

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Bruno Hudson Coutinho

Projeto

Área de Concentração – Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Sub-Projeto

**A Relação entre Programa de Saúde da Família e o Programa Academia da
Cidade de Belo Horizonte.**

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência

Dissertação

**A RELAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O
PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DE BELO HORIZONTE**

Autor: Bruno Hudson Coutinho

Orientadora: Prof. Dra. Elza Machado Melo

Junho/2018

BRUNO HUDSON COUTINHO

**A RELAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O
PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DE BELO HORIZONTE**

Dissertação de Mestrado apresentada na
Faculdade de Medicina da UFMG, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de
Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da
Violência

Orientadora: Prof. Dra. Elza Machado Melo

BRUNO HUDSON COUTINHO

**A RELAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O
PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE DE BELO HORIZONTE**

Dissertação de Mestrado apresentada na
Faculdade de Medicina da UFMG, como parte
dos requisitos necessários à obtenção do título de
Mestre em Promoção da Saúde e Prevenção da
Violência

Orientadora: Prof. Dra. Elza Machado Melo

Banca Examinadora: Elza Machado Melo
Ricardo Tavares
Jandira Maciel da Silva

Belo Horizonte
Faculdade de Medicina da UFMG
2018

*Dedico este trabalho especialmente, a Deus,
a meus pais (mãe in memoriam) meus irmãos
e esposa, companheira de todas as horas,
pelo incentivo, paciência e amor dedicados,
obrigado.*

AGRADECIMENTOS

A busca pelo conhecimento sempre guiou minha curiosidade por novas descobertas e pelo aprendizado. O desejo de pesquisar e lecionar sobre temas ligados a área de saúde fez com que procurasse o Mestrado da Faculdade de Medicina da UFMG. Sabia que as dificuldades seriam muitas, pois é difícil conciliar o estudo com toda a demanda diária. Nessa caminhada contei com a orientação e a ajuda de muitas pessoas que compreenderam o meu sonho e de alguma forma contribuíram para a execução desta pesquisa.

Em especial, agradeço a professora Elza Machado Melo, pelo incentivo, competência, conhecimento, exemplo de liderança, resiliência e determinação, mas principalmente pela sabedoria, humildade e senso de justiça com que trata a todos independentemente de posição social, raça ou ideologias. É uma pessoa com espírito de elevada altivez.

A Senhora Lauriza Maria Nunes Pinto e sua irmã senhora Marcia Andrea Nogueira Magalhães que foram as incentivadoras para que eu pudesse pleitear uma vaga neste conceituado curso.

Ao professor Ricardo Tavares pela colaboração e empenho no campo da estatística.

A Senhora Elisane Adriana Santos Rodrigues e ao Prof. Doutor Fred Silva Reis, pela ajuda prestada.

Obrigado a todos os professores do Mestrado por terem proporcionado o conhecimento necessário para o cumprimento de cada etapa.

Aos meus colegas e amigos do Núcleo de Promoção da Saúde, agradeço pela amizade, carinho e incentivo nesta caminhada.

Aos meus colegas de mestrado, pelos momentos partilhados em conjunto.

Agradeço aos meus pais, familiares e minha esposa, pelo apoio e a compreensão deste momento que exigiu tanta dedicação.

Agradeço aqueles que por ventura não tenho citado, mas que de alguma forma contribuíram para a execução deste trabalho.

Meu muito obrigado a todos!

RESUMO

Introdução: As Academias da Cidade são uma importante ferramenta de apoio no Programa Saúde da Família do SUS. Por meio das atividades físicas pode-se combater o sedentarismo, a obesidade, as doenças crônico-degenerativas, proporcionando aos usuários, a redução da gordura corporal, a redução dos níveis de colesterol e triglicérides e a melhoria da eficiência do sistema cardiovascular. O objetivo desta pesquisa foi estudar a relação entre as UBS e as Academias da Cidade referente ao encaminhamento e ao fluxo de usuários, das primeiras para a segunda. **Metodologia:** O estudo se caracteriza como quantitativo, por meio de entrevistas semiestruturadas, autoaplicáveis, com profissionais de 45 Unidades Básicas de Saúde do Programa de Saúde da Família de Belo Horizonte. Para armazenar os dados foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences da IBM (SPSS-Softer). Foram realizadas análise descritiva com distribuição de frequência, análise bivariada e Regressão Logística. **Resultados:** Foram realizadas 1042 entrevistas, sendo que 61,0% dos servidores de saúde disseram encaminhar usuários para a prática de atividades físicas. 17,56% disseram não encaminhar e 21,4 % nada responderam. Com relação a existência de um fluxo de encaminhamento para o PAC, 53,7% responderam conhecer o fluxo e 40,1 % responderam que não e 6,1% nada informaram. Sobre a disponibilidade de um instrumento para avaliar a o risco coronariano para a prática de atividades físicas, tipo de instrumento e seu uso, foram consideradas as respostas apenas dos profissionais médicos (n=69). 27,5% responderam que dispõem de instrumentos. 69,6% não dispõem de instrumentos para avaliar. Sobre as dificuldades para o encaminhamento ao PAC, a condição de saúde, o desinteresse, a condição física e a desinformação foram os principais fatores relatados pelos servidores. Para o fortalecimento da relação UBS x PAC foram citadas, a sensibilização dos usuários, o feed back sobre o encaminhamento, a capacitação e o esclarecimento junto as ES sobre o Programa e a discussão mensal sobre a PS nas reuniões do NASF. O primeiro modelo de regressão logística mostrou que a função ocupada aumenta a chance de o profissional de saúde indicar o PAC ao usuário e sua opinião de que o usuário é desinformado diminui. O segundo modelo final de regressão logística mostrou que função ocupada; oportunidade em contribuir; satisfação com o trabalho e sentir-se no limite aumentam a chance de conhecimento dos fluxo de encaminhamento ao PAC. **Conclusões:** O estudo mostra que a relação entre o Programa de Saúde da Família e o Programa de Academia das Cidades ainda apresenta lacunas e precisa avançar para garantir as possibilidades que abre, em termos de promoção de saúde; mostra também que a satisfação com o trabalho, o processo de trabalho e a função ocupada desempenham importante papel nessa relação.

PALAVRAS-CHAVE: Atividade física, fluxo de encaminhamento, PAC, Protocolo de Risco coronariano, sedentarismo.

ABSTRACT

Introduction: The City Academies are an important support tool in the SUS Family Health Program. Through physical activities we can combat sedentarism, obesity, chronic-degenerative diseases, providing users with a reduction in body fat, a reduction in cholesterol and triglyceride levels and an improvement in the efficiency of the cardiovascular system. The objective of this research was to study the relationship between the UBS and the City Academies regarding the routing and flow of users, from the first to the second. **Methodology:** The study is characterized as quantitative, through semi-structured, self-administered interviews with professionals from 45 Basic Health Units of the Family Health Program of Belo Horizonte. The Statistical Package for the Social Sciences of IBM (SPSS-Softer) was used to store the data. Descriptive analysis with frequency distribution, bivariate analysis and Logistic Regression were performed. **Results:** A total of 1042 interviews were conducted, and 61.0% of the health servers said they referred users to practice physical activities. 17.56% said they did not forward and 21.4% answered nothing. Regarding the existence of a referral flow to the PAC, 53.7% answered to know the flow and 40.1% answered that they did not and 6.1% reported nothing. Regarding the availability of an instrument to evaluate the coronary risk for physical activity practice, type of instrument and its use, only the medical professionals (n = 69) were considered. 27.5% answered that they have instruments. 69.6% do not have instruments to evaluate. Regarding the difficulties for referral to PAC, health status, lack of interest, physical condition and disinformation were the main factors reported by the servers. The strengthening of the UBS x PAC relation was mentioned, the awareness of the users, the feed back on the referral, the training and the clarification with the ES about the Program and the monthly discussion about the PS in the NASF meetings. The first logistic regression model showed that the occupied function increases the chance of the health professional indicating the PAC to the user and their opinion that the user is uninformed decreases. The second final logistic regression model showed that the function occupied; opportunity to contribute; job satisfaction and feeling on the edge increase the chance of knowing the flow of referral to the PAC. **Conclusions:** The study shows that the relationship between the Family Health Program and the City Academy Program still presents gaps and needs to move forward to ensure the possibilities it opens in terms of health promotion; also shows that satisfaction with work, the work process and the job function play an important role in this relationship

KEY WORDS: Physical activity, referral flow, PAC, coronary risk protocol, sedentary lifestyle

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Modelo de Dahlgren e Whitehead, DDS,(1991)pg.21
- Figura 2** - Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade entre adultos > 20 anos/sexo, Brasil, 2010.....pg.37
- Figura 3** – Indicador Infelicidade no trabalho x Sexo.....pg.50
- Figura 4** – Indicador Infelicidade no trabalho x Idade (30 a 49 anos).....pg.50
- Figura 5** – Indicador Infelicidade no Trabalho x FEpg.51
- Figura 6** – Indicador Infelicidade no trabalho x Indicação para o PAC.....pg.51
- Figura 7** – Indicador de Infelicidade no trabalho x ACS.....pg.52
- Figura 8** – Indicador Infelicidade no trabalho x Desinformação sobre o FE.....pg.52
- Figura 9** - Fluxograma da Atenção – Graus de obesidadepg.59
- Figura 10** - Fluxograma do Programa Academia da Cidade (PAC).....pg.60

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Composição de Indicadores.....pg.44

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Percepção dos servidores x Dificuldades de Indicação ao PACpg.49
- Gráfico 2** – Ações de Fortalecimento UBS x PAC.....pg.49

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Número de municípios habilitados com Polo do Programa Academia da Saúde e nº de participantes do Monitoramento 2015 - Total e por Unidade da Federação - Brasil - Maio/2015.....pg.35
- Tabela 2** – Relação entre o hábito de indicar práticas de educação física segundo as variáveis estudadas.....pg.46
- Tabela 3** – Existência de Fluxo de Encaminhamento de usuários para o PAC segundo as variáveis demográficas.....pg.47
- Tabela 4** – Modelo Final de Análise de Regressão Logística. Indicação de Usuários.pg.53
- Tabela 5** – Modelo Final de Análise de Regressão Logística. Conhecimento do FE..pg.54
- Tabela 6** – Médicos Dispõe de Protocolos de Avaliação do Risco.....pg.55
- Tabela 7** - Qual Instrumento os Médicos utilizam (Prot.ECG,Diretrizes).....pg.55
- Tabela 8** - Médicos utilizam instrumentos de avaliação para liberar para AF.....pg.55

LISTA DE NOTACÕES

APS	Atenção Primária a Saúde
APP	Avaliação Pré-Participação
AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACMS	Colégio Americano de Medicina Esportiva
AF	Atividade Física
AFL	Atividade Física no Laser
ARL	Análise de Regressão Logística
BIO	Biológico
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde
COEP	Conselho Ética e Pesquisa
CS	Centro de Saúde
DAC	Doenças Ateroscleróticas
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DCV	Doenças Cardiovasculares
DDS	Determinantes Sociais de Saúde
DUDH	Declaração Universal de Direitos Humanos
EC	Emenda Constitucional
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Equipe de Saúde da Família
FE	Fluxo de Encaminhamento
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
IF	Inatividade Física
IPAQ	Questionário Internacional de Atividade Física
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IR	Imposto de Renda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

P	Valor P (Estatística)
PAC	Programa Academia da Cidade
PVAB	Piso Variável da Atenção Básica
PAR Q	Questionário de Pronto Atendimento
PS	Promoção da Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Programa Nacional de Atenção Básica
PNPS	Programa Nacional de Promoção da Saúde
PSICO	Psicológico
PVVS	Piso Variável de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences da IBM(Sofer)
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
VAN	Vigilância Alimentar e Nutrição
VD	Visita Domiciliar
VIGITEL	Sistema de Vigilância de fatores de Risco e DCTN por telefone
WHO	World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – PRINCÍPIOS	17
2.1 Determinantes Sociais de Saúde (DSS).	19
2.2 Concepção Holística.	24
2.3 Equidade.	25
2.4 Intersetorialidade.	26
2.5 Autonomia.	27
2.6 Participação Social.	28
2.7 Ação Comunicativa...o “cimento” dos princípios da Atenção Básica.	30
2.8 Sustentabilidade.	31
2.8.1 Os recursos do Programa Academia da Saúde (PAS).	33
2.9 A Atenção Primária a Saúde.	36
2.10 Atividade Física como Estratégia de Promoção da Saúde.	39
3. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	42
4. METODOLOGIA	42
5. RESULTADOS	45
6. DISCUSSÃO	56
7. CONCLUSÕES	67
8. BIBLIOGRAFIA	68
9. ANEXOS	74
9.1. Comitê de ética da UFMG, Decisão e Autorização de Pesquisa de dados.	77
9.2. Questionário para os Servidores da Atenção Básica em Saúde.	78

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho surgiu da necessidade de se pesquisar a relação entre a Estratégia de Saúde da Família e o Programa Academia da Saúde, especificamente, a atuação dos profissionais de saúde referente aos encaminhamentos dos usuários para a prática de atividades físicas e ao fluxo utilizado, como uma alternativa de intervenção para a promoção da saúde, tendo-se em vista que a atividade física regular é uma das formas mais eficazes de controle e redução de doenças crônicas não transmissíveis. (OMS, 2011)¹.

A criação do Programa Academia da Saúde (PAS), posterior a criação do Programa Academia da Cidade (PAC), é uma importante estratégia de articulação das ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária Atenção Primária, entendida “como um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, tratamentos e a reabilitação e manutenção da saúde” (PNAB, 2006, pg. 10)².

A Portaria nº 719/2011³, criou o programa que tem como principal objetivo “contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis” (cf. art. 2º da referida Portaria). Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços públicos construídos para o desenvolvimento de atividades como orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato) e organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe de APS e usuários. Segundo prevê o normativo (art. 6º), algumas das atividades a serem desenvolvidas incluem: promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros); orientação para a prática de atividade física; promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar e práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato).

O PAS na verdade se originou oriundo de outros programas já existentes em todo o Brasil. Entre eles, o PAC (Programa Academia da Cidade) criado em 2002, efetivado pelo Decreto Municipal de Recife nº 19.808,(2003)⁴, vindo a se tornar Política Municipal de Promoção da Saúde na Atenção Básica. Foi uma proposta inovadora no sentido de que surgiu na Secretaria Municipal de Saúde de Recife. Até este momento a implementação destes programas era feito pelas Secretarias de Esporte e Lazer. A proposta de Recife despertou o interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, que, em 2004, realizou uma parceria com o Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe

e instituiu o PAC com o objetivo de promover a adoção de estilo de vida saudável da população adulta e idosa e estimular a prática regular de atividade física. A adesão da população e estes programas como os de Recife e de Aracaju aumentou a visibilidade da proposta de enfrentamento do sedentarismo e da obesidade, aspecto gerador de estímulo ao MS, que tinha como meta combater fatores de risco modificáveis desencadeadores de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). O Ministério da Saúde (MS) realizou a identificação dos fatores de risco de DCNT modificáveis por meio de um monitoramento de respostas via inquérito nacional por telefone - VIGITEL, obtendo, nas 72 respostas, o destaque para fatores como excesso de peso, consumo de tabaco, sedentarismo e dieta (Brasil, 2005)⁵. Reforçando essa ideia, na 57ª Assembleia Mundial, realizada pela OMS (2004)⁶, foi aprovada a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, com o objetivo de reduzir os fatores de risco para DCNT. Para alcançar esse objetivo, destacou-se a necessidade de promover uma educação em saúde e fortalecer políticas públicas voltadas para o conhecimento dos benefícios da alimentação saudável e da atividade física. Em 2005, o MS decidiu custear os programas de atividade física, PAC, aproximando seus espaços das UBS, favorecendo o contato dos profissionais dos polos do PAC com os profissionais das UBS e, conseqüentemente, melhorando o acesso da população aos serviços. O PAC passou a compor o planejamento de Vigilância em Saúde do MS na prevenção e controle das DCNT, ampliando a quantidade de espaços públicos destinados à Promoção da Saúde. Os incentivos do MS aos programas de atividade física no Brasil, em 2009, foram de 34 milhões de reais, ampliando a rede nacional de Promoção da Saúde, incluindo o PAC. O MS promoveu ações de incentivo financeiro e continuou avaliando por meio do Inquérito Telefônico para fatores de Risco e DCTN (VIGITEL) durante os anos de 2006 a 2010. O resultado das avaliações demonstrou que houve aumento do acesso e da participação da população nas atividades e na adoção de práticas saudáveis. Essa avaliação positiva contribuiu para novas iniciativas do MS na criação de programas nacionais no âmbito do SUS, voltados para a Promoção da Saúde, que incluíam a atividade física como uma das ações de prevenção e controle das DCNT, em função do crescente número de pessoas com inatividade física. Nessa perspectiva, portanto, o MS lançou o PAS como um modelo de intervenção em Promoção da Saúde. O aspecto norteador da proposta foi a inserção das práticas corporais e da atividade física como eixo central de suas ações, com coerência de investimentos em programas de atividade física considerados pela epidemiologia funcionalista efetivos no combate às DCNT, principalmente em relação aos efeitos da inatividade física.

O MS resolveu instituir o PAS no SUS pela Portaria nº 719 (2011)³, com o objetivo principal de contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. Os polos são locais que contemplam espaços destinados a atividades individuais e coletivas de Promoção da Saúde, com infraestrutura própria e com equipamentos que favorecem o desenvolvimento de práticas corporais, atividade física e lazer, associadas a modos de vida saudáveis orientados por profissional qualificado. Os polos do Programa foram ampliados em relação aos do PAC, conferindo melhores condições para a participação da população. Nesse sentido, no momento da criação do PAS, em 2011, é possível identificar o destaque dos eixos norteadores das atividades para o de Práticas Corporais/Atividade Física. Na Portaria nº 2681(2013)⁷, de redefinição do PAS, o objetivo principal modifica o seu texto: “contribuir para a promoção da saúde e proteção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implementação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados”. Essa Portaria 2681/(2013)⁷, assim, fundamenta a redefinição, atribuindo ao PAS diretrizes e princípios não existentes na Portaria 719/2011³. As diretrizes reforçam que o PAS é um equipamento da Atenção Básica, de referência no combate às DCNT e espaço privilegiado para Promoção da Saúde, proteção do cuidado em saúde, e ambiente facilitador de aprendizagem sobre modos de vida saudáveis.

Nesse sentido, o PAS vem sendo apontado como importante elemento de ampliação e articulação de ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), visando a composição e o fortalecimento de redes de atenção, podendo ser desenvolvido nos municípios brasileiros a partir da construção de espaços públicos ou da incorporação de programas preexistentes de atividades físicas que atendam aos critérios de similaridade estabelecidos pelo Ministério da Saúde/Academia da Saúde, Cartilha Informativa (2014)⁸

As academias, criadas para estimular a prática de atividades físicas e melhorar a saúde e a qualidade de vida da população tiveram sua história iniciada oficialmente então a partir de 2011. Segundo Lima et.al. (2014)⁹, as recomendações elaboradas por agências governamentais e instituições internacionais advertem que a Atividade Física (AF) deva ser realizada em uma dose mínima de esforço e que procurem oferecer aos gestores de políticas de saúde, aos profissionais de saúde e à população, informações sobre procedimentos benéficos de saúde. Estudos epidemiológicos mostraram que a Atividade Física feita de forma moderada e regular é benéfica para a Promoção da Saúde (MORIMOTO et. al., 2006)¹⁰. Concluíram também que o sedentarismo está relacionado com o risco aumentado de doenças crônicas. A prática de Atividades Físicas é uma

recomendação altamente estimulada também pelo American College of Sports Medicine (NELSON et.al., ACSM – 2004)¹¹, que orienta que adultos realizem 30 minutos ou mais de AF com intensidade moderada pelo menos 5 dias por semana, ou 20 minutos de AF de intensidade vigorosa pelo menos 3 dias por semana, além das atividades da vida diária, com um nível mínimo de 150 minutos por semana para que sejam alcançados benefícios em níveis cardiovasculares e musculares.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - PRINCÍPIOS

O termo “Promoção de Saúde” foi usado pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (PEREIRA et. al., 2000)¹². O médico historiador definiu quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação, afirmando que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e descanso. (Sigerist citado por TERRIS, 1992, p.38)¹³. A Declaração Universal de Direitos Humanos (DUDH, 1948, p.5)¹⁴, instituída pela ONU, em seu artigo 25 ressalta que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Segundo Buss (2006)¹⁵, a Promoção de Saúde, no decorrer das últimas décadas, evoluiu por meio da realização das Conferências Internacionais, no exterior, e foi intimamente vinculada ao processo de criação do Sistema Único de Saúde brasileiro. A promoção de saúde, em sua versão mais atual, dirige atenção especial aos determinantes sociais que afetam sobremaneira a saúde das pessoas e se opõe criticamente ao modelo biomédico que considera saúde como ausência/presença de doença, alcançando, no máximo, a abordagem de riscos. O modelo de atenção à saúde apoiado no modelo biomédico assume postura individualista, de caráter curativo, é centrado no hospital e visa apenas o tratamento da doença no momento de sua manifestação. Esse modelo surgiu embasado na teoria mecanicista do universo, proposta por pensadores como Galileu, Descartes e Newton e segue o modelo de ciência positiva no século XIX (ANANDALLE, 1998)¹⁶. Essa concepção do universo ser visto como um sistema mecânico também respingou na concepção de homem que, visto da mesma forma, foi tratado como tal pelos médicos da época, ou seja, o homem funciona como uma máquina e, quando está doente, é por que esta máquina está avariada; logo, pode-se inferir que o conceito de saúde segundo este modelo é “[...] caracterizado pela explicação unicausal da doença, pelo biologicismo,

fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização” (CUTOLO, 2006, p.16)¹⁷.

Vendo o homem como uma máquina, tendo o conceito de saúde de que é ausência de doença e tendendo-se para a especialização e fragmentação, perde-se a visão holística do homem, em suas dimensões psicológicas e sociais. É a doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço (Cutolo, 2006)¹⁷.

A atenção à saúde é um assunto amplamente discutido não só nos estudos médicos, mas também em outras áreas como a psicologia, antropologia e sociologia. Esta preocupação das disciplinas humanas se dá no sentido de criticar o modelo hegemônico posto pela medicina, o modelo biomédico, e propor uma visão mais alargada dessa discussão ampliando o conceito de saúde - que no antigo modelo era visto como ausência de doença e passa a ser visto como bem-estar ou qualidade de vida - e o paradigma saúde-doença, de um conceito dicotômico para conceito que incorpora aspectos mais amplos, de natureza social, econômica, política, cultural e psicológica. Esse modelo remonta à Engel (1977)¹⁸ (citado por FAVA & SONINO, 2008)¹⁹ a partir da crítica à insuficiência da epidemiologia tradicional em abordar a saúde como um fenômeno radicado na organização social (PUTTINI et. al., 2010)²⁰, de modo que a doença não seja interpretada na perspectiva unicausal como visto no modelo biomédico, mas seja vista como um resultado da interação de mecanismos celulares, teciduais, orgânicos, interpessoais e ambientais. (FAVA & SONINO, 2008)¹⁹, segundo uma relação saúde-doença estabelecida como processo, sem ponto fixo, constituindo-se como um estado. (DANTAS, 2014, pg.51)²¹ Assim é que a Organização Mundial de Saúde (OMS,1946, p.1)²² pode definir, então, a saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”.

Esta é a visão holística do sujeito em suas relações e em seu estado emocional, porém sem negar o biológico, onde a maioria das doenças se manifesta, até por que, como o nome diz é BIO (da biologia ou biológico), PSICO (de psicológico) e SOCIAL, ou seja, engloba todas as dimensões científicas inerentes ao homem. O foco neste modelo não é apenas na doença mas em todos aspectos que estão relacionados ao adoecimento como fisiológicos, psicológicos, sociais, ambientais, dentre outros. Todos devem ser considerados e avaliados no momento do tratamento.

Este modelo está voltado para a promoção da saúde e considera um conceito de saúde que incorpora tanto o lado biológico, hereditário, quase não manipulável, mas também fatores psicológicos e sociais que podem ser moldados pela pessoa, como hábitos saudáveis, ambiente favorável ou acesso à serviços de saúde (SCLIAR, 2007)²³. Esse conceito de

saúde mais alargada está então na raiz do conceito de Promoção de Saúde, tal como formulado por O'Donnell:

A Promoção da Saúde é a arte e a ciência de ajudar as pessoas a descobrir as sinergias entre suas paixões básicas e a saúde ideal, aumentando sua motivação para se esforçar para uma saúde ideal e apoiando-as na mudança de estilo de vida para avançar em direção a um estado de saúde ideal. Um equilíbrio dinâmico de saúde física, emocional, social, espiritual e intelectual. (O'DONNELL, 1986, p. 01)²⁴

Para Buss (2006)²⁵, após a divulgação da Carta de Ottawa, a expressão 'Promoção da Saúde' se referia em uma primeira reflexão a valores como à vida, saúde, equidade, participação, democracia, cidadania, desenvolvimento; em uma segunda reflexão a um conjunto de ações denominadas estratégias políticas, como ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema) e de ações intersetoriais.

Ainda hoje no Brasil e na maior parte dos países do mundo, predomina o modelo biomédico de atenção à saúde. Neste modelo, de acordo com pesquisadores, ter saúde significa não estar doente, não se sentir doente, nem mesmo com a aparência e não precisar de medicamentos (BYDLOWSKI et. al., 2004)²⁶. Esse modelo tem apoio social pois além das indústrias e distribuidoras de produtos e tecnologias médicas, funcionários e grande parte da população, inclusive a de baixa renda, também o incorporam e praticam. Lupton²⁷, integrou o termo governamentalidade aos indivíduos,

...o sujeito governado tem uma relação altamente ambivalente com os aparatos de governamentalidade. Em relação à saúde pública e promoção da saúde, por exemplo, os cidadãos continuamente se movem entre ressentimento com a natureza de autoridade do estado e sua incursão nas suas vidas privadas e a expectativa de que o estado assuma a responsabilidade de assegurar e proteger a sua saúde. (LUPTON, 1995)²⁷

De forma predominante, a população cobra do Estado esse tipo de desempenho voltado para o modelo biomédico, uma vez que ele é ideologicamente enraizado na sociedade, mediante estratégias de manutenção/preservação de interesses dominantes relativos ao complexo médico-industrial, e também mediante a atuação de profissionais ainda formados segundo orientações desse modelo.

2.1. Os Determinantes Sociais de Saúde (DSS)

De acordo com Carvalho (2013)²⁸, as condições econômicas e sociais influenciam decisivamente as condições de saúde de pessoas e populações. A maior parte da carga das doenças, assim como as iniquidades em saúde, que existem em todos os países, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. Esse

conjunto é denominado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde.

O conceito de determinantes sociais nasceu da aspiração nascida nos movimentos sociais do fim do colonialismo e ascensão do socialismo e surge quando, Lalonde (1974)²⁹, formula o conceito de “Campo da saúde - health field”. Marc Lalonde foi titular do Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, país que aplicava o modelo médico inglês de medidas preventivas de saúde. Para ele o conceito de saúde envolve 4 campos: a biologia humana, herança genética e os processos biológicos inerentes à vida, incluindo os fatores de envelhecimento; o meio ambiente, solo, a água, o ar, a moradia, o local de trabalho; o estilo de vida, fumar ou deixar de fumar, beber ou não, praticar ou não exercícios; a organização da assistência à saúde, organização dos serviços de assistência à saúde que irão atender a população. De acordo com Conferência Internacional de Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá (1986)³⁰, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde é, portanto, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Para Buss (2010, p.10)³¹, a promoção da saúde se refere às ações sobre os condicionantes e determinantes sociais da saúde, dirigidas a impactar favoravelmente a qualidade de vida. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial e intra-setorialmente, pelas ações de ampliação da consciência sanitária – direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais etc. Assim, para melhorar as condições de saúde de uma população, são necessárias mudanças profundas dos padrões econômicos no interior dessas sociedades e intensificação de políticas sociais, que são eminentemente políticas públicas. Ou seja, para que uma sociedade conquiste saúde para todos os seus integrantes, é necessária ação intersetorial e políticas públicas saudáveis.

No Brasil, influenciados por Marc Lalonde, grupos de intelectuais, estudantes, profissionais de saúde na década de 70, insatisfeitos com a precária saúde pública, pois a saúde não era para todos e era considerada apenas como ausência de doença, criaram o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Desse movimento a saúde passou a ser um direito universal e daí nasceu o SUS com seus princípios e diretrizes.

Para Mendes (2011),³² nos dias de hoje, as reformas sanitárias continuam necessárias, para isso, novas mudanças deverão ser feitas, segundo alguns grandes movimentos: passando da decisão baseada em opinião para a decisão baseada em evidência; dos sistemas fragmentados, voltados para a atenção às condições e aos eventos agudos, para as redes de atenção à saúde, voltadas para atenção às condições agudas e crônicas; da gestão dos meios, recursos humanos, materiais e financeiros, para a gestão dos fins, a gestão da clínica; de uma visão estreita de intervenções sobre condições de saúde estabelecidas, por meio de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral de sistemas de atenção à saúde que atuem harmonicamente sobre os determinantes sociais da saúde e sobre as condições de saúde estabelecidas; por fim, do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de valor para as pessoas.

De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (2011)³³, os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha. Também podem ser considerados os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

O modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)³⁴, inclui os DSS (Determinantes Sociais de Saúde) dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes. Apesar da facilidade da visualização gráfica dos DSS e sua distribuição em camadas, segundo seu nível de abrangência, o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades.

Figura 1 –Determinantes Sociais e de saúde



Fonte: Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)

Como se pode ver na figura 1, os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Essa camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. Os diversos estudos sobre os DSS e as iniquidades em saúde permitiram a construção de modelos que procuram esquematizar a trama de relações entre os vários níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. A Comissão Nacional de Determinantes Sociais de Saúde - CNDSS, criada em 2006, adotou o Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)³⁴, que serve de base para orientar a organização de suas atividades e os conteúdos. Essa Comissão é composta por dezesseis especialistas e personalidades da vida social, econômica, cultural e científica do país. Sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária de todos os setores da sociedade brasileira.

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observou-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada da sociedade e a situação de saúde de sua população (Coelho et. al., 2002)³⁵. Para de Dahlgren e Whitehead, (2001)³⁶, deve-se Construir uma resposta política robusta e apropriada para as iniquidades em saúde e que exigem ações em um amplo espectro de áreas: primeiro, estabelecendo valores; em seguida, descrevendo e analisando suas causas; então, atacando as causas das desigualdades, reduzindo assim as conseqüências negativas de estar com problemas de saúde. Segundo Nancy Adler (2006)³⁷, podemos identificar três gerações de estudos sobre as iniquidades em saúde. A primeira geração se dedicou a descrever as relações entre pobreza e saúde; a segunda, a descrever os gradientes de saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica; e a terceira e atual geração está dedicada principalmente aos estudos dos mecanismos de produção das iniquidades ou, para usar a expressão de Adler, está dedicada a responder à pergunta: como a estratificação econômico-social consegue “entrar” no corpo humano? O principal desafio dos estudos sobre as relações entre determinantes sociais e saúde consiste em estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a

situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito. Há várias abordagens para o estudo dos mecanismos por meio dos quais os DSS influenciam a saúde. A primeira delas privilegia os “aspectos físico-materiais” na produção da saúde e da doença, entendendo que as diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.), decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas. Outro enfoque privilegia os “fatores psicossociais”, explorando as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde. Finalmente, há os enfoques que buscam analisar as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos. Esses estudos identificam o desgaste do chamado “capital social”, ou seja, das relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, como um importante mecanismo através do qual as iniquidades de renda impactam negativamente a situação de saúde.

O pesquisador Labonte (1996)³⁸, afirma que a determinação social da saúde e a necessidade de atuar sobre as condições sociopolíticas e econômicas a fim de promovê-la levaram a conclusão que:

La pobreza, la precariedad del empleo y la contaminación desempeñan un papel cada vez mayor en los problemas de salud de nuestra sociedad y estamos empezando a comprender que ni los estilos de vida ni la epidemia actual de enfermedades crónicas pueden considerarse como hechos aislados y separados de nuestras estructuras políticas, sociales, económicas e industriales. (LABONTE, 1996a, p.153)³⁸.

Labonte assevera ainda que esta concepção corresponde à direção seguida pelos profissionais da Saúde Pública que se filiam à chamada “Nova Promoção de Saúde”, que em seus princípios gerais é dirigida para os fatores gerais, estruturais. São problemas característicos dessa ordem a pobreza, o desemprego, o estresse, as condições de trabalho e moradia precárias, o envelhecimento populacional, a violência, o isolamento social, entre outros. Inspirada por essas novas perspectivas, a promoção de saúde ampliou seu marco referencial e assumiu a saúde como produção social, passando a valorizar mais intensamente determinantes socioeconômicos, a instigar o compromisso político e a fomentar as transformações sociais. O novo paradigma representado pela “Nova Promoção da Saúde” foi uma nova maneira de interpretar as necessidades e ações de saúde, não mais numa perspectiva unicamente biológica, mecanicista, individual, específica, mas numa

perspectiva contextual, histórica, coletiva, ampla. Assim, de “uma postura voltada para controlar os fatores de risco e comportamentos individuais, volta-se para eleger metas para a ação política para a saúde, direcionadas ao coletivo”. (PEREIRA et. al., 2000, p.41)³⁹.

2.2. Concepção Holística

O precursor do paradigma holístico foi Jan Smuts (1927)⁴⁰ (1870-1950). Foi o criador do termo Holismo, quando divulgou seu livro em 1926. O filósofo sustentou a existência de uma continuidade evolutiva entre matéria, vida e mente. Seu conceito avança para uma visão sintética do universo e propõe a totalidade em oposição à fragmentação. Holístico ou holista é um adjetivo que classifica a alguma coisa relacionada com o holismo, ou seja, que procura compreender os fenômenos na sua totalidade e globalidade. A palavra holístico foi criada a partir do termo holos, que em grego significa “todo” ou “inteiro”. Quando um problema é tratado de forma isolada, pode-se esperar um resultado imediato, porém com efeitos colaterais tardios. A visão holística na medicina pode minimizar esse efeito e considera que o paciente deve ser tratado em sua totalidade, unindo a medicina tradicional, psicologia, ciência, fatores externos e emocionais como parte do problema a ser solucionado.

Desde o diagnóstico até a solução do problema, o médico com a visão holista, sabe lidar com esse paciente, sabe orientá-lo e consegue entender seus mais profundos anseios. O papel do médico não é coibir o paciente, mas orientá-lo, ensiná-lo e acima de tudo, tentar compreendê-lo integralmente. A saúde para ser holística precisa ser estudada como um grande sistema, como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes e não arrumados numa sequência de passos e medidas isoladas para atender cada uma das dimensões apontadas. E preciso um novo conceito de saúde, que a considere como equilíbrio dinâmico. Há que se rever o papel do paciente. Será preciso mostrar ao indivíduo sua possibilidade de autocura. A manutenção da saúde deverá passar a estar em lugar de destaque no novo modelo. A assistência deverá ser tanto individual como social. Os profissionais de saúde deverão redimensionar suas práticas e relações com suas clientelas, devendo assumir a responsabilidade do equilíbrio de indivíduos e sociedades. Surge desse redimensionamento, um novo assistir. A relação entre profissional de saúde e paciente será uma nova relação, cuja principal finalidade será educar o paciente acerca da natureza e do significado da enfermidade e das possibilidades de mudança do tipo de vida que o levaram à doença (CAPRA, 1986)⁴¹.

2.3. A Equidade

Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem uma relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do SUS, acontece quando há o atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades. Quem precisa mais de cuidados recebe mais e que precisa menos recebe menos. A equidade é assim. Aqueles que podem suportar menos as vulnerabilidades por estarem mais fragilizados, recebem cuidados em maior quantidade. O direito à saúde respeita a diversidade e as diferenças sociais. O princípio da equidade deve abranger também grupos específicos, que possuam impactos dos determinantes sociais de saúde aos quais estão submetidos e procurar reduzi-los com ações que visem minimizar seus efeitos.

Segundo Sen (2002)⁴², a equidade em saúde tem múltiplas facetas, e o melhor é vê-la como um conceito multidimensional que inclui aspectos relacionados ao nível de saúde que se tem e à possibilidade de se obtê-la, e não apenas com a distribuição do cuidado sanitário. Inclui a justiça dos processos e, por conseguinte, deve-se atentar para a ausência de discriminações na prestação da assistência. Whitehead é, talvez, a autora mais citada na literatura internacional que trata das questões conceituais de equidade em saúde (VIEIRA-DASILVA; ALMEIDA FILHO, 2009)⁴³. Para elas, iniquidades constituem diferenças que, além de evitáveis, são também injustas (WHITEHEAD, 1991)⁴⁴

Para Fortes (2015)⁴⁵, a equidade busca reduzir as desigualdades sociais e sanitárias evitáveis e desnecessárias, tratando desigualmente os desiguais conforme suas necessidades. Relaciona equidade e justiça social. Bagrichevsky et al. (2013)⁴⁶ consideram que a equidade consiste em considerar contextos de vida diferentes que necessitam aporte do Estado para erradicar desigualdades.

Coelho (2010)⁴⁷ define a Equidade como o tratamento desigual benéfico ao indivíduo mais carente. Distingue equidade em saúde de equidade no acesso. Relaciona democracia e equidade, e justiça social e equidade. Destaca a importância do Estado na redistribuição de recursos.

De acordo com, Mentz et al. (2017)⁴⁸, na maioria dos artigos, a equidade é vista como uma condição essencial para a justiça social considerando-a como pano de fundo as desigualdades sociais. Poucos estudos articulam a equidade com a democracia. Os conceitos de equidade observados apresentam grande influência dos pressupostos de Whitehead, à medida que relacionam diferentes situações de saúde com a questão da justiça, sendo a equidade um meio para diminuir ou eliminar essas disparidades. A discussão sobre equidade deveria ser intensificada no contexto brasileiro, considerando que o Sistema Único de Saúde lida com um orçamento limitado e uma grande demanda, o que, por vezes, acaba sobrepondo os princípios de universalidade, integralidade e equidade. O

debate não deveria ocorrer apenas no nível do acesso às ações e serviços de saúde, mas na equidade do processo que deve acontecer baseado na perspectiva da inclusão, caso contrário, o indivíduo pode ter acesso, mas se sentir excluído em participar do sistema de saúde. O desafio consiste em discutir uma forma de operacionalizar a equidade enfrentando a escassez de recursos e fazê-lo de forma contínua, sem que o princípio se perca ao longo do processo e, dessa forma, o indivíduo sinta-se discriminado no cuidado à saúde.

2.4. Intersetorialidade

Segundo Moreti et. al., (2010)⁴⁹, a intersetorialidade representa um princípio da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, ao sinalizar como atribuições de todos os profissionais que integram as equipes da Estratégia Saúde da Família, o desenvolvimento de ações intersetoriais por meio de parcerias e de recursos na comunidade que possam potencializar estas ações, além de favorecer a integração de projetos sociais e setores afins orientados para a promoção de saúde.

De acordo com Dias et. al., (2014)⁵⁰, na saúde, a complexidade da realidade sanitária e de ações isoladas e descontextualizadas, não conseguirão produzir os resultados desejados do ponto de vista de transformação das condições de saúde da população no Brasil. Compreende-se aqui que a intersetorialidade implica em reciprocidades dos atores, dos sujeitos que atuam no contexto da saúde coletiva, o que sugere a ideia de partilhamentos de: significados, conhecimentos, compromissos, valores, afetos, responsabilidades e ações. Para Moysés et. al., (2010)⁵¹ a concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Dias et. al., (2014)⁵⁰, também compreendem que para os sujeitos trabalharem de forma intersetorial é preciso o compartilhamento de conhecimentos e ações visando à abordagem de novos conceitos e, conseqüentemente, de diferentes práticas em prol da melhoria da qualidade de vida da população. Prosseguem dizendo que é interessante observar que um setor isolado é limitado na solução das situações de adversidades e que a ação conjunta pode gerar um cuidado mais integral e resolutivo, fato que traz inúmeros benefícios para a população. Os autores acham entretanto que é importante que todos os profissionais estejam dispostos a atuar nessa visão de trabalho, sendo necessárias mudanças na

organização dos serviços, além de revisões nos processos de formação dos profissionais atuantes na saúde. Os pesquisadores, compreendem ainda que dificilmente a ESF se viabilizaria sem a visão e as práticas intersetoriais, ou seja, a intersectorialidade não é apenas uma realidade transversal à ESF, mas inerente a ela. Detecta-se aqui, a partir dos achados deste estudo introdutório, que é na ESF que a intersectorialidade encontra as melhores oportunidades para contribuir com o desenvolvimento de algo fundamental, isto é, um novo modelo de fazer e promover saúde. Entretanto, o exercício da intersectorialidade exige não apenas o desempenho dos profissionais da ESF, sendo requerida uma política municipal, na qual todos os setores, governamentais e não governamentais, e a sociedade civil estejam direcionados ao seu cumprimento. Para Dias et. al., (2014, pg.11)⁵⁰,

Conceito e prática da intersectorialidade precisam ser inseridos na rotina de gestores e profissionais de saúde. A responsabilidade sobre essa nova forma de olhar e cuidar não deve ser atribuída exclusivamente a esses atores, mas em políticas voltadas a facilitar a articulação dos setores governamentais e não governamentais, controle e responsabilização social, estimulando a educação continuada de profissionais de saúde no protagonismo dessas ações.

Nesse sentido, para Conerlatto et. al., (2007)⁵², a intersectorialidade constitui numa nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que possibilitem a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na resolução desse problema.

2.5. Autonomia

A ideia de autonomia (auto= próprio, nomos= norma, regra, lei). Assumimos a autonomia como categoria norteadora e conteúdo central da promoção da saúde que perpassa todos os processos, todas as categorias práticas pelas quais ela se realiza. Por outro lado, dentro do escopo de atuação do setor saúde, entendemos como autonomizadora toda intervenção que amplie a capacidade das pessoas de agirem sobre os determinantes de sua saúde. Como exposto, a existência dos indivíduos apenas ocorre e pode ocorrer em sua interação, isto é, através de grupos, compondo coletivos humanos e, por fim, dentro do coletivo geral que constitui a sociedade em que vivem. Portanto, o desenvolvimento da autonomia e os mecanismos para tal apenas podem ocorrer dentro da comunidade. Para Teixeira et. al., (2008, p.6)⁵³, parece claro, portanto, que aqueles mecanismos e instrumentos que ampliem capacidades de intervenção coletiva terão mais sucesso na ampliação da autonomia do que aqueles que apenas sejam focalizados no indivíduo.

A autonomia, então, diz respeito ao poder de decidir sobre si mesmo e assume que a liberdade de cada ser humano deve ser resguardada. Cabe aos profissionais da saúde oferecer as informações técnicas necessárias para orientar as decisões do paciente, sem

utilização de formas de influência ou manipulação, para que possa participar das decisões sobre o cuidado e assistência à sua saúde, isto é, ter respeito pelo ser humano e seus direitos à dignidade, à privacidade e à liberdade (KOERICH et. al., 2005)⁵⁴. Para Teixeira et. al,

A prática da atenção primária em saúde pode, portanto, ser promotora de saúde de vários modos e por vários mecanismos, entre eles: ampliação do acesso popular ao conhecimento sobre os determinantes da saúde e sobre os mecanismos e processos para intervenção sobre os determinantes da saúde; implemento do autocuidado e dos cuidados com dependentes: capacitação e desenvolvimento, por parte dos indivíduos da comunidade local, de práticas reconhecidas como de cuidado com a saúde, própria e de dependentes, como crianças e idosos, e de comportamentos reconhecidos como saudáveis; participação popular deliberativa: implantação e desenvolvimento de mecanismos efetivos de deliberação popular; inclusão social: atuação coletiva para ampliar o acesso a bens e serviços que permitam a intervenção dos indivíduos da comunidade sobre os determinantes de sua saúde e o desenvolvimento de comportamentos conhecidos como saudáveis. Acesso à educação e bens culturais, renda, melhores condições de trabalho, áreas de lazer e preservação ambiental, atividades lúdicas e de convivência, meios de transporte, etc...(Teixeira et.al, p.7, 2008)⁵³

2.6. Participação Social

Costa et. al. (2013, p.1)⁵⁵, inicia sua discussão sobre a nossa Constituição (1988)⁶⁸ dizendo que

A Constituição Federal de 1988 inovou ao garantir a participação social na gestão das políticas sociais A institucionalização da participação social, que se materializa em Conselhos e Conferências de Saúde, tem como intenção introduzir no interior do Estado uma nova dinâmica de democratização da esfera pública, tornando-a mais permeável a presença e ação da sociedade. Ao influir nas políticas e nas decisões de gestão, a sociedade e o Estado passam a estabelecer uma corresponsabilidade para que, em tese, prevaleça o interesse público. Para conferir sentido à esfera coletiva de decisão é necessário que seja preservada a condição de igualdade e liberdade de opinião entre os atores e que deva ser baseada na construção de consensos que visam o melhor para a coletividade.

Para Abers & Keck (2008)⁵⁶, a participação social remete a um conceito de cidadania ativa em que os envolvidos são politicamente iguais e capazes de trazer para o interior das discussões, expressões diversas de participação, de diversidade e olhares da sociedade. Esse formato não se inicia em partidos políticos mas em modelos de organizações tais como as associações de bairros e movimentos sociais e que procuram resolver seus problemas internamente.

A participação social teve importante papel na criação e desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira, movimento de construção do novo sistema de saúde, a partir das conclusões e recomendações da 8ª CNS, dentre as quais, a orientação para um conceito de saúde entendido como resultante das condições de vida, direito de todos e dever do Estado.

A 8ª CNS também reorganizou e redimensionou o setor de Saúde para garantir acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços, no âmbito do conhecimento e da tecnologia disponíveis. O Movimento da Reforma Sanitária defendeu e incorporou a concepção de participação comunitária vinculada à democratização. O Movimento de Reforma Sanitária foi interlocutor da luta pelo direito universal pela saúde, democratização do Estado brasileiro e por uma política que superasse o modelo autoritário e fragmentado da política social, Soares (2012)⁵⁷. Com o advento da nova CF, a saúde foi considerada como direito de todos e dever do Estado (Art. 196) e em seu conteúdo foram adotados os conceitos e pressupostos elaborados na 8ª Conferência Nacional de Saúde, criando o SUS, regido pelos princípios doutrinários de universalidade, equidade integralidade e princípios organizativos, a exemplo da participação social, (SCOREL, 2008)⁵⁸.

O SUS “é a união de todas as ações e serviços de saúde públicos e privados contratados para garantir a todos os brasileiros (universalidade) no acesso à promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência médica (integralidade)”. (SÚMULA 81, 2001, p.2)⁵⁹. Regulado pela lei 8080 (1990)⁶⁰, o SUS (Sistema único de Saúde) tinha sua organização baseada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, bem como da participação da sociedade na gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo. A Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade. A integralidade e de como o sistema de saúde deve estar preparado para ouvir o usuário, entendê-lo inserido em seu contexto social e, a partir daí, atender às demandas e necessidades desta pessoa.

A criação de espaços para o exercício da cidadania é um elemento essencial para o empoderamento/libertação da população, fazendo-se necessário desenvolver processos participativos que promovam o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos controlarem situações, a partir da conscientização dos determinantes dos problemas ou da formação do pensamento crítico (BYDLOWSKI et. al., 2004)⁶¹

É por isso que a participação social é tida como fundamental no processo de produção de saúde, surge como um princípio para o novo modelo proposto aliada à universalidade que é o princípio em que todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm

direito ao acesso às ações e serviços de saúde. e integralidade, referida, respectivamente, a noção de direito à saúde e de qualidade do processo de cuidado. : “A participação é o principal instrumento de avanços para conquistas verdadeiras das populações carentes” (YUNES,1987, p. 133)⁶²

O empoderamento e a participação social são destacados como princípios chave, sendo a efetiva e concreta participação social estabelecida como objetivo essencial da promoção de saúde (OMS, 1984)⁶³. A participação é compreendida como:”o envolvimento dos atores diretamente interessados – membros da comunidade e organizações afins, formuladores de políticas, profissionais da saúde e de outros setores e agências nacionais e internacionais – no processo de eleição de prioridades, tomada de decisões, implementação e avaliação das iniciativas” (OMS, 1998, p.3)⁶⁴.

Quanto ao princípio de empoderamento, pode ser entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde (OMS, 1998)⁶⁴. Cabe aqui ressaltar que, ao implementar políticas de promoção de saúde, os princípios de empoderamento e participação devem permanecer juntos.

2.7. Ação Comunicativa...o “cimento” dos princípios da Atenção Básica.

Após a apresentação deste estudo sobre a Promoção da Saúde no decorrer das últimas décadas, e apoiados na ideia construída da Participação Social, equidade, autonomia, empoderamento, concepção holística, intersetorialidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998)⁶⁴, reconhecemos que para que haja autenticidade neste processo, para que possam ser construídas “bases solidas” e duradouras, se faz necessário um componente que sirva de união, como um cimento que dê sustentação, liga e durabilidade a esta construção. Lançamos mão do conceito de “Ação Comunicativa” (HARBERMAS, 1987)⁶⁵. Na concepção aqui adotada inspirada na Teoria da Ação Comunicativa, entende-se que a participação social seja tomada como interação mediada pelo entendimento linguístico entre os atores, com a devida relevância, tenha potencial transformador e, mais importante ainda, preserve a característica de práxis emancipatória (MELO, 2005)⁶⁶. De acordo com Melo,

Habermas concebe a sociedade como mundo da vida e sistema, o primeiro sendo o âmbito das ações orientadas pelo entendimento, o agir comunicativo, interação mediada pela linguagem, na qual os sujeitos harmonizam seus interesses e planos de ação e, de forma concertada e cooperativa, agem no mundo e, ao agirem assim, dessa forma coletiva, produzem integração social. (MELO, 2016, p.13)⁶⁷

A interação entre os atores mediada pelo entendimento linguístico, processo em que os envolvidos se reconhecem reciprocamente como sujeito, agem cooperativamente e constroem sujeitos, saberes e práticas coletivas, é fundamental para a efetivação da estratégia de promoção da Saúde e deve acontecer em todos os espaços. A ação comunicativa, como já foi dito por Melo,

refere-se a uma interação mediada pela linguagem, na qual os atores se entendem uns com os outros para coordenar suas ações, em outras palavras, interação que tem como mecanismo coordenador da ação o entendimento linguístico. Só neste caso e apenas nele, tem-se a ação comunicativa. O Entendimento linguístico e acordo racional entre sujeitos ou o processo racional de obtenção desse acordo, mediado pela linguagem no seu uso comunicativo cotidiano, a fala. (Melo, 2016, p.18)⁶⁷

Sendo assim, a Ação comunicativa assume papel de poderosa argamassa de sustentação e liga na construção do empoderamento, da autonomia, da equidade, da participação social, da intersetorialidade, da sustentabilidade, de ações multiestratégicas e de todos os princípios que regem o SUS, para a Promoção de Saúde, visto que será através do diálogo e do entendimento que tal estratégia poderá ser de fato viabilizada de forma permanente e duradoura

2.8. Sustentabilidade

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é feito pelas três esferas de governo, federal, estadual e municipal, conforme determina a Constituição Federal (1988)⁶⁸, que estabelece as fontes de receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Os percentuais de investimento financeiro dos municípios, estados e União no SUS são definidos atualmente pela Lei Complementar 141 (2012)⁶⁹, que regulamenta a Emenda Constitucional nº 29 (2000)⁷⁰. A Emenda Constitucional n.º 29 definiu a participação das esferas de governo no financiamento do SUS da seguinte forma: “No caso dos Estados e Municípios, eles devem destinar, no primeiro ano, pelo menos 7% da receita de impostos, compreendidas as transferências constitucionais, sendo que esse percentual pode aumentar·anualmente, em pelo menos 1/5, até atingir, em 2004, 12% para os estados e 15% para os municípios. No caso da União, fica definido, para o ano de 2000, o montante empenhado em artes e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999, acrescido de, no mínimo, 5% (cinco por cento); para os anos 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).” Para os estados e municípios, a EC nº 29 não deixa dúvidas com relação ao percentual a ser aplicado. O cuidado esta em apurar corretamente a receita de imposto, nela compreendidas as transferências constitucionais.

Em 2017, foi aprovada a PEC 29 (2017)⁷¹. Altera o art. 159 da Constituição Federal para disciplinar a distribuição de recursos pela União ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM). Altera a Constituição Federal para determinar que parcela dos recursos dos Impostos de Renda e sobre Produtos Industrializados seja destinada ao Fundo de Participação dos Municípios no mês de setembro de cada ano. Ela eleva de 49% para 50% o repasse da União ao fundo relativo ao Imposto de Renda (IR) e ao Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI). O acréscimo de receita deverá ser repassado em setembro de cada ano. A estimativa é de que, com a proposta, as transferências aos municípios via FPM (Fundo de Participação dos Municípios) possam chegar a R\$ 5,6 bilhões em 2021. A PEC corrige uma injustiça na distribuição da receita tributária no Brasil, ao ampliar a pequena parcela de recursos que cabe aos municípios brasileiros. Isso faz com que os municípios não possam cumprir, muitas vezes, com as suas necessidades básicas de criar a infraestrutura necessária para o conforto e a segurança da população, e também a prestação de serviço que é responsabilidade dos municípios, principalmente nas áreas de saúde e educação do primeiro grau.

Na contra-mão da PEC 29 (2017)⁷¹, o governo Federal já havia editado a PEC 241 (2016)⁷², que tem como objetivo frear a trajetória de crescimento dos gastos públicos e tentar equilibrar as contas públicas. A ideia desta PEC é fixar por até 20 anos, podendo ser revisado depois dos primeiros dez anos, um limite para as despesas: será o gasto realizado no ano anterior corrigido pela inflação (na prática, em termos reais - na comparação do que o dinheiro é capaz de comprar em dado momento - fica praticamente congelado). A mesma entrou em vigor em 2017, portanto, o Orçamento disponível para gastos será o mesmo de 2016, acrescido da inflação daquele ano. A medida irá valer para os três Poderes – Executivo, Legislativo e Judiciário. Pela proposta atual, os limites em saúde só começarão a valer em 2018.

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é de responsabilidade das três esferas de governo: da União, dos estados e dos municípios. Hoje, quem determina quanto a União vai destinar à Saúde é a Emenda Constitucional 86 (EC nº 86, 2015)⁷³, em vigor desde o começo de 2016. A EC 86 estabelece que, entre 2016 e 2020, parcela crescente da RCL deverá ser destinada à Saúde: 13,2% em 2016 e 13,7% em 2017 – até chegar a 15% em 2020. Entretanto, a União antecipou a aplicação dos 15% para 2017 (ano em que seria 13,7%) e, assim, congelará a verba em patamar maior em 2018. Com a mudança, em 2017, serão injetados na saúde 10 bilhões de reais a mais do que o que era previsto pelo Orçamento Impositivo. Entretanto, a vantagem financeira perdura ainda em 2018, quando o SUS terá 5,08 bilhões de reais a mais. Mas, a partir de 2019, a saúde começa a perder

dinheiro. "Qualquer ganho de receita, no futuro, deixará de ser repassado". Isso acontece porque, na atual regra, a verba repassada para a área é vinculada à receita da União e, se o Governo arrecada mais dinheiro com os impostos, o dinheiro para a saúde também aumenta na mesma proporção. A PEC 241 mudará isso. A partir de 2018, o Orçamento será corrigido apenas pela inflação. Qualquer ganho de receita não será repassado à saúde. A PEC 241, contingenciou uma parte importante dos recursos destinados a saúde. Não bastasse esse cenário de desfinanciamento, deparamo-nos, agora, com um contingenciamento de recursos do orçamento do Ministério da Saúde que afetará de forma significativa os investimentos necessários para a ampliação imediata de serviços ambulatoriais e hospitalares, impossibilitará a implantação das Redes de Atenção à Saúde em todas as regiões dos estados brasileiros e terá repercussão na prestação de ações assistenciais e sanitárias ofertadas a toda população. Além disso, gastos com programas sociais também podem ser afetados pelo congelamento. Segundo especialistas e entidades setoriais, esta medida prejudicaria o alcance e a qualidade dos serviços públicos oferecidos. A proposta pode sucatear o Sistema Único de Saúde, utilizado principalmente pela população de baixa renda que não dispõe de plano de saúde. Além disso, de acordo com o texto da proposta, o reajuste do salário mínimo só poderá ser feito com base na inflação - e não pela fórmula antiga que somava a inflação ao percentual de crescimento do PIB. Isso atingirá diretamente o bolso de quem tem o seu ganho atrelado ao mínimo.

2.8.1. Os recursos do Programa Academia de Saúde (PAS)

Por meio da Portaria MS nº 1.401 (2011)⁷⁴, foi instituído, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o “incentivo para construção” de Polos da Academia da Saúde e por meio da Portaria MS nº 1.402 (2011)⁷⁵, foram instituídos “incentivos para custeio” das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde.

De acordo com a Cartilha de Informação sobre a Academia da Saúde (2014)⁸, publicada pelo Ministério da Saúde, as modalidades de construção do programa Academia da Saúde terão os valores descritos para financiar sua construção. São três modalidades e terão os valores transferidos a título e incentivo pelo MS:

- Modalidade Básica: R\$ 80.000,00 – 300 m²;
- Modalidade Intermediária: R\$ 100.000,00 – 312 m²;
- Modalidade Ampliada: R\$ 180.000,00 – 550 m².

Ainda de acordo com a cartilha, os recursos financeiros de apoio ao PAS preveem investimentos na construção do polo e recurso de custeio e manutenção e funcionamento do programa. Os recursos de construção serão repassados da seguinte forma:

- Primeira parcela — 20% do valor total aprovado, após a publicação da portaria de habilitação;
- Segunda parcela — equivalente a 60% do valor total aprovado, mediante a apresentação da ordem de início do serviço, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações solicitadas no SISMOB (SISMOB – Sistema Informatizado de Monitoramento de Obras do Ministério da Saúde);
- Terceira parcela — equivalente a 20% do valor total aprovado, mediante a apresentação do atestado de conclusão da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra e demais informações solicitadas no SISMOB;

A Cartilha orienta ainda que para realização do projeto, o município deverá seguir a programação arquitetônica de acordo com a modalidade aprovada, de acordo com o anexo da portaria MS nº 1.402 (2011)⁷⁵ que redefine os recursos de investimento do Programa. O espaço deverá ser identificado conforme Manual de Identidade Visual do programa. O Programa Academia da Saúde também prevê os incentivos de custeio das ações, que serão repassados pelo Município com NASF e Município sem NASF.

Municípios com NASF → Incentivo: Piso variável da Atenção Básica (PAB) = R\$ 3000,00/MENSAL por polo vinculado ao NASF

Município sem NASF → Incentivo: Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) = R\$ 3000,00/Mensal por município

Para cadastrar os recursos de custeio do programa basta o Município se cadastrar no Polo do programa Academia da Saúde e seguir as etapas descritas no site eletrônico do MS.

De acordo com uma publicação do MS (2015)⁷⁶, o Programa Academia da Saúde recebe recurso federal para sua construção e/ou custeio, porém é imprescindível haver contrapartidas do município para seu pleno funcionamento. Segundo o monitoramento, as principais contribuições municipais para o Programa são direcionadas à manutenção do espaço do polo (89%), à aquisição de materiais de consumo (87%) e à aquisição de materiais permanentes (83%). Um percentual relativamente baixo, 8% dos polos, não recebe nenhuma contrapartida municipal, porém um resultado preocupante é que apenas 37% dos polos recebe apoio para a contratação de profissionais. É muito importante discutir os investimentos a serem direcionados ao Programa no planejamento orçamentário municipal, a mobilização da comunidade para reivindicar recursos e garantir boas condições de funcionamento é uma excelente forma de advocacy junto à gestão local.

Para que se tenha uma noção da quantidade de academias existentes e contempladas, buscamos um estudo publicado por Sá et. al. (2016)⁷⁷. Os autores relatam que por meio de

um questionário eletrônico enviado a todos os municípios contemplados com o Programa Academia da Saúde, em maio de 2015, dos 2849 contemplados pelo Programa, 2418 responderam ao monitoramento em 2015, representando 85% dos municípios habilitados com o Programa Academia da Saúde no período. Dentre os respondentes, 1.636 municípios informaram que o Programa ainda não estava em funcionamento, em alguns casos com a construção do polo ainda não finalizada e outros com obras ainda não iniciadas. Um total de 782 SMS informaram possuir polos em funcionamento e também responderam a planilha com questões relativas às atividades desenvolvidas em seus polos. Como algumas SMS possuem mais de um polo em funcionamento, o total de polos respondentes foi maior que o número de SMS respondentes, totalizando 856 polos.

Tabela 1 - Número de municípios habilitados com Polo do Programa Academia da Saúde e número de participantes do Monitoramento 2015 - Total e por Unidade da Federação - Brasil - Maio/2015

Região	UF	Municípios Habilitados (construção + similares)	Municípios que responderam o monitoramento	Percentual de respondentes (%)	Nº de polos em funcionamento respondentes
CO	DF	01	01	10	00
	GO	125	120	96	35
	MS	63	42	67	12
	MT	67	61	91	12
	SUBTOTAL	256	224	08	59
NE	AL	57	50	88	09
	BA	200	168	84	55
	CE	113	108	96	33
	MA	91	60	66	15
	PB	155	143	92	45
	PE	135	132	98	144
	PI	107	82	77	19
	RN	92	80	87	23
	SE	45	45	100	18
SUBTOTAL	995	868	30	361	
NORTE	AC	22	22	100	10
	AM	13	09	69	02
	AP	11	06	55	00
	PA	94	69	73	23
	RO	12	12	100	02
	RR	12	11	92	07
	TO	93	51	55	17
	SUBTOTAL	257	180	06	61
SE	ES	30	24	80	08
	MG	376	319	85	137
	RJ	60	51	85	13
	SP	272	226	83	78
	SUBTOTAL	738	620	22	236
SUL	PR	197	163	83	60
	RS	282	239	85	34
	SC	124	124	100	45

	SUBTOTAL	603	526	18	139
	TOTAL	2849	2418	85	856

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação Geral das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Monitoramento 2015 Programa Academia da Saúde

2.9. A Atenção Primária a Saúde

De acordo com o MS (2012)⁷⁸ :

No Brasil, a Atenção Básica a saúde (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Fundamentalmente se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, assumem um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Dotar essas unidades da infraestrutura necessária a esse atendimento é um desafio que o Brasil, único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes, com sistema de saúde público, universal, integral e gratuito, está enfrentando, com os investimentos do Ministério da Saúde. Essa missão faz parte da estratégia “Saúde Mais Perto de Você”, que enfrenta obstáculos à expansão e ao desenvolvimento da atenção básica no País.”

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos, e assim é que tem também a função de coordenação do sistema.

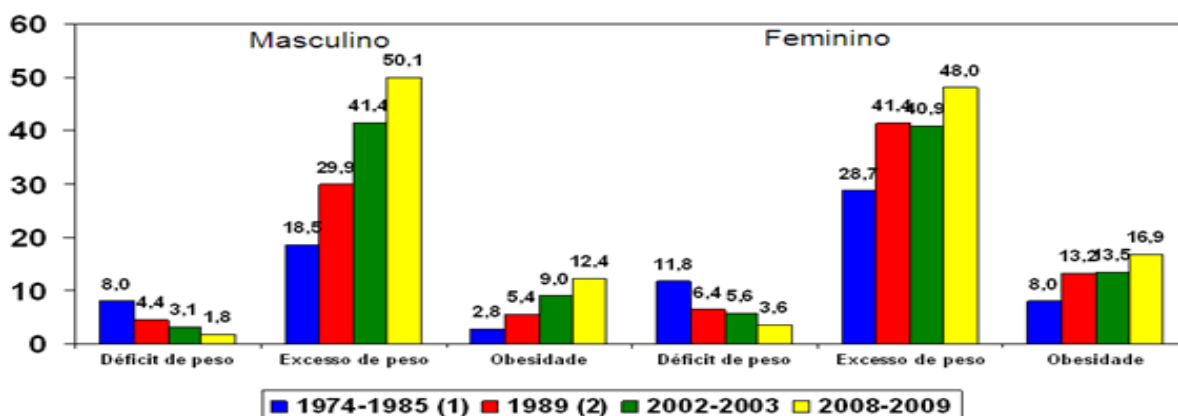
A Portaria nº 2.488 (2011)⁷⁹, PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e Portaria nº 687 (2006)⁸⁰, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), subsidiam a as Academias da Saúde. Atenção Básica (AB) é desenvolvida pelos municípios, ficando, assim, mais perto da população. Ela deve ser o primeiro contato dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS), a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde. As ações da AB buscam a ampliação da autonomia, considerando o contexto de vida, a cultura, a realidade social das pessoas e das coletividades por meio do trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe, na busca pela produção do cuidado integral.

Já a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no SUS, tem como estratégia de promoção da saúde nos aspectos que determinam o processo saúde-doença e as possibilidades de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. Trata-se de uma política transversal, integrada e intersetorial, que estimula a composição de redes de

compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, a partir da participação de todos no cuidado com a saúde. A PNPS tem o objetivo geral 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.

O surgimento das Academias da Saúde tem relação com a necessidade de se provocar uma transformação na maneira como se organizavam e eram oferecidos os serviços de saúde para garantir o acesso e os cuidados concernentes ao cenário de adoecimento e mortalidade por condições crônicas, sobretudo no que tange ao excesso de peso e obesidade. A prevalência desses agravos no Brasil de 1975 a 2009, é demonstrada no gráfico abaixo:

Figura 2. Prevalência de déficit de peso, excesso de peso e obesidade entre adultos > 20 anos/sexo, Brasil, 2010



Fonte: Censo 2010, ibge.gov.br

De acordo com Cartilha de Informações do MS⁸, a criação do Programa Academia da Saúde teve a finalidade de: “promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros, por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais”.

Diversas iniciativas regionais já vinham promovendo a prática de atividade física como principal ação no enfrentamento de sobrepeso e obesidade nos anos 2000, em espaços públicos ou em espaços especialmente construídos para o desenvolvimento das ações, contando com ampla participação da comunidade.

Entre as ações do Ministério da Saúde para incentivar a prática de hábitos saudáveis na população, está o Programa Academia da Saúde, iniciativa de implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para a orientação de saúde e atividades físicas. Hoje já são mais de 3 mil polos habilitados para construção em mais de 2 mil municípios. As academias da Saúde surgiram de forma oficial a partir de 2011. O

encaminhamento de usuários ou indivíduos que queiram ou necessitam praticar exercícios físicos é realizado pelos profissionais da ESF, após avaliação pelo médico da equipe, para os casos de encaminhamento via UBS. Nos demais casos, demanda espontânea, os profissionais Técnicos Superiores e Saúde/Educadores Físicos poderão recepcionar estas pessoas e realizar a avaliação física, retornando aquelas que não estiverem aptas, para as ESF para que possam realizar exames mais aprofundados com relação ao estágio inicial de sua aptidão física e o risco para saúde ou, aceitar o usuário que preencha todos os requisitos para a prática de exercícios após a avaliação física.

O Programa Academia da saúde se apresenta hoje como uma das principais estratégias de mudança de hábitos e melhoria da saúde e da qualidade de vida para as equipes de Saúde da família e conseqüente redução das doenças crônicas não transmissíveis. As academias da Saúde são ferramentas muito importantes para a Promoção da Saúde melhoria da qualidade de vida dos usuários. Incorporados nas equipes de saúde da família os profissionais Técnicos superiores de saúde/Educadores Físicos, são os responsáveis pelas rotinas de avaliação física, ministrarem as aulas e praticas corporais do PAC. Para Sá et.al. (2014)⁷⁷, desde sua criação em 2011, o PAS é equipamento público diferenciado na Atenção Básica, atuando como porta de entrada para o serviço de saúde e promovendo autocuidado por meio de atividades físicas orientadas e outras temáticas. O Programa Academia da Saúde (PAS) em Belo Horizonte, MG, ainda conhecido como Academia da Cidade, iniciou suas atividades em 2005, sendo incorporado pela Secretaria Municipal de Saúde em espaços intersetoriais que oferecessem condições para praticas de exercícios e caminhadas de forma orientada por profissionais inicialmente contratados. A infraestrutura de material inicial era feita com improvisos de materiais reciclados e de baixo custo. A instalação das Academias foi feita em áreas de vulnerabilidade aumentada e risco potencial a saúde. Entre 2007 e 2008 ocorreu a expansão do programa no município, potencializadas pelo Orçamento Participativo, sendo gradativamente habilitado pela política nacional a partir de 2011. Atualmente, coexistem em Belo Horizonte, MG, polos da Academia da Saúde similares e Academias da Cidade, nominalmente denominados PAS. Até o primeiro semestre de 2017, dos 76 polos existentes, 57 foram habilitadas como similares. O PAS recebe a população encaminhada pelos Centros de Saúde e também demanda espontânea. Cerca de 400 pessoas são atendidas por polo, que opera em locais públicos próprios ou compartilhados em até três turmas. De acordo com Sá et. al. (2014)⁷⁷ acompanhando a redefinição do programa, as atribuições do PAS foram ampliadas para além da atividade física e alimentação saudável, sendo espaços recomendados para produção do cuidado e de modos de vida saudável, mobilização da comunidade, educação em saúde, práticas artísticas e culturais, práticas integrativas complementares, planejamento e gestão.

2.10. Atividades Física como Estratégia de Promoção da Saúde

A OMS (2009)⁸¹ destaca que Inatividade física é o quarto fator de risco mais importante para a mortalidade em todo o mundo (6% de mortes em todo o mundo). Atrás apenas da hipertensão (13%), o consumo de tabaco (9%) e glicose no sangue em excesso (6%). O excesso de peso e obesidade representam 5% de mortalidade global. A inatividade física está se tornando cada vez mais generalizada em muitos países, e isso tem um impacto significativo sobre a saúde geral da população do mundo, a prevalência de doenças não transmissíveis (por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes ou câncer) e seus fatores de risco, tais como hipertensão, glicose no sangue em excesso ou com excesso de peso. A OMS (2009)⁸¹ estima que inatividade Física, é a principal causa, aproximadamente 21-25%, dos cânceres de mama e os cânceres do cólon, 27% de diabetes, e cerca de 30% de doenças isquêmica cardíaca. Estudos realizados no ano anterior, também pela OMS (2008)⁸², concluíram que as doenças crônicas não transmissíveis já representam quase metade global da carga de doenças. Estima-se que a cada 10 mortes seis são atribuíveis a doenças não transmissíveis.

A prática e exercícios físicos é, de acordo com centenas de pesquisas fundamentadas e publicadas, uma ferramenta importantíssima para a promoção da Saúde e a melhoria da Qualidade de Vida da população. Matsudo (2002)⁸³, cita em seus estudos que a Atividade Física tem um papel fundamental na prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis, na melhoria da mobilidade, da capacidade funcional e qualidade de vida durante o envelhecimento. E ainda, que tão importante quanto estimular a prática regular de atividades aeróbicas, fortalecimento muscular e de equilíbrio, deve-se adotar um estilo de vida ativo, importante para o envelhecimento saudável e com qualidade.

Esta conclusão reforça a importância da prática de exercícios físicos como uma das vertentes fundamentais na Promoção da Saúde e prevenção de doenças. De acordo com Pinho e Petroski (1999)⁸⁴, os benefícios da Atividade Física para a saúde são obtidos através de um estilo de vida ativo, com programa de atividades que contribuam para o desenvolvimento orgânico e funcional do corpo, aliado a hábitos alimentares saudáveis. Assim melhoria na qualidade vida tendem a ser conquistadas de forma permanente.

Segundo a OMS (2002)⁸⁵, a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de cólon e mama e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, diminui o risco de obesidade, auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. Especialmente em crianças e jovens, a atividade física interage positivamente com as estratégias para adoção de uma dieta saudável, desestimula o uso do tabaco, do álcool, das drogas, reduz a violência e promove a integração social. O

rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, estimando-se que a inatividade física seja responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo. Monteiro et. al. (2003)⁸⁶, entrevistaram 11.000 pessoas do Nordeste e Sudeste do país, para avaliar a prática de atividade física no lazer (AFL). Os resultados mostraram que apenas 13% dos entrevistados realizavam algum tipo de AFL e apenas 3,3% cumpriam com o recomendado (30 minutos por cinco ou mais vezes na semana). Os determinantes mais importantes foram renda e escolaridade tanto para homens como para mulheres, sendo que no caso dos homens os autores encontraram maior frequência de prática de AFL em áreas urbanas, não havendo diferença entre urbano e rural no caso das mulheres. Vários estudos locais avaliaram fatores socioeconômicos e a prática de atividade física. Matsudo et. al. (2002)⁸³, relataram para o estado de São Paulo, uma frequência de 50% de indivíduos ativos ou muito ativos, de acordo com o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). O sedentarismo foi maior nos extremos de classe social (A e E). No Rio de Janeiro, Salles-Costa et. al. (2003)⁸⁷ estudaram a atividade física no lazer (AFL), em funcionários de uma universidade no estudo Pró-Saúde, observando um predomínio masculino na prática de atividade física no lazer. A idade, a escolaridade e a renda familiar per capita estiveram diretamente associadas à prática de exercícios entre as mulheres e, entre os homens, essa associação positiva se deu com a renda familiar per capita. Os homens se engajaram mais em atividades físicas coletivas e de caráter competitivo e as mulheres em atividades individuais, que requerem menos força física. Pitanga et. al. (2005)⁸⁸ estudaram atividade física em Salvador (BA), no ano de 2000, usando o mesmo instrumento IPAQ. As variáveis estudadas foram: sexo, idade, estado civil e escolaridade. Tanto para homens como mulheres, a baixa escolaridade se mostrou diretamente associada com sedentarismo, com um efeito dose-resposta: fixando em 1 a frequência de sedentarismo para as pessoas com alta escolaridade, esse valor foi de 1,43 para as de escolaridade média e 1,79 para as com baixa escolaridade. Dias da Costa et. al. (2005)⁸⁹ estudaram adultos de 20-69 anos na cidade de Pelotas em 2000 e relataram 80% de inatividade física. Baretta et. al. (2007)⁹⁰ investigaram sedentarismo no município de Joaçaba (SC) e, ao contrário de outros estudos, encontraram associação com renda elevada. Azevedo et. al. (2007)⁹¹ estudaram a prática de Atividade Física Livre (AFL) em Pelotas, observando que os homens tiveram maior AFL que as mulheres, com uma associação positiva do nível socioeconômico com esta prática em ambos os sexos. Uma associação dose-resposta positiva entre idade e inatividade física foi encontrada nos homens, mas não nas mulheres. Em adolescentes de 10-12 anos em Pelotas, Hallal et. al. (2006)⁹² relataram

58,2% de sedentarismo. Oehlschlaeger et. al. (2004)⁹³, estudando esta mesma cidade, identificaram prevalência de sedentarismo maior nas classes sociais mais baixas, assim como uma relação inversa entre a escolaridade do adolescente e de sua mãe com o sedentarismo. Há uma série de lacunas do conhecimento com relação à importância dos determinantes sociais na prática da atividade física. Hallal et. al. (2007)⁹⁴, em uma recente revisão sistemática da literatura assinalam que, apesar do aumento da produção científica no Brasil acerca deste tema, não se encontram estudos de base nacional sobre o nível de atividade física no país. Esses mesmos autores encontraram muitas deficiências metodológicas, detectando, por exemplo, 26 diferentes definições operacionais de sedentarismo. Há, também, a necessidade de estudos que levem em conta variáveis de natureza qualitativa, como por exemplo, as concepções acerca do ideal de corpo segundo o gênero, as quais influenciam comportamentos distintos de homens e mulheres no que se refere à prática de exercícios físicos. A superação dessas deficiências de conhecimento é imperativa para subsidiar a definição de políticas de conscientização e incentivo da atividade física, que devem ser diferenciadas e adequadas do ponto de vista sociocultural.

A nova Política Nacional de Promoção da Saúde, do Ministério da Saúde, tem como objetivo deter o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). No Brasil, assim como noutros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para os quatro grupos de causas de morte enfocados pela OMS: cardiovasculares; câncer; respiratórias crônicas; e diabetes (SCHMIDT et. al., 2011)⁹⁵ (DUNCAN et. al., 2011)⁹⁶. As DCNT são responsáveis por grande custo econômico, repartido entre o sistema de saúde, a sociedade e as famílias. Conforme a OMS, essas doenças criam um círculo vicioso com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvimento macroeconômico dos países, especialmente daqueles de média e baixa renda (ABEGUNDE et. al., 2007)⁹⁷. O enfrentamento às DCNTs é um dos principais desafios de saúde pública no mundo. Por isso o planejamento de ações voltadas para prevenção dos fatores de risco, como o sedentarismo e má alimentação, além de investimentos na qualificação da atenção e da assistência aos pacientes, são fundamentais para diminuir os índices brasileiros.

3. OBJETIVOS

A) Objetivo Geral:

Estudar a relação entre as UBS e as Academias da Cidade, referente ao fluxo de e a indicação usuários para o PAC.

B) Objetivos Específicos

- Descrever o Fluxo de Encaminhamento das Equipes de Saúde para as Academias da Cidade;
- Analisar a opinião e as atitudes dos Profissionais de Saúde em relação a Academia da Cidade;
- Analisar as dificuldades, pontos fortes e pontos fracos da Rede de Saúde das Academias da Cidade.

4. METODOLOGIA

Trata-se de estudo de natureza quantitativa, cuja metodologia consistiu de entrevistas semiestruturadas, utilizando questionários autoaplicáveis, com profissionais da Estratégia de Saúde da Família de Belo Horizonte. Foi feita amostragem por conglomerados em um estágio, constituído pela seleção das Unidades de Saúde, a saber, 5 Unidades de Saúde em cada Regional de Belo Horizonte, perfazendo um total de 45 Unidades participantes do estudo. Foram entrevistados todos os profissionais da Unidade – toda a equipe básica de saúde da família, profissionais de saúde responsáveis pelo apoio à equipe e profissionais da administração e manutenção – presentes no momento de realização da pesquisa.

O questionário foi elaborado pela equipe a partir de subsídios da literatura, tendo sido submetido a discussão com experts pertencentes ao quadro do Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência e à discussão com profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Para testar o questionário, foram realizadas entrevistas abertas com profissionais de saúde da família. Depois de todas as modificações, foi feito piloto em uma Unidade de Saúde, não pertencente à amostra, com a aplicação do questionário, a todos os profissionais, durante o horário de atendimento normal da UBS, seguindo rigorosamente, as orientações da pesquisa. Ajustes sobre a forma de abordagem dos profissionais, de horários e locais de realização da pesquisa, forma de distribuição e coleta dos questionários, foram feitos a partir do piloto nessa UBS.

O questionário é composto de vários blocos de perguntas. Para o presente estudo, foi utilizado o bloco de perguntas relativas ao Programa Academia da Cidade, com 15 perguntas de múltipla escolha. (Questionário-ver anexo). Foram utilizadas como variáveis respostas, a indicação para o PAC, a Existência de Fluxo de Encaminhamento, a utilização de Instrumentos para avaliação, os passos para Construção de um Fluxo de Encaminhamento, as dificuldades para o encaminhamento para o PAC e sugestões para fortalecimento da relação UBS x PAC. Como variáveis explicativas, a função ocupada pelo servidor, a oportunidade de contribuir com a equipe de trabalho, satisfação com o trabalho,

o esgotamento físico e emocional, a exaustão emocional pelo trabalho, a frustração com o trabalho, o estresse provocado pelo trabalho com pessoas, o esgotamento provocado pelo trabalho, o excesso de trabalho, o cansaço no trabalho e o esforço excessivo no trabalho com pessoas.

As entrevistas autoaplicáveis foram acompanhadas por entrevistadores que passaram por treinamento antecipado sobre o preenchimento dos questionários. Após a aplicação dos questionários, iniciou-se a fase de codificação, em que as respostas eram passadas para o gabarito de respostas, sendo dirimidas, coletivamente, pela equipe de pesquisadores, as possíveis dúvidas sobre o preenchimento. Só então, a folha de gabarito era repassada ao digitador, para armazenar os dados colhidos pelo questionário. Para tanto, foi utilizado o software de Estatística denominado SPSS⁹⁸ - Statistical Package for the Social Sciences da IBM.

A análise estatística foi baseada em distribuição de frequências, univariada e bivariada, em gráficos simples e do tipo box-plot. O teste qui-quadrado de homogeneidade foi aplicado para avaliar se a proporção de profissionais que indicam usuários ao PAC é a mesma nos níveis de cada variável explicativa. Foi realizada também Regressão Logística Binária para identificar as variáveis que explicam a probabilidade do profissional a) indicar o usuário ao PAC e b) conhecer a existência de fluxo de encaminhamento de usuários ao PAC.

A regressão logística é um tipo de modelo de regressão para ajustar dados binários. A variável resposta não é contínua, mas binária, e segue uma distribuição Binomial. Os aspectos teóricos e práticos sobre esse modelo podem ser obtidos em Lindsey (1997)⁹⁹. A função logística ou logit é usada para transformar uma curva com formato S em uma reta e para mudar a amplitude da proporção de 0 a 1 para $-\infty$ a $+\infty$. Neste caso, a função logística é definida como o logaritmo natural (\ln) das chances do profissional indicar os usuários ao PAC (e também do profissional conhecer o fluxo de encaminhamento ao PAC). Ou seja,

$$\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) \quad \text{.....(1)}$$

Em que p é a probabilidade do profissional indicar os usuários ao PAC (e também do profissional conhecer o fluxo de encaminhamento ao PAC). A relação entre a probabilidade do profissional indicar os usuários ao PAC (e também do profissional conhecer o fluxo de encaminhamento ao PAC) e as variáveis explicativas deverá ser modelada da seguinte forma:

$$\text{logit}(p) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_p x_p \quad \text{.....(2)}$$

O ajuste do modelo de regressão logística foi avaliado por meio do teste de Hosmer e Lemeshow que examina se a proporção observada de eventos (indicar os usuários ao PAC; e conhecer o fluxo de encaminhamento ao PAC) é similar as probabilidades preditas de ocorrências desses eventos em subgrupos. Neste teste H0 significa que o modelo se ajusta bem aos dados, conforme Hosmer e Lemeshow (1980)¹⁰⁰ e Lemeshow e Hosmer (1982)¹⁰¹. Toda variável com um valor $p \leq 0,20$ foi candidata ao modelo logístico, devendo obter nesta última análise um valor $p \leq 0,05$ para permanecer no modelo final. Foram obtidas as razões de chances (OR) para cada variável incluída no modelo final, utilizando um intervalo de confiança de 95%.

Com o objetivo de sintetizar a indicação das respostas de um conjunto de perguntas qualitativas referentes a infelicidade no trabalho por parte dos profissionais, construiu-se um indicador para representar esses graus de infelicidades no trabalho. As categorias (ou níveis) destas variáveis foram recodificados assim: (-3) nunca, (-2) algumas vezes por ano, (-1) uma vez por mês, (0) algumas vezes por mês, (1) uma vez por semana, (2) algumas vezes por semana e (3) todo dia. O Quadro 1 apresenta as variáveis de composição de cada indicador.

Quadro 1 - Composição dos indicadores

Indicador	Variáveis	Descrição
Infelicidade no Trabalho	X1	Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho
	X2	Eu me sinto como se estivesse no meu limite
	X3	Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho
	X4	Eu me sinto frustrado com o meu trabalho
	X5	Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado
	X6	Eu me sinto esgotado com meu trabalho
	X7	Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego
	X8	Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho
	X9	Trabalhar com as pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim
	X10	Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas
	X11	Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos
	X12	Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho
	X13	Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente

	X14	Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes
--	-----	--

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

O indicador de infelicidade no trabalho foi construído a partir de uma soma das variáveis ordinais recodificadas de forma que a soma dos níveis desta variável recodificada resultou em 1. A expressão para o cálculo desse indicador é apresentada a seguir. Indicador de infelicidade no trabalho (IIT):

$$IIT = \sum_{i=1}^{14} X_i \quad \dots\dots (3)$$

Esse indicador IIT foi padronizado para assumir valores na escala 0-1. A padronização adotada foi a seguinte

$$Ipad_i = \frac{I_i - \min(I)}{\max(I) - \min(I)} \quad \dots\dots (4)$$

É importante notar que quanto mais próximo de 1 for esse indicador padronizado, maiores serão os indicativos, segundo a opinião dos profissionais, de mais infelicidade no trabalho (IIT). A distribuição desse indicador foi comparada segundo outras variáveis qualitativas. Outros detalhes sobre a construção de indicadores a partir de variáveis qualitativas podem ser encontrados em Wittkowski et al. (2004)¹⁰².

5. RESULTADOS

Foram aplicados 1042 questionários junto aos profissionais de saúde, sendo eles, Gerentes, Médicos, Enfermeiros, Nutricionistas, fisioterapeutas, professores de Educação Física, Serviço Social, ACS, ACE, Guardas municipais, contratados da área de limpeza e funcionários da área administrativa.

A indicação para a prática

de atividades físicas no PAC, é mostrada na Tabela 4, onde se verifica que 61% dos entrevistados responderam que têm o hábito de indicar usuários para participar do programa. 17,6% não têm esse hábito, 21,4% entenderam que a pergunta não se aplica ou não informaram.

Tabela 2 – Relação entre o Hábito de indicar práticas de educação física segundo variáveis estudadas

Variáveis explicativas	Você tem o hábito de indicar os usuários para o PAC?			Total	Valor p
	Sim	Não	Não informado / Não se aplica		

	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tempo de Trabalho									
Maior 10 anos	242	64,9	62	16,6	69	18,5	373	35,8	0,0668
Até 10 anos	394	58,9	121	18,1	154	23,0	669	64,2	
	636	61,0	183	17,6	223	21,4	1042	100,0	
Função Ocupada									
Não ACS	380	53,1	146	20,4	190	26,5	716	68,7	0,0001
ACS	256	78,5	37	11,3	33	10,1	326	31,3	
	636	61,0	183	17,6	223	21,4	1042	100,0	
Oportunidade de Contribuir									
Não	114	54,0	45	21,3	52	24,6	211	20,2	0,0145
Sim	497	63,6	135	17,3	150	19,2	782	75,0	
Não informado	25	51,0	3	6,1	21	42,9	49	4,7	
Satisfação com Trabalho									
Nunca / raramente	44	48,4	28	30,8	19	20,9	91	8,7	0,0119
Quase sempre / Sempre	583	62,4	151	16,2	200	21,4	934	89,6	
Não informado	9	52,9	4	23,5	4	23,5	17	1,6	
Sinto Esgotado									
Não	119	58,9	32	15,8	51	25,2	202	19,4	0,5238
Sim	505	61,7	150	18,3	164	20,0	819	78,6	
Não informado	12	57,1	1	4,8	8	38,1	21	2,0	
Sinto Limite									
Não	284	60,7	80	17,1	104	22,2	468	44,9	0,7598
Sim	340	61,8	101	18,4	109	19,8	550	52,8	
Não informado	12	50,0	2	8,3	10	41,7	24	2,3	
Sinto exausto									
Não	300	60,6	83	16,8	112	22,6	495	47,5	0,7550
Sim	315	61,8	97	19,0	98	19,2	510	48,9	
Não informado	21	56,8	3	8,1	13	35,1	37	3,6	
Sinto frustrado									
Não	356	61,2	98	16,8	128	22,0	582	55,9	1,0000
Sim	257	61,2	80	19,0	83	19,8	420	40,3	
Não informado	23	57,5	5	12,5	12	30,0	40	3,8	
Trabalho Direto c/pessoas									
Não	422	62,4	110	16,3	144	21,3	676	64,9	0,2335
Sim	190	58,3	70	21,5	66	20,2	326	31,3	
Não informado	24	60,0	3	7,5	13	32,5	40	3,8	
Sinto esgotado									

Trabalho demais	Não	352	60,6	100	17,2	129	22,2	581	55,8	0,7035
	Sim	264	62,0	81	19,0	81	19,0	426	40,9	
	Não informado	20	57,1	2	5,7	13	37,1	35	3,4	
Cansado manhã	Não	300	60,4	83	16,7	114	22,9	497	47,7	0,6380
	Sim	315	62,0	97	19,1	96	18,9	508	48,8	
	Não informado	21	56,8	3	8,1	13	35,1	37	3,6	
Trabalho esforço	Não	343	62,0	89	16,1	121	21,9	553	53,1	0,6995
	Sim	282	60,6	92	19,8	91	19,6	465	44,6	
	Não informado	11	45,8	2	8,3	11	45,8	24	2,3	
Total	Não	484	61,0	137	17,3	172	21,7	793	76,1	0,7183
	Sim	136	62,7	43	19,8	38	17,5	217	20,8	
	Não informado	16	50,0	3	9,4	13	40,6	32	3,1	
Total		636	61,0	183	17,6	223	21,4	1042	100,0	

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

A Tabela 3 mostra a análise da variável conhecimento sobre o fluxo de encaminhamento segundo as variáveis demográficas estudadas. Verifica-se que 53,7% dos profissionais responderam conhecer a existência de um fluxo. 40,1% disseram não existir um fluxo e 6,0% não souberam informar. A análise bivariada mostra associação estatisticamente significativa apenas entre a variável conhecimento do fluxo associada com o sexo, ou seja, as servidoras de sexo feminino sabem mais da existência do Fluxo de encaminhamento para o PAC (55,9%) do que os servidores de sexo masculino (44%).

Tabela 3 – Existência de Fluxo de Encaminhamento de usuários para o PAC segundo as variáveis demográficas

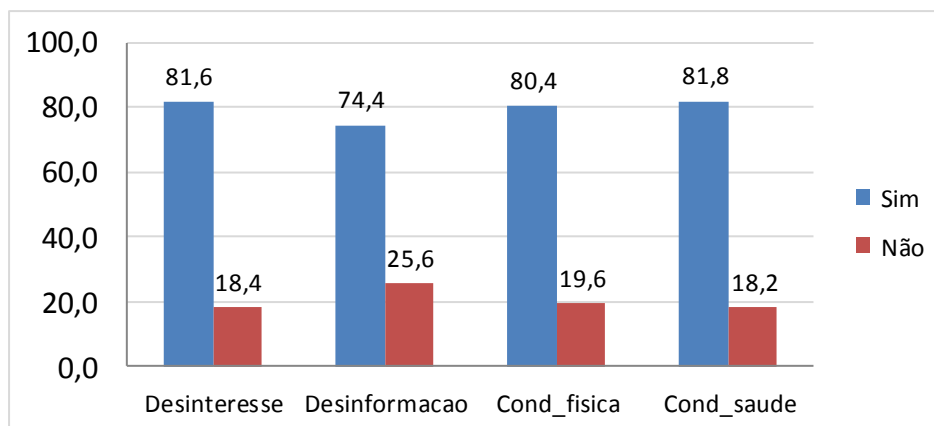
Variáveis demográficas	Existe um fluxo de encaminhamento de usuários para o PAC?						Total		Valor p
	Sim		Não / Não sei		Não informado / Não se aplica		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Sexo									
Masculino	85	44,0	88	45,6	20	10,4	193	18,5	0,0037
Feminino	474	55,9	330	38,9	44	5,2	848	81,4	
Não informado	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1	

Idade	(Até 29 anos) ou (50 e mais anos)	243	53,6	180	39,7	30	6,6	453	43,5	0,9914
	De 30 a 49 anos	313	53,9	234	40,3	34	5,9	581	55,8	
	Não informado	4	50,0	4	50,0	0	0,0	8	0,8	
Estado Civil	Sem parceiro	206	50,6	172	42,3	29	7,1	407	39,1	0,1595
	Com parceiro	345	55,3	244	39,1	35	5,6	624	59,9	
	Não informado	9	81,8	2	18,2	0	0,0	11	1,1	
Raça	Não afro	205	51,0	178	44,3	19	4,7	402	38,6	0,1980
	Afro	350	55,3	238	37,6	45	7,1	633	60,7	
	Não informado	5	71,4	2	28,6	0	0,0	7	0,7	
Grau Instruç.	Sem superior	342	53,2	250	38,9	51	7,9	643	61,7	0,6231
	Com superior / Pós-graduação	216	55,0	165	42,0	12	3,1	393	37,7	
	Não informado	2	33,3	3	50,0	1	16,7	6	0,6	
Total	Total	560	53,7	418	40,1	64	6,1	1042	100,0	

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

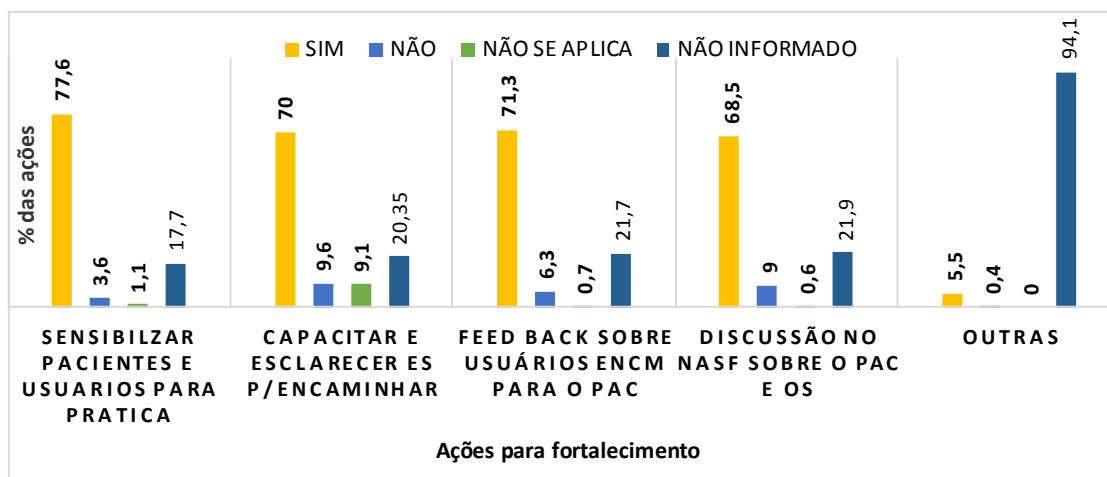
Sobre os passos para construção de um fluxo de referência e contra referência entre as UBS e o PAC para o encaminhamento de usuários, 48,1% não souberam informar, 22,3% não souberam como devem ser os passos para construção de um fluxo, 16,3% souberam explicar de forma completa ou pelo menos parcial a sequência de passos para esta construção passos para a construção do fluxo e 13,1 % responderam que a pergunta não se aplica a eles.

Com relação as dificuldades encontradas, na percepção dos servidores para o encaminhamento de usuários para a pratica de exercícios, foi utilizada a análise bivariada de quatro variáveis relacionadas as Dificuldades de Indicação (Desinteresse, desinformação, Cond. Física e de saúde dos usuários) x Indicação para o PAC, gráfico 1.

Gráfico1 – Percepção dos servidores x Dificuldades de Indicação ao PAC %

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

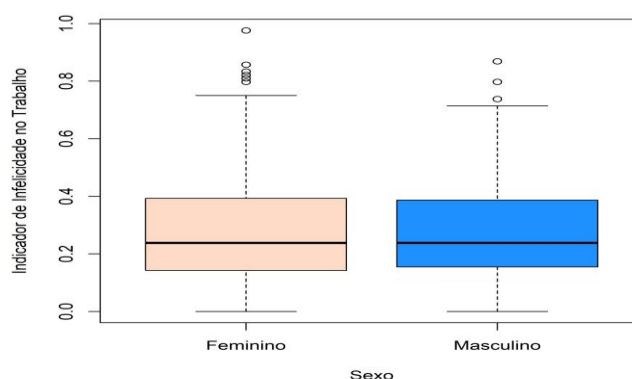
Sobre as ações para fortalecer a relação UBS x PAC, o gráfico 2 abaixo demonstra as ações sugeridas em importância para o fortalecimento desta. Foram apresentadas cinco ações para fortalecimento da relação (A sensibilização dos usuários, a capacitação das equipes de saúde para fazer o encaminhamento e as atividades que são realizadas no PAC, o retorno periódico de informações sobre os usuários encaminhados e a discussão mensal no NASF sobre a promoção da saúde e o PAC). As respostas refletem a percepção dos servidores entrevistados. Portanto, as respostas dadas representam o grau de importância dentre as ações citadas, para melhorar a relação UBS, x PAC.

Gráfico 2 - Ações de Fortalecimento UBS X PAC

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

A fig.3 apresenta a distribuição do indicador de infelicidade no trabalho segundo o sexo dos servidores. Observa-se que não houve variação significativa da infelicidade dos servidores de sexo masculino com os de sexo feminino. As linhas medianas, do 1º e 3º quartis têm a mesma variabilidade não sendo possível demonstrar diferenças desta relação.

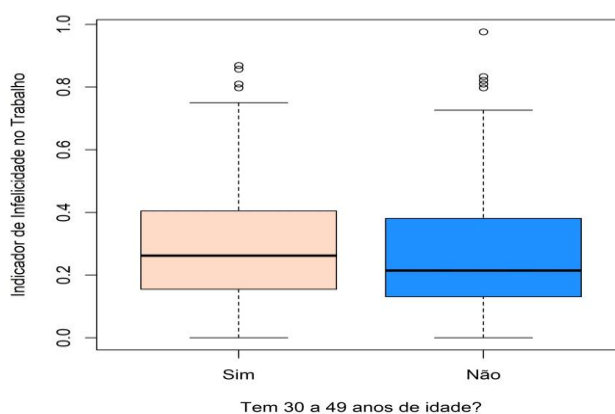
Fig. 3 - Indicador Infelicidade no Trabalho x Sexo



Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2018

A fig. 4 apresenta a distribuição do indicador de infelicidade no trabalho de servidores na faixa etária entre 30 e 49 anos de idade. Observa-se que os profissionais que estão menos infelizes (Azul), apresentam uma mediana assimétrica positiva, e uma variabilidade maior da mediana do que os servidores que estão mais infelizes. Ou seja, servidores na faixa etária de 30 a 40 anos de idade estão mais infelizes que os de outras faixas etárias

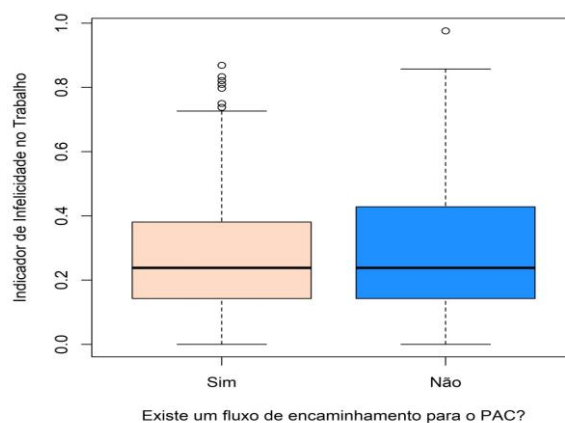
Fig. 4 - Indicador Infelicidade no Trabalho x idade (30 a 49 anos)



Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde,

A fig. 5 apresenta a distribuição do indicador de infelicidade no trabalho e o conhecimento do fluxo para o PAC. Neste caso as medianas também estão idênticas e os quartis (1º e 3º) muito próximos. Não podemos dizer que houve diferenças e portanto não é possível demonstrar a validade desta relação

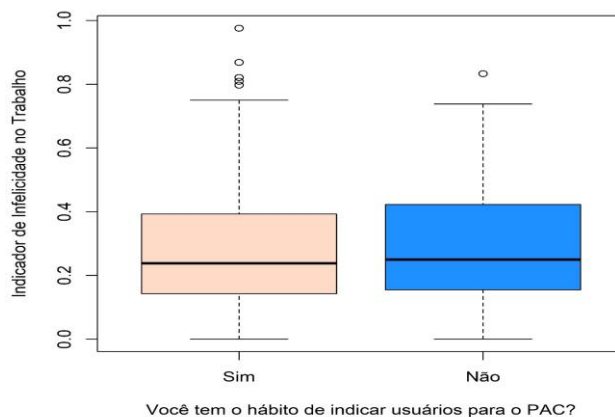
Fig. 5 Indicador Infelicidade no trabalho x FE



Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2018

A Figura 6 apresenta a distribuição do indicador de infelicidade no trabalho segundo o hábito de indicar usuários para o PAC. Observa-se que os profissionais que têm o hábito de indicar usuários para o PAC têm indicador de infelicidade no trabalho menor do que aqueles que não indicam. A distribuição desse indicador para os que não indicam é levemente mais heterogênea.

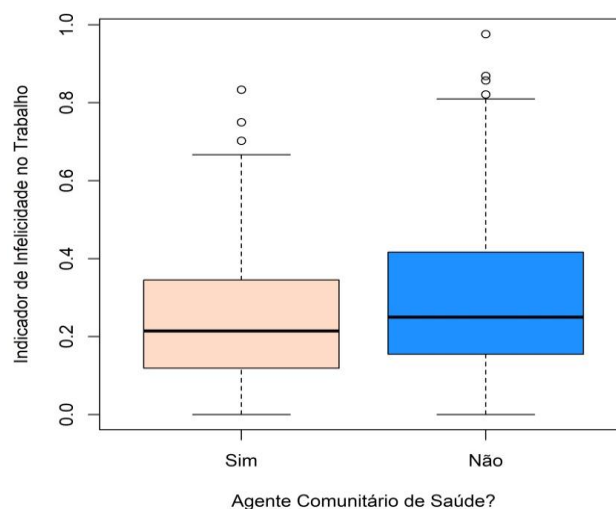
Fig. 6 - Indicador Infelicidade no trabalho x Indicação para o PAC



Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2018

A Figura 7 apresenta a distribuição do indicador de infelicidade no trabalho segundo a função no caso, ACS. Neste caso os ACS, estão menos infelizes do que os demais servidores de saúde.

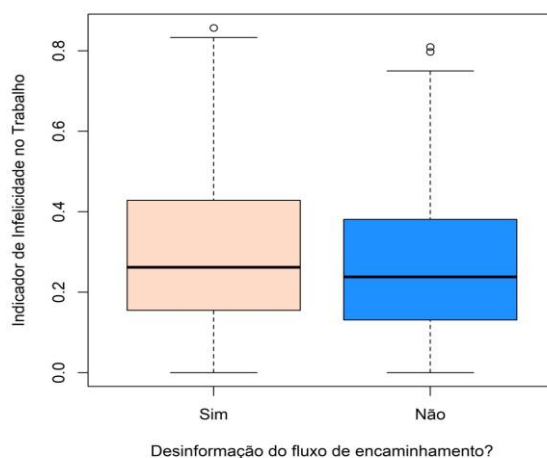
Fig. 7 - Indicador de Infelicidade no trabalho x ACS



Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2018

A Figura 8 apresenta a distribuição do indicador de infelicidade no trabalho segundo o conhecimento sobre o FE. Neste caso, os servidores mais Desinformados sobre o FE, estão mais infelizes no trabalho.

Fig. 8 – Indicador Infelicidade no trabalho x Desinformação sobre o FE



Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2018

As Tabela 4 e 5 apresentam os resultados do modelo ajustado pela técnica de regressão logística para as variáveis respostas “Se o Profissional indica os usuários ao PAC” e “Se o

Profissional conhece o fluxo de encaminhamento ao PAC”, respectivamente. Para esses ajustes, têm-se a significância observada para o teste de Hosmer-Lemeshow, os coeficientes ajustados pela regressão logística binária e suas respectivas significâncias estatísticas, as estimativas para as razões de chances pontuais e intervalares com 95% de confiança.

Na Tabela 4 tem-se o ajuste para o modelo 1. Verifica-se que a variável resposta "Se o Profissional indica os usuários ao PAC" é explicada pelas variáveis independentes: "Função Ocupada", e "Desinformação quanto ao fluxo de encaminhamento". Esse modelo nos diz que:

- a chance dos profissionais indicarem os usuários ao PAC aumenta em 77,6% se esse profissional for agente comunitário de saúde;
- a chance dos profissionais indicarem os usuários ao PAC diminui em 70,3% se esse profissional afirmar que o usuário é desinformado quanto ao fluxo de encaminhamento;

Tabela 4 - Modelo final de análise de regressão logística: Se o Profissional indica os usuários ao PAC segundo variáveis explicativas.

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelo: Profissional indica os usuários ao PAC (Hosmer Lemeshow, p = 0,997)		
Intercepto	2,122 (< 0,0001)	8,345 (-, -)
Função ocupada	0,534 (0,0190)	1,776 (1,099 ; 2,869)
Desinformação	-1,216 (< 0,0001)	0,297 (0,171 ; 0,515)

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

Na Tabela 5 tem-se o ajuste para o modelo 2. Verifica-se que a variável resposta "Se o Profissional conhece o fluxo de encaminhamento ao PAC" é explicada pelas variáveis independentes: "Função ocupada", "Oportunidade em contribuir", "Satisfação com o trabalho" e "Sinto-me no limite". Esse modelo nos diz que:

- a chance dos profissionais conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta em 153,9% se esse profissional for agente comunitário de saúde;
- a chance dos profissionais conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta em 53,3% se esse profissional têm oportunidade de contribuir com o planejamento das ações em saúde em sua Unidade;
- a chance dos profissionais conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta em 131,5% se esse profissional estiver sempre ou quase sempre satisfeito com o seu trabalho;
- a chance dos profissionais conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta em 50,2% se esse profissional se sente como se estivesse no seu limite em pelo menos uma vez ao mês;

Tabela 5 - Modelo final de análise de regressão logística: Se o Profissional conhece o fluxo de encaminhamento ao PAC segundo variáveis explicativas.

Variáveis explicativas	Coefficientes (Valor p)	OR (IC 95%)
Modelo: Profissional conhece o fluxo		(Hosmer Lemeshow, p = 0,111)
Intercepto	-1,320 (< 0,0001)	0,267 (-, -)
Função ocupada	0,932 (< 0,0001)	2,539 (1,864 ; 3,459)
Oportunidade em contribuir	0,427 (0,013)	1,533 (1,096 ; 2,144)
Satisfação com o trabalho	0,839 (0,001)	2,315 (1,397 ; 3,837)
Sinto-me no limite	0,407 (0,005)	1,502 (1,133 ; 1,990)

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

Por fim, vale a pena mostrar dados sobre a utilização de instrumentos de avaliação para conhecer o nível inicial de aptidão física e o risco cardiovascular associado á pratica de atividades físicas. Nesse caso, foram consideradas apenas as respostas dos profissionais médicos 6,6% dos entrevistados, sessenta e nove (69) médicos no total. A Tabela 6, demonstra a disponibilidade de algum um instrumento de avaliação utilizado para conhecer o nível inicial de aptidão física e o risco cardiovascular associado á pratica de atividades físicas, no caso Protocolos, Diretrizes, Padrões, etc. Somente 27,5% dos médicos dispõe de protocolos, 69,6% não dispõe e 2,9 % disseram que não se aplica.

Tabela 6 – Médicos Dispõe de Protocolos de Avaliação do Risco

FUNÇÃO OC.	Sim		Não		NSA		NÃO INFO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MÉDICOS	19	27,5	48	69,6	02	2,9	00	0,0	69	6,6
OUTRAS FUNÇÕES	90	9,2	423	43,5	374	38,4	86	8,8	973	93,4

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017.

Sobre qual o tipo de instrumento utilizado, a tabela nº 7, refere-se a padrões, protocolos, orientações, exames clínicos e específicos utilizados pelos médicos para avaliar a condição física inicial do usuário para a prática de atividades físicas, 72,5% dos profissionais médicos disseram que a pergunta não se aplica a eles. 2,9% nada informaram. 23,8% relataram diversos procedimentos de avaliação não dizendo especificamente o uso de protocolos, padrões ou até mesmo instrumentos específicos para a avaliação. Dentro destes 23,8%, somente 11,5% (10) médicos relataram utilizar protocolos de risco cardíaco, ECG, exames (não especificados), diretrizes de risco cardiovascular, protocolo PBH e outros consensos e diretrizes sem entretanto citarem algum protocolo específico validado para a avaliação do risco o risco cardíaco.

Tabela nº 7 – Qual Instrumento os Médicos utilizam (Prot. ECG,Diretrizes)

FUNÇÃO OC.	QUAL INSTR.		NÃO		NSA		NÃO INFO.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
MÉDICOS	17	23,8	0	0	50	72,5	02	2,9	69	100

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

A tabela nº 8 apresenta as respostas sobre a uso ou não dos instrumentos de avaliação utilizados pelos profissionais médicos. 26,1% utilizam protocolos, ECG, diretrizes ou normas para avaliar os usuários, 73,9% disseram que a pergunta não se aplica.

Tabela 8 - Médicos utilizam instrumentos de avaliação para liberar para AF

FUNÇÃO	UTILIZAM		NÃO UTIL.		NSA		NÃO INFO		TOTAL	
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
MÉDICOS	18	26,1	0	0	51	73,9	00	0,0	69	100

Fonte: Questionário para os Profissionais da Atenção Básica de Saúde, UFMG, Faculdade de Medicina, DMPS/Núcleo de Saúde e Paz, 2017

6. DISCUSSÃO

A Análise de Regressão Logística utilizada neste trabalho de Dissertação refere-se a dois modelos. O primeiro modelo associando a variável Indicação para o PAC e as variáveis independentes “Função ocupada e desinformação quanto o Programa”. Desta análise ficou demonstrado que a função ocupada, ou seja, se o profissional de saúde for um ACS (Agente Comunitário de Saúde), aumentam as chances de indicação do PAC aos usuários. Outra conclusão é a de que na percepção dos servidores, o usuário é desinformado sobre o PAC e isso reduz a chance de indicação ao programa por parte dos profissionais de saúde.

De acordo com Marcus et. al., (1997)¹⁰³ e Aittasalo et.al. (2006)¹⁰⁴, citados por Florindo e Andrade (2015)¹⁰⁵, após a realização de cursos de capacitação, o aconselhamento em atividade física realizado por médicos e enfermeiros na Atenção Básica tem se mostrado efetivo para promover atividade física em adultos de países de renda alta. Florindo e Andrade citam ainda, em relação aos ACS, que a visita domiciliar (VD) pode ser considerada como a atividade mais importante do processo de trabalho deste profissional, que tem como principal função contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população através de ações educativas em saúde que podem iniciar nas residências, em ações individuais, coletivas ou nos espaços sociais na comunidade.

Para Gomes e Duarte (2008)¹⁰⁶, o ACS quando exerce a sua função de ouvir, esclarecer, monitorar e orientar, passa a exercer também o papel de educador. O estudo de Gomes e Duarte (2008)¹⁰⁶, foi o primeiro realizado no Brasil com o objetivo de capacitar os ACS para aconselhamento em promoção da atividade física com ações realizadas nas VD com o acompanhamento e suporte presencial de um profissional de educação física.

Para Florindo e Andrade (2015, p.73)¹⁰⁵,

O ACS tornou-se um importante elemento na promoção de mudanças no modelo assistencial e fortalecimento da Atenção Básica e diferentemente dos outros integrantes da equipe, é oriundo da comunidade e pode ser considerado como um “agente” de mudanças no seu território, pelo aspecto de liderança natural que exerce e pela capacidade de se comunicar. São profissionais que exercem o papel de mediadores entre os serviços de saúde e a comunidade, construindo laços de confiança entre os profissionais de saúde, o poder público e a população, incorporando e valorizando os saberes populares, exercendo um papel primordial no processo de transformação social e podendo ser visto pela comunidade como a sua voz ativa dentro do serviço público de saúde.

Concluem os autores que “o processo de educação permanente das ACS para a promoção de atividade física teve boa aceitação e grande adesão demonstrando-se viável, factível e capaz de provocar mudanças acerca da representação da prática de atividade física e de

ampliar a reflexão das possibilidades de estratégias de aconselhamento junto à comunidade”.

A indicação por parte dos agentes de saúde, que lidam no dia a dia com usuários e pacientes das UBS, encontra amparo comprovado por inúmeras publicações científicas dos benefícios da AF como um dos componentes da promoção da Saúde e melhoria da qualidade de vida destes usuários das UBS. O aconselhamento para a prática de atividade física poderia e deveria fazer parte da rotina dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde pelo potencial que se tem de promoção da atividade física em larga escala, podendo inclusive servir para que mais pessoas possam aderir a orientações estruturadas de exercícios físicos por profissionais de educação física¹⁰⁷

Diversos estudos citam a Atividade Física regular a como benéfica para promoção da Saúde e ainda que o sedentarismo está relacionado com o risco aumentado de doenças crônicas (MORIMOTO et. al, 2006)¹⁰. Para a OMS (2011)¹, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devido a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, dietas inadequadas e a inatividade física. De acordo com a organização, a atividade física regular é uma das formas mais eficazes de controle e redução de doenças crônicas não transmissíveis.

A própria Cartilha de Informações, criada em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS)⁸, assevera que a promoção da Saúde deve “promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção do cuidado, entre outros...” utilizando-se deste processo para captar maior número de usuários do SUS neste Programa de Promoção da Saúde (PAS).

Para Thirry-Cherques (2003)¹⁰⁸, as pessoas nas empresas são moralmente responsáveis vários tipos de agravos potenciais, que são atos que possam causar dano aos seres humanos. Daí a necessidade de servidores de saúde serem também responsáveis pela divulgação e indicação de Programas e atividades que venham reduzir os impactos dos DSS sobre a da população. É uma maneira muito eficiente e eficaz de ajudar a promover a saúde de usuários das UBS.

A Análise do segundo modelo de Regressão Logística utilizada refere-se a variável Conhecimento sobre o Fluxo de Encaminhamento para o PAC associada as variáveis independentes “Função Ocupada, Oportunidade de Contribuir com o planejamento de ações em saúde, Satisfação com o trabalho e sentir-se como se estivesse no limite das capacidades laborais”. Os resultados demonstram que: a chance dos profissionais

conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta 150% se esse profissional for agente comunitário de saúde; a chance dos profissionais conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta em mais de 50% se esse profissional têm oportunidade de contribuir com o planejamento das ações em saúde em sua Unidade; a chance dos profissionais conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta em 130% se esse profissional estiver sempre ou quase sempre satisfeito com o seu trabalho e a chance dos profissionais conhecerem o fluxo de encaminhamento ao PAC aumenta em 50,2% se esse profissional se sente como se estivesse no seu limite em pelo menos uma vez ao mês;

O Conhecimento do fluxo de encaminhamento ao PAC é importante para direcionar os usuários das UBS para a prática de atividades físicas. As AF são uma importante ferramenta de apoio a redução das DCNT (Diabetes, doenças cardiovasculares, neoplasias e doenças do aparelho respiratório). A obesidade, o tabaco, a inatividade física e a dieta desbalanceada, são chamados fatores de risco levam ao surgimento das DCTN e, com o passar do tempo, se nenhuma medida corretiva for tomada, agravam estas doenças.

De acordo com o MS (Cad. n° 38, p.31, 2014)¹⁰⁹, em seu capítulo item 3.2, a organização do cuidado em relação aa pessoas com sobrepeso e obesidade é necessária uma ação continuada da VAN (Vigilância Alimentar e Nutricional) para identificação de casos e estratificação do risco para a oferta do cuidado a estas pessoas. A VAN pode ser realizada em todos os pontos de atenção da rede, desde a Atenção Básica (AB) até a Atenção Hospitalar. Nas orientações do caderno, na AB, além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), destacam-se outros equipamentos e programas que são locais privilegiados para a ação: o Programa Saúde na Escola, tem como uma das ações realizar o diagnóstico nutricional dos educandos, que, ao serem diagnosticados com excesso de peso, devem ser encaminhados para a UBS. Outro importante ponto de atenção, situado na AB, são as Academias da Saúde e similares, espaço privilegiado para a realização de práticas de promoção à saúde constituindo-se em um espaço de captação de indivíduos com doenças crônicas, entre elas a obesidade. Na rotina da Atenção Básica, a VAN deve fazer parte do cuidado às demandas espontânea e programada. Os atendimentos de puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, por exemplo, são momentos oportunos para a mensuração do peso e da altura e para a classificação do estado nutricional dos indivíduos, além de conhecimento sobre os hábitos alimentares, permitindo identificar aqueles com excesso de peso e hábitos alimentares não saudáveis e orientando a oferta de cuidado para estes casos. As ações de pesar e medir também podem ser realizadas na atenção à demanda espontânea, que pode ser importante momento de captação de usuários

com excesso de peso que não frequentam a UBS nas ações programadas. Para além da Atenção Básica, os ambulatórios de especialidades, os hospitais e outros pontos de atenção que compõem a rede também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso, identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a Atenção Básica para que nesse espaço seja ordenado o cuidado do usuário na Rede de Atenção. Para uma eficiente captação e acolhimento dessa demanda, os profissionais de Saúde devem estar capacitados e sensibilizados para essa temática, entendendo que o excesso de peso é um agravo à saúde, com grande influência no desenvolvimento de outras doenças crônicas e que a reversão desse quadro pode e deve ser, na maioria das situações, realizada na Atenção Básica. A partir da classificação de risco segundo IMC e de acordo com cada fase do curso da vida as equipes de Atenção Básica terão subsídios importantes para organizar a atenção a indivíduos com excesso de peso/obesidade. O fluxograma a seguir sintetiza a oferta de cuidado para indivíduos adultos conforme classificação do IMC.

Figura 9 – Fluxograma da Atenção – Graus de obesidade



Fonte: Coordenação - Geral de Alimentação e Nutrição CGAN/ DAB / SAS/Ministério da Saúde, 2014

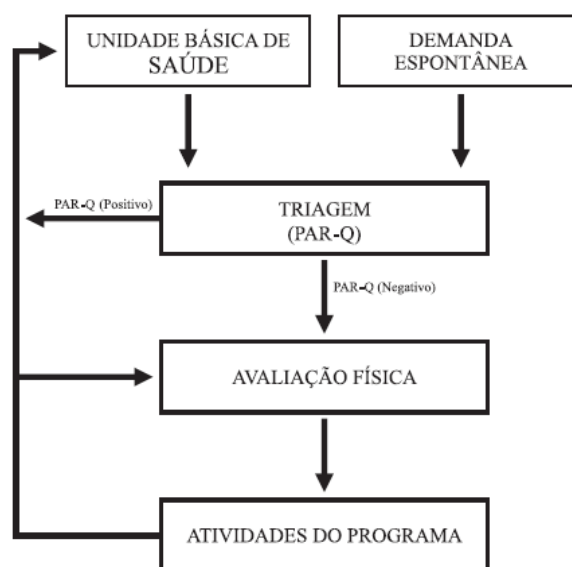
O MS editou a portaria de nº 424 (2013)¹¹⁰, que redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da

Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Na verdade esta portaria cria um sequencia de ações, assemelhando-se a um fluxograma pelo conteúdo, de proteção e cuidado a saúde de pessoas portadoras de obesidade citando inclusive as Academias da Saúde (letra g, inciso art. 4º) como espaços adequados ao tratamento da doença.

O Fluxograma acima é específico para os indivíduos com excesso de peso. Contudo, o encaminhamento de usuários para o PAC deve ser de conhecimento dos profissionais de saúde a fim aperfeiçoar a demanda e melhorar a qualidade dos serviços de atenção primária. Os dados da pesquisa realizada demonstraram que 48,1% dos profissionais entrevistados nada informaram sobre o fluxo e 22,3% não sabiam da existência de um fluxo de encaminhamento. São valores elevados e que demonstram a necessidade de ações de capacitação das ESF para o enfrentamento e redução do nível de desinformação sobre o encaminhamento para a prática de AF e para o PAC.

O único achado de fluxograma específico de encaminhamento ao PAC foi publicado por (MENDONÇA et. al., p.213, 2009)¹¹¹. Os autores descrevem de forma simples e prática o caminho a ser percorrido pelo usuário através de Demanda Espontânea ou pela UBS para ser direcionado ao PAC.

Figura 10 - Fluxograma do Programa Academia da Cidade



Fonte: Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde
Volume 14, Número 3, 2009.

Ainda sobre a indicação de usuários para o PAC, os dados sobre a ação dos profissionais da UBS de indicar os usuários para a prática de atividades físicas junto ao Programa Academia das Cidades ficaram evidenciados na tabela 2, onde verificou-se que a maior parte dos servidores 61%, tem o hábito de indicar o programa aos usuários das UBS.

17,6% não têm esse hábito e uma parcela significativa de servidores 21,4%, disseram que a pergunta não se aplica a eles. Uma parcela considerável de servidores, “não e não se aplica” ainda precisa ser sensibilizada e capacitada para influenciar a população para a prática de atividades físicas regulares. Essa atitude vai impactar beneficentemente a todos os usuários. A divulgação do PAC e dos benefícios das atividades físicas irá influenciar a participação e refletir em ganhos substanciais para a saúde, a qualidade de vida destes e dos indicadores da saúde no âmbito geral com reflexos diretos nos indicadores de sedentarismo, hipertensão arterial, doenças crônico-degenerativas (Diabetes, AVC, DAC, obesidade, etc.). Segundo a OMS (2010)¹¹², a inatividade física se relaciona fortemente com os índices de mortalidade prematura sendo o quarto fator de risco mais importante para a mortalidade precoce por todas as causas. De acordo com Lima e Luiz, (2015)¹¹³, em dados pesquisados pela OMS (2010)¹¹², estima-se que a inatividade física seja responsável por 6% da carga de doença cardíaca coronária; 7% de diabetes do tipo 2; 10% de câncer de mama; 10% de câncer de cólon e que, se a inatividade física fosse diminuída em 25%, mais de 1,3 milhão de mortes precoces poderiam ser evitadas a cada ano no mundo. No Brasil, a inatividade física se relaciona com 3 a 5% das principais DCNT e com 5,31% das mortes por todas as causas ocorridas em 2008, Rezende et al. (2015)¹¹⁴. Diante deste cenário, a OMS recomenda aos seus Estados Membros para desenvolverem, implementarem, atualizarem, avaliarem e monitorarem políticas e programas destinados a promover a saúde através da otimização da nutrição e da prática de atividades físicas

A Tabela 2 mostra também a análise bivariada entre as variáveis explicativas associadas ao ato de indicar prática de atividade física. Somente três apresentaram significância. São elas: A Função ocupada na unidade (ACS, demais servidores), a Oportunidade de contribuir para o planejamento de ações em saúde e a satisfação com o trabalho. As demais não apresentaram índice de significância de acordo com os dados da pesquisa. Sendo assim, podemos afirmar dentro da Função ocupada, os ACS, os servidores com níveis de satisfação elevados e que tem a possibilidade de contribuir com ações em saúde, indicam mais usuários para o PAC que os demais servidores entrevistados. Podemos concluir também que as variáveis relacionadas a sentimentos que envolvem cansaço, esgotamento, fadiga e frustração extrema dos servidores, não são significantes em relação ao ato de indicarem o PAC para os usuários em suas rotinas diárias de trabalho.

A “não indicação” para a prática de atividades físicas, por achar que não é de sua esfera de competência ou porque acham que a pergunta não se aplica a eles é na concepção de alguns estudiosos um equívoco como citado anteriormente por Thirry-Cherques (2003)¹⁰⁸ que as pessoas [... são moralmente responsáveis... seres humanos...]. A responsabilidade é

sobre o mundo físico; mas também sobre o mundo espiritual, sobre tudo aquilo que possa afetar a integridade da essência do ser humano.

A responsabilidade pode ser aqui entendida como obrigação que tem como base a relação entre servidor-usuário em que o cuidado é uma doação sem exigência de reciprocidade. Bacellar, Knorich (2000, p.7)¹¹⁵, explicam a função da responsabilidade social empresarial nas seguintes palavras: "(...) É uma exigência cada vez mais presente a adoção de padrões de conduta ética que valorizem o ser humano, a sociedade e o meio ambiente. Relações de qualidade constroem-se a partir de valores e condutas capazes de satisfazer necessidades e interesses dos parceiros, gerando valor para todos”.

Como os servidores atuam em organizações de saúde, depreendemos então haver o dever profissional de orientar aos usuários e pacientes com relação a atitudes e procedimentos que possam promover a saúde e melhorar sua qualidade de vida. Promoção da Saúde, segundo o Glossário do Ministério da Saúde, Projeto de Terminologia em Saúde (2004, p.86)¹¹⁶, “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”. Indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Para Carvalho (2013)¹¹⁷, mais comumente, dizemos que promover a saúde é trabalhar nas causas do adoecer, com participação efetiva das pessoas como sujeitos e atores de sua própria vida e saúde.

Em relação ao conhecimento sobre a existência de um fluxo de encaminhamento de usuários para o PAC, encontramos somente uma referência de Fluxo de Encaminhamento publicada em 2009, na cidade de Aracaju em Sergipe, Brasil, Mendonça et. al. (2009)¹¹¹, em que os autores apresentam um fluxo de encaminhamento que é identificada a sequência que deve percorrer o usuário(a) para iniciar um programa de Atividades físicas no PAC de forma segura. O fluxograma é simples e conciso em seus passos e cita o uso do PAR Q como instrumento para avaliação física pelos profissionais Educadores Físicos durante as avaliações físicas.

O percentual de servidores que responderam não conhecer o fluxo (Tabela 3) é elevado e constitui um obstáculo a ser vencido pelos profissionais de saúde para que a prática de atividades no PAC seja realmente reconhecida como um mecanismo de elevada eficácia na melhoria da saúde e da qualidade de vida dos usuários. Na análise bivariada do Conhecimento do fluxo de encaminhamento e as variáveis demográficas, sexo, idade, raça, estado civil e grau de instrução, Somente a variável sexo mostrou-se nível de significância. As mulheres demonstraram conhecer mais do fluxo do que os homens. Os servidores da área de saúde, dentro de suas esferas de atribuições, devem procurar conhecer o fluxo para

que possam indicar os usuários para prática de atividades físicas e saber que esta atitude fortalecerá o Programa Academia da Cidade que é uma ferramenta indispensável no combate ao sedentarismo, a obesidade e as doenças crônico-degenerativas.

A respeito da existência de um instrumento de avaliação utilizado para conhecer o nível inicial de aptidão física e o risco cardiovascular associado à prática de atividades físicas (Tabela 6), foram consideradas apenas as respostas dos profissionais médicos 6,6% dos entrevistados, sessenta e nove (69) médicos no total. O conhecimento e o uso de instrumentos para avaliar o risco cardiovascular de usuários e pacientes de forma segura e controlada é um diferencial que possibilita ao médico selecionar aqueles indivíduos aptos e aqueles que necessitam realizar exames mais rigorosos para um acompanhamento individualizado e com maior segurança. O médico é o profissional que examina, solicita ou não exames complementares e libera ou não para o início de atividades físicas. Existem diversos protocolos para a avaliação do risco cardiovascular e da aptidão física. Estes protocolos são de baixíssimo custo e aliados a outras informações de saúde relevantes como nível pressórico, hábitos e vida, história genética, níveis de stress, hipercolesterolemia, obesidade, sedentarismo, dentre outros, ajudam a prever o risco cardiovascular dos usuários para a prática de atividades físicas.

De acordo com Nocon, et. al., (2008, p.1)¹¹⁸, a atividade física (AF) está inversamente associada com mortalidade por todas as causas e principalmente com mortalidade cardiovascular. Pitanga et.al., (2018)¹¹⁹ citam que, de acordo com Nocon et.al., (2008)¹¹⁸, diversos estudos asseveram que a AF, realizada no tempo livre, demonstrou um efeito de proteção contra os fatores de risco cardiovascular e doenças como diabetes, hipertensão, dislipidemias e os chamados marcadores inflamatórios, além de seu efeito também protetor contra as doenças crônico-degenerativas. De acordo com as Diretrizes de Prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013, p.42)¹²⁰, a atividade física, o exercício físico e o esporte integram a abordagem médica para a prevenção das doenças cardiovasculares (DCVs).

O PAR Q (Questionário de Prontidão para a Atividade Física) instituído pelo ACMS, (Colégio Americano de Medicina Esportiva) é o nome dado a esta ferramenta de avaliação do risco coronariano, que deve ser aplicada ao indivíduo antes que comece a praticar atividades físicas regulares. O principal objetivo do PAR Q é identificar possíveis limitações e restrições existentes na saúde da pessoa que tenciona fazer exercícios físicos. Outro instrumento utilizado é o IPAQ (Questionário Internacional de Atividade Física), proposto pela OMS em 1998, foi desenvolvido para estimar o nível de prática habitual de

atividade física de populações de diferentes países. Ele avalia a condição física do avaliado e seu grau de tolerância inicial á pratica de Atividades físicas.

O elevado número de profissionais médicos (69,6%) que disseram não dispor de um instrumento, protocolo, diretriz ou padrão para efetuar a avaliação do risco para o exercício dos usuários pode comprometer a segurança de usuários visto que a disponibilidade de um protocolo dessa magnitude deveria estar a disposição dos profissionais médicos para que seja mais um instrumento de auxílio na prevenção de risco cardiovascular. No Brasil, a Sociedade Brasileira de Cardiologia elaborou uma série de Diretrizes. As Diretrizes de Doença Coronariana crônica de Angina Estável (2004)¹²¹ tinham o intuito de orientar todos os médicos, especialmente os cardiologistas, para o reconhecimento o mais precoce possível de adultos com risco elevado de doença coronariana e destacar os sintomas mais comuns para sua identificação, principalmente os da doença aterosclerótica coronariana, (DAC).

Sobre “qual instrumento é utilizado na avaliação” (Tabela nº 7), 72,5% dos profissionais médicos disseram que a pergunta não se aplica a eles. 2,9% nada informaram, 23,8% relataram diversos procedimentos de avaliação como o uso de protocolos, padrões ou até mesmo outros instrumentos para a avaliação. Dentro destes 23,8%, somente 11,5% médicos relataram utilizar protocolos de risco cardíaco, ECG, exames (não especificados), diretrizes de risco cardiovascular, protocolo PBH e outros consensos e diretrizes sem entretanto citarem algum protocolo específico de reconhecimento nacional ou internacional voltados para a avaliação do risco cardíaco. É um índice baixo de profissionais que relataram utilizar algum instrumento como protocolos, padrões e diretrizes para realizar a avaliação e a liberação de usuários para a prática de atividades físicas. Isto pode comprometer a segurança dos usuários para a liberação para o PAC. Não sabemos dizer se por desconhecimento deste instrumento ou se porque é realizado algum outro tipo de avaliação específica para conhecer o risco cardiovascular, mas que nesta pesquisa não foi relatado. Contudo, há necessidade de se criar, desenvolver ou adotar padrões de avaliação do risco cardiovascular e que sejam disponibilizados para o uso. Em primeiro lugar por questão de segurança e em segundo lugar por questão de padronização de processos de trabalho para utilização junto aos usuários que queiram praticar atividades física no PAC. A padronização destes procedimentos, ressaltamos, é de fundamental importância para avaliar o risco em se participar de atividades físicas e evitar ocorrências que possam vir a prejudicar a saúde dos usuários/pacientes.

Quanto á utilização destes instrumentos (Protocolos, diretrizes, orientações, etc.), tabela 8, as respostas também surpreendem com relação ao uso de protocolos, padrões ou outros

instrumentos de avaliação. Do total de respostas, 26,1% dos médicos disseram utilizar estes instrumentos e na contra-mão, um elevado índice de respostas “não se aplica” (73,9%). Na verdade, é indispensável a utilização destes instrumentos para a segurança do diagnóstico do profissional médico e para a segurança do usuário. Este baixo percentual de 26% dos médicos que relataram que utilizam instrumentos de avaliação e liberação para a prática de atividades físicas, em relação aos 73,9% que responderam que não se aplica, demonstra a necessidade de ser tomada alguma providência no sentido de capacitar os profissionais e de padronizar, normatizar os procedimentos médicos com relação a avaliação do risco cardiovascular, como a criação de um procedimento próprio ou a adoção de um já reconhecido pela comunidade médica internacional. De acordo as Diretrizes em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte, (2001, p.14)¹²².

A avaliação clínica pré-participação (APP) para atividades físico-esportivas deve ser entendida como uma avaliação médica sistemática, uniformizada, capaz de abranger a ampla população de esportistas e atletas antes de sua liberação para treinamento físico. Tem como proposta identificar, ou pelo menos aumentar, a suspeita de doenças cardiovasculares que sejam incompatíveis com a realização de atividades físicas visando a rendimento. O objetivo principal desta avaliação, realizada previamente ao início da atividade física e periodicamente com sua manutenção, é a prevenção do desenvolvimento de doenças do aparelho cardiovascular (DCV) e da morte súbita por meio da proibição temporária ou definitiva da realização de atividades físicas ou do tratamento de condições que possam ser potencialmente fatais e desencadeadas pelo exercício físico. O ideal é que todo indivíduo candidato à prática de exercícios ou esportes em nível moderado / elevado de intensidade, seja submetido, obrigatoriamente, a um exame médico que permita a detecção de fatores de risco, sinais e sintomas sugestivos de doenças cardiovasculares, pulmonares, metabólicas ou do aparelho locomotor.^{123,124,126}

Sobre os passos para construção de um fluxo de referencia e contra referencia para a UBS, foram apresentadas muitas ideias e opiniões sobre o caminho que deve ser realizado entre a indicação para a atividade física, a liberação pelo médico ou não e sua efetiva participação em programas de atividades físicas. Dentro de uma visão em que todos os profissionais de saúde devam ter pelo menos algum conhecimento básico sobre o fluxo de encaminhamento para atividades físicas, 16,3% dos entrevistados relataram algum conhecimento sobre o fluxo de encaminhamento mas de uma maneira fragmentada e descontínua e na maior parte das respostas incompleta. 22,36% dos entrevistados não conseguiram estabelecer uma sequência correta e coerente na descrição da construção de um fluxo e muitas das respostas não tinham relação com a pergunta ou demonstraram que os entrevistados não tinham conhecimento sobre o fluxo, não souberam dizer nada sobre o assunto, foram evasivos, responderam de forma confusa e sem nexos, disseram não ser de sua área de conhecimento ou ainda, nada relataram relacionado ao conteúdo solicitado e ou demonstraram

desconhecer pelo menos parte da sequência de encaminhamento para a prática de exercícios físicos. 13,7% entrevistados responderam que o conhecimento do fluxo não se aplica a sua área de conhecimento e 48,17% dos entrevistados nada responderam sobre a construção do fluxo de encaminhamento para o PAC. As categorias, “Não se aplica e não informado”, apresentaram valores significativos o quê pela análise sumária dos dados da pesquisa, indica o desconhecimento do fluxo e de informações sobre o PAC e seus benefícios para os usuários do serviço. A princípio, a solução mais apropriada para a redução destes percentuais seria a capacitação através de treinamento dos servidores, uma excelente opção com consequência direta para a melhoria dos índices de prática de atividade física pelos usuários do PAC.

Este desconhecimento sobre o fluxo, compromete o encaminhamento para atividades físicas. A divulgação e a informação a respeito da existência deste tipo de serviço aumentaria o número de usuários que poderiam participar do programa melhorando substancialmente sua saúde e a qualidade de vida pelos benefícios que proporciona a seus praticantes.

Em relação às dificuldades enfrentadas pelos servidores para o encaminhamento de usuários para o PAC, as variáveis quando associadas tiveram seus valores exponenciados em relação a quando tomadas isoladamente. Esta informação revela haver uma relação de pertinência entre estas variáveis, ou seja, todas as dificuldades relatadas pelos entrevistados (Desinteresse, desinformação, condição física e condição de saúde dos usuários) demonstraram forte relação com a Indicação para o PAC. Sendo assim, o desinteresse e a desinformação sobre o Programa e a condição física e de saúde dos usuários foram bastante relevantes como dificuldades percebidas pelos servidores para a indicação do PAC aos usuários.

Sobre o fortalecimento da relação UBS X PAC, As ações mais importantes relatadas pelos usuários foram a sensibilização dos usuários (77,6%), “feed back” (71,3%) e a capacitação dos servidores para esclarecer e encaminhar usuários para a prática de atividades físicas (70,0%), (68,5%) acham que deve existir um periódico de informações sobre os usuários/pacientes encaminhados á prática de atividades físicas no PAC. São percentuais elevados que indicam serem medidas que podem surtir um efeito muito positivo na melhoria dos encaminhamentos de usuários e conseqüentemente no fortalecimento da relação entre as UBS/PAC.

7. CONCLUSÕES

O estudo mostra que a relação entre o Programa de Saúde da Família e o Programa de Academia das Cidades ainda apresenta lacunas e precisa avançar para garantir as possibilidades que abre, em termos de promoção de saúde; mostra também que a satisfação com o trabalho, o processo de trabalho e a função ocupada desempenham importante papel nessa relação. Ações como melhoramento da divulgação do PAC, a construção de um fluxo normativo para o encaminhamento, a padronização de procedimentos relativos á avaliação médica e física, a capacitação dos profissionais da área de saúde sobre o aconselhamento aos usuários para a prática de atividades Físicas nas Academias da Cidade e por fim, o enfrentamento dos fatores de Risco e de suas causas, são fundamentais para a redução das DCNT, a Promoção da Saúde e a melhoria da qualidade de vida e da longevidade da população.

8. BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Estatísticas, 2011**. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156419 9 (NLM classification: WA 900.1);
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Série Pactos pela Saúde**, Volume 4, 2006 -PNAB, 2006, (pg.10);
3. PORTARIA nº 719, de 7 de Abril de 2011, Institui o **Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde;**
4. DECRETO MUNICIPAL DE RECIFE nº 19.808/2003 –**Institucionaliza o projeto Academia da Cidade em Recife;**
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005 : uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 822 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios);
6. 57ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL OMS – 2004 – **Relatório** (pg11);
7. 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.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.07 nov. 2013;
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE, ACADEMIA DA SAÚDE – Brasília, DF, 2014, **Cartilha Informativa**, Janeiro – SVS – OS 0156/2014 – Editora MS;
9. LIMA D.F., LEVY R.B., LUIZ O.C. - **Recomendações para atividade física e saúde: consensos, controvérsias e ambiguidades.** Rev. Panam. Salud. Publica. 2014; 36(3):164–70;
10. MORIMOTO T., OGUMA Y. A., YAMAZAKI S. J., SOKEJIMA S., NAKAYAMA T., FUKUHARA S.- **Gender differences in effects of physical activity on quality of life and resource utilization.** Qual Life Res. 2006;15(3):537–46;
11. NELSON e. al. - American College sports medicine, 2004, **Physical Activity and Public Health in Older Adults, Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association**, Circulation. 2007;116:1094-1105; originally published online August 1, 2007; doi: 10.1161/Circulation.AHA.107.185650;
12. PEREIRA I.M.T.B., PENTEADO R.Z., MARCELO V.C. - **Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável.** O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000;
13. TERRIS M. - **Conceptos de la promoción de la salud: Dualidades de la teoría de la salud pública.**1992, pp. 37- 44. In OPAS 1996. Promoción de la Salud: Una Antología. OPAS, Washington;

14. DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS - Assembleia Geral das Nações Unidas em Paris. 10 dez. 1948. Disponível em: Acesso em: 26 jun. 2015;
15. BUSS P.M. – **Promoção da Qualidade de Vida**, Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000;
16. ANNANDALE E. C. - **The Sociology of Health and Medicine: A Critical Introduction**. Cambridge: Polity Press, 1998. 289 p.;
17. CUTOLO M.R.A. - **Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica**, *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Vol. 35, no. 4, de 2006, p16.
18. ENGEL G.L. - **The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine** Author(s): Source: Science, New Series, Vol. 196, No. 4286 (Apr. 8, 1977), pp. 129-136
19. FAVA G.A., SONINO N. - **O modelo biopsicossocial: Trinta anos depois**. Giovanni A. Fava & Nicoletta Sonino *Psychotherapy and psychosomatics*. 2008; 77: 1-2;
20. PUTTINI R.F., PEREIRA J.A., & OLIVEIRA L.R., (2010) - **Modelos Explicativos em Saúde Coletiva: Abordagem Psicosocial e auto-organização**. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*,20,753-767;
21. DANTAS G.E. - **Atitudes frente ao doente mental: Correlatos relativos e traços de personalidade**. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, Centro de ciências Humanas e letras, 2014;
22. OMS, **Conferência Internacional da Saúde, Constituição da organização Mundial de Saúde**, 1946;
23. SCLiar M. - **História do Conceito de Saúde**, *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007;
24. O'DONNELL M.P.- **Definition of Health, promotion**, *American Journal of Health Promotion*, June 1986; vol. 1, 1: pp. 4-5;
25. BUSS P.M. - **Una Introducción al concepto de promoción de la salud**. In: *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Czeresnia, D. y Freitas, C.M. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. 1ª edição;
26. BYDŁOWSKI C.R., WESPHAL M.R. e PEREIRA I.M.T.B. - **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004;
27. LUPTON D. - **The imperative of health: Public Health and the regulated body**. London: Thousand Oaks; New Delhi: Sage Publications; 1995;
28. CARVALHO, A.I. – **Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde**, In Fundação Oswaldo Cruz. *A Saúde no Brasil em 2030 – prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população perfil sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 2. pp10-38;

29. LALONDE M. - **A new perspective on the health of Canadians : a working document.** [Em linha]. Ottawa : Ministry of Supply and Services Canada, April 1974. [Consult. 20-09-2010]. Disponível em: http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf;
30. CARTA DE OTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, Canadá, 1986;
31. BUSS P.M., Artigo **Promoção da Saúde**, 2010. www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/./10_artigo.pdf?MOD);
32. MENDES E.V. - **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
33. OMS ,2011. **Relatório Mundial da Saúde Financiamento dos Sistemas de Saúde. O Caminho para a cobertura universal**. Mundial da Saúde;
34. DAHLGREN G. & WHITEHEAD. M. - **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health**. Stockholm: Institute of Future Studies, 1991;
35. COELHO M.T.A.D. e ALMEIDA-FILHO N. - **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica**. História, Ciências, Saúde Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, maio-ago. 2002;
36. WHITEHEAD M., DAHLGREN G, GILSON L. - **Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective**. ill;- Challenging inequities in health care: from ethics to action. New York:Oxford University Press; 2001:309-322;
37. ADLER N. - **Behavioral and social sciences research contributions in NIH Conference on Understanding and Reducing Disparities in Health**, October 23-24, 2006 NIH Campus, Bethesda, Maryland. Disponível em: <http://obsr.od.nih.gov/HealthDisparities/presentation.html>. Acesso em: 14/02/07. Nancy Adller, 2006;
38. LABONTE R. – **Estratégias para la promoción de la salud en la comunidad**. In: Organización panamericana de la salud. Promoción de la salud: uma antología. Washington: OPAS, 1996, p.153-65. (Publicación científica, 557);
39. PEREIRA I.M.T.B., PENTEADO R.Z, MARCELO V.C. - **Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável**. O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000;
40. SMUTS H.J.C. - **Holismo e Evolução**. Macmillan and CO., Limited St. Martin's Street, London, 1927;
41. CAPRA F. A. - **Teia da Vida, uma concepção científica dos sistemas vivos**, São Paulo, Cultrix, 1996
42. SEN, A. - **Por qué la equidade en salud?** Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, DC, v. 11, n. 5-6, p. 302-309, 2002;
43. VIEIRA-DA-SILVA L.M., FILHO N.A., - **Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos**. Cad. Saúde Pública, RJ, 25 Sup 2:S217-S226, 2009;

44. WHITEHEAD M., - **The concept and principles of equity and health.** Washington DC: Pan American Health Organization; 1991);
45. FORTES P.A.C. - **Refletindo sobre valores éticos da Saúde Global**, Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.152,161 – 2015;
46. BAGRICHEVSKY M., SANTOS JUNIOR V.J., ESTEVÃO A., SILVA P.R.V., **Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise**, Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.497-510, 2013;
47. COELHO I.B., - **Democracia sem equidade um balanço da reforma sanitária e dos dezenove anos de implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil**, Ciência & Saúde Coletiva, 15(1):171-183, 2010;
48. Mentz e. al. 2017 - **O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão**; Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.1, p.115-128, 2017;
49. MORETI C.A, FABRÍCIO F., TEIXEIRA F.M.B., SUSS J.A.C., LAWDER L.S.M., LIMA .R.E, BUENO .S.J, MOYSÉS S.T., **Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR)**. Ciência & Saude Colet 2010; 15(1):1827-1834;
50. DIAS M.S.A, et.al.- **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4371-4382, 2014;
51. MOYSÉS et.al **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.1, n.1, p.137-142, 2010. 139;
52. CONERLATTO D., MATIELLO A., COLLISELLI L., RENK E.C., KLEBA M.E.- **Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais**. Rev Katálysis 2007; 10(2):265-271.15;
53. FLEURY-TEIXEIRA P. et al. - **Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde**, Ciência & Saúde Coletiva, 13(Sup 2):2115-2122, 2008;
54. KOERICH M.S., MACHADO R.R., COSTA, E. - **Ética e bioética: para dar início à reflexão**. Texto contexto – enferm. 2005; 14(1): 106-10(3);
55. COSTA A.M., VIEIRA N.A. - **Participação e controle social em saúde**. In Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 237-271;
56. ABERS R.N. & KECK M.E. - **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 99-112, Jan./Abr. 2008;
57. SOARES - 2012, Ver. Esc. Enferm. USP 2012; 46(6):1494-1502 www.ee.usp.br/reeusp/;
58. ESCOREL S. - **Conselhos de saúde: entre a inovação e a reprodução da cultura política**. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n. 43, p. 23-28, jun. 2008;
59. SÚMULA 81 - Conselho de Saúde e Controle Social, 2001, pg2.;

60. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), Lei nº 8080, de 19/09/1990, **Regulamenta o Sistema único de Saúde;**
61. BYDLOWSKI C.R., WESPHAL M.R. e PEREIRA I.M.T.B - **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.14-24, jan-abr 2004;
62. YUNES J. - Relato. In: **Conferência Nacional de Saúde**, 8. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.133;
63. OMS, 1984 - **Health promotion : a discussion document on the concept and principles : summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion**, Copenhagen, 9-13 July 1984;
64. OMS, 1998 - **The World Health Report 1998 Life in the 21st century A vision for all Report**, of the Director-General World Health Organization Geneva 1998 ii WHO Library Cataloguing in Publication Data The world health report 1998;
65. HABERMAS J. - **Teoria de la acción comunicativa**. Madrid: Taurus; 1987;
66. MELO E.M. - **Ação comunicativa, democracia e saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 10(Sup): 167-76, 2005;
67. MELO E.M, Da SILVA J.M., AKERMAN M., BELISÁRIO S.A. - **Promoção de Saúde: Autonomia e Mudança / Organização**: Belo Horizonte: Folium, 2016. (Coleção Promoção de Saúde e Prevenção da Violência; v. 1(pg13 e pg18);
68. BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988;
69. BRASIL. LEI COMPLEMENTAR nº. 141, de 13 de Janeiro de 2012. **Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde**. Diário Oficial da União de 16 de Janeiro de 2012;
70. BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). Emenda constitucional n.º 29, de 9 de Setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, **para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde;**
71. PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL 29 de 2017 – **Altera o art. 159 da Constituição Federal para disciplinar a distribuição de recursos pela União ao Fundo de Participação dos Municípios (FPM);**
72. PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUCIONAL 241/2017 – **Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Regime Fiscal da União pelo prazo de 20 anos;**

73. EMENDA CONSTITUCIONAL nº 86/2015 - **Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica;**
74. PORTARIA MS nº 1.401, de 15 de Junho de 2011 - **Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde;**
75. PORTARIA MS nº 1.402, de 2011, **instituí incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde;**
76. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças e Agravos não transmissíveis e Promoção da Saúde/Monitoramento do Programa Academia da Saúde, Brasil, Maio de 2015, Brasília, 2015, Equipe de Promoção da Saúde/CGDANT/DANTPS/MS;
77. De SÁ G.B.A.R., DORNELLES G.C., CRUZ K.G., AMORIM R.C.A., ANDRADE S.S.C.A., OLIVEIRA T.P., SILVA M.M.A., MALTA D.C., SOUZA M.F.M. - **O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação.** Ciência & Saúde Coletiva 2014; 21(6):1849-1859;
78. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde);
79. PORTARIA nº 2.488 - **PNAB (Política Nacional de Atenção Básica,2011);**
80. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 36 p.: i;
81. OMS (2009). **World health statistics.** compilation of data from its 193 Member States, and includes a summary of progress towards the health-related Millennium Development Goals and targets;
82. OMS (2008). **Relatório Mundial de Saúde / 2008. Cuidados Primários. Agora mais do que Nunca.** The World Health Report 2008 : Primary Health Care Now More Than Ever;
83. MATSUDO S.M., MATSUDO V.R., - **Nível de atividade Física na população do Estado de São Paulo: Análise da acordo o peso, idade, nível sócio econômico,** det. geográfica, Revista Brasileira Ciência e Movimento 10(4) 2002 p 41-50;
84. PINHO R.A. & PETROSKI, E.L. - **Antropometria: técnicas e padronizações.** Porto Alegre: Pallotti, 1999;
85. OMS REPORT 2002: **reducing risks, promoting healthy life.** NLM Classification. WA 540.1. Geneva; 2002.WHO;

86. MONTEIRO et. al., 2003, CA CONDE W.I., POP KIN , **income-specific trends in obesity in Brasil: 1975:2003** – Amj, Public Health 20087, 97:1808-12;
87. SALLES – COSTA R. - **Caderno de Saúde Pública**, RJ, 199Sup.2):S325: S 333, 2003;
88. PITANGA F.J., et. al. - 2005, **Caderno de Saúde Pública** , RJ, 21(3) :870-877, Mai/Jun, 2005;
89. DIAS-DA-COSTA J.S., HALLAL P.C., WELLS J.C., DALTOE T., TUCHS S.C., MENEZES A.M., et. al. - **Epidemiology of Leisure-time Physical Activity: A population based Study in Sout therm Brazil**. Cad Saúde Pública, 2005:21(1):275-282;
90. BARETTA E., BARETTA M., PERES K.G. - **Caderno de Saúde Pública, Rio de janeiro**, 23 (7):1595-1602, Jul, 2007;
91. AZEVEDO M.R., HORTA B.L., GIGANTE D.P., VICTORIA C.G., BARROS F.C. - **Fatores associados ao Sedentarismo no lazer em adultos, na coorte de nascimentos de 1982**, Pelotas, RS, Revista Publica Vol 42SUP 2, São Paulo, Dec 2008;
92. HALLAL P.C., VICTORIA C.G., AZEVEDO M.R., WELLS C.K. - **Adolesct Physical Actvity and Health**, Sports Medicine, December, 2006, Volume 36, issue 12, ap. 1019-1030;
93. OEHLSCHLAEGER et. al. - 2004, **Prevalência e Fatores associados ao sedentarismo em adolescentes na área interna** - Revista Saúde Pública 2004: 38(2), 157-163;
94. HALLAL P.C. et. al. - **Evolução da Pesquisa Epidemiológica em atividade Física no Brasil; Revisão Sistemática**, Revista Saúde Pública 2007, 4, (3):453-460;
95. SCHMIDT M.I., DUNCAN B.B., SILVA G.A., MENEZES A.M., MONTEIRO C.A., BARRETO S.M., et al. - **Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. Lancet. 2011 Jun;377(9781):1949-61;
96. DUNCAN B.B., STEVENS A., ISER B.P.M., MALTA D.C., SILVA G.A., SCHMIDT M.I. - **Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009**. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf;
97. ABEGUNDE D.O., MATHERS C.D., ADAM T., ORTEGON M., STRONG K. - **The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries**. Lancet. 2007 Dec;370(9603):1929-38;

98. SPSS, **Software Statistical Package for the Social Sciences da IBM (SPSS-Softer Guia do Usuário do IBM SPSS Statistics 25 Core System**;
99. LINDSEY, James K. (1997). **Applying generalized linear models**. New York: Springer;
100. HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. (1980). **A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model**. *Communications in Statistics*, A10, 1043—1069;
101. LEMESHOW, S.; HOSMER, D.W. (1982). **A review of goodness of fit statistics for use in the development of logistic regression models**. *American Journal of Epidemiology*, 115(1), 92-106;
102. WITTKOWSKI et al. (2004). **Combining several ordinal measures in clinical studies**. *Statistics in medicine*, 23, 1579-1592;
103. MARCUS, B. H. et al. - **Training physicians to conduct physical activity counseling**. *Preventive Medicine*, v. 26, n. 3, p. 382, 1997.
104. AITTASALO, M. et al. **A randomized intervention of physical activity promotion and patient self-monitoring in primary health care**. *Preventive Medicine*, v. 42, n. 1, p. 40-46, 2006. Attasiolo (2006)
105. FLORINDO A.A, ANDRADE D.R., **Estratégias de Promoção da Atividade Física na Estratégia de Saúde da Família**, Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde, SC, 2015.
106. GOMES, M. A.; DUARTE, M. - **Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela estratégia saúde da família: programa ação e saúde Floripa-Brasil**. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 13, n. 1, 2008.
107. CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA DO ESTADO DE SÃO PAULO - **Posição do CREF4/SP sobre prescrição de exercícios físicos, 2014**. Disponível em: <http://www.crefsp.org.br/interna.asp?campo=2157&secao_id=112>. Acesso em: 04 de dezembro de 2014
108. THIRRY-CHERQUES H.R.; **Responsabilidade Moral e Identidade Empresarial**, RAC, Edição Especial 2003:31-50;
109. MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Cadernos de Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, Caderno nº 38, Estratégias para o Cuidado da pessoa com Doença crônica Obesidade**, MS, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2014;
110. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portaria nº 424 (2013)
111. MENDONÇA B.C.A., OLIVEIRA J.J.T., OLIVEIRA A.C.C., - **Do Diagnóstico à ação: Experiências sem Promoção da Atividade Física, Programa Academia da**

- Cidade de Aracaju: Promovendo saúde por meio de Atividade Física**, Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Volume 14, Número 3, 2009;
112. OMS (2010) - **Relatório Mundial de Saúde – Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal**;
113. LUIZ O. C, LIMA D.F.; **Seminário: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 2, p. 57-66, jul./dez. 2015;
114. REZENDE, L.F., RABACOW F.M., VISCONDI J.Y.; LUIZ O.C., MATSUDO V.K.; LEE I. - **Effect of Physical Inactivity on Major NonCommunicable Diseases and Life Expectancy in Brazil**. Journal of Physical Activity and Health, Champaign, v. 12, n. 3, p. 299-306, 2015;
115. BACELLAR J.E. & KNORICH P. - **Manual Indicadores Ethos de Responsabilidade Social**. Instituto Ethos de Responsabilidade Social. São Paulo: Ethos, 2000;
116. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto de terminologia em saúde / Ministério da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 142 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)**;
117. CARVALHO G. – A saúde pública no Brasil Estudos avançados, 27 (78), 2013;
118. NOCON M., HIEMANN T, MULLER-RIEMENSCHNEIDER F., THALAU F. ROLL S., WILLICH, S.N. - **Association of physical activity with all-cause and cardiovascular mortality: a systematic review and meta-analysis** ;European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2008, Vol 15 No 3.;
119. PITANGA F.J.G., MATOS S.M.A., ALMEIDA M.C., BARRETO S.M., AQUINO E.M.L. - **Atividade Física no Tempo Livre, porém não Atividade Física no Deslocamento, está Associada com Risco Cardiovascular em Participantes do ELSA-Brasil – Arq Bras Cardiol**. 2018; 110(1):36-43;
120. ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA, Sociedade Brasileira de Cardiologia, ISSN-0066-782X, Volume 101, Nº 6, Supl. 2, Dezembro 2013;
121. DIRETRIZES DE DOENÇA CORONARIANA CRÔNICA DE ANGINA ESTÁVEL, Arquivos Brasileiros de Cardiologia - Volume 83, Suplemento II, Setembro 2004;
122. ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA - **Diretriz em Cardiologia do Esporte e do Exercício da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte - ISSN-0066-782X - Volume 100, Nº 1, Supl.2, Janeiro 2013**;
123. CORRADO D., PELLICCIA A., BJORNSTAD H.H., VANHEES L., BIFFI A., BORJESSON M., et al; **Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology**. Cardiovascular pre-participation screening of young competitive athletes for prevention of sudden death: proposal for a common European protocol. Consensus

- Statement of the Study Group of Sport Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. Eur Heart J. 2005;26(5):516-24;
124. LAZZOLI J.K., OLIVEIRA M.A.BB., LEITÃO M.B., DA NÓBREGA A.C.L., NAHAS, REZENDE L et al. **I Consenso de Petrópolis - Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte sobre esporte competitivo em indivíduos acima de 35 anos.** Rev Bras Med Esporte. 2001;7(3):83-92;
125. LAZZOLI J.K., LEITÃO M.B. **Avaliação pré-participação. In: Manual de medicina do esporte:do problema ao diagnóstico.** São Paulo;
126. MS/AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - **Implantação de Protocolos Clínicos,** E- EFT-01; V.1, Nov, 2012.

ANEXO - I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 01140812.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Elza Machado de Melo
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 14 de abril de 2016, a emenda abaixo relacionada, do projeto de pesquisa intitulado "Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica":

- Inclusão dos documentos: "Roteiro e Questionário on line Gerentes Gestores e TCLE para Gestores Gerentes e Informantes Chave ajustado",
- Incorporação nos TCLEs e TALE do nome da nova pesquisadora na equipe - Profa. Dra. Janete dos Reis Coimbra;
- Ajuste da data atual (2016) nos TCLEs e TALE.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Prof.ª Dr.ª Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO – II

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Questionário n°: _____



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Preventiva e Social
Núcleo de Saúde e Paz

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada **Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde**. Esta pesquisa pretende identificar as violências que geralmente ocorrem no dia a dia e as formas que a comunidade utiliza para lidar com elas, seja para reparar-las, seja para preveni-las. É uma pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e tem por objetivo conhecer a realidade e propor e estudar, a partir dos resultados, formas de abordagem e superação deste problema, dentro da perspectiva de promoção de saúde e paz.

Para participar, você deverá responder um formulário elaborado pelos pesquisadores, aqui mesmo na Unidade de Saúde. **Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você pode retirar-se da pesquisa, se assim desejar. Sua recusa em participar ou a interrupção da entrevista não lhe trarão qualquer problema, de qualquer natureza.**

Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos. Cabe ressaltar que os materiais utilizados na pesquisa serão destruídos após a elaboração do trabalho.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a formulação de propostas de resolução dos problemas estudados.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estarão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Baseado neste termo, eu, _____, aceito participar da pesquisa intitulada Programa de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência na Atenção Básica de Saúde, dentro das condições acima expostas.

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____/____/____
3. Endereço completo: Rua/Av. _____ Nº/complemento _____ Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____
4. Telefones: 1. Fixo: () _____ 2. Celular: () _____ () 3. Não tenho nenhum telefone para contato.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2017.

Assinatura: _____

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**Coordenadora da pesquisa:**

Prof. Dra. Elza Machado de Melo – Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência/Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina/UFMG.


Tel.: (31) 3409-9945 / (31) 99184-3408.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901.

Telefax (31) 3409-4592.

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

 Universidade Federal de Minas Gerais Faculdade de Medicina Departamento de Promoção de Saúde e Prevenção à Violência	Questionário nº:
	Regional:
	UBS:
Nome do entrevistador:	Data:

Critério de inclusão: trabalhar há pelo menos 01 (um) ano nesta Unidade Básica de Saúde.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	
1. Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino	
2. Data de nascimento: ____/____/____	
3. Endereço (somente Rua/Av e Bairro): Bairro: _____ Rua/Av: _____	
4. Qual o seu estado civil? <input type="checkbox"/> 1. Casado(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável/"amasiado" <input type="checkbox"/> 3. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 4. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 5. Divorciado(a) ou divorciado(a)	
5. Cor / Raça: <input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Amarela <input type="checkbox"/> 3. Indígena <input type="checkbox"/> 4. Preta <input type="checkbox"/> 5. Parda	
6. Qual o seu grau de instrução? <input type="checkbox"/> 1. Fundamental incompleto (até 8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 2. Fundamental completo (8º série ou 9 anos de escola) <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo (ou 2º grau ou 2º ciclo ou científico, clássico) <input type="checkbox"/> 5. Curso técnico: _____ <input type="checkbox"/> 6. Superior incompleto <input type="checkbox"/> 7. Superior completo: _____ <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação <input type="checkbox"/> 9. Analfabeto	
TRABALHO	
7. Há quanto tempo trabalha na Unidade: ____ anos	
8. Função ocupada na Unidade: <input type="checkbox"/> 1. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 2. Médico <input type="checkbox"/> 3. Médico de apoio. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 4. Assistente social <input type="checkbox"/> 5. Dentista <input type="checkbox"/> 6. Técnico de saúde bucal <input type="checkbox"/> 7. Auxiliar de saúde bucal <input type="checkbox"/> 8. Profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Qual? _____ <input type="checkbox"/> 9. Profissional nível superior da saúde mental. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 10. Outro profissional de nível superior. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 11. Auxiliar ou Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 12. Agente Comunitário de Saúde (ACS) <input type="checkbox"/> 13. Auxiliar Administrativo <input type="checkbox"/> 14. Gerente da Unidade <input type="checkbox"/> 15. Agente de Combate de Endemias (ACE) <input type="checkbox"/> 16. Auxiliar de Serviços Gerais <input type="checkbox"/> 17. Guarda municipal <input type="checkbox"/> 18. Outra. Qual? _____	

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

<p>9. Qual é o vínculo com a Secretaria Municipal de Saúde?</p> <p>() 1. Concursado () 2. Contratado celetista () 3. Contratado autônomo (RPA) () 4. Temporário () 5. Terceirizado () 6. Outro. Especifique _____</p>	
<p>10. Quantas horas por semana você trabalha na Unidade: _____</p>	
<p>11. Turno de trabalho:</p> <p>() 1. Manhã () 2. Tarde () 3. Noite () 4. Manhã e Tarde () 5. Tarde e Noite () 6. Manhã, Tarde e Noite () 7. Outro. Especifique _____</p>	
<p>12. Tem outro vínculo de trabalho além do vínculo na atenção primária em saúde (APS)?</p> <p>() 1. Sim. Qual (is)? _____ () 2. Não</p>	
<p>13. Trabalha em regime de turnos ininterruptos (24 horas seguidas ou mais)?</p> <p>() 1. Sim () 2. Não</p>	
TRABALHO NA SUA UNIDADE	
<p>14. As decisões na unidade contam com a participação dos trabalhadores?</p> <p>() 1. Sempre () 2. Quase sempre () 3. Raramente () 4. Nunca</p>	
<p>15. Há conflitos no desenvolvimento do trabalho?</p> <p>() 1. Sempre () 2. Quase sempre () 3. Raramente () 4. Nunca</p>	
<p>16. Em sua opinião os horários são cumpridos por todos?</p> <p>() 1. Sempre () 2. Quase sempre () 3. Raramente () 4. Nunca</p>	
<p>17. Existem momentos de encontros da equipe para planejamento e organização dos trabalhos?</p> <p>() 1. Sempre () 2. Quase sempre () 3. Raramente () 4. Nunca</p>	
<p>18. Os profissionais têm oportunidade de contribuir com o planejamento das ações em saúde em sua unidade?</p> <p>() 1. Sim. Como? _____ () 2. Não.</p>	
<p>19. Considere os grupos da população com vulnerabilidades específicas e cite aqueles que você usualmente atende na UBS:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>20. Você sabe se há alguma ação intersetorial da UBS com serviços da Política de Assistência Social:</p> <p>() 1. Sim. Qual? _____ () 2. Não () 3. Não sei</p>	

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

21. Você está satisfeito com o seu trabalho? () 1. Sempre () 2. Quase sempre () 3. Raramente () 4. Nunca				
Nos seguintes quesitos, quais elementos podem interferir no vínculo do profissional com sua unidade:				
	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">Fortalecimento</td> <td align="center">Enfraquecimento</td> </tr> </table>		Fortalecimento	Enfraquecimento
	Fortalecimento	Enfraquecimento		
22. Distância trabalho – residência	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
23. Mercado de trabalho	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
24. Remuneração	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
25. Condições de trabalho na UBS/posto saúde.	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
26. Situação de violência.	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
27. Relações interpessoais c/ equipe e usuários.	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
28. Perfil e formação profissional.	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
29. Tipo de trabalho realizado na APS (APS: atenção primária em saúde)	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		
30. Outros. Quais? _____	() 1. Sim () 2. Não	() 1. Sim () 2. Não		

A seguir, assinale com “x” as opções:

<u>Declaração</u>	Pontuação						
	Nunca. (1)	Algumas vezes ao ano ou menos. (2)	Uma vez ao mês ou menos. (3)	Algumas vezes durante o mês. (4)	Uma vez por semana. (5)	Algumas vezes durante a semana. (6)	Todo o dia. (7)
31. Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho.							
32. Eu me sinto como se estivesse no meu limite.							
33. Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho.							
34. Eu me sinto frustrado com o meu trabalho.							
35. Trabalhar diretamente c/ pessoas me deixa muito estressado.							
36. Eu me sinto esgotado com meu trabalho.							
37. Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego.							
38. Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho.							
39. Trabalhar com as pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim.							
40. Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas.							
41. Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos.							
42. Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho.							
43. Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente.							

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Continue assinalando com "x" as opções:							
<u>Declaração</u>	Nunca. (1)	Algumas vezes ao ano ou menos. (2)	Uma vez ao mês ou menos. (3)	Algumas vezes durante o mês. (4)	Uma vez por semana. (5)	Algumas vezes durante a semana. (6)	Todo o dia. (7)
44. Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes.							
45. Eu me sinto muito cheio de energia.							
46. Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes.							
47. No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muita calma.							
48. Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes							
49. Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.							
50. Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes.							
51. Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas.							
52. Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho.							
53. Você ou alguém da sua unidade desenvolve alguma ação de saúde ambiental na área de abrangência território da UBS?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Cite: _____ <input type="checkbox"/> 2. Não. Justifique: _____							
54. Você conhece os córregos da área de abrangência da unidade de saúde?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Se sim, cite o nome e a localização dos mesmos: _____ <input type="checkbox"/> 2. Não							
55. Você sabe a qual bacia hidrográfica pertence a sua unidade de saúde?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? ? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não							
MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL							
56. Você costuma cuidar de pacientes com problemas de Saúde Mental?							
<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (se marcou essa alternativa, pular o bloco)							
Quando você cuida de pacientes com problemas de saúde mental, você costuma:							
(Considere ações relativas à saúde mental):							
<i>(OBS.: NSA = não se aplica)</i>							
57. Identificar sinais e sintomas dos transtornos mentais	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
58. Prestar cuidados aos pacientes com transtornos mentais	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
59. Pedir a avaliação da Equipe de Saúde da Família	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
60. Pedir a avaliação do psiquiatra do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
61. Pedir a avaliação do psicólogo do Centro de Saúde	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
62. Iniciar tratamento medicamentoso	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
63. Modificar a medicação já prescrita	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
64. Manter a prescrição do psiquiatra	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
65. Encaminhar o paciente para outro serviço de Saúde Mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 888. NSA				
66. Outro () Qual? _____			<input type="checkbox"/> 888. NSA				

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

Quais são os problemas de saúde mental dos quais você cuida mais frequentemente?		
67. Depressão	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
68. Ansiedade	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
69. Transtorno de pânico	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
70. Insônia	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
71. Perda de memória	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
72. Atraso/retardo mental	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
73. Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
74. Transtorno bipolar	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
75. Problemas com álcool	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
76. Problemas com outras drogas	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
77. Tentativas de suicídio	<input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.	
78. Outro(s). Qual(is)? _____	<input type="checkbox"/> 888. NSA	
79. Há reuniões de Matriciamento em Saúde Mental neste Centro de Saúde? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não (se marcou essa alternativa, pular o bloco) <input type="checkbox"/> 3. Não sei (se marcou essa alternativa, pular o bloco)		
80. Descreva o que você entende por Matriciamento em Saúde Mental: _____ _____		
81. Você já participou de alguma reunião de Matriciamento em Saúde Mental? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não. Por quê? _____ (Se marcou a alternativa "Não", pular o bloco)		
82. Qual a frequência das reuniões de Matriciamento em Saúde Mental para sua equipe de PSF? <input type="checkbox"/> 1. Uma vez por semana <input type="checkbox"/> 2. De 15 em 15 dias <input type="checkbox"/> 3. Uma vez por mês <input type="checkbox"/> 4. Outro. Qual? _____		
83. As reuniões de Matriciamento em Saúde Mental contribuíram para mudanças na sua prática? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Quais mudanças? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não.		
Quais as dificuldades para efetivar o Matriciamento em Saúde Mental no seu CS?		
84. O tempo é insuficiente para as discussões. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
85. Os profissionais não comparecem à reunião. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
86. O psiquiatra não está disponível no horário da reunião. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
87. O psicólogo não está disponível no horário da reunião. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
88. A metodologia do matriciamento não é adequada. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
89. Resistência dos profissionais da equipe de PSF. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
90. Resistência dos profissionais de Saúde Mental. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
91. Despreparo dos profissionais da equipe de PSF. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
92. Despreparo dos profissionais de Saúde Mental. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
93. Equipe do PSF achar que o tratamento deveria ser restrito ao especialista. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
94. Equipe do PSF achar que o tratamento do especialista é de melhor qualidade. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
95. O usuário prefere o especialista. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
96. A grande demanda de casos de saúde mental. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.		
97. Outro(s). Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica		

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

ATIVIDADES FÍSICAS	
<p>A Academia da Cidade (Saúde) é um Programa da Prefeitura de Belo Horizonte, vinculado à Secretaria de Saúde, e que conta com um espaço, geralmente dentro ou próximo aos Centros de Saúde, CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) ou Centros de Apoio Comunitário (CACs), e sempre dirigidas por Profissionais Técnicos Superiores de Saúde/Educadores Físicos.</p> <p><i>Academia da praça (aparelhos colocados ao ar livre), Liang Gong, Programa Vida Ativa e Saúde na Escola e outras atividades desportivas não possuem vínculos com a Academia da Cidade.</i></p> <p>98. Você tem o hábito de indicar usuários dos quais você cuida ao Programa Academia da Cidade (PAC)? <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.</p>	
<p>99. Existe um Fluxo de encaminhamento de usuários para o Programa Academia da Cidade (PAC)? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 3. Não sei.</p>	
<p>100. Você dispõe de algum instrumento (protocolo padrão, diretriz teste, etc..) para avaliar a liberação dos usuários e pacientes para a prática de exercícios físicos? <input type="checkbox"/> 1. Sim. Qual? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica.</p>	
<p>101. Você utiliza este instrumento? <input type="checkbox"/> 1. Sim. <input type="checkbox"/> 2. Não. <input type="checkbox"/> 888. Não se aplica (NSA).</p>	
<p>102. Cite os passos que você considera adequado para a construção do fluxo de referência e contra-referência entre a unidade básica de saúde e o Programa Academia da Cidade (PAC).</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>Considere as alternativas abaixo. Qual(is) dela(s) você apontaria como dificuldades para o encaminhamento de usuários ao Programa Academia da Cidade (PAC)?</p> <p>103. Desinteresse dos pacientes e usuários. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 104. Desinformação quanto ao fluxo de encaminhamento. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 105. Condição física do paciente/usuário. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 106. Condição de saúde que impossibilita a prática de atividades físicas. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 888.NSA 107. Outra(s). Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
<p>O que você acha que pode ser feito para fortalecer a relação Centros de Saúde /Academias da Cidade?</p> <p>108. Sensibilização dos pacientes e usuários para a prática de atividades físicas. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>109. Capacitação das equipes de saúde para o encaminhamento. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>110. Esclarecimento junto às Equipes de Saúde sobre como são realizadas as atividades físicas na Academia. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>111. "Feed Back" periódico de informações sobre usuários/pacientes encaminhados a prática de atividades físicas. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>112. Discussão mensal dentro da reunião do NASF sobre o PAC e a Promoção da Saúde por usuários/pacientes. <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> <p>113. Outra(s). Qual(is)? _____ <input type="checkbox"/> 888. NSA</p>	
RELAÇÃO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	
<p>114. A Secretaria Municipal de Saúde leva em conta as reivindicações dos profissionais da Unidade? <input type="checkbox"/> 1. Sempre <input type="checkbox"/> 2. Quase sempre <input type="checkbox"/> 3. Raramente <input type="checkbox"/> 4. Nunca</p> <p>Porque você avalia assim? _____</p> <p>_____</p>	