminário de atividades desenvolvidas nas Academias da Saúde e sua relação com a Vida Saudável	29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
ANEXOS	35

RESUMO

O Programa Academia da Saúde, instituído no país em 2011, se destaca como um equipamento da Atenção Básica voltado para promoção da saúde na comunidade. O objetivo deste estudo é analisar o Programa Academia da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando a sua distribuição nas regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de pesquisa documental de natureza quantitativa realizada por meio do acesso ao banco de dados do sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), legislações e publicações sobre o tema no período de 2011 a 2019. Foram levantadas informações por meio de dados secundários disponíveis no CNES referentes às Academias da Saúde vinculadas ao SUS, sua localização, composição da equipe, tempo de implantação e atividades preconizadas. Os dados foram armazenados em planilhas de excel e submetidos a análise estatística descritiva a fim de responder os objetivos do estudo. Encontravam-se cadastrados 69 polos de academias da saúde, 67 em atividade e apenas 2 desativadas. O profissional de Educação Física esteve presente na maioria dos polos, seguido pelos profissionais de fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia e enfermagem. As academias também possuem profissionais contratados para a área administrativa, recreativa e de cuidado (arteterapeutas, recreadores e cuidadores). Concluí-se que o programa é um instrumento de melhoria da qualidade de vida e bem estar dos usuários do SUS e contribui ativamente para a comunidade que antes do projeto não tinha acesso a este direito de acesso à atividades voltadas ao estilo de vida saudável.

Palavras Chaves: Promoção da Saúde, Academia da Saúde, Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The Health Academies Program, established in the country in 2011, stands out as a Primary Care equipment aimed at promoting health in the community. The objective of this study is to analyze the Health Academies Program in the Unified Health System (SUS), considering its distribution in the health regions of the state of Rio Grande do

Sul. This is a quantitative documentary research conducted through access to the database of the National Registry of Health System (CNES), legislation and publications on the subject from 2011 to 2019. Information was collected through secondary data available at CNES regarding Health Academies linked to SUS, location, team composition, implementation time and recommended activities. Data were stored in excel spreadsheets and submitted to descriptive statistical analysis in order to meet the study objectives. There were 69 health academies registered, 67 active and only 2 disabled. The Physical Education professional was present in most of the centers, followed by the physiotherapy, nutrition, social work, psychology, speech therapy and nursing professionals. The gyms also have professionals hired for the administrative, recreational and care areas (art therapists, recreationists and caregivers). We conclude that the program is an instrument for improving the quality of life and well-being of SUS users and actively contributes to the community that before the project had no access to this right of access to healthy lifestyle activities.

Keywords: Health Promotion, Health Academies, Health Primary Care

1. INTRODUÇÃO

Não é de hoje que os dados de envelhecimento populacional vêm crescendo exponencialmente, junto com eles tivemos o aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), assim como o câncer e as doenças do sistema circulatório: hipertensão, infarto do miocárdio e diabetes. Todas essas doenças merecem atenção especial das macro e micropolíticas governamentais. Buscando responder a estas mudanças, as questões nutricionais e de promoção da saúde cresceram e se espalharam como modo de garantir aos cidadãos idosos, um final de vida digno e saudável (BRASIL, 2018).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi institucionalizada em 2006, tendo como marcos históricos a primeira Conferência Mundial de Promoção em Saúde, realizada em Ottawa em 1986, que preconiza a intersetorialidade para elaboração de políticas públicas e o empoderamento de indivíduos e coletividades para atuarem sobre os fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida. Em 2014, a PNPS é revisada buscando qualificar sua operacionalização no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os temas prioritários da PNPS a serem desenvolvidos nas diferentes esferas de governo, destacam-se a promoção da cultura de paz e direitos humanos, o desenvolvimento sustentável, a alimentação adequada e saudável e as práticas corporais e atividades físicas (SÁ et al., 2016).

Neste contexto o Programa Academia da Saúde, instituído em 2011, se destaca como um equipamento da atenção básica, capaz de fortalecer e qualificar as ações de promoção de saúde na comunidade. Em 2013, o programa tem seu objetivo ampliado para "contribuir para a promoção de saúde e a produção de cuidado e de modos de vida saudável na população" (SÁ et al., 2016).

O programa Academia da Saúde, é um programa do Governo Federal, que visa desenvolver outras e novas práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde. Este programa é vinculado ao SUS e segue, portanto, suas principais diretrizes e valores, como o cuidado integral e em rede, ampliando assim, as políticas nacionais voltadas para a Atenção Básica e a Promoção da Saúde. O programa foi desenvolvido com base nesta concepção, organização e prática social, justamente, para trazer qualidade de vida e bem-estar a população brasileira, que com o aumento da expectativa de

vida, necessitava de uma atenção maior nesse ponto de ligação entre saúde e doença (BRASIL, 2018).

Foi construído então um caderno técnico de apoio e implementação deste programa, com base no monitoramento social, nos relatos de parceiros estaduais e municipais, e suas experiências em gestão em saúde. As principais oficinas realizadas começaram nos estados de Pernambuco, Paraná, Espírito Santo e Minas Gerais, onde houve uma adaptação da linguagem, forma e disposição dos conteúdos. Este caderno foi utilizado como principal referência e fonte de escrita, pois retrata todo o processo e implementação do programa na rede pública, e segue uma linha de raciocínio do porquê do programa ser utilizado dessa forma e quais os resultados que buscamos atingir com as atividades desenvolvidas (BRASIL, 2018).

O Caderno aborda Promoção da Saúde, SUS e Atenção Primária, e como estes conceitos, princípios e objetivos norteadores do programa interagem, trazendo suas bases teóricas, conceitos fundamentais das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e de Promoção da Saúde (PNPS), e como elas se colocam em prática.

Com base na Lei Orgânica nº 8080 (BRASIL, 1990), na Política Nacional de Promoção de Saúde definida na Portaria nº 2446, de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014) e na Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017 que define a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), o texto do Programa da Academia da Saúde traz como palavras-chaves a Promoção da Saúde, a Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A fim de conhecer o cenário atual do Programa Academia da Saúde no Rio Grande do Sul (RS) foi elaborado o presente trabalho a partir da seguinte questão de pesquisa: Como se distribuem e se estruturam os polos do Programa Academia da Saúde nos municípios do Rio Grande do Sul?

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Desenvolvimento Conceitual da Promoção de Saúde

O conceito de Promoção da Saúde começou a ser discutido, em 1946, por Henry e Sigerist, que expuseram como quatro tarefas essenciais: a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação dos indivíduos, conceitos esses reiterados por Buss (2003). Esse conceito foi espalhado pelo movimento de medicina preventiva que ocorreu de 1920 a 1950, no qual criticava a medicina curativa existente na época, em que os médicos só pensavam em curar e não prevenir as doenças (WESTPHAL, 2006).

Leavell e Clark (1976) criaram uma abordagem para este assunto, que remetia este conceito à teoria de história natural da doença, onde era estudado a causa da doença, sua relação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente, fazendo uma espécie de tríade ecológica.

Logo após, vinham os estímulos patológicos no meio ambiente, chamados de pré patogênese, nos quais referiam a resposta do homem aos sintomas e ao tipo de tratamento que deveria ser utilizado para aquele indivíduo.

Para descrever melhor o conceito desses autores, Rouquayrol e Goldbaum (2003) usaram essa tríade de conceitos para criar outra tese:

- a) Prevenção: ação antecipada para tornar improvável o progresso da doença em questão, agora ou em um futuro próximo;
- b) Promoção: observação da interação entre agente da doença, o indivíduo e o ambiente, para agir e impedir o ciclo de transmissão da doença, como por exemplo: saneamento básico, limpeza urbana, etc.
- c) Proteção específica do indivíduo: visava imunizá-lo com ações de higiene pessoal, controle de vetores e proteção contra acidentes.

Passou-se então a ampliar o foco de atenção em saúde não somente para atenção primária, mas também para essa ação e visão ampliada de saúde. A segunda e a terceira fase desta ação seria estimular o diagnóstico precoce, com exames periódicos, para assim serem aumentadas as intervenções clínicas antes da doença se instalar por completo e não somente quando ela já estava instalada, trazendo assim

desfechos mais favoráveis. Modificou-se então a promoção da saúde para ações voltadas não somente a doença, mas também para o acesso ao trabalho e a educação, e as políticas públicas voltadas ao princípio de equidade (BRASIL, 2018).

Após esse movimento, os estudos foram aprofundados com o Informe Lalonde, nome dado em homenagem ao ministro canadense que criou o conceito de Promoção da Saúde moderna, na época, pouco comentado. Segundo estudos de Carvalho (1996, 2005), esse informe foi considerado como revolucionário, uma junção de múltiplos fatores agrupados em 4 categorias, criava um novo sistema de Promoção à Saúde.

Outros autores também publicaram estudos sobre saúde baseados no Informe Lalonde, que eram organizados da seguinte forma:

- a) Biologia Humana: heranças genéticas e processos de maturação;
- b) Ambiente: fatores externos, físico e social, onde o controle é reduzido;
- c) Organização de Atenção à Saúde: disponibilidade dos serviços, quantidade e qualidade dos cuidados a serem oferecidos;
- d) Estilos de Vida: lazer, alimentação e decisões tomadas pelo próprio indivíduo.

Isso levava a uma visão multicausal, ou seja, começou a se discutir sobre a influência da estrutura dos macroprocessos na saúde, como economia, política, indicadores sociais, renda per capita, e mais aprofundado ainda, sobre os microprocessos que levavam a este estado de saúde, como o modo de vida, e o apoio social de amigos e/ou familiares a essas decisões (BRASIL, 2018).

Aproximando-se cada vez mais do conceito atual, em 1986, apoiado pela OMS, surge o conceito moderno, que falava sobre a melhoria da qualidade de vida e saúde, e a participação maior do indivíduo no controle do processo saúde-doença-cuidado. Esse conceito buscava um estado de bem-estar físico, social e mental, assim como identificar as aspirações e desejos do indivíduo, satisfazer suas necessidades e favorecer o meio ambiente, trazendo assim, a saúde como um recurso para a vida e não ela como objetivo final.

A saúde deveria ser utilizada para ajudar o cidadão a buscar esse bem estar globalizado, melhorar suas capacidades físicas, para assim aproveitar a vida da melhor maneira possível, compartilhando com recursos pessoais e sociais (OTAWA,

1996).

A partir disso, os estudos de Promoção de Saúde foram vinculados as capacidades locais, a igualdade social, a atenção primária, e ser atribuído aos governantes, responsabilidade total em disseminar e implementar políticas públicas ampliadas que considerassem os Determinantes Sociais em Saúde (DSS).

Isso aumentou aqui no Brasil, quando recebemos a Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Curitiba, em 2016, onde foi abordado 21 pontos fundamentais para a produção de equidade, princípio esse que visa oferecer a todos os cidadãos os mesmos meios necessários para chegar no mesmo objetivo.

Os determinantes sociais nada mais são do que as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Já os determinantes estruturais são a distribuição de renda e a discriminação, seja ela qual for, por gênero, classe, etnia, deficiência, ou orientação sexual, são os determinantes que causam a mais profunda das iniquidades em saúde (OMS, 2011).

As condições objetivas que temos com essas DSS, são o acesso a saúde, transporte, educação, saneamento, trabalho e renda (OMS, 2010; CEBALLOS, 2015).

Baseado nas teorias e estudos de Dalgren e Whitehead, Buss e Carvalho (2009) começaram a escrever outro modelo que além de ditar as variáveis de saúde e a promoção da saúde, separavam os níveis de abrangência em distintas camadas. Isso colocou em ordem e organizou o modo de olhar para cada etapa do processo. As camadas mais próximas eram compostas por aspectos individuais e a mais distantes eram os macrodeterminantes sociais, culturais, econômicos e ambientais, como:

- Idade, sexo, e fatores hereditários;
- Estilo de Vida: fator influenciador, sua condição econômica e social, grau de escolaridade, ambientes situacionais e propícios, e também o marketing e a propaganda como objeto influenciador da mídia;
- Redes sociais e comunitárias;
- Apoio social, econômico, político, técnico, emocional e seu nível de coesão social;
- Condições de vida e de trabalho como sendo intermediário;
- Disponibilidade de alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicavam que pessoas em desvantagem social, tendem a ter mais exposição a riscos de saúde, também como resultado de suas

condições habitacionais, perigosas e estressantes de trabalho.

Buss e Carvalho (2009) adicionaram ainda a este modelo, as questões da intersectorialidade e da participação social forte no processo de promover saúde. E, então, reescreveram o modelo com as seguintes intervenções:

Nível proximal: Escolhas, hábitos e relações políticas que favoreçam escolhas saudáveis, mudanças de comportamento para redução dos riscos a saúde, e criação e fortalecimento de laços de confiança e solidariedade.

Utilização de programas educativos e da comunicação social, para ampliação do acesso a escolhas saudáveis, tais como alimentação, espaços e práticas de atividades físicas, assim como incentivar o diálogo com as organizações sociais.

Nível intermediário: condições de vida de trabalho, tais como água potável, moradia, saneamento e serviços de saúde e educação.

Nível distal: Fatores macrodeterminantes, estruturantes da sociedade, tais como macroeconomia, mercado de trabalho, proteção ambiental, promoção da cultura da paz e solidariedade, redução da desigualdade e desenvolvimento sustentável.

Junto com esse novo modelo, trouxeram alguns debates e pautas a serem discutidas para que algumas interpretações erradas não acontecessem, tais como a culpabilização do sujeito, em nível proximal, o que tiraria a responsabilidade do governo e tornaria o indivíduo como culpado por estar em determinada situação, ignorando as demais camadas e responsabilidades federais, por exemplo, em cumprir com seus direitos perante o cidadão.

A saúde passou a ser enxergada desde então, de forma ampliada, como uma produção cotidiana, que influenciada por esses fatores determinantes (DSS), previam esses direitos em constituição. A discussão do significado para o sujeito levou as práticas a serem pensadas e construídas como parte da vida, e não como fatores de obrigação e que eram impostas pela sociedade aos indivíduos e sim como uma construção social, baseada em escolhas coletivas.

Para as pessoas entenderem e ressignificarem suas vidas dessa forma, demandaria tempo, capacidade, produção de autonomia, e liberdade, características que deveriam ser trabalhadas e incentivadas pelo profissional de saúde.

Fazer recomendações sobre hábitos de vida saudável, tais como atividade física, alimentação adequada, não uso de cigarros e outras drogas, é fundamental

para a prevenção de doenças e para a promoção de saúde, mas será que isso é suficiente para os usuários mudarem seus hábitos já enraizados em suas vidas até aqui?

Segundo Sucupira e Mendes (2003), o objetivo de prevenção é evitar doenças e a perda de qualidade de vida e bem-estar, porém para promover saúde, precisamos expandir o potencial positivo de saúde, reforçando os princípios de intersetorialidade e de equidade.

2.2 A Política Nacional de Promoção de Saúde

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), é baseada no conceito de saúde ampliada e se promove como um conjunto de estratégias e formas para a produção de saúde. Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro assumiu como um dos seus objetivos a redução das desigualdades sociais e regionais. A Reforma Constitucional que criou o SUS transferiu da esfera federal aos municípios o compromisso de programar, atribuir, gerenciar, coordenar e avaliar os serviços de saúde oferecidos (BRASIL, 1988).

A partir destas definições constitucionais, da legislação que regulamenta o SUS, e das deliberações das conferências nacionais de saúde, o Ministério da Saúde propõe um movimento para definição da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), representando a luta para com os desafios de produção de saúde, num cenário sócio-cultural historicamente desigual.

Para Castro *et al.* (2010), a construção da PNPS no Brasil foi resultado de um processo amplo de debate com todas as áreas do Ministério da Saúde (MS), envolvendo gestores locais do SUS, universidades e um processo intenso de escuta dos diferentes atores sociais envolvidos. Esse processo aconteceu em duas etapas, sendo a primeira coordenada pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde durante a gestão de 2004, e a segunda, entre 2005 e 2006, já a partir da Secretaria de Vigilância em Saúde. O resultado disso foi a institucionalização da PNPS, através da Portaria MS/GM nº 687/2006, que se propôs a ser uma política transversal com o intuito de favorecer o diálogo entre os setores públicos, privados e a comunidade, criando redes de deveres e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população (BRASIL, 2015).

Em 2014, o Ministério da Saúde propõe a revisão da PNPS. Para isso, precisava garantir a capilaridade da participação nas cinco macrorregiões brasileiras e favorecer a escuta dos dois segmentos envolvidos com o desenvolvimento e a avaliação de ações de promoção da saúde no Brasil (DIAS *et al.*, 2018).

Foi instaurado assim uma parceria entre a coordenação da PNPS e o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) – GT Promoção da Saúde e Determinantes Sociais, com mediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Nesta contextualização, múltiplos movimentos simultâneos em várias regiões do país serviram como estratégia de escuta e produção de sínteses, que facilitaram a elaboração coletiva da minuta da PNPS, com a proposição da revisão ampliada e da discussão no âmbito do Comitê Gestor da Política. Entende-se, desta forma, que a descentralização da PNPS fortaleceu a responsabilização dos municípios na implantação e implementação da PNPS nos sistemas locais e regionais de saúde, visando melhorar a qualidade de vida de toda população brasileira (BRASIL, 2015).

2.3 O Programa Academias da Saúde

2.3.1 Histórico e Características do Programa: Investimento e Custeio.

O programa Academia da Saúde é uma estratégia implementada para diversificar as ações de promoção da saúde e produção do cuidado para todas as regiões do Brasil. Elaborado em 2011, seu objetivo é promover práticas corporais, hábitos alimentares saudáveis, educação e saúde, além de contribuir para estilos e escolhas de vidas saudáveis e sustentáveis de toda população brasileira. Para tanto, o programa promove a implantação de polos de Academia da Saúde, ou seja, a criação de espaços públicos com infraestrutura, equipamentos, e profissionais qualificados (SÁ *et al.*, 2016; BRASIL, 2017)

A ideia do programa Academia da Saúde, surgiu inspirada em algumas iniciativas que vinham sendo desenvolvidas em alguns estados brasileiros como Curitiba, Aracaju, Recife, Vitória e Belo Horizonte, estados estes que foram pioneiros em oferecer esse tipo de serviço a suas comunidades. Essas experiências locais, tinham em comum a oferta de práticas corporais inovadoras, a presença de

profissionais qualificados da área da saúde, orientadores e coordenadores das atividades propostas (SKOWRONSKI; FRAGA, 2016).

Essas experiências transformaram espaços públicos pouco utilizados anteriormente, em espaços de inclusão, participação, lazer e de promoção da cultura da paz. Estes espaços eram custeados e mantidos pelo poder público através de projetos de origem estatal e individuais de cada estado, mas a partir da avaliação positiva destas experiências, reforçou-se a ideia de iniciativas semelhantes em todo país, na forma de um programa nacional no âmbito do SUS. (SKOWRONSKI; FRAGA, 2016). Na mesma época, o Ministério da Saúde debatia o processo de implantação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família, os NASFs, como uma das principais ações da Atenção Básica.

Por consequência disso, a corresponsabilidade na produção do cuidado dos usuários e a importância da multiprofissionalidade cresceram e ganharam destaque nos debates sobre saúde. No campo da vigilância, por exemplo, a necessidade de criar e incentivar ações de prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), apontavam a atividade física e as práticas corporais como as principais ações de intervenção aos fatores de risco dessas doenças.

Assim como outras iniciativas no SUS, o Programa Academia da Saúde reitera como ponto inicial a ideia da concepção ampliada e de reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde. Devido a isto, o programa não se restringe somente a seus objetivos específicos de atuação na promoção da saúde, e sim no desenvolvimento de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios em que se encontram, e utiliza como valores norteadores, as questões de desenvolvimento da autonomia, de equidade, de empoderamento, e da participação social coletiva.

O programa Academia da saúde é regido pelas Portarias número 5 e 6, de 28 de setembro de 2017. A Portaria nº em seu artigo 7 estabelece oito eixos em torno dos quais as atividades dos pólos devem ser desenvolvidas: práticas corporais e atividades físicas, promoção da alimentação saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, produção do cuidado e de modos de vida saudável, práticas integrativas, e complementares, e planejamento e gestão (BRASIL, 2017).

Um aspecto importante é que não se trata de um serviço isolado, pois é um

programa federal em parceria com estados e municípios, e ainda faz parte da estrutura organizacional da Rede de Atenção Básica à Saúde (RAS), ou seja, serve como porta de entrada para o SUS.

De acordo com o Plano Plurianual 2016-2019, o governo federal, através do Ministério da Saúde deve custear 3500 polos do Programa Academia da Saúde, o que torna o programa uma política pública afirmativa dentro dos territórios, visto que já alcançou cerca de 2900 municípios brasileiros, o que indica a responsabilidade e a preocupação do estado brasileiro com a promoção da saúde e da oferta de modos de vida saudáveis e sustentáveis para toda população.

Ao aderir ao programa, os municípios contam com incentivo financeiro de custeio e de investimento. A seguir, explicitamos como isto acontece em cada modalidade:

Custeio: recurso destinado a manutenção e funcionamento do polo. O valor do repasse é de 3000 (três mil reais por mês), repassados por meio de ação orçamentária 217U (Apoio à Manutenção dos Polos de Academia da Saúde). Esse valor é o mesmo repassado para todas as modalidades.

Investimento: destinado a construção dos polos, de acordo com uma das três modalidades escolhida: Básica, Intermediária, Ampliada.

Modalidade Básica

Valor de Repasse: R\$ 81.000,00 (oitenta e um mil reais)

Tamanho da Infraestrutura: 250m²

Modalidade Intermediária

Valor de Repasse: R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais)

Tamanho da Infraestrutura: 263,20m²

Modalidade Ampliada

Valor de Repasse: R\$ 218.000,00 (duzentos e dezoito mil reais)

Tamanho da Infraestrutura: 451,20m²

Ambos os recursos, custeio e investimento, são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

2.3.2 Implantação e Implementação de Polos

O Programa Academia da Saúde tem como um de seus principais pontos, a implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, o que aumenta a produção de ações variadas, e torna-se assim, um espaço do SUS de referência e vivência em cada território.

A construção desses espaços deve obedecer a Identificação Visual do Programa, que está prevista em sua Portaria, isto é, precisa estar de acordo com as características de cada território inserido para aumentar as possibilidades de vínculo do Programa com sua população-alvo, portanto, a indicação é que todo processo, desde a escolha do local ao projeto arquitetônico, seja acompanhado e aprovado com a participação da equipe de Atenção Básica do local e representantes escolhidos pela comunidade, além de engenheiros/arquitetos (BRASIL, 2018).

Em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os polos das Academias de Saúde são considerados espaços de saúde da Atenção Básica e compõem os serviços das Redes de Atenção a Saúde (RAS). Estes pólos são compostos por dois espaços: área coberta e área descoberta. A área coberta, tem dois objetivos principais: proteção ao clima (sol e chuva), e o incentivo de atividades simultâneas e coletivas. A área descoberta, já tem como obrigatório ter um espaço livre para atividades coletivas sem o uso de aparelhos, e outra facultativa, que pode ter alguns equipamentos de alvenaria, para a realização de exercícios físicos. Esses equipamentos são: barra horizontal tripla, barra paralela, bancos, prancha abdominal, barra marinheiro, espaldar e a barra fixa de apoio.

Conforme anexo I, da Portaria número 5, a disposição dos equipamentos deve ser organizada, de maneira que permita o trânsito de muitas pessoas ao mesmo tempo, e a realização dos exercícios em suas determinadas amplitudes máximas. (BRASIL, 2017).

Os polos das Academias da Saúde são espaços privilegiados que por ter estruturas próprias e adequadas para seus determinados fins, se destacam no processo de viabilização de atividades contínuas, o que mobiliza suas comunidades a participarem cada vez mais, trazendo as pessoas para compartilharem o mesmo espaço físico, e assim proporcionar a elas, por meio de ações inovadoras, a melhoria da qualidade de vida. Além disso, a utilização dos polos das Academias da Saúde e sua dinamização tendem a aproximar a comunidade do território de outros serviços

do SUS, contribuindo para um atendimento integrado em saúde. (BRASIL, 2018).

Para implantar o programa é necessário que o período para cadastro de emendas parlamentares esteja aberto, pois é através destas emendas que os polos das Academias da Saúde são financiados. Este período é divulgado sempre pelos meios de comunicação. Aberto este período, o gestor municipal em articulação com o parlamentar que representa seu estado no Congresso Nacional, deve registrar o pedido no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (SIOP), para que a emenda para construção do polo seja homologada. (BRASIL, 2018). Após essa indicação, o município deve cadastrar e finalizar a proposta no Sistema de Gerenciamento de Objetos e Propostas, pertencente ao Fundo Nacional de Saúde e aguardar a análise.

O Programa Academia da Saúde possui um sistema de monitoramento próprio, desenvolvido na plataforma e-Gestor da Atenção Básica, permitindo amplo acesso aos responsáveis pelo Programa nos estados e municípios. Isso caracteriza um grande passo para a institucionalização da iniciativa como parte do planejamento e gestão na esfera federal. Este processo necessita de ampla participação do Ministério da Saúde, estados e municípios. De forma compartilhada, eles devem conferir sincronia e participação dos públicos para quem os formulários serão entregues.

Quanto ao funcionamento das Academias da Saúde, a Portaria do MS nº 1.707/2016 estabelece a carga horária de cada polo, quantos e que profissionais de nível superior e médio podem atuar nas Academias da Saúde, como observamos nos artigos 3º, 4º e 5º:

Art. 3º - As ações desenvolvidas em cada polo do Programa Academia da Saúde deverão somar, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais, com garantia de funcionamento do polo em, pelo menos, 2 (dois) turnos diários, em horários definidos a partir da necessidade da população e do território.

Art. 4º - O gestor de saúde poderá ampliar, a qualquer momento, o número de profissionais vinculados ao Programa Academia da Saúde, respeitando a lista do Anexo III.

Art. 5º - O gestor de saúde deverá estimular que as equipes da Atenção Básica, especialmente as equipes do NASF, quando houver, desenvolvam ações no polo de forma compartilhada com o(s) profissional(is) do Programa Academia da Saúde. (BRASIL, 2016)

Conforme quadros 4 e 5 (Anexos A e B), do Caderno Técnico de Apoio à Implantação e Implementação das Academias da Saúde, várias categorias profissionais de nível superior e médio podem atuar nas Academias da Saúde, entre

elas, o profissional de educação física.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o Programa Academia da Saúde no SUS, considerando a sua distribuição nas regionais de saúde, o número e a composição das equipes, o período de criação e as atividades preconizadas, nos municípios do estado do Rio Grande do Sul.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever o processo de distribuição das Academias da Saúde no RS vinculadas ao SUS por regionais e o período em que foram implantadas;
- Caracterizar as equipes das academias da saúde dos municípios quanto ao número de trabalhadores, profissões que as compõem e tipo de vínculo empregatício;
- Identificar as atividades realizadas pelos profissionais de saúde e a quais grupos populacionais se destinam nas academias da saúde vinculadas ao SUS no RS.

4. METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa documental de natureza quantitativa realizada por meio do acesso ao banco de dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), da legislação e de publicações sobre o tema no período de 2011 a 2019. Foram levantadas informações por meio de dados secundários disponíveis no CNES referentes às Academias da Saúde vinculadas ao SUS.

Com base na coleta de dados das Academias da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, foi criada uma planilha de Excel, com as seguintes informações: nome do estabelecimento, cidade, situação atual (ativa ou inativa), CEP, regional de saúde, código de registro no CNES, data de implantação, horário e dias de funcionamento, quantidade de profissionais atuantes nas equipes e suas características principais, sexo (feminino ou masculino), profissão e tipo de vínculo empregatício.

Também foram mapeadas as atividades preconizadas nos manuais de orientação do Ministério da Saúde e algumas atividades apresentadas pelos municípios do RS em Seminário Estadual em 2018.

Os dados armazenados em planilhas de Excel foram submetidos a análise estatística descritiva a fim de responder aos objetivos do estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados foi possível descrever, analisar e discutir o material com a utilização da legislação vigente, apresentação dos resultados por meio de gráficos, relacionando com referências de outros trabalhos.

Os resultados foram organizados nas seguintes unidades: Distribuição das Academias da Saúde vinculadas ao SUS no Rio Grande do Sul; Composição das Equipes das Academias da Saúde e Atividades desenvolvidas nas Academias da Saúde e sua relação com a Vida Saudável.

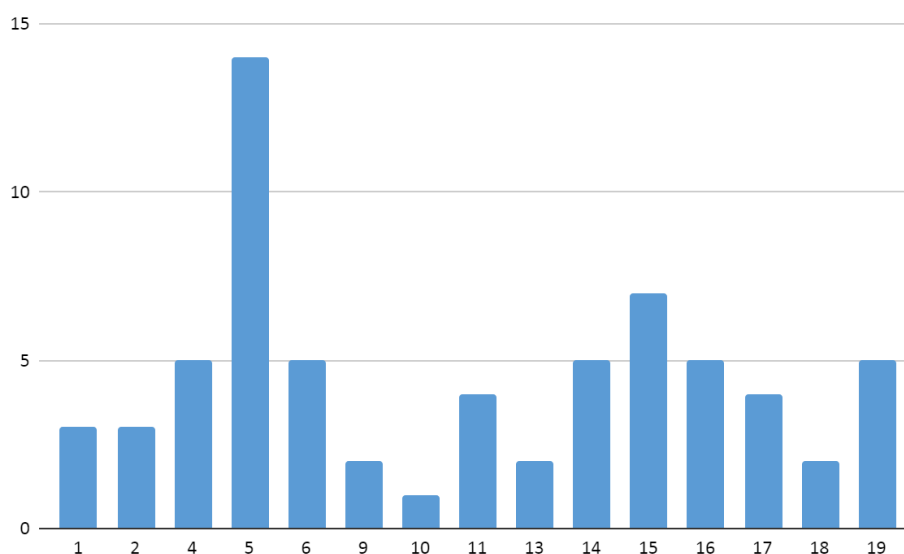
5.1 Distribuição das Academias da Saúde vinculadas ao SUS no Rio Grande do Sul

Com base no CNES, encontrou-se um total de 69 academias da saúde registradas com início de funcionamento, porém duas haviam sido desativadas e as outras 67 academias já inauguradas no Rio Grande do Sul, permaneciam em funcionamento. Elas estavam distribuídas nas seguintes regionais de saúde em novembro de 2019: 1, 2, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18 e 19.

A regional de saúde com maior número de Academias da Saúde instaladas em seu território é a quinta regional, seguida pela décima quinta. Afora estas, outras regionais que se destacaram pela maior incidência de polos já implementados foram a quarta, a sexta, a décima quarta, a décima sexta e a décima nona, que apresentaram o mesmo número de Academias da Saúde, conforme gráfico 1.

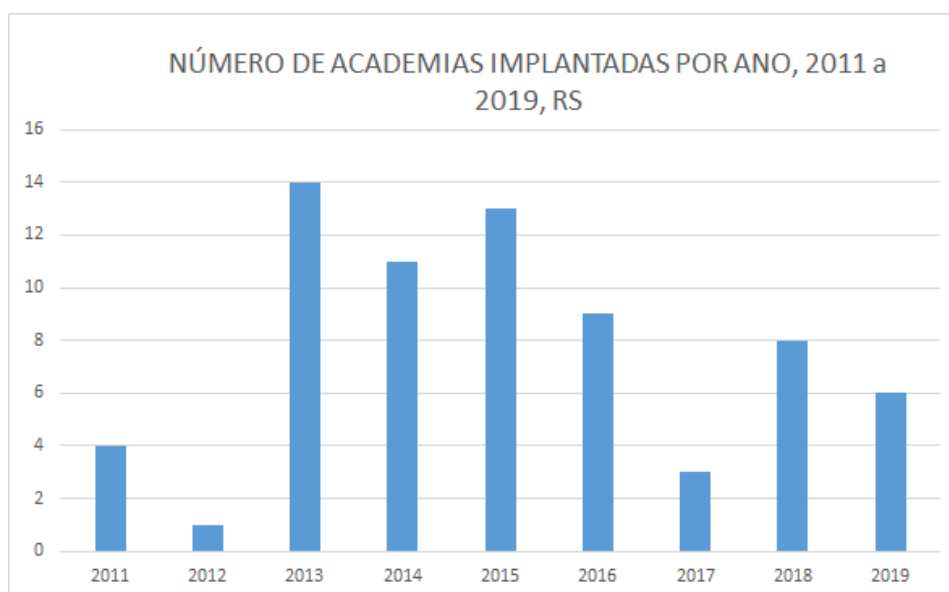
De acordo com os registros do CNES, as primeiras Academias da Saúde implantadas foram no final de 2011, nos municípios de Santa Rosa, Nova Bréscia e Sério, ambas pertencentes a décima sexta e décima quarta regional de saúde, respectivamente, sendo que esta última do município de Sério, é uma das que encontram-se desativadas no momento atual.

Gráfico 1 - Número de Academias da Saúde por Regional de Saúde no Rio Grande do Sul, 2019.



O gráfico 2 apresenta o número de Academias da Saúde implantadas em cada ano a partir de 2011 até 2019. Pode-se observar que houve maior implantação de academias da saúde nos anos de 2013 a 2016, sendo que o ano de 2013 se destacou pela implantação de 14 Academias da Saúde no RS, seguido por 2015, com 13 Academias implantadas e 2014 com 11.

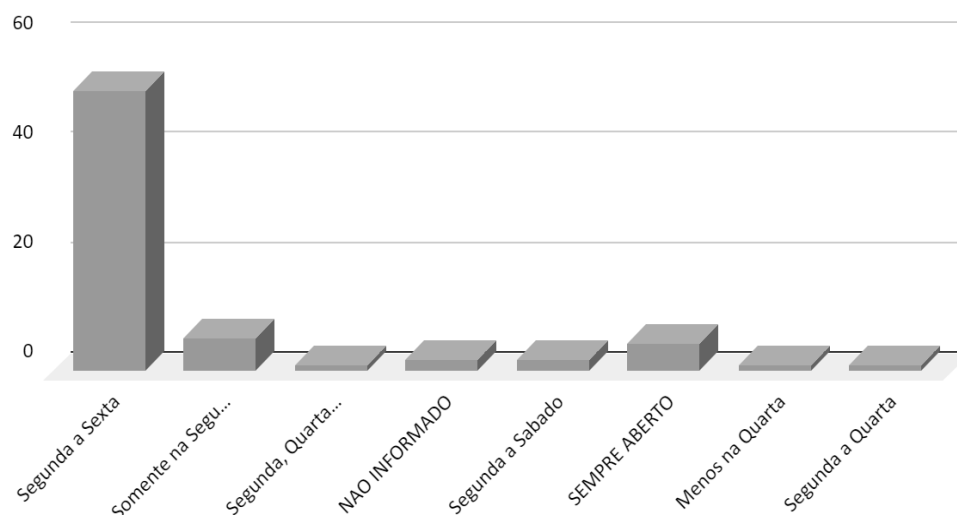
Gráfico 2 - Número de Academias Implantadas por Ano, de 2011 a 2019, RS.



O gráfico 3 apresenta o horário de funcionamento das Academias da Saúde no RS. Observa-se que a maioria das Academias da Saúde funcionam de segunda a sexta-feira, em horário comercial (2 turnos), como prevê a Portaria 1707, lançada em 2016, e como orienta o Caderno Técnico de Apoio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019).

Gráfico 3 - Horário de Funcionamento das Academias da Saúde dos Municípios do RS, 2019.

Horário de Funcionamento das Academias Da Saúde dos Municípios do RS, conforme CNES em 2019.



No entanto, existe um número pequeno de academias que funcionam em apenas um dia na semana (2 turnos, somente na segunda-feira), conforme cadastro no CNES, como os polos de Balneário Pinhal, Faxinalzinho, Rondinha, Serafina Correa e Tapera.

Alguns outros polos funcionam também apenas 3 dias na semana (Segunda-feira, Quarta-feira e Sexta-feira ou de Segunda-feira a Quarta-feira), como os polos das cidades de Caicará e São Valentim.

Todavia, também possuímos aquelas que atendem em 3 turnos diários, de segunda a sexta-feira, como os polos das cidades de Lajeado, Nova Palma, Pinhal da Serra e Rodeio Bonito, ou até mesmo de segunda a sábado, como o polo da cidade de Carlos Barbosa, porém este último abre apenas no turno da manhã das 08:00 as 12:00 horas.

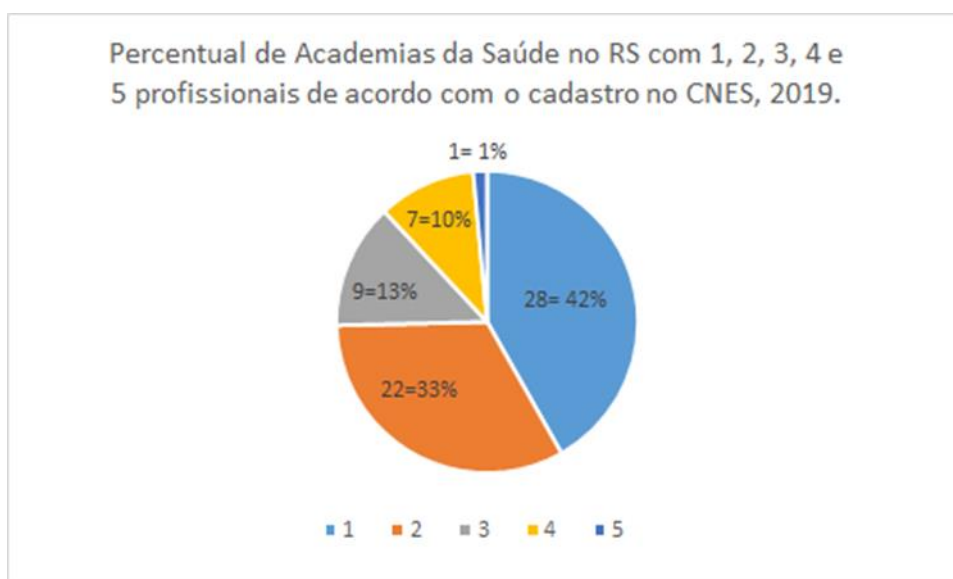
Alguns polos também comunicam que estão “sempre abertos” como horário de funcionamento, omitindo o horário de funcionamento oficial do estabelecimento. Supõe-se que pode haver algum problema de registro ou de atualização do CNES em alguns polos, ou até mesmo de falta de profissionais para atuarem nestes polos nos horários determinados.

5.2 Composição das Equipes das Academias da Saúde

Um total de 131 profissionais estavam cadastrados no CNES em atuação nas 67 Academias da Saúde do RS, sendo que destes profissionais, 92 eram mulheres e 39 eram homens. A predominância de mulheres em todas as profissões que atuam nestas Academias da Saúde seguem o fenômeno de feminização das profissões de saúde, como já abordaram outras publicações (MATOS *et al*, 2013; COSTA *et al*, 2010), e como observa-se nas práticas de campo e nos cursos de formação da saúde nas universidades.

A maioria das academias da saúde tem em seu quadro 2 a 5 profissionais, porém 42% das academias possuem apenas um profissional responsável, o que evidencia que há falta de profissionais atuando nesta área (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Percentual de Academias da Saúde no RS com 1, 2, 3, 4 e 5 profissionais, CNES, 2019.

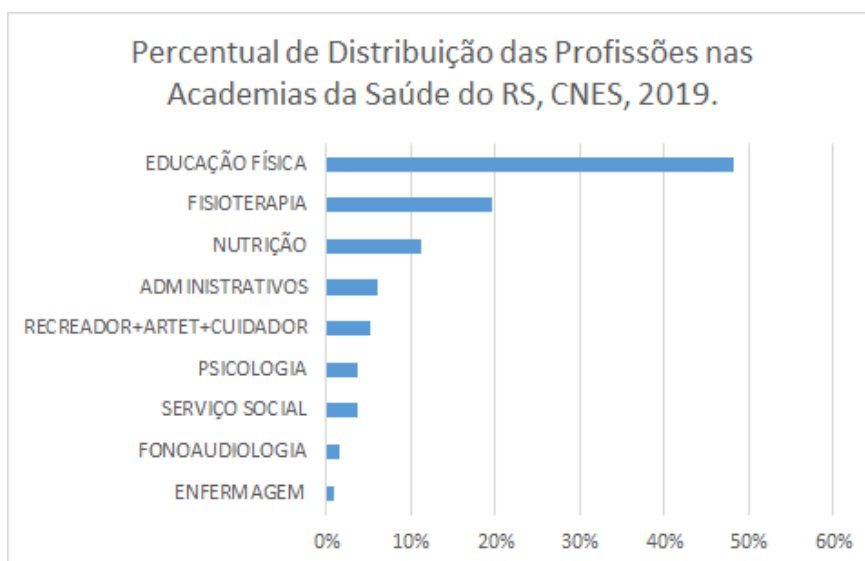


Este fenômeno acontece devido a precarização do trabalho em saúde, conforme aponta Pires (2013). Os trabalhadores da área da saúde, leia-se SUS, não gozam dos mesmos direitos que os demais trabalhadores de carteira assinada, primeiro pelo regime de contratação, que não é o mesmo atribuído aos demais, com muitos contratos por prazo determinado e não estatutário, segundo pela questão da terceirização do trabalho que vem crescendo tanto no setor público, como no privado, com o argumento de corte de gastos.

Os contratados terceirizados são facilmente descartados pelas empresas, antes mesmo de serem efetivados e com isso a empresa não arca com gastos de direitos trabalhistas. Pires (2013) comenta que embora isso não seja uma regra e que devemos cuidar com as generalizações, no Brasil este fenômeno da terceirização raramente é com algum outro intuito a não ser essa intenção de redução de despesas e precarização dos serviços.

No que se refere às categorias profissionais da saúde, observa-se que o profissional de Educação Física esteve presente em 49% das Academias da Saúde do Rio Grande do Sul, sendo a profissão mais contratada pelo programa em questão. A seguir vem os profissionais de fisioterapia, nutrição, serviço social, psicologia, fonoaudiologia e enfermagem. As academias também possuem profissionais contratados para a área administrativa, recreativa e de cuidado (arteterapeutas, recreadores e cuidadores), de acordo com o Gráfico 5.

Gráfico 5 - Distribuição de Profissões nas Academias da Saúde do RS, 2019.



A carga horária de trabalho dos profissionais oscilou de, no mínimo, 1 hora a no máximo 40 horas semanais, com mediana de 20 horas semanais, sendo que esta carga horária foi a que mais se repetiu entre os profissionais contratados.

O vínculo empregatício predominante foi o de contrato por prazo determinado (n=47), seguido de estatutário (n=44), autônomo (n=18), cargo comissionado (n=12), emprego público (n=7) e outros (n=3).

Considerando o artigo 3º da Portaria 1707/2016 do Ministério da Saúde, a mediana de 20 horas semanais de carga horária de trabalho apenas não seria equivocada, se a maioria das Academias da Saúde do RS tivessem a média de 2 profissionais por polo específico, contabilizando assim, o mínimo de 40 horas semanais em cada polo, conforme define este artigo:

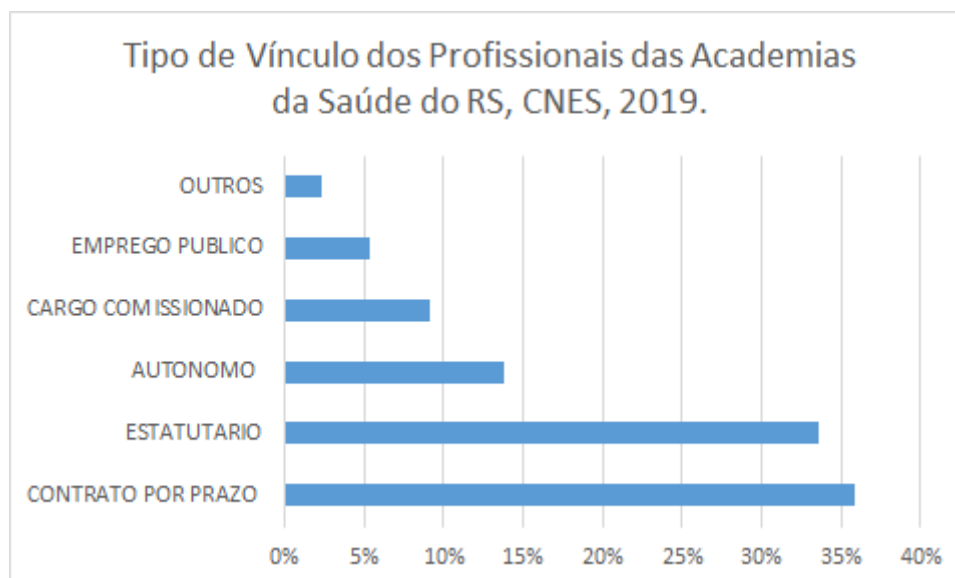
Art. 3º - As ações desenvolvidas em cada polo do Programa Academia da Saúde deverão somar, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais, com garantia de funcionamento do polo em, pelo menos, 2 (dois) turnos diários, em horários definidos a partir da necessidade da população e do território. (BRASIL, 2016)

Porém, como vimos na discussão do gráfico anterior, uma grande parte possui apenas um profissional cadastrado. Por isto, para que não haja discordância com as normas do artigo 3º, é possibilitada a participação de profissionais do NASF para complementação das atividades, assim como é descrito nos artigos 4 e 5 desta portaria. A atuação do profissional do NASF, deveria acontecer em conjunto com a contratação de pelo menos mais um profissional em polos que constam apenas um profissional.

Art. 4º - O gestor de saúde poderá ampliar, a qualquer momento, o número de profissionais vinculados ao Programa Academia da Saúde, respeitando a lista do Anexo III.

Art. 5º - O gestor de saúde deverá estimular que as equipes da Atenção Básica, especialmente as equipes do NASF, quando houver, desenvolvam ações no polo de forma compartilhada com o(s) profissional(is) do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2016).

Gráfico 6 - Tipo de Vínculo dos Profissionais que atuam nas Academias da Saúde do RS, 2019.



No gráfico 6, observa-se que os somatórios de vínculos empregatícios temporários e instáveis são maiores do que os estatutários, mostrando que ainda temos muito que evoluir nesta questão dos profissionais contratados para que todos tenham maior estabilidade profissional, tranquilidade e motivação para trabalhar e constituir uma carreira dentro do Programa Academia da Saúde e do próprio SUS.

Como foi citado na análise do gráfico 4, esse fator da precarização do trabalho na área da saúde, é um assunto importante e primordial a ser discutido e modificado para aperfeiçoarmos os serviços prestados em todo o SUS, visto que os vínculos empregatícios provisórios inviabilizam a questão do vínculo com os usuários e a humanização do cuidado.

O SUS vem sofrendo ataques e tentativas de desmontes, diariamente, após a ideologia das privatizações ser confirmada pelo governo federal e estadual, neste ano ocorreu a ameaça de demissão de centenas de funcionários do SUS que trabalham nas Unidades com Estratégia de Saúde da Família da Atenção Primária de Porto Alegre e são contratados pelo Instituto Municipal de saúde da Família (IMESF) (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2019).

5.3 Seminário de atividades desenvolvidas nas Academias da Saúde e sua relação com a Vida Saudável

Em 05 de abril de 2018, no auditório do Ministério Público Estadual, foi realizado o I Seminário Estadual das Academias da Saúde - Promoção da Vida e Cultura da Paz. O evento, realizado em alusão ao Dia Mundial da Saúde, comemorado em 7 de abril, reuniu trabalhadores das Academias da Saúde implantadas no RS e técnicos da Secretaria Estadual da Saúde (SES).

O seminário teve como objetivo proporcionar trocas de experiências entre os municípios e subsidiar os gestores sobre o funcionamento e a organização do programa. Durante o evento, foram apresentadas experiências exitosas de sete municípios do Estado.

A atividade foi promovida pelo Núcleo de Vigilância das Doenças e Agravos Não Transmissíveis do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (Cevs), em conjunto com a Coordenação Estadual de Atenção Básica e a Política de Alimentação e Nutrição da SES. Em 2018, o Rio Grande do Sul possuía 388 polos habilitados em 283 municípios. No entanto, encontramos cadastrados no CNES, apenas 69 polos.

Os municípios que relataram suas experiências no I Seminário Estadual das Academias da Saúde realizavam atividades de práticas corporais voltadas a população de seu território, e para isto observaram as principais demandas dos usuários, e assim criaram grupos de atendimento em saúde contínuos e pontuais.

A partir deste seminário, os municípios de São Pedro das Missões, Itati, e Não-me-toque entre outros, apresentaram suas atividades e oficinas realizadas. Em São Pedro das Missões, por exemplo, foram criados Grupos de Saúde, com base nas principais demandas e assuntos que foram identificados como prioridade para a melhoria da saúde dos usuários do território.

As atividades contínuas do polo de São Pedro das Missões eram chamados de Grupos de Saúde: Intitulados de Alegria de Viver (Idosos), Bem Viver (Bairro Alegria), Bem me Quer (Doenças Crônicas e Obesidade), Saúde Mental, Kids (Crianças) e Saúde e Bem estar (Prevenção).

Dentro destes grupos eram realizadas atividades que condiziam com os fatores a serem melhorados e trabalhados para a melhoria da saúde e bem estar de cada um dos grupos. Respeitando a individualidade e as características de cada um deles,

eram propostas atividades aeróbicas (caminhadas), danças, orientações e acompanhamentos nutricionais, palestras educacionais, conversas integrativas com profissionais da saúde e atividades lúdicas para melhoria de aptidão física, ou seja, trabalhos de flexibilidade, equilíbrio, coordenação e raciocínio lógico, nunca esquecendo do intuito da socialização.

Além disso, foi citado um projeto realizado pelo polo dentro das escolas, em 2017, intitulado de Saúde na Escola, que tinha como objetivo orientar os alunos sobre o peso da mochila e hábitos posturais e prevenir contra a obesidade. Para tanto, foram feitas atividades como pesagem da mochila e medidas antropométricas (peso, altura e IMC), além de palestras sobre bons hábitos alimentares e vídeos educacionais.

Os outros municípios também apresentaram projetos e atividades parecidas com as do município de São Pedro das Missões, principalmente no que se refere aos grupos de saúde. Com atividades propostas para todos os tipos de grupos e com atendimento especial aos grupos de risco, denominados como hipertensos e diabéticos, gestantes, e até mesmo fumantes, como o exemplo do projeto de Itati, Unidos contra o Tabaco.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou, através da coleta de dados no CNES, as composições das equipes do Programa Academias da Saúde, profissionais atuantes e atividades preconizadas e desenvolvidas nos polos do RS, e sua linha de atuação.

O projeto é fundamental para entendermos que a iniciativa do SUS, pode e deve ser melhor utilizada pelas comunidades que não possuem alternativas para lidar com os problemas de saúde, se não fosse pelo serviço gratuito ofertado.

Este programa que é interligado ao SUS, reitera que toda população brasileira tem direito e merece ser tratada com respeito e humanização, através dos saberes de saúde, e que de maneira organizada, podemos chegar em um resultado melhor e prolongado para o alcance dos objetivos traçados nas diretrizes do SUS.

Com a criação de programas e políticas públicas voltadas a comunidade, assim como esta, o SUS ganha um potencial cada vez maior para atingir a parte da sociedade que não tem o acesso a oportunidades que deveriam-lhe ser por direito constitucional. O governo federal, juntamente com os poderes estaduais e municipais, precisam trabalhar conjuntamente para melhorar estes tipos de serviços que já são previstos, e que pela precarização do trabalho ofertado aos profissionais, não conseguem ser desenvolvidos da maneira como é prevista.

Estudos como este, devem ser incentivados pela comunidade acadêmica para que isto se torne conhecimento de todos, pois ainda é um assunto, pouco discutido dentro do âmbito da graduação. Reitera-se que as atividades preconizadas dentro do Programa Academia da Saúde, como aborda o presente estudo, são de extrema importância para a saúde, desde o começo da vida, gestação, infância, adolescência, até o momento em que alcançamos a adultez e o envelhecimento.

Com isso, concluí-se que o programa é um instrumento de melhoria da qualidade de vida e bem estar dos usuários do SUS e contribui ativamente para a comunidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a. 496 p.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006d. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681**, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em 05/11/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 9 nov. 2019.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2015. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017, que define a Política Nacional da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5**, de 28 de setembro de 2017, Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html. Acessado em 03/10/2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as. BRASIL. Portaria 1707/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde**: caderno técnico de apoio à implantação e implementação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 220 p.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_academia_saude_implantacao_implementacao.pdf> Acesso em 02/11/2019. ISBN 978-85-334-2718-1

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.

(Org.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos 20 anos (1998-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CARTA de Ottawa: **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>.

CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669- 678, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a13v09n3.pdf>>.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, Brasília. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2019.

CASTRO, A.M. et al. Organizadores. **Curso de Extensão para gestores do SUS em Promoção da Saúde**. Brasília: CEAD/FUB; 2010.

DIAS, Maria Socorro de Araújo. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.** v. 23, n.1, Jan 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015> Acesso em 12 nov. 2019.

FRAGA, A. B. et al. **Curso de Extensão em Promoção de Saúde para Gestores do SUS com Enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013, 144 p. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/04/Livro-EaD---Promo----o-da-Sa--de---Academia-da-Sa--de.pdf>. Acesso em 12 nov. 2019.

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1976.

MATOS, I. B. et al. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Athenea Virtual**, v.13, n.2, p.239-244, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1> Acesso em 15 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro, 2011. 56 p. Documento de discussão.

PIRES, D. E. Precarização do Trabalho em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde, Rio de Janeiro, 2009.

ROUQUAYROL, M. Z.; GOLDBAUM, M. Epidemiologia, história natural e prevenção de doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 17-35.

SÁ, G. B. A. R. et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.6, jun 2016.

SKOWRONSKI, M.; FRAGA, A. B. **Academia da Saúde e os Diferentes Saberes para Atuação do Profissional de Educação Física**. IN: WACHS, F. et al: Educação Física e Saúde Coletiva: Cenários, experiências e artefatos culturais. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, 379 p.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da Saúde: conceitos e definições. **Sanare**, Sobral, ano 4, n. 1, p. 7-10, jan/mar. 2003. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/107/99>>. Acesso em 25 de novembro de 2019.

WESTPHAL, M.F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: CAMPOS, G. W. S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

ANEXO A

Quadro 4 – Profissionais de saúde de nível superior que podem atuar no Programa Academia da Saúde

CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
1312-C1	Sanitarista
2212-05	Blomédico
2232-08	Cirurgião-Dentista Clínico Geral Dentista Odontologista
2232-36	Cirurgião Dentista Odontopediatra
2232-93	Cirurgião-Dentista da Estratégia de Saúde da Família
2233-05	Médico-Veterinário
2234-05	Farmacêutico
2234-15	Farmacêutico Analista Clínico
2234-30	Farmacêutico em Saúde Pública
2235-05	Enfermeiro
2235-50	Enfermeiro Psiquiátrico
2235-60	Enfermeiro Sanitarista
2235-65	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família
2236-05	Fisioterapeuta Geral
2236-25	Fisioterapeuta Respiratória
2236-30	Fisioterapeuta Neurofuncional
2236-50	Fisioterapeuta Acupunturista
2237-10	Nutricionista
2238-10	Fonoaudiólogo
2238-40	Fonoaudiólogo em Saúde Coletiva
2239-05	Terapeuta Ocupacional
2241-05	Avaliador Físico
2241-10	Ludomotricista
2241-E1	Profissional de Educação Física na Saúde
2251-05	Médico Acupunturista
2251-12	Médico Neurologista
2251-18	Médico Nutrologista
2251-20	Médico Cardiologista
2251-24	Médico Pediatra
2251-25	Médico Clínico
2251-27	Médico Pneumologista
2251-30	Médico de Família e Comunidade
2251-33	Médico Psiquiatra
2251-35	Médico Dermatologista
2251-39	Médico Sanitarista

continua

Fonte: Programa Academia da Saúde: Caderno Técnico de Apoio à Implantação e Implementação, 2019.

ANEXO B

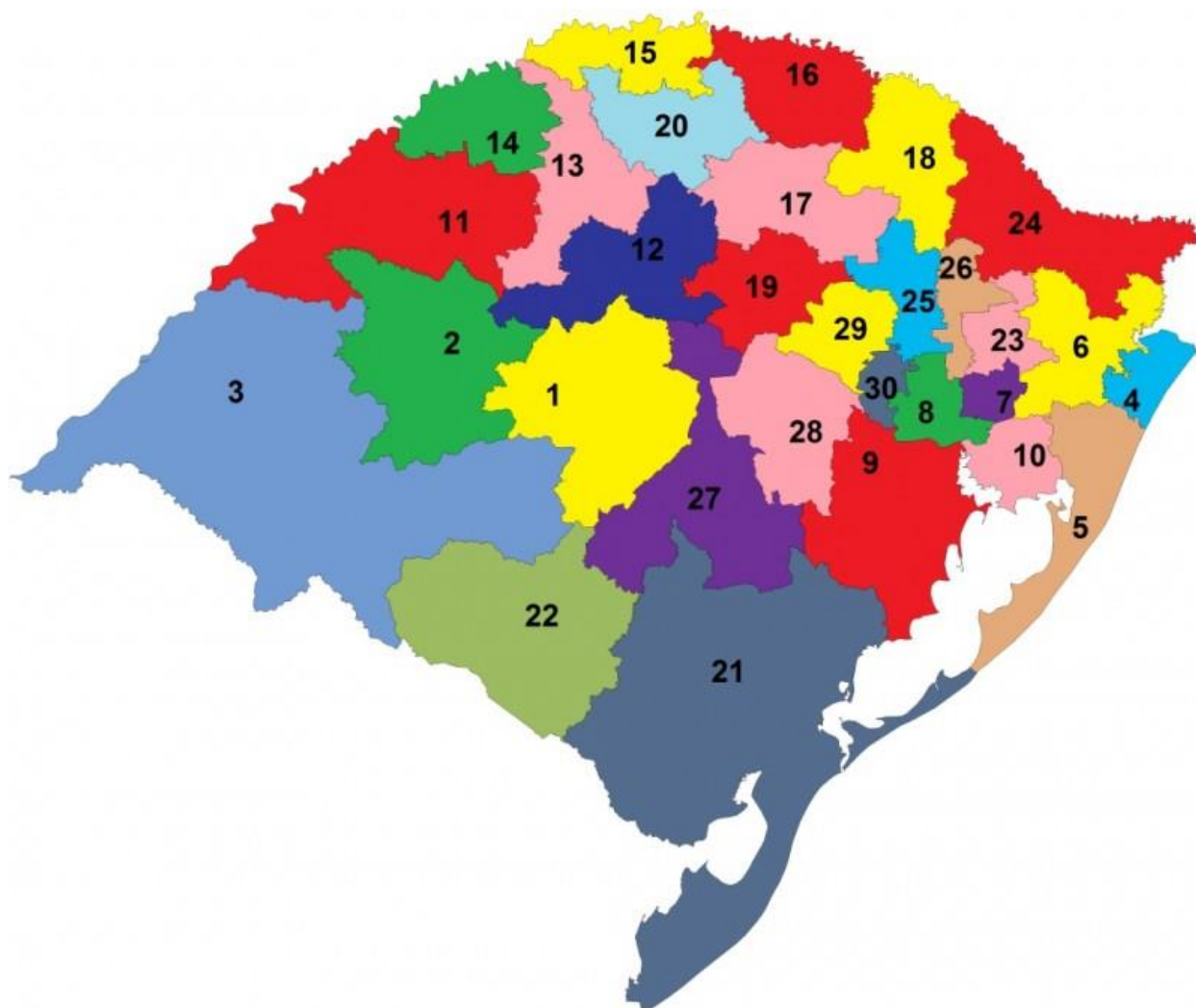
Quadro 5 – Profissionais de saúde de nível médio que podem atuar no Programa Academia da Saúde

CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
2628	Artistas da Dança (exceto Dança Tradicional Popular)
3221-20	Massoterapeuta
3761	Dançarinos Tradicionais e Populares
5153-05	Educador Social
5151-05	Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica <<http://aps.saude.gov.br>>

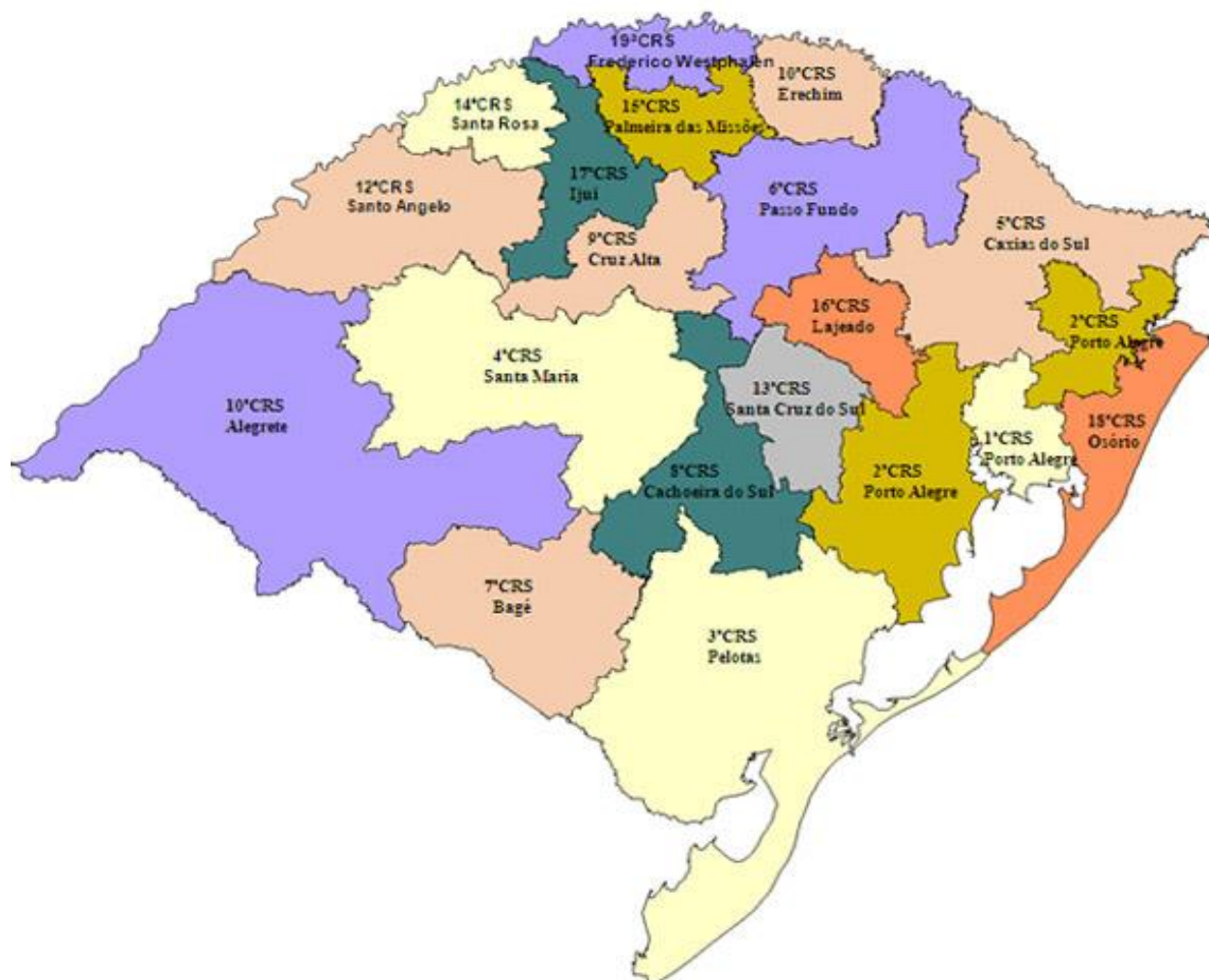
Fonte: Programa Academia da Saúde: Caderno Técnico de Apoio à Implantação e Implementação, 2019.

ANEXO C



Fonte: Secretaria da Saúde do Governo do Rio Grande do Sul.

ANEXO D



Fonte: http://www.cit.rs.gov.br/cit/templates/rhuk_milkyway/mapa.html#santa_cruz_do_sul