

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
NÍVEL DOUTORADO**

**ANA MÔNICA SERAKIDES IVO**

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS ACADEMIAS DA SAÚDE DE BELO  
HORIZONTE: A ÓTICA DOS ATORES**

**BELO HORIZONTE**

**2019**

ANA MÔNICA SERAKIDES IVO

**AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS ACADEMIAS DA SAÚDE DE BELO  
HORIZONTE: A ÓTICA DOS ATORES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos em Saúde

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Imaculada de Fátima Freitas

BELO HORIZONTE

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Ivo, Ana Mônica Serakides.

Avaliação qualitativa das academias da saúde de Belo  
Horizonte [manuscrito]: a ótica dos atores / Ana Mônica Serakides  
Ivo. - 2019.

162 f.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais,  
Escola de Enfermagem.

1. Promoção da Saúde. 2. Políticas Públicas. 3. Pesquisa  
Qualitativa. 4. Saúde Coletiva. 5. Avaliação de Programas. I. Freitas,  
Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal  
de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

**ATA DE NÚMERO 128 (CENTO E VINTE E OITO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA ANA MONICA SERAKIDES IVO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.**

Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de março de dois mil e dezenove, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "AVALIAÇÃO QUALITATIVA DAS ACADEMIAS DA SAÚDE DE BELO HORIZONTE : A ÓTICA DOS ATORES", da aluna Ana Monica Serakides Ivo, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Maria Imaculada de Fátima Freitas (orientadora), Alzira de Oliveira Jorge, Deborah Carvalho Malta (participou da sessão por skype), Tarcísio Laerte Gontijo e Cláudia Maria de Mattos Penna, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;  
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de março de 2019.

Profª. Drª. Maria Imaculada de Fátima Freitas  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Alzira de Oliveira Jorge  
(Medicina/UFMG)

Profª. Drª. Deborah Carvalho Malta  
(Esc. Enf./UFMG)

Prof. Dr. Tarcísio Laerte Gontijo  
(UFESJ)

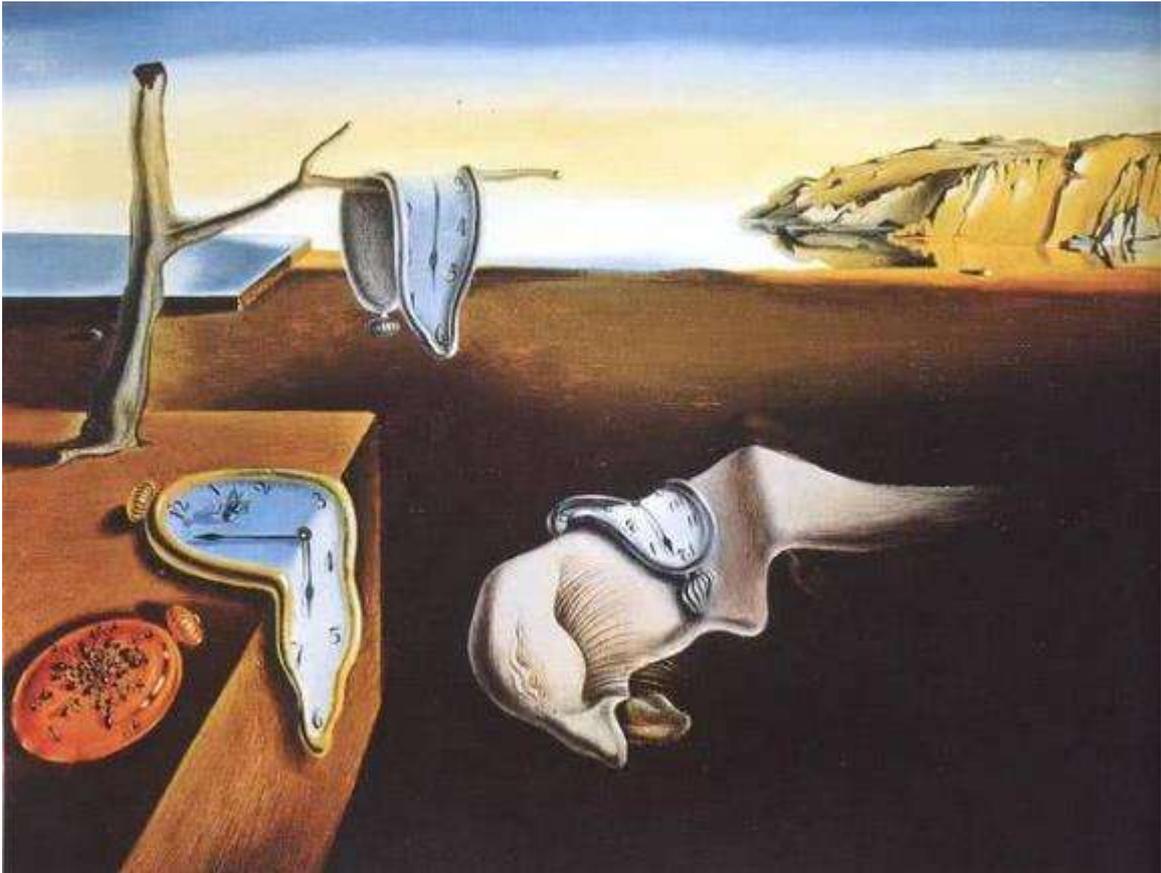
Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna  
(Esc. Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG  
em 01/04/2019

Profª. Dra. Kênia Lara Silva  
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem da UFMG

Dedico este trabalho a todas as pessoas que diariamente buscam não somente ter uma vida melhor, mas serem pessoas melhores em meio a tantas contradições, dilemas, preconceitos e injustiças sociais.



**Salvador Dalí. A persistência da memória, 1931.**

**O TEMPO**  
*Mário Quintana*

A vida é o dever que nós trouxemos para fazer em casa.

Quando se vê, já são seis horas!

Quando se vê, já é sexta-feira!

Quando se vê, já é natal...

Quando se vê, já terminou o ano...

Quando se vê perdemos o amor da nossa vida.

Quando se vê passaram 50 anos!

Agora é tarde demais para ser reprovado...

Se me fosse dado um dia, outra oportunidade, eu nem olhava o relógio.

Seguiria sempre em frente e iria jogando pelo caminho a casca dourada e inútil das horas...

## COMIDA

*Arnaldo Antunes*

Bebida é água.

Comida é pasto.

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

A gente não quer só comida,

A gente quer comida, diversão e arte.

A gente não quer só comida,

A gente quer saída para qualquer parte.

A gente não quer só comida,

A gente quer bebida, diversão, balé.

A gente não quer só comida,

A gente quer a vida como a vida quer.

Bebida é água.

Comida é pasto.

Você tem sede de quê?

Você tem fome de quê?

A gente não quer só comer,

A gente quer comer e quer fazer amor.

A gente não quer só comer,

A gente quer prazer pra aliviar a dor.

A gente não quer só dinheiro,

A gente quer dinheiro e felicidade.

A gente não quer só dinheiro,

A gente quer inteiro e não pela metade.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por não me abandonar e me fazer seguir...

Finalizar um doutorado e escrever uma tese definitivamente não é algo fácil. É dedicação, compromisso, renúncia e, em alguns momentos (ou vários no meu caso), é desesperador. Muitas pessoas ao longo destes anos contribuíram de diferentes formas para aliviar meu cansaço e angústia. Algumas por alguns minutos, outras sempre presentes. Todas foram importantes e agradeço do fundo do meu coração.

Em especial agradeço:

À Professora Doutora Maria Imaculada de Fátima Freitas, minha orientadora querida, por ter iluminado meu caminho com sua generosidade e sabedoria todas as vezes em que me perdia na escuridão do percurso longo do doutorado, me fazendo seguir em frente. Obrigada Peninha!

Aos colegas do grupo de pesquisa NUPESC, pela disponibilidade em ajudar sempre, dividir as angústias e enriquecer o trabalho por meio das discussões.

Aos colegas e professores do doutorado, que contribuíram de diferentes formas com meu crescimento acadêmico e pessoal.

Às professoras Deborah Malta e Alzira Jorge, pelas importantes contribuições por ocasião da Qualificação.

Ao Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, por oferecer toda a estrutura necessária.

Aos amigos de trabalho da Faculdade Pitágoras, pelo constante incentivo, ajuda e trocas!

Às minhas amigas queridas “encontros”, pela escuta, risos, companhia, força e compreensão pelas muitas ausências.

Aos meus pais, que dão o suporte para minha vida continuar “rodando”, e à minha mãe pelos paparicos.

Ao Kenay, meu cachorro, que chegou junto com o doutorado e desde então é meu companheiro fiel de horas e horas em frente ao computador. Como isso é bom!

Ao Renato, meu companheiro, incentivador e porto seguro, por ser ele mesmo, bem assim! Obrigada pela infinita paciência!

Aos meus filhos queridos, Gustavo e Renata. Estes sim são minha melhor produção, meu maior orgulho e razão de tudo. Vocês são a melhor parte da minha vida!

## RESUMO

IVO, A. M. S. **Avaliação Qualitativa das Academias da Saúde de Belo Horizonte: A Ótica dos Atores.** Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

A mudança no perfil de adoecimento da população nas últimas décadas, principalmente devido ao processo de urbanização e envelhecimento populacional, acarretou expressivo aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil e no mundo. Caracterizadas, sobretudo, por sua cronicidade, as DCNT são de grande magnitude e estão associadas a altas taxas de óbitos e morbidades. Com a demanda crescente, as políticas públicas de saúde no Brasil se voltaram para as ações de promoção da saúde que buscam melhorar e garantir a qualidade de vida da população, reduzindo fatores de risco relacionados aos condicionantes e determinantes sociais das DCNT. Para a construção de modos de vida saudáveis, foram incluídas nas políticas de promoção da saúde, dentre as diversas ações, práticas corporais e atividades físicas, implantadas por meio do Programa Academia da Saúde (PAS) nos municípios brasileiros. Para avaliar a implantação do Programa, foram definidos eixos de estudo, nos quais foi incluída a avaliação referente à implicação dos atores no processo. O presente estudo investigou como as formas de pensar e agir dos usuários e profissionais se relacionam com suas implicações nas propostas do Programa. Por meio de metodologias centradas nos sujeitos, foram analisadas as representações de profissionais e usuários do PAS sobre saúde e doença, promoção de saúde, cuidar em saúde, atividade física e sobre o próprio programa, com foco na implicação desses atores na promoção da saúde. Trata-se de um estudo qualitativo fundamentado na teoria das Representações Sociais, entendendo-as como os modos de pensar das pessoas que se explicitam também em suas ações. Foram realizadas entrevistas em profundidade com coordenadores, profissionais da assistência – todos profissionais de educação física (PEF) - e usuários do PAS de Belo Horizonte. As entrevistas, após transcrição, foram interpretadas utilizando-se o método de Análise Estrutural de Narração, considerando que tudo tem sentido na fala do participante, por se constituir de reflexão sobre fatos, histórias, com seus pontos de vistas e explicações de mundo. Os dados resultaram em três categorias: (1) Representações sobre saúde e doença de profissionais das Academias da Saúde: implicações nas ações de promoção da saúde; (2) O Programa Academia da Saúde e a Atividade Física, pela ótica dos gestores e profissionais da assistência: política pública de proteção à saúde da população; (3) Representações de usuários do programa Academia da Saúde de Belo Horizonte sobre atividade física e sobre o programa. A análise das narrativas evidenciou a existência de pontos de vista concordantes e discordantes nas representações dos PEF e dos usuários do PAS. No caso dos profissionais, há representações centrais que definem a saúde como o oposto à doença, e, de forma periférica, que saúde é mais do que ausência de doença. O modelo biomédico é muito presente, mas convive com pontos de vista que ampliam os horizontes da prática em saúde, voltados para a construção da promoção da saúde como um bem e um direito. Para manterem paralelas as representações, utilizam-se do discurso oficial que criou o Programa, ancorado na Saúde Coletiva, e do discurso da ciência e senso comum, ancorados na biologia e tratamentos. Os usuários, por sua vez, reproduzem esse discurso e tentam seguir as normativas do serviço em meio às contradições e dilemas que

cercam as possibilidades de escolher entre ser saudável e ser feliz. Os profissionais de educação física e usuários consideram que o PAS oportuniza o acesso à atividade física gratuita e de qualidade, melhorando diversos parâmetros biológicos em uma dimensão utilitarista de saúde. Os PEF ampliam este significado do Programa à possibilidade de tratamento e prevenção de doenças e promoção da saúde. Conclui-se que a implicação do profissional nas ações do PAS é paradoxal, exigindo melhorias permanentes na formação profissional para que haja continuidade na mudança de paradigma na atenção à saúde. Os modos de pensar e agir dos usuários em relação ao cuidado com a saúde são moldados pelas normativas dos serviços de saúde. Entretanto, estas pessoas encontram formas e justificativas para flexibilizar suas condutas e viver suas vidas, com avanços na compreensão que implica promoção de saúde. Neste contexto, o Programa se configura, de forma mais abrangente, como uma política pública necessária e inclusiva.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Políticas públicas. Pesquisa qualitativa. Saúde Coletiva. Avaliação de Programas.

## ABSTRACT

IVO, A. M. S. **Qualitative evaluation of the health academies of Belo Horizonte: The optics of the actors.** School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

The change in the population's illness profile in the last decades, mainly due to the process of urbanization and population aging, led to a significant increase in chronic noncommunicable diseases (CNCD) worldwide. Mainly characterized by its chronicity, CNCDs are of great magnitude and are associated with high rates of deaths and morbidities. With increasing demand, public health policies in Brazil have turned to health promotion actions that seek to improve and guarantee the quality of life of the population, reducing risk factors related to social conditions and determinants of CNCD. For the construction of healthy lifestyles, corporal practices and physical activities, were included in the health promotion activities through the Health Academy Program (HAP) in Brazilian counties. In order to evaluate the implementation of the Program, axes were defined, in which the evaluation regarding the implication of the actors in the process was included. The present study investigated how the ways of thinking and acting of users and professionals relate to their implications Program's proposal. Through subject-centered methodologies, we analyzed the representations of professionals and users of HAP on health and disease, health promotion, health care, physical activity and on the program itself, focusing on the implication of these actors in health promotion. It is a qualitative study based on the theory of Social Representations, understanding them as the ways of thinking of the people that are also explicit in their actions. In-depth interviews were conducted with coordinators, care professionals - all physical education professionals (PEP) - and users of the Belo Horizonte HAP. The interviews, after transcription, were interpreted using the Structural Analysis of Narration method, considering that everything has meaning in the participant's speech, because it consists of reflection on facts, stories, with their points of view and explanations of the world. The data resulted in three categories: (1) Representations on health and illness of professionals of the Health Academies: implications in the actions of health promotion; (2) The Health and Physical Activity Program, from the perspective of health care managers and professionals: public health policy for the population; (3) Representations of users of the Belo Horizonte Health Academy Program on physical activity and the program. The analysis of the narratives showed the existence of concordant and discordant points of view in the representations of the PEP and the users of the HAP. Regarding the professionals, there are central representations that define health as the opposite of disease, and, peripherally, that health is more than absence of disease. The biomedical model is very present, but it coexists with points of view that broaden the horizons of health practice, aimed at the construction of health promotion as a good and a right. To keep the representations parallel, we use the official discourse that created the Program, anchored in Collective Health, and the discourse of science and common sense, anchored in biology and treatments. Users, in turn, reproduce this discourse and try to follow the rules of service amid the contradictions and dilemmas surrounding the possibilities of choosing between being healthy and being happy. Physical education professionals and users consider that HAP provides access to free and quality physical activity, improving several biological parameters in a utilitarian dimension of health. PEPs extend this meaning of the Program to the possibility of treatment and prevention of diseases and health promotion. It is concluded that the professional's involvement in HAP actions is paradoxical, requiring permanent improvements in professional training so that there is continuity in the paradigm shift in health care. The ways of thinking and acting of the users in relation to health care are shaped by the norms of the health services. However, these people find ways and

justifications to bend their behaviors and live their lives, with advances in the understanding that implies health promotion. In this context, the Program is more broadly defined as a necessary and inclusive public policy.

**Keywords:** Health promotion. Public policy. Qualitative research. Collective Health. Evaluation of Programs.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACMS – American College of Sports Medicine  
AF – Atividade Física  
APS – Atenção Primária à Saúde  
AVC – Acidente Vascular Cerebral  
CD – Coordenações Distritais  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNDC – Chronic Noncommunicable Diseases  
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
CONFED – Conselho Federal de Educação Física  
CP – Coordenação Pedagógica  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
ES – Espírito Santo  
F – Fatos narrados  
GM – Gabinete do Ministro  
HAP – Health Academy Program  
HRQL – Health Related Quality of Life  
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano  
J – Justificativas  
P – Personagens  
PA – Profissional da Assistência  
PAS – Programa Academia da Saúde  
PSE – Programa Saúde na Escola  
PC – Práticas Corporais  
PE – Pernambuco  
PEF – Profissional de Educação Física  
PEP – Physical Education Professionals  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição  
PNPS – Política Nacional de Promoção à Saúde  
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PR – Paraná  
MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica

NUPESC – Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva

S – Sequenciado

SE – Sergipe

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SUS – Sistema Único de Saúde

U – Usuário

UBS – Unidade Básica de Saúde

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

WHO – World Health Organization

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

## LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

Figura 1 - Síntese do significado de Atividade Física, Práticas Corporais e Exercício Físico.	31
Figura 2 - Representações sobre saúde e doença dos profissionais do PAS .....	53
Figura 3 - Representações de gestores e profissionais do PAS sobre o programa, a AF e o profissional de educação física neste contexto. ....	62
Figura 4 - Síntese das representações de coordenadores e profissionais do PAS sobre AF, o Programa e a Promoção da Saúde neste contexto .....	71
Figura 5 - Representações dos usuários sobre Atividade Física e o Programa Academia da Saúde .....	79
Figura 6 - Síntese das representações de usuários sobre atividade física e sobre o Programa Academia da Saúde .....	84
Figura 7 - Modelo interpretativo das representações de profissionais e usuários do PAS sobre Saúde e Doença .....	93
Figura 8 - Modelo interpretativo das representações de profissionais e usuários do PAS sobre o Programa e sobre a AF neste contexto .....	94
Tabela 1 - Caracterização dos coordenadores pedagógicos (CP), distritais (CD) e profissionais da assistência (PA) do PAS participantes do estudo. ....	47
Tabela 2 - Distribuição da faixa etária dos usuários do programa das Academias da Saúde de Belo Horizonte, MG, e dos participantes do estudo .....	49
Tabela 3 - Caracterização dos usuários conforme situação de trabalho, renda familiar, motivação para participação no Programa Academias da Saúde e prática de atividade física anterior à entrada no programa, .....	50
Quadro 1 - Síntese das representações dos profissionais do PAS sobre saúde e doença .....	57

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>17</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
2.1 Contextualização do problema .....	19
2.2 Objetivo Geral .....	22
2.2.1 <i>Objetivos específicos</i> .....	22
<b>3 SAÚDE, DOENÇA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA</b> .....	<b>23</b>
<b>4 ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E PRÁTICAS CORPORAIS</b> .....	<b>28</b>
<b>5 VETORES DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA QUE INSTITUIU O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE E A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NESTE CONTEXTO</b> .....	<b>34</b>
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	<b>40</b>
6.1 Referencial Teórico-Metodológico das Representações .....	40
6.2 Percurso Metodológico.....	41
6.2.1 <i>Cenário e participantes</i> .....	41
6.2.2 <i>Instrumentos e procedimentos da coleta</i> .....	43
6.2.3 <i>Crerios de Inclusão</i> .....	44
6.2.4 <i>Métodos de Análise</i> .....	44
6.2.5 <i>Considerações Éticas</i> .....	45
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>
7.1 Situação objetiva referente aos profissionais e usuários das Academias de Saúde e de estrutura dos polos. ....	47
7.2 Representações sobre saúde e doença de profissionais das Academias da Saúde: implicações nas ações de promoção da saúde .....	52
7.3 O Programa Academia da Saúde e a atividade física pela ótica dos gestores e profissionais da assistência: política pública de proteção à saúde da população. ....	62
7.4 Representações de usuários sobre Atividade Física e Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte. ....	78

<b>7.5</b>	<b>Convergências e contradições entre as representações de profissionais e usuários do Programa Academia da Saúde.....</b>	<b>88</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>96</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>100</b>
	<b>APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....</b>	<b>120</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>123</b>
	<b>APÊNDICE 3 – EXEMPLO DE ANÁLISE ESTRUTURAL DA NARRATIVA .....</b>	<b>124</b>
	<b>APÊNDICE 4 – SÍNTESE DAS REPRESENTAÇÕES DOS COORDENADORES E PROFISSIONAIS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE DE BELO HORIZONTE POR TEMA.....</b>	<b>130</b>
	<b>APÊNDICE 5 – QUADRO DE ENTREVISTADOS.....</b>	<b>132</b>
	<b>APÊNDICE 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE FUNCIONAMENTO DOS POLOS DAS ACADEMIAS DA SAÚDE DE BELO HORIZONTE .....</b>	<b>134</b>
	<b>APÊNDICE 7 – ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO A PARTIR DE PARTE DOS RESULTADOS DA TESE. ....</b>	<b>136</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>157</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Academia da saúde: avaliação de programas de atividade física no Brasil”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas, por meio do Parecer de nº 151.238, e obteve financiamento do CNPq sob o número 552752/2011-8. O objetivo geral do projeto foi explorar o Programa Academia da Saúde (PAS) no Brasil e nos municípios, buscando avaliar tanto sua implementação (processo e resultados), quanto sua efetividade nas localidades onde o projeto estava instituído (produção dos resultados). A partir dessas avaliações, seria possível construir diretrizes para a manutenção do programa, apontando caminhos para sua potencialização.

No decorrer da organização desse projeto, os pesquisadores responsáveis perceberam a necessidade de incluir na pesquisa um eixo de avaliação qualitativo. Essa ação foi adotada para que pudessem responder a questões sobre as formas de pensar e agir dos atores envolvidos no programa (coordenadores, profissionais e usuários) acerca de temas que fazem parte da proposta da política que instituiu o PAS, em busca de discutir seus compromissos com a proposta Academia da Saúde. A pesquisa constou, então, de dois eixos, a saber: um quantitativo, no qual foram avaliados a estrutura, o processo e os resultados da implantação das academias nos municípios brasileiros, para responder à questão “o Programa está ou não implantado e em que condições?”; e um qualitativo, sobre a implicação dos atores para esta implantação dentro das finalidades do Programa Academia da Saúde.

Este estudo, denominado “Avaliação Qualitativa das Academias da Saúde de Belo Horizonte: a ótica dos atores”, integrou o eixo qualitativo da pesquisa. Acredita-se que conhecer o ponto de vista dos atores envolvidos no PAS sobre saúde, doença, promoção da saúde, atividade física, e sobre o próprio programa, pode contribuir para que as finalidades das ações previstas sejam asseguradas, com correção de rumos, caso necessário, objetivando a efetividade do programa.

Sendo eu bacharel e licenciada em Educação Física, me aproximei do campo da saúde coletiva de forma mais significativa somente quando busquei fazer mestrado nesta área. O fato desta pesquisa versar sobre a temática da atividade física, da promoção da saúde e da saúde coletiva, por meio de estudo qualitativo, foi o motivo pessoal e profissional de participar deste estudo e torná-lo um trabalho de doutorado. O trabalho no projeto iniciou-se desde a concepção, coleta, análise e interpretação de dados e redação dos artigos construídos a partir dos resultados, que são apresentados no presente texto.

Dos resultados foram produzidos três artigos: (1) Modos de pensar dos profissionais do Programa Academia da Saúde sobre saúde e doença e suas implicações nas ações de promoção de saúde - submetido e aprovado; (2) Promoção da Saúde: análise de uma política e suas contradições pela ótica dos trabalhadores – em fase de final de elaboração; (3) Convergências e contradições entre as representações de profissionais e usuários sobre o Programa Academia da Saúde, suas possibilidades e significados – em fase de elaboração.

## 2 INTRODUÇÃO

### 2.1 Contextualização do problema

O expressivo aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil e no mundo, relacionado principalmente aos processos de urbanização e envelhecimento populacional (transição epidemiológica e demográfica) ocorridos nas últimas décadas, mudou o perfil de adoecimento da população (VASCONCELOS; GOMES, 2012; DUARTE; BARRETO, 2012). As DCNT se caracterizam, sobretudo, por não serem contagiosas e por sua cronicidade, sendo representadas principalmente pelas doenças do aparelho circulatório como: acidente vascular cerebral (AVC), hipertensão arterial e infartos, além de cânceres, diabetes e outras (BRASIL, 2008a). Com expressiva magnitude e relacionadas a elevadas taxas de óbitos e morbidades, as DCNT ainda representam altos custos para assistência à saúde e foram, nos últimos anos, uma das principais causas de internações hospitalares no Brasil (MALTA; BERNAL; et al. 2017; MALTA; SILVA JR,2013).

Equivocadamente, as DCNT são algumas vezes chamadas de “doenças de riqueza” por estarem associadas à urbanização e à modernização (BANCO MUNDIAL, 2005). No entanto, a epidemia dessas doenças tem afetado, em especial, os indivíduos pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2017a), que em geral são mais expostos aos fatores de risco. Dessa forma, a presença das DCNT cria um círculo vicioso, aumentando a pobreza destes grupos, agravado pelo cenário de desigualdades sociais (BANCO MUNDIAL, 2005; BRASIL, 2011a; WHO, 2011). Alguns dos fatores de risco são considerados não modificáveis, como idade, sexo e histórico familiar; outros são considerados modificáveis, que correspondem aos fatores associados aos modos de vida, como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e uso de álcool.

Foi neste contexto que surgiu a necessidade de formulação de políticas públicas com vistas à mudança dos modos de vida e de evidências científicas positivas com relação a ações em contexto comunitário (HALLAL; CARVALHO; et al. 2009; HALLAL; REIS; et al. 2009), que foi criado o Programa Academia da Saúde (PAS) em 2011 (BRASIL, 2011b). O detalhamento referente aos vetores de formulação do PAS, suas características e objetivos serão apresentados no capítulo cinco, dedicado a este tema.

O PAS se insere como uma nova estratégia da atenção primária à saúde (APS), dentro das políticas de promoção à saúde, para desenvolver ações que propiciem o desenvolvimento

de modos de vida saudáveis, tendo a atividade física (AF) e as práticas corporais (PC) como um dos principais eixos de trabalho.

Alguns estudos de avaliação deste tipo de programa realizados anteriormente em algumas cidades do Brasil, como Recife-PE, Aracajú-SE, Belo Horizonte-MG, Vitória-ES e Curitiba-PR, evidenciaram que sua implantação contribuiu para melhorar a saúde e aumentar o nível de atividade física (AF), bem como o acesso da população à prática de atividade física regular (KNUTH; et al. 2010; HALLAL; TENÓRIO; et al. 2010; HALLAL; CARVALHO; et al. 2009).

Assim, foi desenvolvido o projeto nacional multicêntrico, aprovado pelo CNPq em 2012, iniciado em 2013, do qual a presente investigação faz parte. O objetivo foi o de realizar a avaliação da implantação do PAS e das ações desenvolvidas pelo projeto, processo fundamental para sua institucionalização.

No período de 2011 a 2015, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde organizou uma frente de trabalho para a avaliação do Programa Academia da Saúde (PAS). O objetivo era avaliar, de forma abrangente, um programa de tamanha complexidade por meio de informações obtidas pelo sistema de monitoramento e de dados alcançados por um grupo de pesquisadores colaboradores do Ministério da Saúde com diferentes métodos de pesquisa. Apesar de o relatório completo com estas avaliações não ter sido ainda publicado, alguns estudos desta trajetória e de outras frentes de pesquisa sobre o tema já estão disponíveis.

No Rio de Janeiro, por exemplo, o estudo de avaliação identificou que o PAS se constitui como um programa de promoção da saúde, pois aumenta o acesso da população à AF e a modos de vida saudáveis, melhorando as condições de bem-estar dos indivíduos como um todo (PADILHA, OLIVEIRA, FIGUEIRÓ, 2015).

Sá et al. (2016) evidenciaram que o PAS tem o potencial de promover a saúde da população como um todo, porém ainda é direcionado quase que exclusivamente à população adulta e idosa. Além disso, uma das maiores dificuldades dos gestores consiste na contratação de profissionais devido à escassez de recursos financeiros.

Outro estudo constatou que poucos municípios utilizavam indicadores de saúde para o planejamento de suas ações no PAS, e que havia a necessidade de treinamento dos profissionais envolvidos (FLORINDO; REIS; et al. 2016). Já Silva, F. et al. (2017) mostraram o desconhecimento dos gestores do PAS quanto aos princípios, objetivos e diretrizes do Programa.

Fernandes et al. (2017), por sua vez, identificaram que os usuários do PAS eram mais ativos fisicamente no tempo livre do que o restante da população (53,7% e 30,2%

respectivamente). Além disso, os usuários relataram melhora na própria condição de saúde e na convivência com os vizinhos, mostrando que foram capazes de reconhecer a importância do aumento de atividade física (AF), inclusive fora do espaço da academia.

Silva et al (2017) realizaram estudo de avaliabilidade do PAS de Recife centrada nas diretrizes, metas, objetivos, análise de documentos, operacionalização do programa, identificação dos atores e desenvolvimento de modelo lógico. A avaliação permitiu identificar as necessidades do programa, bem como as estratégias possíveis acordadas com os interesses dos atores envolvidos.

Esses estudos citados porém, não se propuseram a investigar de forma qualitativa, da coleta à análise, como os atores, gestores, usuários e profissionais das academias estão investindo nas propostas, dentro da perspectiva prevista de equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde, que presume o aumento ao acesso da população às ações de promoção da saúde, gerando autocuidado autônomo e fortalecido pelo conhecimento.

A importância de investigações dessa natureza se fundamenta na perspectiva de que as políticas públicas devem buscar subsídios para sua constituição, reconhecendo que práticas de saúde visam à autonomia dos sujeitos, pois é a partir deles que se articulam conceitos e práticas relacionados ao processo saúde e doença (LANGDON, 2014). Portanto, estudos qualitativos centrados nos sujeitos tornam-se um importante recurso para o processo de avaliação do PAS por pesquisadores.

Levando em consideração a temática do processo saúde e doença, promoção da saúde, cuidado em saúde e AF, torna-se necessário avaliar o processo de implantação das Academias da Saúde de forma qualitativa. Essa colocação parte do pressuposto de que as mudanças para a promoção da saúde, produção do cuidado e modos de vida saudáveis da população ocorrem pela construção e incorporação de novos valores e modos de pensar a vida que têm fundamentos psicossociais (GIAMI; VEIL, 1997). Nesse contexto, este trabalho é responsável pela análise da avaliação dos atores envolvidos no Programa Academia da Saúde sobre a importância do processo, tendo como cenário o município de Belo Horizonte.

Ouvir os profissionais, usuários e atores das ações traz, então, a subjetividade de julgamentos e valores em relação a estes objetos como elemento constitutivo das mudanças previstas, possíveis ou desejadas. Dessa forma, surgiram as seguintes perguntas: os modos de pensar dos profissionais e usuários do Programa Academia da Saúde sobre saúde e doença, promoção da saúde, AF e sobre o próprio programa são condicionantes para a implicação dos sujeitos nas ações e contribui para o alcance de seus objetivos? O Programa favorece a compreensão da população e profissionais sobre promoção da saúde?

Conhecer o ponto de vista das pessoas sobre essas questões pode contribuir para a organização e o desenvolvimento do programa de forma efetiva, uma vez que considera as necessidades e demandas dos principais atores nele envolvidos. Portanto, pressupõe-se que:

- A implementação de programas públicos com vistas à promoção da saúde favorece a compreensão da população e profissionais sobre a temática;
- As representações, construídas ao longo da vida sobre saúde e doença, promoção da saúde, políticas públicas e atividade física condicionam a implicação individual, coletiva e política do Programa Academia de Saúde;
- As representações sobre saúde e doença e modos de cuidar, construídas ao longo da vida, confrontam-se com as práticas de promoção de saúde previstas no Programa.

## **2.2 Objetivo Geral**

O objetivo geral deste trabalho é avaliar qualitativamente a implicação dos atores - coordenadores, profissionais e usuários - no desenvolvimento do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, com enfoque em suas representações relativas à saúde e doença, à promoção da saúde, à atividade física (AF) e ao próprio Programa.

### ***2.2.1 Objetivos específicos***

- Compreender representações de coordenadores e profissionais de Academias da Saúde sobre saúde e doença;
- Compreender representações de coordenadores e profissionais sobre o Programa Academia da Saúde e atividade física no contexto da promoção da saúde;
- Compreender representações de usuários do Programa Academia da Saúde sobre atividade física e o próprio programa;
- Comparar representações dos profissionais e usuários das Academias da Saúde sobre atividade física, o Programa Academia da Saúde, suas possibilidades e significados.

### 3 SAÚDE, DOENÇA, PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

A promoção da saúde é uma das principais estratégias para melhorar e garantir a qualidade de vida da população, pois combina políticas públicas e ações nas comunidades com o intuito de melhorar a vida das pessoas, reduzindo fatores de risco à saúde relacionados aos condicionantes e determinantes sociais das DCNT (BUSS, 2000; 2010; ALMEIDA; ATHAYDE, 2015). Baseando-se em princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a equidade e a integralidade, e visando a melhoria da qualidade de vida da população por meio da redução da vulnerabilidade e risco à saúde, a Política Nacional de Promoção à Saúde define:

promoção da saúde como um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intra e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014a, p.7).

Neste sentido, a promoção da saúde está inserida em uma linha de cuidado em saúde que inclui ações que visam promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a articulação entre os setores (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015). Para promover saúde são necessárias ações que vão desde o saneamento básico e habitação a problemas relacionados a acesso, educação e emprego. Com o intuito de que estas ações sejam efetivas, deve-se considerar ainda o contexto do desenvolvimento *econômico, social* e humano (BRASIL, 2006). A promoção da saúde é, portanto, uma estratégia para produção de cuidado que considera os determinantes sociais da saúde e as interações sociais vividas em uma abordagem integral dos indivíduos.

Em um país de dimensões territoriais gigantescas como o Brasil, em que as desigualdades sociais estão presentes de forma expressiva, o acesso aos serviços de saúde configura-se como um problema para as ações de sua promoção. A Declaração de Alma-Ata de 1978 já apontava para o problema das desigualdades sociais ao reconhecer que proteger, recuperar e promover a saúde dos povos só é possível se houver o enfrentamento à pobreza (WHO, 1978).

No entanto, promover saúde é muito mais abrangente, pois inclui “o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde” (CZERESNIA, 2003, p.47). Fortalecer as capacidades individual e coletiva é conferir autonomia às pessoas e às populações. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

apresenta a autonomia como um dos princípios básicos para a promoção da saúde, juntamente com a equidade, participação social, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade.

Assim, a promoção da saúde deve considerar a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, pois as formas como eles elegem seus modos de viver, como organizam suas escolhas e como criam possibilidades de satisfazer suas necessidades dependem não apenas da vontade ou da liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2014a, p. 8).

A autonomia está inserida no campo das escolhas e tomadas de decisão, de forma livre e consciente, além dos contextos objetivos de vida (BRASIL, 2014a). Trata-se, então, de reconhecer a subjetividade e objetividade dos modos de viver, de enfrentar ou se submeter aos condicionantes e determinantes das condições de vida. Para tanto, é necessário a articulação de saberes técnicos e populares (BUSS, 2000), propiciando uma relação de liberdade na produção do cuidado.

Buss (2000) destaca ainda que, para que esta promoção da saúde livre sem a necessidade de regulação social exista de fato, há a necessidade do fortalecimento do *empowerment*, ou empoderamento. Para Carvalho, S. (2004, p.1092), empoderamento é o principal eixo da Promoção à Saúde e pode ser definido como:

a possibilidade de que indivíduos e coletivos venham a desenvolver competências para participar da vida em sociedade, o que inclui habilidades, mas também um pensamento reflexivo que qualifique a ação política. [...] é um processo, e uma condição, que demanda a aquisição de competências tais como o desenvolvimento da autoestima e da confiança pessoal; a capacidade de analisar criticamente o meio social e político e o desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política.

Assim, os indivíduos e a comunidade podem ser também agentes de mudanças desejadas e reconhecidas por eles mesmos como necessárias. As mudanças dos modos de viver que incluem uma vida saudável são determinadas pelo contexto objetivo em que vivem as pessoas. Essa determinação ocorre, também, pela forma como estas pessoas compreendem, significam e vivem a saúde e a doença, porque, ao fazê-lo, estão definindo qual atitude terão com os contextos objetivos de vida.

Tendo como base a promoção da saúde, faz-se necessário definir o termo “saúde”. Trata-se, aqui, de uma definição para além daquela de “completo bem-estar físico, mental e social” (WHO, 1986), que se configura como algo inatingível (BATISTELLA, 2007). Entende-

se que a saúde é uma condição temporal, dinâmica e que reflete um determinado contexto social, econômico, político e cultural, atrelado ao desenvolvimento científico, sob influências de valores individuais, institucionais e ideológicos (SCLIAR, 2007). Nesse sentido, é um conceito positivo, um recurso para a vida, e não uma finalidade, como apresentado anteriormente pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1986).

O conceito ampliado de saúde, porém, ainda causa inquietude sobre sua definição, pois carrega diferentes olhares e saberes que trazem referências biomédicas, referências da epidemiologia, da clínica, das instituições e das políticas (FILHO, 2011). Os instrumentos usados para mensurar a saúde dos indivíduos buscam dimensões de bem-estar físico, mental e social. Porém, ao se associar fatores de risco à saúde de forma coletiva, o conceito de saúde se distancia da positividade e se aproxima da doença (FILHO; ANDRADE, 2003). De fato, a saúde não é somente uma questão objetiva, pois as pessoas vivem sua saúde no seu cotidiano, no trabalho, no lazer e no ócio, enfim, na vida, sem que se inclua efetivamente tal vivência na expressão do conceito ampliado de saúde.

Ressalta-se que o conceito de doença também pode ter diferentes interpretações de acordo com as referências que toma. A relação com o modelo biomédico, por exemplo, é fortemente evidenciada quando a doença é associada ao diagnóstico, sendo esta, para Hegenberg (1998), a definição que de fato possibilita a prática médica, que deve propor um tratamento eficaz para cada patologia.

O corpo, neste contexto, é dissociado das interações que estabelece com o meio em que vive e é reduzido a um conjunto de órgãos e sistemas corporais (CZERESNIA, 2003), não sendo considerada a integralidade do indivíduo. A doença pode estar associada a uma patologia que necessita ser tratada, que pode provocar limitações ao indivíduo, ou pode ser considerada como algo positivo, no sentido em que passa a ser mais que “uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida”, sendo o próprio sujeito o principal ator a identificá-la (CANGUILHEM, 2009, p.74). Nesse sentido, amplia-se a definição de doença ao incorporar dimensões da vida que ultrapassam os aspectos biológicos e se aproximam de aspectos socioculturais.

Czeresnia (2003, p. 42) sintetiza a relação entre saúde e doença, destacando suas subjetividades e contradições:

A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra. [...] é na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional da saúde, que ocorre a tensão [...]

entre a subjetividade da experiência do adoecer e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência.

Os diferentes pontos de vista que abarcam a compreensão dos sujeitos sobre saúde e doença podem indicar, portanto, uma maior ou menor implicação destes em “produzir” saúde, no caso dos profissionais e as ações desenvolvidas por eles, ou cuidar da própria saúde, no caso dos usuários, por meio do autocuidado. O autocuidado considera o próprio indivíduo como centro para qualquer possibilidade de mudança em relação à sua vida e sua saúde, a partir de suas necessidades e sentimentos sobre este processo (BRASIL, 2018a).

É fundamental compreender que as ações de promoção da saúde devem considerar, além de medidas que favoreçam a autonomia dos sujeitos de forma crítica e consciente em relação aos modos de vida saudáveis, também as diversidades socioeconômicas e necessidade de ações voltadas à redução da pobreza e de desigualdades sociais por meio de políticas públicas. Fatores socioeconômicos são fortes preditores de morbimortalidade, e são também fatores de risco para desenvolvimento de diversas doenças crônicas (STRINGHINI; et al. 2017; MALTA; STOPA; et al. 2015).

Entende-se, portanto, que ao se pensar em promover saúde as ações devem contemplar os sujeitos de forma individual e coletiva. Caso contrário, prosseguir-se-á no erro de responsabilizar apenas o indivíduo por sua condição de saúde, isentando o Estado, que de fato por meio de suas políticas públicas poderia reduzir os fatores de risco à saúde, seus determinantes e condicionantes.

A relação direta de causa e efeito entre ações de promoção à saúde e qualidade de vida foi instituída em 1986, quando a primeira foi definida na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde como “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (WHO, 1986). Salas-Zapata et al. (2016) estreitam essa relação e apresentam um modelo em que a promoção da saúde baseada na construção de cidades sustentáveis e saudáveis é a principal estratégia para se alcançar qualidade de vida.

A qualidade de vida foi definida pela Organização Mundial de Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p.1). Desta forma, a qualidade de vida é o principal desfecho esperado quando se pretende promover saúde, pois inclui, além das necessidades objetivas humanas, como saúde física e psicológica da pessoa, também aspectos como independência, relações sociais, crenças e as noções subjetivas sobre cada aspecto da vida (BRASIL, 2012).

A qualidade de vida pode ser percebida em duas vertentes: (1) ligada a aspectos subjetivos e culturais como amor, felicidade, prazer e realização pessoal; (2) relacionada a aspectos objetivos relativos às necessidades elementares humanas como alimentação, habitação, saúde, educação, trabalho e lazer, entre outros (MINAYO, HARTZ, BUSS, 2000), estes últimos com parâmetros materiais com maior potencial de medição.

Qualidade de vida, para os autores citados, representa um “híbrido biológico-social, mediado por condições mentais, ambientais e culturais” (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p.12), com instrumentos de medida e avaliação desta qualidade, usados individual ou coletivamente, que acabam por definir seus indicadores. Estudos e relatórios públicos utilizam os seguintes instrumentos, de acordo com a especificidade e necessidade: *Health related quality of life* (HRQL) (GIACHELLO, 1996); *World Health Organization Quality Of Life* (WHOQOL – 100 e o WHOQOL – Bref) (WHO, 1997); SF-36 (36 item short-form) (WERE, SHERBOURNE, 1992) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (PNUD, 2017). Este último avalia diversos itens, incluindo as desigualdades sociais.

Em todos os instrumentos propostos considera-se, portanto, os determinantes da qualidade de vida para que sejam realizadas intervenções e elaboradas políticas de promoção da saúde que possam, de fato, propiciar a autonomia das pessoas. O intuito é potencializar suas capacidades individuais, sociais e coletivas, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde e considerando os diferentes contextos em que vivem, suas singularidades e relações estabelecidas com o ambiente (BAKES; et al. 2009; CAMPOS; NETO, 2008).

Estes conceitos evidenciam a subjetividade e a abrangência que devem fazer parte de ações com vistas a promover saúde, e mostram a importância de se conhecer os aspectos subjetivos que envolvem as pessoas incluídas no processo de produção do cuidado e da saúde de forma individual e coletiva.

#### 4 ATIVIDADE FÍSICA, EXERCÍCIO FÍSICO E PRÁTICAS CORPORAIS

A prática de atividade física (AF) está associada a vários benefícios relacionados, sobretudo, a aspectos objetivos (fisiológicos, cognitivos, motores) e aspectos subjetivos (socialização, percepção de autoimagem, bem-estar). As recomendações para a prática de AF regular estão presentes em consensos e diretrizes como forma de prevenção e tratamento de diversas doenças crônicas, principalmente as relacionadas ao aparelho circulatório, pois existem evidências científicas de seus efeitos positivos (MALACHIAS; et al. 2016; WHO, 2011). A AF e as Práticas Corporais (PC) foram incorporadas, assim, às políticas públicas e são um dos temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014a). Há, porém, nestes documentos e nos estudos científicos, uma diferenciação no que diz respeito à definição dos termos “atividade física” (AF), “exercício físico” e “práticas corporais” (PC), que são determinados pelo tipo de AF a ser realizada de acordo o objetivo que se pretende.

A inatividade física por sua vez, juntamente com a dieta inadequada, tem sido reportada como uma das principais causas de DCNT, e associada com a carga global de doenças, mortes e incapacidade populacional, além de representar um alto custo econômico (MALTA; FRANÇA; et al. 2017; DING; et al. 2016). O aumento dos níveis de AF reduz, portanto, a carga destas doenças na vida das pessoas, melhorando a saúde física e mental e, conseqüentemente, a qualidade de vida destes sujeitos (WHO, 2002). Pessoas com maiores níveis de atividade física reportam maior qualidade de vida em vários domínios quando comparadas a pessoas inativas (SILVA, R.; et al. 2010; NAHAS, 2001). Políticas públicas que favoreçam escolhas e ambientes saudáveis, bem como o acesso a locais para prática de AF, podem impactar de forma positiva a vida das pessoas.

Diretrizes para os cuidados relativos à hipertensão, diabetes e dislipidemia, por exemplo, recomendam a prática de AF como tratamento não medicamentoso. Em algumas, afirma-se o exercício físico, principalmente o treinamento aeróbico com prescrição individualizada, como o mais eficaz, tanto para prevenção como para o tratamento destas doenças (MALACHIAS; et al. 2016; OLIVEIRA, MONTENEGRO, VENCIO, 2017; FALUDI; et al. 2017). O termo “práticas corporais” não foi utilizado em nenhuma destas diretrizes.

A AF é considerada como qualquer movimento corporal que altere o organismo de seu estado de repouso e aumenta o gasto de energia (ACMS, 2014). Tanto as atividades que fazem parte da rotina diária das pessoas, como andar na rua, subir escadas e fazer tarefas domésticas, quanto aquelas mais específicas, como esportes, dança, ginástica e musculação, dentre outras,

podem ser consideradas AF, pois geram um maior gasto energético. Portanto, atividades que utilizam o movimento corporal de qualquer natureza são consideradas AF, incluindo exercícios físicos e práticas corporais.

Assim, a atividade física pode ocorrer de diversas maneiras no cotidiano das pessoas, podendo ser dividida em quatro domínios:

- a) Atividades físicas no tempo livre ou no lazer: estão relacionadas às atividades que ocorrem fora da atividade laboral e do deslocamento para o trabalho ou escola envolvendo o movimento corporal. Jogos, brincadeiras, esportes, danças, corridas e caminhadas, atividades em academias, exercícios físicos programados, dentre outros, fazem parte deste grupo;
- b) Atividades físicas no deslocamento: são aquelas realizadas pelas pessoas, a pé ou de bicicleta, por exemplo, para se locomover durante o dia, seja para o trabalho ou escola;
- c) Atividades físicas nos afazeres domésticos: realizadas durante a rotina de cuidados com a casa como: lavar e passar roupas, varrer e limpar chão, vidros e paredes, cozinhar, dentre outras tarefas;
- d) Atividades físicas no trabalho: podem ter diferentes intensidades dependendo do tipo de trabalho. Algumas profissões demandam elevados níveis de atividade física como os lixeiros, carteiros e outras nem tanto, como operador de telemarketing, dentistas, entre outros.

O ACMS (2014) e a WHO (2010) recomendam que pessoas adultas (18-65 anos) realizem pelo menos 150 minutos de AF em intensidade moderada ou 75 minutos de atividades vigorosas por semana para que desfrutem dos benefícios relacionados à saúde. Essas atividades podem ser realizadas no tempo livre ou no deslocamento, e um instrumento simples, como a percepção subjetiva do esforço, pode ser capaz de avaliar sua intensidade (BORG, 2000).

O exercício físico é definido como um tipo de AF realizada de forma planejada, estruturada e intencional, direcionada a um objetivo específico (FALUDI; et al. 2017; ACMS, 2014). Enquadram-se nesse tipo de atividade as ginásticas, a musculação, os treinamentos que apresentam característica de controle de diversas variáveis, como duração, volume e carga, que alteram a sua intensidade com o objetivo de desenvolver qualidades específicas componentes da aptidão física, como a força, a resistência e a velocidade (BOMPA; HALF, 2012). Os exercícios físicos são classificados em:

- a) aeróbicos, que usam o oxigênio como principal fonte para metabolizar substratos, como gordura, que serão utilizados como energia pelos músculos em atividade. Estão associados a exercícios que geralmente utilizam grandes grupos musculares em movimentos contínuos de baixa à moderada intensidade e de duração mais longa;
- b) anaeróbicos, que não necessitam do oxigênio, porque utilizam a glicose, entre outras fontes, para produção de energia. São exercícios de alta intensidade e de curta duração (WILMORE; COSTILL, 2005). A definição de exercício físico está atrelada a parâmetros fisiológicos e mostra a natureza de sua prática e a potencialidade de seus efeitos a diferentes objetivos em uma relação direta entre a prescrição e o cumprimento desta. O exercício físico se torna uma “ferramenta” – no seu sentido utilitarista – para a prevenção e tratamento das DCNT.

Ao caracterizar AF como qualquer movimento humano que tira o corpo da condição de repouso (não havendo preocupação aqui com gasto energético em uma redução biológica do movimento), observa-se a infinidade de possibilidades que são incluídas no conceito e que recebem influências dos diferentes contextos sociais e culturais de onde e por quem executa o movimento.

As práticas corporais são, portanto, um tipo de atividade corporal que apresenta elementos culturais ou manifesta a cultura corporal de determinados grupos ou povos e traz consigo os significados que as pessoas dão a esses movimentos (CARVALHO, Y., 2007). Os diferentes significados atribuídos ao movimento são construídos por meio das experiências individuais ou coletivas nas diferentes formas de manifestação das práticas corporais, sejam nas atividades cotidianas, esportivas ou recreativas (BRASIL, 2012). As práticas corporais podem ser institucionalizadas e organizadas de forma sistemática ou acontecer de forma espontânea e desestruturada, individualmente ou em grupos, por diferentes motivos: “convívio, saúde, distração, divertimento, estética, manutenção da forma física ou a combinação destes.” González (2015, p. 139). Uma mesma prática corporal pode ter diferentes significados dependendo do contexto em que ocorre. São, portanto, práticas sociais, historicamente construídas, que têm o movimento corporal como essência (GONZÁLEZ, 2015). É neste sentido que este autor propõe que as práticas corporais sejam oportunizadas no SUS, como uma ferramenta de cuidado à saúde que se distancie da AF meramente utilitária. Não se pretende negar a importância da AF para a saúde amplamente divulgada pela ciência, mas deve-se compreender que antes disso, ela é um direito e uma expressão social (PNUD, 2016).

Ao tentar diferenciar exercício físico, práticas corporais e atividade física, cria-se uma disputa que não contribui para o aumento destas práticas pela população e tampouco para o fomento de novas políticas no setor, podendo até mesmo dificultar a incorporação dessas práticas pela população (PNUD, 2016).

Para elucidar as diferenças encontradas na literatura sobre os três termos pode-se dizer, sinteticamente, que cada um deles se aproxima de um tipo de uso do movimento humano apresentando pontos de inserção comuns na maioria das vezes como mostra a Figura 1.

Figura 1 - Síntese do significado de Atividade Física, Práticas Corporais e Exercício Físico



Fonte: próprio autor

Será adotado neste estudo o termo “atividade física” (AF) para designar as atividades realizadas pelas pessoas no tempo livre/de lazer em que se utilize o movimento corporal para os diferentes fins: seja para promover sua saúde física, para práticas competitivas ou sociais, para se tornar mais atraente, para se deslocar, para relaxar ou para se divertir. Os termos “práticas corporais”, “exercício físico” e outros, serão utilizados quando estiverem em textos de outros autores, em documentos, ou nas falas dos entrevistados.

Ressalta-se que o exercício físico traz uma faceta mais biologicista da AF e as práticas corporais trazem uma dimensão sociocultural. Nesta ótica, poderia se falar em “atividade corporal” em substituição ao termo AF, como discutido por Luz (2007), mas o termo AF foi o escolhido para o presente trabalho por estar consagrado na literatura e em documentos oficiais. O profissional de Educação Física, que tem como principal elemento de sua prática profissional o movimento corporal, torna-se, neste momento, um importante articulador do eixo Atividade Física e Práticas Corporais da PNPS.

Historicamente, a educação física prestou-se a vários objetivos, como a higienização física e moral, a domesticação dos corpos e purificação destes contra doenças e a adequação dos corpos às normas sociais (CECCIM; BILIBIO, 2007). Mergulhada, ainda hoje, em muitas contradições ideológicas, a educação física, como área de conhecimento e de atuação profissional, circula pelo campo da educação, do lazer, do esporte, do treinamento e do *fitness* há muitos anos. Ao longo dos tempos, porém, foi buscando se afirmar como participante da área da ciência da saúde e dentro do campo da saúde coletiva.

Presente na área da saúde nas duas últimas décadas, quando o Ministério da Saúde reconheceu a Educação Física como profissão de nível superior da área da saúde, a educação física teve, e continua tendo, a formação de seus profissionais voltada para áreas distantes da saúde coletiva (COSTA; et al. 2012). Carregando a premissa de que atividade física é e produz saúde (CARVALHO, Y., 1993; ALVES, CARVALHO, 2010), o profissional tem suas representações sobre promoção da saúde e produção do cuidado vinculadas ao processo sócio-histórico da educação física que, por sua vez, tem como lógica a prescrição do que se deve fazer para ter resultados favoráveis.

A organização das Nações Unidas no Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional sobre Atividades Físicas e Esportivas e Desenvolvimento Humano (PNUD, 2016), destaca a situação de desigualdade social existente na prática de atividades físicas realizadas no tempo livre. Existe uma maior participação de homens se comparada à participação de mulheres e nota-se também uma maior adesão por pessoas com renda mais favorável (PNUD, 2016).

Uma pesquisa realizada nas capitais brasileiras e Distrito Federal que levava em consideração a prática de AF no tempo livre mostrou que 46,6 % dos homens são fisicamente ativos contra 29,9 % das mulheres. As diferenças em relação à idade e anos de estudo também apontam para esta desigualdade. 52,2 % das pessoas entre 18 e 24 anos praticam AF regular e esse percentual vai diminuindo com o aumento da idade, chegando a ser de 22,3% em pessoas acima de 65 anos. Indivíduos que estudam mais de 12 anos são mais fisicamente ativos em relação aos que têm até 8 anos de estudo (47,9% e 24,5%, respectivamente) (BRASIL, 2017a). Essa desigualdade aponta para a necessidade de superar a culpabilização do indivíduo sedentário por sua condição, desconsiderando fatores como “atuais padrões de produção e consumo, as desigualdades sociais, as limitações impostas pela crescente urbanização, os sistemas de valor em vigor, as políticas de acesso” (PNUD, 2016, p. 5).

Portanto, a AF tem uma estreita relação com os atuais conceitos de saúde e qualidade de vida, já vistos no capítulo anterior, e se estabelece como uma possibilidade de promoção e

manutenção da saúde individual e coletiva, bem como da qualidade de vida das pessoas e da população.

## **5 VETORES DE FORMULAÇÃO DA POLÍTICA QUE INSTITUIU O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE E A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NESTE CONTEXTO**

Nas últimas décadas houve mudança no perfil de adoecimento da população mundial e brasileira com aumento na expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população (CAMPOLINA; et al. 2013). O índice de envelhecimento no Brasil atingiu, em 2010, 44,8%, percentual quatro vezes maior que o década de 1950 (VASCONCELOS; GOMES, 2012). O processo de urbanização, a modernização, as transformações econômicas e sociais e mudanças nos modos de produção e de viver das pessoas contribuíram significativamente para a mudança de perfil.

As DCNT, no ano de 2012, foram responsáveis por 74% dos óbitos, tendo 31% de ocorrência no aparelho circulatório (WHO, 2014). A magnitude das DCNT é expressiva no contexto brasileiro. Exemplos são o diabetes e a hipertensão, com 8,9% e 25,7%, respectivamente, da população atingida no território nacional (BRASIL, 2017a). O modo de vida não saudável favorece o aparecimento dessas doenças e acaba por diminuir a autonomia do sujeito, impactando sua qualidade de vida e cerceando seus direitos. Observa-se o aumento acelerado da carga de DCNT decorrente dos efeitos negativos da globalização, da urbanização rápida, do estilo de vida sedentário e da alimentação com alta densidade calórica, além do consumo de tabaco e álcool (BRASIL, 2011a).

A transição epidemiológica ocorrida está diretamente relacionada às mudanças demográficas e nutricionais e reflete as condições objetivas de vida e os modos de viver da população. Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) mostraram que, em 2016, o excesso de peso e a obesidade estavam presentes em grande parte da população, chegando aquele a 18,9% e esta a 53,8%. O mesmo inquérito mostrou, ainda, que prática de AF semanal recomendada não é realizada por 62,4% da população brasileira e que apenas 35,2% consome regularmente frutas e hortaliças (BRASIL, 2017a), dificultando a redução das taxas de sobrepeso e obesidade e das DCNT relacionadas a esses fatores. Dessa forma, prevenir o uso do tabaco e álcool e manter alimentação saudável e atividade física reduz o risco de doenças crônicas (MALTA; CEZÁRIO; et al. 2006). Estudos populacionais têm mostrado que o desenvolvimento das DCNT e os fatores de risco relacionados estão associados ainda a menor escolaridade e renda (BRASIL, 2017a; ISER; et al. 2011; WHO, 2011), colocando a desigualdade social como um importante fator no processo. O baixo nível socioeconômico foi avaliado como potente indicador de

morbimortalidade prematura em todo mundo, reduzindo 2,1 anos de vida na população entre 40 e 85 anos de idade. Esse indicador é superior se comparado à obesidade (0,7 anos) e à hipertensão arterial (1,9 anos), e é próximo dos indicadores de sedentarismo (2,4 anos), diabetes (3,9 anos) e tabagismo (4,8 anos) (STRINGHNI; et al. 2017).

Além disso, os impactos econômicos causados por essas doenças estão relacionados tanto aos custos para o indivíduo, família e o próprio sistema, pelo tratamento prolongado, quanto às ausências no trabalho ou mesmo aposentadorias precoces, decorrentes de incapacidades permanentes (WHO, 2009; BRASIL, 2011a), sendo as DCNT, principalmente as do aparelho circulatório, as principais causas de internações hospitalares no Brasil (MALTA; BERNAL; et al. 2017, SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017). As famílias têm, então, seu orçamento reduzido para alimentação, moradia, educação e lazer, o que pode gerar um círculo vicioso de risco para o desenvolvimento das DCNT.

Diversos estudos vêm mostrando, ao longo dos anos, que os modos de vida saudáveis podem favorecer a qualidade de vida das pessoas, pois há associação direta entre presença de doenças, sedentarismo e alimentação não saudável (SILVA, F.; et al. 2017; LEE; et al. 2012, MUNIZ; et al. 2012; MORA; et al. 2007) . Porém, esta é uma visão do processo saúde-doença que reforça o caráter particular e a responsabilização do indivíduo que, de certa forma, se expõe a riscos ao não adotar um modo de vida saudável (BATISTELLA, 2007), deixando de lado dimensões políticas e sociais fundamentais para compreendê-lo dentro de um contexto maior de vida da população. São as políticas públicas de promoção da saúde que, de fato, podem definir a redução dos fatores de risco elencados entre determinantes e condicionantes das DCNT (BUSS; PELEGRINI, 2007; MALTA; SILVA JR, 2013) e interferir, de forma substancial, nos indicadores de saúde da população (MALTA; SILVA; ALBUQUERQUE; AMORIM; et al. 2014).

Logo, a prática de AF e alimentação saudável são consideradas como principais formas de redução dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT, bem como de tratamento e controle destas (SILVA; LYRA; LIMA, 2016; ROSA et. al. 2016; GUS; et al. 2015; SANTANA; et al. 2015; PESCATELLO; et al. 2008), juntamente com a redução do uso de álcool e tabaco; todos fatores de risco modificáveis. A prática regular de AF, com duração de, pelo menos, 150 minutos semanais, pode reduzir os riscos de desenvolvimento de doenças (ADA, 2010; WHO, 2011), por isso a necessidade de investimento para criar espaços públicos destinados a ela foi apontada por autores que estudaram a situação brasileira (FLORINDO; SALVADOR; et al. 2011).

Diante de tantas evidências, os modos de vida saudável foram, ao longo dos anos, se incorporando à agenda do governo por meio de políticas públicas, tais como: (a) Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999, e que tem como objetivos “a garantia da qualidade dos alimentos disponíveis para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos”(BRASIL, 2003, p.17); (b) Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), de 2006, que busca promover a saúde da população brasileira, além de prevenção e tratamento de doenças, garantindo a participação popular neste processo(BRASIL, 2006a); (c) Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de 2006, que institucionaliza a promoção da saúde no Sistema Único de Saúde e prioriza, em suas ações específicas, diversas atitudes no campo da alimentação saudável, atividade física e práticas corporais, prevenção do uso do tabaco e álcool, dentre outras ações (BRASIL, 2006b); d) criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, que reúne profissionais das mais variadas áreas da saúde, incluindo o profissional de educação física e o nutricionista, para atuarem junto às Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2008b).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde iniciou uma série de repasses para estados e municípios desenvolverem ações regionais de promoção da saúde, especialmente no incentivo a fatores de proteção para as DCNT por meio da Rede Nacional de Atividade Física. Foram mais de 170 milhões investidos nas ações de promoção da saúde, e a maioria dos mais de 1.400 municípios contemplados desenvolveu projetos relacionados à atividade física e às práticas corporais (AMORIM; et al. 2013; BRASIL, 2014a).

Em Belo Horizonte, o Programa Academia da Cidade foi criado em 2005 com o objetivo de promover os modos de vida saudáveis (alimentação saudável e atividade física) por meio de intervenções interdisciplinares e coletivas, tendo em vista a autonomia dos sujeitos e considerando o contexto sociocultural da comunidade. Em uma ação intersetorial, sua implantação se deu com a participação das secretarias de saúde, segurança alimentar e nutricional, educação e esporte, além de parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (LOPES; et al. 2016). Houve grande expansão do programa nos anos seguintes que, a partir de 2008, com a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, passou a contar com outros profissionais, além do profissional de educação física, contratados, nesta época, para desenvolver as ações do programa.

Alguns estudos surgiram com a criação do programa municipal. Um estudo realizado com usuários ingressantes no Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte (nome dado ao programa antes da adesão à portaria que instituiu o PAS) identificou elevada prevalência de

excesso de peso, hipertensão e outras DCNT, além de alimentação inadequada e sua associação à baixa renda e escolaridade (COSTA; et al. 2013). Lopes et al. (2016), em seus estudos, identificaram que os participantes do PAS recebiam mais aconselhamentos sobre alimentação saudável e prática de AF que os usuários da UBS (Unidade Básica de Saúde) que não frequentavam o programa. Já Ramalho et al. (2014) mostraram que usuários de UBS que tinham conhecimento da existência do Programa Academia da Cidade eram menos sedentários que os usuários que desconheciam o programa. Os estudos de Silva e Menandro (2014) analisaram que as mulheres são maioria na utilização do programa, sendo também um importante espaço de convívio social para estas pessoas, e apontou, ainda, que a existência de polos nas proximidades das residências dos usuários facilita o acesso e adesão à AF.

Belo Horizonte fazia parte, portanto, de um conjunto de experiências bem sucedidas de práticas de atividades físicas no contexto comunitário surgidas em algumas cidades brasileiras a partir da década de 1990, como o Serviço de Orientação ao Exercício de Vitória (ES), existente desde 1990; o Programa CuritibaAtiva (PR), criado em 1998; o Programa Academia da Cidade, em Recife (PE), criado em 2002; o Programa Academia da Cidade, em Aracaju (SE), criado em 2003; e a Academia Carioca, no Rio de Janeiro, criada em 2009. As avaliações destes projetos mostraram que programas com vistas a modos de vida saudável constituem uma ferramenta à promoção da saúde e podem melhorar a saúde e a qualidade de vida da população (BRASIL, 2013a; HALLAL; TENÓRIO; et al. 2010; REIS; et al.2010; HALLAL; REIS; et al. 2009, MENDONÇA; TOSCANO; OLIVEIRA, 2009), evidenciando a necessidade de inclusão desse tipo de política pública em todo território nacional (BRASIL, 2013c).

Publicado em 2011, pelo Ministério da Saúde, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011–2022, prevê ações de promoção, prevenção e assistência à saúde para redução da mortalidade precoce (abaixo dos 70 anos de idade), por doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes (BRASIL, 2011a). Diante desse cenário, as Secretarias de Vigilância em Saúde e da Atenção à Saúde, ambas do Ministério da Saúde, uniram esforços para elaboração de um programa nacional com base em estudos epidemiológicos, em produções científicas e em experiências dos municípios avaliados, garantindo a ampliação das ações à luz da PNPS (FRAGA; et al. 2013, MALTA; SILVA; ALBUQUERQUE; AMORIM; et al. 2014).

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS 719, de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011c), o Programa Academia da Saúde (PAS), com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde da população e produção do cuidado, implantado espaços com

infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado para orientação e acompanhamento de práticas corporais, atividade física e de lazer e outras formas de adesão da população a modos de vida mais saudáveis, com práticas intersetoriais, incluindo a participação popular e uma linha de cuidado integral (BRASIL, 2011b). Esta Portaria foi redefinida posteriormente pela Portaria GM/MS 2681, de 07 de novembro de 2013, que, juntamente à Portaria GM/MS 2.684, de 08 de novembro de 2013, oferecem as diretrizes para o funcionamento do Programa em todo o território nacional (BRASIL, 2013b; 2013c). Atualmente, os incentivos e investimentos no Programa são definidos pela Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016 (BRASIL, 2016).

O PAS é constituído de espaços públicos construídos para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, com objetivos, princípios e diretrizes bem definidos. O Programa tem a participação das três esferas de gestão do SUS. Na esfera federal, o Ministério da Saúde financia a construção de novos polos e faz o repasse de verba mensal para custeio; os estados apoiam os municípios na construção e manutenção dos polos articulando as redes de atenção e os municípios desenvolvem as atividades de acordo com as diretrizes e objetivos do programa. As atividades são desenvolvidas por profissionais da atenção básica, principalmente aqueles que atuam na Estratégia Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cadastrados no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Além dos profissionais mínimos da equipe, os municípios poderão acrescentar profissionais de outras áreas do conhecimento para o desenvolvimento de atividades afins aos objetivos, princípios e diretrizes do Programa (BRASIL, 2014b).

Desde sua implantação, o PAS vem crescendo substancialmente no Brasil e contava, em dezembro de 2017, com mais de 2.300 polos em funcionamento (BRASIL, 2018b) e 3.821 polos habilitados em 2.678 municípios (BRASIL, 2018b). Algumas cidades brasileiras que já haviam implantado algum programa semelhante tiveram maior facilidade de implementá-lo e contam com um grande número de polos, entre os anteriores e os novos construídos após a implantação da política nacional.

Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, passou por esse processo ao longo desta década. O município que, em 2011, contava com 44 polos de Academias da Cidade, foi aos poucos habilitando seus polos por meio da portaria nº 2.684 de 08 de novembro de 2013, que estabelece os critérios de similaridade. Em 2014, eram 33 polos de Academia da Saúde, e, atualmente, são 77, muitas delas funcionando há mais de seis anos (BRASIL, 2018b). Para seu desenvolvimento, foram incluídos mais de 130 profissionais de educação física por meio de concurso público na rede de atenção primária do município, o que ocorreu também nos

diferentes municípios brasileiros, em maior ou menor grau. Esses profissionais, além de trabalharem 30 horas semanais no PAS, especialmente nas academias, trabalham mais 10 horas distribuídas em diversas frentes de atenção à saúde, como no NASF, Saúde Mental, Lian Gong e Programa Qualidade de Vida do Trabalhador (LAS CASAS; et al. 2014).

Para a rede de atenção à saúde e para o Profissional de Educação Física (PEF), essa foi uma novidade que demarcou expansão no campo de trabalho, novas relações com outros trabalhadores e clientela e novas práticas e tecnologias. O PEF que, historicamente, teve sua formação e prática profissionais atreladas à área da educação, do esporte e do *fitness* (BENITES; NETO; HUGER, 2008) passou a atuar no campo da saúde, apesar de os currículos de graduação em Educação Física, em sua maioria, não incluírem disciplinas sobre saúde, na perspectiva da saúde coletiva, e discussões a respeito deste novo espaço de trabalho (GUARDA; et al. 2014). Apesar disso, os profissionais estão na rede de serviços de saúde atuando diariamente e acabaram por construir suas formas de atuação.

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 Referencial Teórico-Metodológico das Representações

Este é um estudo de abordagem qualitativa, que possibilita o aprofundamento e compreensão de um evento, fato ou experiência social pela experiência particular dos sujeitos e pela interpretação do significado que as pessoas dão a ele expressas em suas construções intersubjetivas por meio de palavras (CHIZZOTTI, 2003, BOSI, 2012, MINAYO, 2012).

Tem como referencial teórico-metodológico a teoria das representações sociais, iniciada por Moscovici em 1976 (MOSCOVICI, 1978, 2009; HOROCHOVISKI, 2004), na vertente sociológica construtivista proposta por Giami e Veil (1997), que permite a compreensão a respeito de determinado objeto a partir da construção e expressão do sujeito sobre este, que são estruturadas em processos psíquicos que fazem parte do fenômeno social em sua totalidade e de sua vida cotidiana.

Surgido na sociologia durkheimiana, o termo inicialmente utilizado para se referir às representações era “representação coletiva”, pois para Durkheim, as representações de um grupo podiam traduzir a maneira como a sociedade se vê e vê o mundo (DURKHEIM, 2007). Posteriormente, Moscovici, com críticas ao determinismo de Durkheim, adota o termo “social” para as representações, sendo esta uma maneira de transformar o conhecimento científico em senso comum, pois as representações dos indivíduos e da sociedade incluem sua subjetividade e seus saberes de maneira dinâmica e são uma forma de comunicação da expressão de grupos sociais que traduzem seus valores e suas visões de mundo que irão influenciar os comportamentos das pessoas apoiados em condutas desejadas e admitidas (MOSCOVICI, 1978).

Porém, esta abordagem das representações reduz a transformação da teoria científica pois supõe sua pré-existência em relação às representações. Na vertente de Giami e Viel (1997) existe uma circularidade e reciprocidade nas determinações da teoria científica e das representações que amplia ambas; a primeira fornecendo matéria e conteúdo para a segunda, e esta servindo de fundamento para encaixar a primeira. Para os autores, é necessário ainda levar em conta outras funções, além das relações entre os grupos como as funções intrapsíquicas, intraindividuais e interindividuais.

As representações são, portanto, sempre sociais “na medida em que, necessariamente, tira seus conteúdos temáticos dos materiais presentes na sociocultural contemporânea e

passada” (GIAMI; VEIL, 1997, p.52), e são expressas também individualmente porque estão contidas na experiência de cada sujeito.

Nas representações, portanto, o social é obrigatório e observável a partir do discurso individual, e não necessariamente pela soma dos discursos coletivos, dispensando o adjetivo social das representações, não como forma de reduzir o termo, mas sim de abranger o mundo da subjetividade do sujeito.

Estas representações são elaborações compartilhadas, introjetadas pelo sujeito, e são explicitadoras das formas que criam, aderem, investem ou não nos cuidados em saúde, evidenciando a importância das interações nos processos externos e internos de compreensão e interpretação da realidade materializados na ação dos sujeitos (GIAMI; VEIL, 1997; GIAMI; PERREY, 2012).

Ao estudar as representações, Giami e Veil (1997) as categorizaram em representações originais e representações periféricas. As primeiras são aquelas que formam um núcleo central, que são geralmente representações mais antigas e estruturantes de uma verdade “natural” para os sujeitos, além de serem mais profundas e enrijecidas, com pontos de vista e valores mais difíceis de serem modificados. As representações periféricas encontram-se no entorno do núcleo central e têm mais flexibilidade porque são menos sustentáveis, o que permite às pessoas ajustes para gerenciar conflitos e contradições acerca de um objeto.

Assim, é possível compreender a ambivalência de posturas dos sujeitos tendo como base o seu ponto de vista sobre os objetos, compreendendo o significado de suas condutas: ora respaldadas por representações profundas, ora apoiadas em novos saberes e contextos (HERZLICH, 2005; GIAMI; VEIL, 1997), refletindo nas suas implicações na produção do cuidado individual ou coletivo.

## **6.2 Percurso Metodológico**

### ***6.2.1 Cenário e participantes***

O estudo foi realizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, e incluiu Academias da Saúde distribuídas nas nove regionais de saúde do município. Participaram gestores, profissionais e usuários do PAS de Belo Horizonte.

Foram incluídos todos os profissionais da coordenação pedagógica, em um total de seis, todas as coordenações distritais, em um total de nove, dezessete profissionais que atuam

no atendimento direto aos usuários e trinta e três usuários. Os profissionais entrevistados foram identificados por meio de siglas de acordo com a atribuição de cada grupo:

- a) Coordenação Pedagógica (CP): responsável pela gestão dos serviços e construção de novas ações e diretrizes que orientam a prática dentro do programa, as capacitações dos profissionais da assistência, o monitoramento e a avaliação do Programa;
- b) Coordenações Distritais (CD): responsáveis por gerenciar os serviços oferecidos nos nove distritos de saúde do município, sendo referência para os profissionais da assistência em cada uma das regionais. São o elo entre estes e a coordenação pedagógica;
- c) Profissional da Assistência (PA): responsável pelo atendimento direto ao usuário. Aplica as diretrizes do programa nos atendimentos diários, nas avaliações, na organização e na execução das atividades. Abastece o sistema central com todos os dados do polo e apresenta as demandas.

Os usuários foram identificados pela sigla (U) e, assim como os profissionais, seguindo numeração por ordem das entrevistas.

O município contava, em outubro de 2013, data de início da organização da coleta, com 33 Academias da Saúde implantadas. Para o estudo foram sorteadas duas academias em cada regional, totalizando 17 polos participantes, pois no distrito Leste havia apenas um polo na época da coleta, que se iniciou em fevereiro de 2014. Em cada um dos polos foi entrevistado um profissional.

Este número de participantes foi definido para iniciar a coleta, com o intuito de incluir os trabalhadores de todas as regionais da cidade. Para finalizar a coleta, considerou-se o critério de saturação dos dados (DENZIN; LINCOLN, 2006). Caso necessário, seria sorteado um profissional a mais para cada regional e assim sucessivamente, até que houvesse exaustiva repetição das informações e reflexões dos participantes. Porém, a análise preliminar das entrevistas já mostrou que houve saturação, com informações e pontos de vista muito próximos, não havendo necessidade de inclusões posteriores.

As entrevistas com os usuários foram realizadas em diferentes faixas etárias (18 a 30 anos; 31 a 50 anos; 51 a 65 anos e 65 anos e mais), sendo quatro usuários em cada distrito, escolhidos de forma aleatória, para cobrir as diversidades demográficas e sociais da cidade. Tentou-se atingir de forma equitativa as idades e gênero dos usuários. O critério de saturação foi utilizado também para definir o número de participantes dentre os usuários das academias e foram seguidas as mesmas regras utilizadas para os profissionais. No caso destes, a saturação

foi verificada também por gênero e por faixa etária, totalizando 33 usuários dos 36 previstos inicialmente.

Não houve recusa de participação na pesquisa. Foram realizadas 65 entrevistas entre gestores, profissionais e usuários.

### ***6.2.2 Instrumentos e procedimentos da coleta***

A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 1), com questões abertas, de maneira a propiciar que os participantes pudessem apresentar suas narrativas livremente sobre cada assunto (TRAVANCAS, 2014, MINAYO, 2002) a começar por questões norteadoras, iniciadas por: "Diga-me o que pensa sobre":

- Saúde/doença;
- Promoção da saúde: corpo, sexualidade, gênero e idade neste contexto;
- Atividade Física;
- Políticas de promoção de saúde e Academias da Saúde

Questões de relance, quando necessárias, foram incluídas, para esclarecer afirmações e propiciar que as representações sobre os temas abordados viessem à tona. As entrevistas foram realizadas nas próprias Academias da Saúde, em local reservado, marcadas com antecedência no horário de preferência dos participantes, de acordo com a disponibilidade de cada um.

Para a continuidade da coleta foi realizada análise preliminar, que ocorreu após cada entrevista, até que houvesse a saturação dos dados qualitativos, critério definidor do encerramento da coleta (DENZIN; LINCOLN, 2006). Esse critério pressupõe que, no momento em que os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não é relevante persistir na coleta. Considera-se que novas informações pouco acrescentariam ao material obtido e às reflexões acerca destes dados (FONTANELLA, 2008).

Todas as entrevistas foram realizadas por pesquisadores treinados, pertencentes ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva – NUPESC – da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

### **6.2.3 Critérios de Inclusão**

Foram convidados para o estudo todos os gestores do Programa, profissionais e usuários das Academias da Saúde de Belo Horizonte, de acordo com os critérios apresentados anteriormente. O único critério individual foi ser maior de 18 anos. Foram incluídos aqueles que aceitaram participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2).

### **6.2.4 Métodos de Análise**

A análise dos dados fundamentou-se no método de Análise Estrutural de Narração, proposto por Demazière e Dubar (1997), a partir da transcrição das entrevistas, considerando o princípio de que tudo tem sentido na fala do sujeito, que constrói sua trajetória durante a entrevista, deixando registrados, em sua narrativa, histórias, pontos de vistas e explicações do mundo, em idas e vindas, com disjunções e conjunções sobre os objetos. A interpretação da narrativa foi realizada em dois eixos, sendo um eixo horizontal projetado sobre o eixo vertical, passando de um nível a outro, uma vez que o sentido da narrativa não está no final do discurso, mas, perpassando todo ele (BARTHES; et al. 2008). Realizada de acordo com a técnica proposta por Blanchet e Gotman (1992), a análise estrutural de narração, como já descrita por Máximo, Souza e Freitas (2015), foi dividida em quatro etapas.

A primeira etapa consiste na leitura vertical, que tem por objetivo buscar o sentido da entrevista na intenção de conhecer o seu “tom”, o conteúdo global, os objetos tratados. Representa a leitura da totalidade de cada entrevista.

Na segunda etapa a leitura horizontal é realizada, desconstruindo e reconstruindo cada entrevista. Na “desconstrução”, o conteúdo da entrevista individual é sequenciado (S) e numerado e são identificados os fatos narrados (F), justificativas e sentimentos (J), personagens ou instituições (P) envolvidos. Cada sequência corresponde às afirmações em torno de uma ideia central. Como a entrevista é um encadeamento de pensamentos (S1, S2, S3...), o narrador pode ter uma sequência posterior que retoma aquilo que havia sido falado anteriormente, apresenta novos argumentos e relata outros fatos. Já na “reconstrução”, as sequências que tratam do mesmo assunto são agrupadas (S1, S7, S9, por exemplo), constituindo categorias empíricas, com nomeação provisória pelo pesquisador e com o objetivo de explicitar os significados em torno de cada um dos objetos presentes na narrativa.

Na terceira etapa é feita a leitura transversal do conjunto das entrevistas, encontrando as conjunções e disjunções de sua totalidade, reorganizando as categorias encontradas em cada uma, culminando na categorização final dos objetos e suas representações. O resultado dessa etapa é o fechamento das categorias empíricas e a explicitação das representações originais e profundas e das representações periféricas, mais superficiais. Um modelo destas etapas está detalhado no Apêndice 3.

A quarta e última etapa, caracteriza-se pela “teorização”, na qual há interpretação e construção de categorias teóricas baseada naquelas surgidas na análise das entrevistas, com o aprofundamento por meio de leituras e reflexões do(s) pesquisador (es) que compara(m) seus achados com achados de outros autores. Para auxiliar na organização e análise dos dados foi utilizado o software NVivo10®.

#### ***6.2.5 Considerações Éticas***

Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e utilização dos dados, sendo orientados quanto ao caráter voluntário da participação e confidencialidade dos dados. Após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa e tendo aceitado participar do estudo, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, como disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte e da Universidade Federal de Minas Gerais em 2012 pelo Parecer de nº 501.086, CAAE: 22383013.6.0000.5149. Este projeto faz parte de um projeto maior intitulado “Academia da saúde: avaliação de programas de atividade física no Brasil”, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Pelotas pelo Parecer de nº 151.238, CAAE: 03192412.4.1001.5313, que obteve financiamento do CNPq sob o número 552752/2011-8. Todos os pareceres e autorizações estão anexados ao final do trabalho.

Os achados do estudo serão divulgados na forma desta tese de doutorado e de artigos científicos resultantes da tese.

## 7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram transcritas em torno de 1.000 páginas de entrevistas entre coordenadores, profissionais e usuários. Entre os temas abordados sobre saúde, doença, promoção da saúde, atividade física e o PAS, muitas foram as representações explicitadas pelos entrevistados (APÊNDICE 4). Serão apresentadas as categorias que emergiram dos relatos dos sujeitos, após a análise estrutural de narração, por meio dos objetos centrais relativos ao tema do estudo. Assim, surgiram três principais categorias e suas subcategorias:

1. Representações sobre saúde e doença de profissionais das Academias da Saúde: implicações nas ações de promoção da saúde.
  - a. Representações sobre Saúde;
  - b. Representações sobre Doença.
2. O Programa Academia da Saúde e a atividade física pela ótica dos gestores e profissionais da assistência: política pública de proteção à saúde da população.
  - a. PAS e AF: do tratamento de doenças à promoção da saúde de baixo custo;
  - b. Adesão à AF e participação de usuários no PAS: influência de gênero, idade, condições socioeconômicas e motivações pessoais;
  - c. Ações de promoção à saúde no PAS: significados de uma categoria de trabalho.
3. Representações de usuários do programa Academia da Saúde de Belo Horizonte sobre atividade física e sobre o programa.
  - a. Representações sobre Atividade Física;
  - b. Representações sobre o Programa Academia da Saúde.

Um quarto capítulo de resultados faz uma reflexão não categórica sobre as representações centrais dos profissionais e usuários.

4. Convergências e contradições entre as representações de profissionais e usuários sobre o Programa Academia da Saúde.
  - a. Saúde e doença;
  - b. Atividade Física e o PAS.

Para melhor organização e apresentação do estudo, os resultados serão apresentados em capítulos distintos. Um capítulo será destinado aos dados objetivos do estudo e quatro discorrerão sobre as representações dos entrevistados. Em cada um deles serão realizadas discussões a respeito do tema.

### **7.1 Situação objetiva referente aos profissionais e usuários das Academias de Saúde e de estrutura dos polos.**

Foram entrevistados 32 profissionais de educação física, que correspondem a 30% do total dos atuantes no PAS de Belo Horizonte. As entrevistas incluíram, à época da coleta, os profissionais das chamadas “Academias da Cidade”, que era o nome dado às estruturas similares, anteriores ao programa federal, no município.

Os coordenadores pedagógicos (CP) e distritais (CD) totalizaram 15 entrevistados e apresentaram médias de idade de 43,8 anos e 38,2 anos, respectivamente. Essa média foi superior à dos 17 profissionais da assistência (PA), que tinham em torno de 31,7 anos (Tabela 1). No que se refere às condições objetivas como relação de trabalho com a Prefeitura e condições socioeconômicas, existem diferenças entre profissionais de assistência direta e coordenadores do programa. Essas diferenças são apresentadas na Tabela 1. Não foi anexado ao final do estudo um quadro com a caracterização de cada profissional para preservação do anonimato.

Tabela 1 - Caracterização dos coordenadores pedagógicos (CP), distritais (CD) e profissionais da assistência (PA) do PAS participantes do estudo.

<b>Variável</b>	<b>CP /CD</b>		<b>PA</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Participantes</b>	15	100	17	100
<b>Idade média</b>	41 anos		31,7 anos	
<b>Mulheres</b>	9	60,0	9	52,9
<b>Escolaridade</b>				
Superior Completo	5	33,3	9	52,9
Especialização	9	60,0	7	41,2
Mestrado	1	6,7	1	5,9
<b>Renda</b>				
R\$ 3.600,00 <sup>1</sup> a 6.000,00	8	53,3	4	23,5
Acima de 6.000,00	7	47,7	13	76,5
<b>Situação conjugal</b>				
Solteiro	3	20,0	7	41,2

Casado	9	40,0	10	58,8
Separado/Divorciado	3	20,0		
<b>Trabalha em outro lugar</b>				
Sim	4	26,7	7	41,2
Não	11	73,3	10	58,8
<b>Tempo de atuação no PAS</b>				
1 a 2 anos			8	47,0
2 a 3 anos	4	26,7	1	6,0
Mais de 3 anos	11	73,3	8	47,0
<b>Cargo Efetivo</b>				
Sim	4	26,6	17	100,0
Não	11	73,4		
<b>Pratica AF regular</b>				
Sim	15	100,0	14	82,3
Não			3	17,7

<sup>1</sup> Valor do salário de técnico superior em saúde, no município, em 2014.

Fonte: próprio autor com base nos dados da pesquisa.

A maioria dos coordenadores, considerando tanto CP quanto CD, tem o trabalho no programa como única fonte de renda (73,3%). Dos profissionais de assistência direta, 41,2% trabalham em outro local, o que implica uma maior renda deste grupo se comparado ao primeiro.

A média de tempo de atuação nas coordenações do PAS (4,5 anos) também foi muito superior à dos profissionais da assistência (2,8 anos). Mesmo como menor tempo de atuação na rede, no que diz respeito à relação trabalhista destes profissionais com a Secretaria Municipal de Saúde, os profissionais da assistência são 100% efetivados por meio de concurso público e, nos grupos das coordenações, apenas 26,6% são efetivos, sendo os demais vinculados por meio de contrato.

Trinta e três usuários das Academias da Saúde fizeram parte deste estudo. Mesmo buscando o equilíbrio entre os gêneros durante o processo de coleta de dados, houve uma predominância feminina, que correspondeu a 66,6% dos entrevistados. Esse resultado é um reflexo dos dados provenientes da Secretaria Municipal de Saúde, que mostram a hegemonia do gênero feminino na participação das atividades. As academias contavam, em dezembro de 2013, com 24.533 usuários, sendo 87,6% mulheres e 12,4% homens (informação verbal<sup>1</sup>).

<sup>1</sup>Informação fornecida pelo Coordenador Pedagógico do Programa Academias da Saúde, em reunião de coleta de dados, na cidade de Belo Horizonte, em 2014, atualizada em 2016. SMS-BH.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das faixas etárias dos usuários do Programa ao final de 2012 e dos participantes do estudo, de forma que 12,1% dos usuários possuem de 18 a 30 anos, 33,3% possuem de 31 a 50 anos, 27,3% possuem de 51 a 65 anos e, finalmente, 27,3% possuem mais de 65 anos.

Tabela 2 - Distribuição da faixa etária dos usuários do programa das Academias da Saúde de Belo Horizonte, MG, e dos participantes do estudo

Faixa Etária	Programa		Estudo	
	N	%	N	%
Menores de 18 anos	459	1,87%	-	-
18 a 30 anos	1522	6,2%	4	12,1
31 a 50 anos	7.625	31,10%	11	33,3
51 a 65 anos	10.156	41,39%	9	27,3
Mais de 65 anos	4.771	19,44%	9	27,3

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Minas Gerais (2012) e dados da pesquisa.

No que diz respeito à situação conjugal dos usuários entrevistados, 60,6% têm parceiro fixo, 27,3% são solteiros, 3,0% são divorciados e 9,1% são viúvos. Somente uma pessoa declarou morar sozinha. Quanto ao grau de escolaridade dos usuários, apenas um dos entrevistados se declarou analfabeto; os demais cursaram ensino fundamental (21,2% até o 5º ano e 33,3% do 6º ano ao 9º ano) e 27,3% estão cursando ou concluíram o ensino médio. Apenas 12,1% dos usuários afirmaram ter concluído ou estar cursando curso superior (Tabela 3).

Em relação à situação de trabalho dos usuários, 60,6% declararam estar trabalhando. Dos entrevistados que não estavam trabalhando, 21,2% disseram estar desempregados ou serem do lar, enquanto os demais eram aposentados. Apenas um entrevistado não informou sua situação profissional (Tabela 3).

A renda familiar se apresentou com a seguinte distribuição: 51,5% declararam receber até três salários mínimos, 9,0% entre três e seis, 27,3% mais de seis e 12,1% não informaram ou não souberam.

Ao serem perguntados sobre a motivação para participação no Programa Academias da Saúde, 42,4% dos entrevistados disseram que partiu de indicação de um profissional da equipe de saúde da atenção básica do município. Os demais declararam ter tido indicação de amigos e familiares. A prática de atividade física anterior ao programa foi declarada por 50% dos entrevistados. A caracterização de cada usuário pode ser vista de forma detalhada no Apêndice 5.

Tabela 3 - Caracterização dos usuários conforme situação de trabalho, renda familiar, motivação para participação no Programa Academias da Saúde e prática de atividade física anterior à entrada no programa,

Variável	N	%
<b>Entrevistados</b>	33	100
<b>Mulheres</b>	21	66,6
<b>Idade Média</b>	33	51,8
<b>Situação conjugal</b>		
Casado/Parceiro fixo	20	60,6
Solteiro	9	27,3
Divorciado/separado	1	3,0
Viúvo	3	9,1
<b>Situação de trabalho</b>		
Trabalham	20	60,6
Aposentados	6	18,2
Desempregados	7	21,2
<b>Renda Familiar</b>		
Até 3 salários mínimos*	17	51,5
3 a 6 salários mínimos*	3	9,0
Acima de 6 salários mínimos*	9	27,3
Não informaram/não souberam	4	12,2
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	1	3,3
Até 5º ano ensino fundamental	8	24,3
6º ao 9º ano ensino fundamental	11	33,2
Ensino médio completo/cursando	9	27,3
Superior completo/cursando	4	12,1
<b>AF regular antes do programa</b>		
Sim	17	
Não	16	
<b>Motivação para entrar no programa</b>		
Profissional da equipe de saúde	14	42,4
Familiar/amigos	18	57,6

\*salário mínimo vigente em 2014 (R\$ 724,00).

Fonte: próprio autor com base nos dados da pesquisa.

Os espaços e estruturas das Academias da Saúde foram visitados durante as entrevistas com os profissionais do atendimento e usuários. Por meio de observação foi possível fazer uma caracterização das estruturas dos espaços onde funcionam as academias (APÊNDICE 6). Todos os espaços possuem sala exclusiva para avaliação física, sala ampla multiuso, banheiros e

equipamentos para realização de exercícios localizados, alguns deles feitos com materiais alternativos (caneleiras, pesos, colchonetes), além de espaço para caminhadas. Porém, alguns dos espaços não tinham as especificações recomendadas pelo edital, e não foram observados, em nenhum dos polos visitados na época da coleta, qualquer identificação do programa “Academia da Saúde”, como previsto nas normas do Ministério da Saúde. Todos eram identificados como “Academias da Cidade de Belo Horizonte”. Em visita recente aos polos das academias, a maioria deles já apresentava a placa com o nome do Programa do governo federal junto à placa do programa municipal.

## **Discussão**

Há grande similaridade em relação à participação de homens e mulheres que trabalham no programa. Foi constatado que os profissionais da assistência apresentam renda maior que os coordenadores, principalmente por grande parte possuir outra atividade remunerada além do PAS. Os profissionais da assistência eram todos concursados e 10 anos mais novos que o grupo de coordenadores, em média. Portanto, o primeiro grupo tem menor tempo de formação que o segundo.

Vale ressaltar que o conteúdo da prova do concurso da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, em 2011, que efetivou estes profissionais, foi dividido em 50% de questões de conhecimento específico da área de educação física, 30% de saúde pública e 20% língua portuguesa. Pode-se inferir que o conteúdo específico, em maior parte da prova, pode ter favorecido a entrada de profissionais recém-formados, considerando que o conhecimento relacionado à saúde pública era, naquela data, insuficiente ou inexistente na maior parte dos cursos de graduação (COSTA; et al. 2012). Para ter contato ou aprofundar temas relativos à saúde coletiva, era necessário realizar curso de especialização e capacitações oferecidas pelo Ministério da Saúde e da Educação, em parcerias com universidades federais do Brasil ou com as secretarias de saúde dos municípios (FALCI; BELISARIO, 2013). Estas capacitações e treinamentos começaram a ser ofertadas a partir de 2012, preferencialmente para os profissionais que já estavam na rede pública de saúde. No entanto, atualmente atingem menos de um quarto dos municípios brasileiros que oferecem o PAS (FLORINDO; REIS; et al. 2016). A cidade de Belo Horizonte tem sido contemplada com essas capacitações desde então.

A predominância feminina entre os usuários do PAS está em consonância com o que apontam outros estudos sobre a participação feminina em programas de AF no contexto comunitário (LOVATO; et al. 2015, MEDEIROS; et al. 2014). Os motivos estão relacionados

principalmente à maior disponibilidade de tempo das mulheres em participar. Essa característica evidencia a desigualdade de gênero em relação ao mercado de trabalho.

O programa de Belo Horizonte incluiu o funcionamento de alguns polos no horário noturno para tentar atender em maior proporção a população masculina, além das pessoas que trabalham durante o dia. Entretanto, segundo dados do Programa, houve pouco aumento do número de frequentadores do sexo masculino no turno da noite. A prevalência de homens que praticam AF no tempo livre, porém, é maior, segundo inquérito nacional (BRASIL, 2017a), o que leva à inferência de que programas de AF de natureza pública carregam características com as quais a população feminina se identifica mais, tais como aulas coletivas em forma de circuito, coreografias, entre outras.

A interdisciplinaridade fortalece as ações de promoção da saúde no território (MATOS; PIRES DE PIRES, 2009, BRASIL, 2008a). No presente estudo, constatou-se que há um número elevado de usuários que passaram a frequentar o PAS por indicação de profissionais das equipes de saúde, o que evidencia uma prática que favorece o cuidado integral e vínculo destes usuários com o serviço.

A maioria dos espaços físicos e dos materiais dos diferentes polos nas regionais de Belo Horizonte apresenta-se apropriada para a prática de atividades físicas e ações de promoção de saúde e modos de vida saudável, como propõe o Programa Academia da Saúde (Portarias GM/MS 2.681, de 7 de novembro de 2013 e 2.684, de 8 de novembro de 2013, vigentes na época).

O Programa Academia da Saúde, assim como a maior parte das políticas de saúde, busca atender prioritariamente ao princípio da equidade, caro aos fundamentos do SUS. Os polos do PAS foram implantados, em sua maioria, em áreas de maior vulnerabilidade social, melhorando a inclusão de pessoas de baixa renda, sem deixar de atender aos que procuram de forma universal.

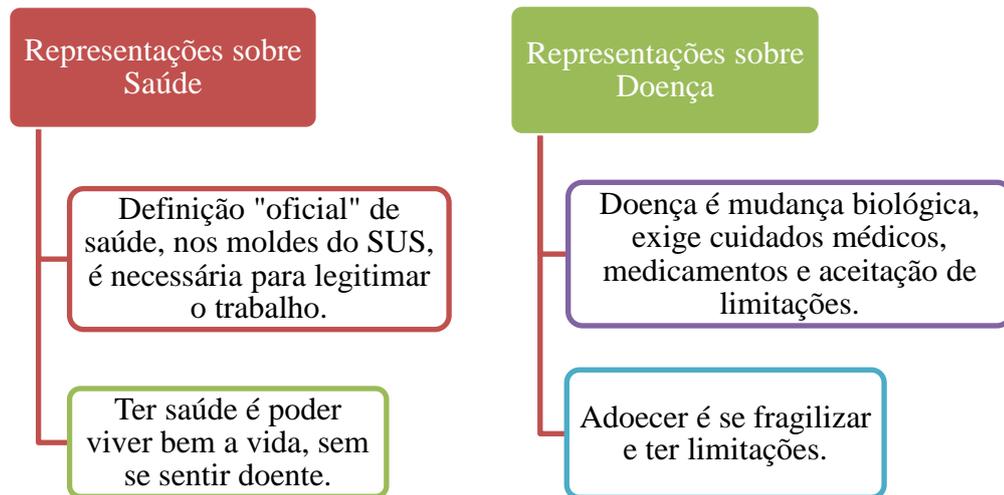
A permanência da placa com identificação do programa municipal, bem como a exigência da placa do programa federal, está fundada em uma representação de poder.

## **7.2 Representações sobre saúde e doença de profissionais das Academias da Saúde: implicações nas ações de promoção da saúde**

A interpretação das narrativas evidenciou que os pontos de vista de profissionais de educação física sobre promoção da saúde, modos de vida saudável, atividade física e o PAS, neste contexto, são determinados pelas representações sobre saúde e doença. Essas categorias

são definidas como os objetos centrais do presente estudo. O conjunto de suas representações e subcategorias está apresentado na Figura 2. Este capítulo deu origem ao primeiro artigo da tese aceito para publicação (APÊNDICE 7).

Figura 2 - Representações sobre saúde e doença dos profissionais do PAS



Fonte: próprio autor

## 1. Representações sobre saúde

### a) Definição “oficial” de saúde segundo os moldes do SUS é necessária para legitimar o trabalho

Ao falarem sobre saúde, os profissionais fazem referência às definições que estão descritas em documentos, normas públicas ministeriais, diretrizes incluídas nas bases do Sistema Único de Saúde, paralelamente ao que está consolidado pela ciência, sobretudo a visão biológica de saúde. Neste sentido, toma-se como discurso oficial aquele que está expresso nos documentos de órgãos nacionais e internacionais, como o conceito ampliado de saúde de 1986, proposto na Conferência Internacional de Saúde em Ottawa. Neste conceito, incluem-se os determinantes sociais e a qualidade de vida, tendo a promoção da saúde como principal instrumento para tal (CZERESNIA, 2003).

*Saúde, além da ausência de doenças, é o estado físico, mental, social de uma pessoa. Envolve fatores sociais, fatores ambientais, contextuais, familiares (CD1).*

*Ter uma vida fisicamente ativa, evitar fatores de risco, má alimentação, uso de drogas e álcool, uso de tabaco, e ter todos esses determinantes [...] a questão da violência, da moradia, da educação, isso pra mim é saúde (CD4).*

Os entrevistados justificam a importância do trabalho dos profissionais de educação física na atenção básica por meio do discurso científico biológico, paralelamente à ampliação do conceito de saúde. Buscam, então, evidências de melhoria das condições de saúde relacionadas às DCNT fundamentadas em parâmetros objetivos, como o controle da glicemia e pressão arterial, e também por aspectos subjetivos e não mensuráveis, como melhoria percebida de qualidade de vida.

*Se eu estiver bem, com um bom peso corporal, uma boa pressão arterial, glicemia, parâmetros fisiológicos..., mas, se estiver bem também emocionalmente, bem na família, bem no trabalho, eu estou saudável (PA5).*

*Tem a ver com situação econômica, de moradia, relação no trabalho, relação com amigos, com a família. É o somatório disso. Se tudo estiver dentro de um equilíbrio...O meu lado emocional, meu lado afetivo, o meu lado físico, meu lado clínico (CP3).*

As contradições sobre saúde e doença e sua determinação biológica ou social persistem no imaginário dos profissionais. O discurso oficial mais abrangente torna-se, de fato, uma cortina de fumaça que permite se adequarem às exigências do sistema de normas, seja em relação ao cuidado com o outro, seja ao próprio cuidado.

*Eu ainda estou em falta com algumas coisas sobre o cuidado com a minha saúde. Eu poderia tá fazendo um treino mais de força, fortalecimento muscular... Preocupando com questões como menopausa, densidade mineral óssea, tudo isso, pensando na força. Poderia estar melhorando a minha questão de saúde... (PA3).*

Pode-se afirmar, portanto, que as representações originárias do discurso oficial mais abrangente não são tão profundas, mas são necessárias para justificar a importância de os profissionais de educação física serem incluídos no sistema de saúde e se sentirem defensores de uma proposta considerada inovadora:

*O profissional que trata o indivíduo para que as DANT [doenças e agravos não transmissíveis] não apareçam, que trabalha para tentar melhorar o estilo de vida daquele indivíduo, é o profissional da Educação Física. Então, compreender que é muito melhor prevenir do que remediar, que é muito menos dispendioso e mais fácil, dar mais valor ao que fazemos, porque eu acho que trouxe um ganho muito grande pro SUS (PA5).*

## **b) Ter saúde é poder viver bem a vida, sem se sentir doente**

A qualidade de vida está presente na narrativa dos entrevistados como uma das principais condições relacionadas à saúde. As representações destes profissionais estão ancoradas na subjetividade e na amplitude do conceito de qualidade de vida (WHO, 1997), com suas experiências e valores, tanto individuais quanto coletivos. Incluem os modos de vida que não estão determinados pelo discurso científico da biologia, mas presentes na vida das pessoas com um viés da sociologia funcionalista, o que é gerador de contradições.

*Ter saúde é ter condição de vivenciar tudo o que você quer, tudo que você pode, tudo que a vida te propiciar, de forma alegre, de forma feliz, com bem-estar(...) essa coisa de aproveitar a vida dentro dos seus limites (PA2).*

*Saúde é a pessoa ter condições de fazer uma atividade física, ter independência, de conseguir fazer suas atividades, de escolher as coisas, ter autonomia pra fazer as coisas que ela precisa, sem se sentir doente (PA8).*

A expressão da saúde no corpo das pessoas, no sentido de torná-lo funcional, é definida na narrativa dos entrevistados como uma condição para uma vida com qualidade e autonomia.

*Ter saúde é ter esses dois critérios contemplados. Ter boa funcionalidade, em todos os aspectos, e satisfação com a vida (PA11).*

Existe a representação para os entrevistados sobre “ser saudável” como parte de um “jogo” entre o que se pode e o que se deve fazer para ter qualidade de vida.

*Ser saudável é ter liberdade de equilibrar. Não ficar nem muito pra um lado, nem muito pro outro. Equilibrar (CP1).*

## **2. Representações sobre doença**

### **a) Doença é mudança biológica, exige cuidados médicos, medicamentos e aceitação de limitações**

As representações de doença propostas pelos participantes deste estudo apresentam-se como algo que requer diagnóstico, cuidados médicos e uso de medicamentos. Estão, portanto, enraizadas na visão do modelo biomédico do processo saúde e doença.

*Estar doente é uma situação que o seu organismo não consegue responder por si próprio, precisa de medicação, precisa de um cuidado mais especializado, um medicamento (CD9).*

*Estar doente é estar debilitado, precisando de medicamento, precisando de uma atenção mais curativa de profissionais de saúde, ao invés de buscar ações de prevenção, de promoção (PA3).*

Para os entrevistados, a doença é algo que se manifesta no corpo e deve ser medicada.

*Então, muitas vezes, você pode ter uma doença, mas controlável. Mas se você tem uma doença descontrolável, aí, pra mim, realmente é uma doença (PA16).*

*Estar doente é ter uma doença manifestada, é justamente é ter uma doença manifestada que... eh... Necessite de cuidados médicos (CD7).*

É o diagnóstico médico que irá determinar se a pessoa está doente, com base em parâmetros referentes principalmente a aspectos físicos.

*Doença é quando foge dos parâmetros de normalidade (...), desorganização de uma forma geral do organismo, então pressão, diabetes, câncer... (PA12).*

*Pode ser um desequilíbrio hormonal, metabólico; é uma doença do corpo. Isso para mim é doença (PA1).*

*Doença pra mim é aquela pessoa que tem alguma restrição, patologia, que tem algum agravo (...) teria que ter um problema diagnosticado mesmo, físico (P10).*

Alguns profissionais avançam e trazem em suas representações os determinantes sociais como fatores que se relacionam diretamente com a doença, porém poucos o fazem. Ressalta-se que esses são os profissionais que estão na ponta do sistema, no atendimento aos usuários.

*A pessoa que não tem condição social mesmo de estar alimentando bem, está desnutrido, eu acho que isso aí também seria uma pessoa doente (PA12).*

*Um problema de trabalho, um problema financeiro... Isso pra mim pode ser considerado também uma doença, porque pode começar como uma doença psicológica de fundo emocional que pode vir a se tornar uma patologia física. Acho que está tudo interligado (PA6).*

## **b) Adoecer é se fragilizar e ter limitações**

Ao se referirem às doenças crônicas, a narrativa dos entrevistados é sinalizada pelo curso da vida e pela falta de atitudes individuais para o autocuidado e prevenção. Desse ponto

de vista, o processo natural de envelhecimento se apresenta como um marcador do aparecimento das doenças e fragilidade dos indivíduos. O cuidar da saúde define-se como uma necessidade atrelada ao envelhecimento e possíveis adoecimentos, e a promoção da saúde como fator protetor de risco de doenças.

*Então, eu acho que o cuidado, à medida que envelhecemos, é maior, mais determinado pelo aparecimento da doença, de algum agravo, de algum problema (PA5).*

*As pessoas mais idosas cuidam melhor da saúde, porque muitas delas já passaram por situações de doença séria. As pessoas, ao sentirem na pele o risco de morrer, ficam com medo e passam a se cuidar melhor (PA6).*

A doença é representada como algo que faz parte da vida, porém cerceando o direito e a possibilidade de viver com qualidade, pois está associada a diversos valores negativos, limitações e fragilidades.

*Doença pra mim é quando você não tem condições de se realizar em qualquer âmbito da sua vida (...) e, ao mesmo tempo também, estar doente é aquela debilidade física mesmo (CP4).*

*Estar doente é o momento que eu estou com aquela limitação, aquele momento que eu tenho que cuidar mais da minha saúde, ter um cuidado especial (PA9).*

O Quadro 1 apresenta a síntese das representações dos profissionais sobre saúde e doença.

Quadro 1 - Síntese das representações dos profissionais do PAS sobre saúde e doença

<b>Saúde</b>	<b>Doença</b>
Aspectos sociais e biológicos	Culpabilização do indivíduo
Determinantes Sociais	Estigma do diagnóstico e envelhecimento
Se aproxima da Promoção da Saúde	Limitação dos direitos (funcionais) ao longo da vida
Contradições do que é bom e do que faz bem	Deve ser medicalizada
Requer disciplina	Se afasta da promoção à saúde
PAS, AF e PEF defendidos pelo discurso oficial e científico	PAS, AF e PEF – readaptação das pessoas, mesmo doentes crônicos

Fonte: próprio autor

## Discussão

Os modos de vida saudáveis que incluem a AF aparecem tanto no discurso oficial, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e na própria política que institui o PAS (BRASIL, 2011b), como aparecem no discurso científico por meio de estudos que respaldam a importância da prática de AF como fator de proteção à DCNT e de promoção da saúde (SANTANA; et al. 2015; MORA; et al. 2007). A melhoria de parâmetros fisiológicos objetivos, juntamente com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, tem sido considerada como desfecho principal da prática regular de AF (SILVA, F.; et al. 2017; MIRANDA; SOARES; SILVA, 2016).

Porém, a relação direta entre saúde, qualidade de vida e prática de AF é avaliada, em geral, somente por meio de parâmetros fisiológicos e funcionais (BARENGO; et al. 2016; MORA; et al. 2007), reforçando o discurso científico biológico presente nas representações de saúde destes profissionais. Esse conhecimento, expresso em livros e artigos, acaba por determinar o fazer dos profissionais que estão no atendimento – a “verdade” inscrita no discurso científico tem o “poder” de definir a prática destes profissionais (FOUCAULT, 1979).

Pautados no discurso considerado científico, tanto os que reforçam os aspectos biológicos da saúde e da doença, quanto os que evidenciam sua determinação social, os profissionais defendem sua presença no NASF e no PAS. Afirmam, assim, a necessidade de maior investimento estrutural e de condições de trabalho para que a categoria apresente o considerado grande potencial que tem como atores da promoção de saúde. São atitudes instituintes em relação ao sistema, porém com uma carga instituída secularmente no Brasil, que facilita a definição de doença e pouco diz sobre a saúde.

O sistema de valores e o contexto cultural que determinam a qualidade de vida (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; WHO, 1997) podem ser identificados nas representações dos entrevistados, que atribuem à qualidade de vida tanto aspectos relacionados à saúde e bem-estar físico expresso no corpo, como aspectos subjetivos que permitem às pessoas “fazerem o que quiserem” e “serem felizes”. Um estilo de vida saudável faz parte da representação das pessoas sobre saúde (MARQUES; MENDES; SERRA, 2017) e está associado à qualidade de vida (SILVA, F.; et al. 2017; DIAS; et al. 2017). Neste estudo, explicitou-se que a saúde e a qualidade de vida estão entendidas dentro de um modo de vida que permite à pessoa viver a vida com todos os seus direitos, fazendo o que gosta, porém dentro de certos limites. As representações centradas no dilema entre ser saudável e satisfazer os desejos da vida já foi

identificada em outro estudo (MÁSSIMO, SOUZA, FREITAS, 2015). Para ser saudável e ter qualidade de vida garantida, portanto, existe o conflito do “tudo pode” com o “desde que”.

Nestes pensamentos subsiste o caráter persistente da sociologia funcionalista médica, apontada por Filho (2011), que afirma a responsabilidade desta corrente no desenvolvimento de “modelos processuais de determinação social da enfermidade que apenas tangencialmente permitem inferir a saúde como resultado de um processo cotidiano de construção de respostas sociais”.

Existe uma forte relação da qualidade de vida com a percepção de saúde e seus determinantes sociais e subjetivos (DIAS; et al. 2017, DAWALIBI; GOULART; PREARO, 2014) e com a capacidade funcional (FASSBINDER; et al. 2015). Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida englobam aspectos mais sociológicos ou mais relacionados ao estado de saúde biológico das pessoas (CAMPOS; NETO, 2008; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Os achados do presente estudo apontam que coordenadores e profissionais da assistência recorrem tanto a uma abordagem sociológica, de cunho funcionalista, quanto à biomédica, sobre qualidade de vida em suas representações a respeito da saúde. Assim, a vida pode e deve ser vivida em sua plenitude, desde que “dentro de certos limites”.

Na prática, há na narrativa dos entrevistados, portanto, uma postura instituinte com a tentativa de trazer o novo por meio de uma visão holística. No entanto, mantêm-se os velhos modos de pensar a saúde e sua promoção como algo da esfera da objetividade da vida, sobretudo quando se trata do coletivo. Trata-se, no máximo, da subjetividade relativa ao sentimento de ser saudável ou não, quando se trata do indivíduo, em uma postura institucional mantenedora e instituída do *status quo* da assistência medicalizada à saúde, conformada à ausência de doença. É possível observar, contudo, a crítica necessária e esperada dos PEF sobre medicalização, porque o que fazem é o seu oposto, uma vez que realizam junto aos usuários a prevenção primária até a diminuição ou suspensão do uso de medicamentos, chamada de prevenção quaternária (TESSER, 2017), mas que ainda ocorre de forma incipiente. Tal prática mostra a busca de uma implicação que se coaduna com as dimensões mais abrangentes de promoção da saúde propostas no PAS, mas seus modos de pensar persistem, como se isto ocorresse de forma mais avançada do que conseguem refletir e se posicionarem em relação à importância destas ações na perspectiva do Programa.

As representações dos entrevistados sobre doença aproximam-se ainda mais do modelo biomédico curativista. Esta é uma visão presente em outros grupos (SILVA; MENANDRO, 2014) e pode, como no caso do grupo estudado, acabar por influenciar a maneira como estes profissionais lidam com a doença e a saúde das pessoas e da população (MORAES;

et al. 2016), por meio de uma prática de cuidado voltada apenas às doenças e ao corpo biológico (FERTONANI; et al. 2015). São práticas voltadas ao tratamento de doenças que sugerem que a promoção da saúde não pode lidar com a doença.

O saber médico reforça a visão biomédica da doença. Somente o saber médico pode “controlar” o que a própria pessoa não pode controlar sozinha, mesmo se automedicando. Ao trazer aspectos físicos para determinar se uma pessoa é saudável ou não, a doença passa a ter “nome” e “cara” e se inscreve na vida das pessoas tornando-se um estigma (GOFFMAN, 1988). O diagnóstico médico personifica a doença, que a partir de então se inscreve na pessoa, em seu corpo.

De fato, o discurso oficial normativo sobre saúde e doença, desde a Constituição de 1988 e a implantação do SUS, é avançado no que se refere à saúde em relação à visão biológica predominante. Quando se refere à doença, porém, os profissionais o repetem sem estarem completamente convencidos de sua pertinência ou valor, sobretudo no que se refere à doença.

Devido às fortes contradições, há interferência no trabalho e na própria criatividade para estabelecer novas e adequadas tecnologias de cuidado às pessoas com ou sem doença aparente.

Programas como AS, em um contexto mais amplo, foram criados por se representarem favorecedores de saúde, não somente para o tratamento das doenças já existentes, mas para prevenir doenças primárias e secundárias, reduzindo número de mortes relacionadas às DCNT (LEE; et al. 2012). São representações que determinam a distinção entre promoção de saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006) em uma vertente mais crítica da promoção da saúde que considera as condições de vida do indivíduo, os determinantes e condicionantes da sua saúde (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017). Tais representações ainda estão em construção pelos profissionais do Programa, que trouxeram consigo modos de pensar distantes da promoção de saúde, mas que agora, ao terem uma prática que exige novas posturas, estão colocando questões sobre seus modos de pensar antigos. Apesar das contradições explicitadas nas representações dos profissionais, pode-se afirmar que novas práticas vão sendo incorporadas ao cotidiano por meio de um processo de alteração dos modos de pensar devido a essas mesmas contradições. Então, há, de um lado, dificuldades de se implicar, de forma questionadora e modificadora, as velhas normas, mas, de outro, a defesa das novas normas provenientes do discurso oficial do PAS. Isto define a atual implicação no trabalho e interfere na própria criatividade dos profissionais para dar maior abrangência à promoção da saúde.

A doença, como caráter fragilizador do indivíduo, aparece na narrativa dos profissionais atrelada ao processo de envelhecimento. Ferreira, O. et al (2010) identificaram em

um estudo com um grupo de idosos que a associação do significado de envelhecimento, a partir de estímulos como “velho” e “idoso”, estava fortemente relacionada a limitação e doença, condições consideradas negativas pelos participantes. Essa concepção, também no presente estudo, justifica a procura de grande número de idosos pelo PAS e a importância de suas atividades.

Estudos anteriores identificaram a associação entre doenças crônicas, musculoesqueléticas, respiratórias, entre outras, com as limitações nas atividades habituais e na própria vida (SILVA; PICASSO; ROSITO; et al. 2015; FILHA; et al. 2015). Estas doenças vão exigir adequação a uma nova condição de vida, o que pode permitir repensar a própria vida e viver melhor do que anteriormente. A limitação do organismo a uma determinada norma lhe confere um estado patológico, que reduz, de alguma forma, o modo de vida das pessoas, mas que cria um novo modo de viver a partir de sua doença (CANGUILHEM, 2009). Assim, a prática de AF pode contribuir para uma vida com maior qualidade para pessoas que tiveram que se readaptar à doença com a qual vive, como representado pelos entrevistados.

No conjunto, portanto, vislumbra-se a possibilidade de quebra do paradigma médico-biológico quando se fala em prevenção e tratamento das DCNT pelo caminho das mudanças presentes, mas ainda não completamente introjetadas e nas representações em saúde, que são modeladas pelas representações de doença. O discurso oficial sobre o processo saúde e doença no Brasil teve avanços substanciais desde a organização do Sistema Único de Saúde e do modelo de vigilância, mas a prevenção das doenças tem dificuldades de agregar a potencialidade da promoção em saúde na concepção de trabalho dos profissionais, reforçada pela visão biomédica predominante.

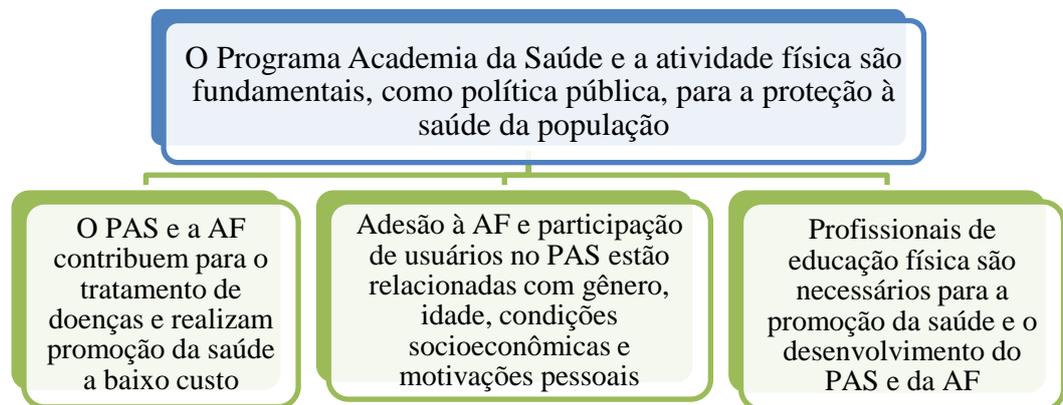
O ideal da promoção de saúde como um caminho a ser percorrido, individual e coletivamente, sofre da valorização maior e histórica da doença em detrimento da saúde. Entender estas duas categorias não como contrárias, mas parte da vida e das condições de vida, como queria Canguilhem (2009), ao afirmar que a saúde corresponderia a uma ordem presente tanto na esfera biológica da vida quanto no modo de vida, parece o ponto de partida para compreender a importância da promoção da saúde. Isto implicaria considerar como pessoas e coletividade entendem a saúde, como lutam por ela, como se organizam e como o Estado responde às demandas e assegura os direitos dos cidadãos. Nesse sentido, a promoção da saúde poderia ser representada como um “seguro social implícito contra os riscos” (FILHO, 2011).

### 7.3 O Programa Academia da Saúde e a atividade física pela ótica dos gestores e profissionais da assistência: política pública de proteção à saúde da população.

As análises das entrevistas mostraram que as representações dos coordenadores do Programa e dos profissionais de assistência sobre o Programa Academia da Saúde (PAS) e sobre a atividade física (AF), em seu contexto, são semelhantes. Esses profissionais consideram que o Programa, por meio das ações nele desenvolvidas, é uma política pública de promoção e cuidado da saúde da população e que os Profissionais de Educação Física (PEF) têm um importante papel no desenvolvimento dessa política.

Estas representações definiram a segunda categoria de análise deste estudo e suas subcategorias apresentadas na Figura 3.

Figura 3 - Representações de gestores e profissionais do PAS sobre o programa, a AF e o profissional de educação física neste contexto.



Fonte: próprio autor

#### 1. O PAS e a AF contribuem para o tratamento de doenças e realizam promoção da saúde a baixo custo.

Os PEF pensam que as ações desenvolvidas no PAS cumprem a demanda ministerial que criou o programa, ao entendê-lo como uma política pública que oferece acesso à prática regular de atividade física para a população, sobretudo a de baixa renda. Representam as ações desenvolvidas e empoderam os usuários para que sejam fisicamente ativos e saudáveis, por meio de mudanças nos modos de viver.

*As pessoas relatam muita melhora. Tem gente que melhorou muito, mudou totalmente os seus hábitos de vida em relação à atividade física, à alimentação, à hidratação e ao bem-estar geral (CD7).*

*É bacana o programa mostrar alternativas para as pessoas que dizem “ah, eu não faço porque eu não tenho tempo”. A gente foi mostrando que podem fazer AF de várias formas. A nossa ideia foi a de ensinar a ele [o usuário] que no momento que ele não pudesse estar ali com a gente, ele pudesse fazer atividade em casa, no seu bairro, “eu não tenho academia aqui, mas vou fazer essa atividade que a professora ensinou”. Então, eu acho isso maravilhoso (CP1).*

Os entrevistados consideram que a AF e sua oferta no Programa representam uma possibilidade de cura para as doenças, em uma perspectiva tanto da promoção da saúde quanto de tratamento, com representações originárias do pensamento biológico. Paralelamente, pode-se afirmar que os parâmetros fisiológicos relacionados à prática regular de AF são os mais importantes, de acordo com o ponto de vista dos entrevistados. Apoiados no discurso da ciência, esses profissionais colocam a AF em um patamar de “medicamento”.

*A atividade física para mim é o melhor remédio para promoção da saúde (...) evita problemas cardíaco, se não evita, melhora o agravo que você já tem; se você já é hipertenso, você melhora (PA10).*

O programa é considerado, assim, uma importante ferramenta para redução dos fatores de risco de DCNT ao atender às normativas ministeriais de aumento dos fatores de proteção, por elevar o nível de AF da população.

*A AF é essencial pelo bem que ela traz na prevenção, pelo bem que ela pode causar tratando também de algum problema. Os resultados que a gente acompanha, as melhoras, as questões da força muscular, da pressão alta, diabetes, o cuidado dessas doenças crônicas... Eu oriento sempre a tentar manter o máximo de atividade física possível para ter sempre esses benefícios (PA15).*

Para estes profissionais, a representação sobre a AF e o PAS, como mais um espaço dentro das políticas públicas de saúde destinadas a tratar doenças, está fortemente ancorada em uma perspectiva biologicista do processo saúde doença.

*A atividade física vai ajudar a prevenir doenças para quem ainda não tem comorbidades instaladas e ajuda no tratamento de algumas. Diminuição de pressão arterial, de índice de glicemia, diminuição das dores, que o pessoal reclama muito de dor. Gasto calórico... De uma forma geral mesmo...Diminuir a obesidade... O país e o mundo está, se não obeso, com sobrepeso. E atividade física tem uma função muito importante na ajuda ao combate destas doenças (PA12).*

Entendem, porém, que as ações desenvolvidas no PAS vão além da prevenção e do tratamento de doenças. Acreditam que estas ações se aproximam mais da promoção da saúde na sua vertente de prevenção primária que das ações desenvolvidas nas UBS e pelo próprio Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), do qual participam.

*O programa Academias da Saúde, colocado pelo Ministério, é uma coisa muito bacana. Que vai além de exercício físico, ou de atividade física. Ele vem numa lógica multiprofissional muito mais ampla do que uma redução do programa à somente a realização de exercício físico. Então, é a lógica de mais um espaço para se tratar saúde, promoção da saúde. Diferente do centro de saúde que hoje é visto como o lugar da doença mesmo (CP1).*

*Quando a gente pensa em saúde, as pessoas pensam muito em tratamento, inclusive acham que atividade física é tratamento aqui na academia. Mas a atividade física proposta dentro do o Programa é de promoção da saúde, que deveria ser ainda mais para que não chegue ao estado em que eles [os usuários] estão hoje... O Programa Saúde da Família e o próprio SUS ainda são de muito tratamento, quase todo ele.... Deveria ser muito mais prevenção, mas todo mundo fica mais é no tratamento (PA12).*

No sentido da prevenção, os profissionais apresentam representações que englobam benefícios sociais e psicológicos, para além dos aspectos físicos, relacionados às possibilidades da AF e do PAS, considerando-os como fundamentais para melhorar a qualidade de vida da população.

*Saúde, qualidade de vida, melhora do convívio, porque você [o usuário] acaba tendo um contato com várias pessoas. Mentalmente também ajuda. Nós temos alunos depressivos, ansiosos, que depois que têm contato aqui na academia, a gente percebe essa melhora, eles percebem essa melhora. Temos pessoas com deficiência mental que conseguem se relacionar melhor, vão se tornando mais independentes a partir do momento que começam a praticar a atividade física. Tanto pensando no exercício como no contato que eles têm através da atividade física, ajuda-os demais (PA15).*

*Pelos estudos e por experiência de trabalho, a gente vê que a atividade física ajuda muito nessa melhora das pessoas, né? Uma melhora física, uma melhora social, uma melhora psicológica, né? E um bem-estar geral. Eu vejo que a atividade física traz isso tudo (CD7).*

Além disso, o PAS é considerado um programa de promoção da saúde a custo baixo.

*Esse programa está vindo agora do Ministério [da Saúde] para todas as cidades não é à toa. Chegou porque provou que financeiramente compensa, é porque compensa para o sistema. Então, eu acho que financeiramente compensa porque evita agravos futuros (PA2).*

Do ponto de vista dos profissionais, o PAS é, portanto, um programa inovador na rede de atenção primária, que realiza promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e é de baixo custo. Cuida da saúde da população de forma multidisciplinar, reduz atendimentos mais

complexos e cria vínculo entre o profissional e o usuário, contribuindo para maior aproximação deste último com o SUS.

*A gente fica aqui três vezes por semana, durante um ano. Eu vejo a pessoa três vezes na semana, vejo muito mais do que outro profissional. Então, às vezes, a gente tem a questão do cuidado, do carinho, às vezes até muito mais do que outro profissional (PA16).*

*O PAS possibilita acesso à AF, sendo essa o eixo gerador da promoção da saúde, pois é espaço de interação com o NASF, equipe multiprofissional e matriciamento [apoio às equipes de saúde nos centros de saúde] (CP6).*

Os entrevistados consideram o PAS como uma das melhores políticas públicas de saúde dos últimos tempos, pela sua grande potencialidade preventiva e abrangência das atividades oferecidas, principalmente a AF, e pelo baixo custo.

*Nossa, o Academia da Saúde foi a melhor coisa que o Ministério da Saúde, junto com as prefeituras, está fazendo para a população. Se não têm condição de ter uma atividade física e um exercício físico orientado, de ir para uma academia, eles têm [agora com o PAS]. Então, foi o maior investimento do governo na saúde da população, em termos de prevenção. Pensando na prevenção futura, porque hoje ainda é muito tratamento... (PA12).*

*Um dos pilares de prevenção a doenças é a atividade física. Finalmente, os governos, as prefeituras, estão vendo que é muito mais fácil, tem muito mais efetividade, você prevenir as doenças do que tratá-las depois de instaladas, tratar o agudo. É muito mais fácil e muito mais barato, inclusive. E a Academia da Cidade [nome anterior da academia, que persistiu no senso comum em Belo Horizonte] veio pra somar demais nessa questão (PA6).*

Os profissionais reconhecem, assim, a importância das políticas públicas para adesão da população à AF regular e para a redução de sedentarismo, inserindo a AF na vida das pessoas.

*Políticas públicas que proporcionam ambientes para a prática de AF podem aumentar o nível de AF da população. (...) a adesão à AF se dá pelas relações que as pessoas vão estabelecendo ao longo da vida, influência familiar, experiências positivas ou negativas (CP6).*

## **2. A adesão à AF e a participação de usuários no PAS estão relacionadas ao gênero, idade, condições econômicas e motivações pessoais.**

Os usuários do Programa Academia da Saúde são, em sua maioria, mulheres (87,6%) e pessoas acima de 50 anos (60,8%) (informação verbal<sup>2</sup>). A principal justificativa para a maior frequência de idosos, segundo os PEF, está relacionada à necessidade dos usuários de cuidados a partir da doença, como uma “coisa de pessoas mais velhas”.

*As pessoas acabam retomando esse cuidado quando estão com a idade um pouco mais avançada, talvez por que tenham um pouco mais de tempo, vão aparecendo algumas doenças relacionadas (...). A gente encontra jovens assim, que procuram mais... como se dizer? Mais pela estética, né? Quando se fica mais velho, é pela saúde (CD7).*

*Eu acredito que as pessoas mais velhas, mais idosas, elas têm um cuidado maior, começam a se preocupar [com a saúde]. Quando se é jovem, que ainda não apareceu nenhuma doença, pensam que não precisam de se cuidar (PA14).*

A maior participação de mulheres no Programa é, por sua vez, justificada por não trabalharem fora de casa, terem filhos que não demandam tanta atenção devido à idade, e estarem mais presentes nos centros de saúde do que os homens. Os profissionais do PAS consideram a presença das mulheres no Programa de forma positiva, pois atribuem a elas o potencial de mudanças nas maneiras de consumir, alimentar-se e cuidar da saúde, no interior da família.

*As mulheres são muito mais presentes, tem muito mais mulheres do que homens. Elas têm mais preocupação em ir ao médico quando têm alguma coisa ou pra fazer algum check-up geral ou pra vir na academia, pra se alimentar direito, e os homens já têm a impressão que tudo vai dar certo independente do que ele faça (PA13).*

*É uma oportunidade para o programa ter essa mulher como multiplicadora, formadora de opinião na família e na comunidade (CP6).*

Paralelamente, a busca de pessoas mais jovens e homens por atividade física regular é vista mais na perspectiva estética. As representações são de que estas pessoas querem atividades direcionadas ao aumento de massa muscular e ao emagrecimento, com resultados mais rápidos e visíveis no corpo. Como este não é o foco do Programa, acaba sendo rotulado, no senso comum, como um programa para mulheres e idosos, e a participação de jovens e homens torna-se reduzida.

---

<sup>2</sup>Informação fornecida pelo Coordenador Pedagógico do Programa Academias da Saúde, em reunião de coleta de dados, na cidade de Belo Horizonte, em 2014, atualizada em 2016

*Eu acho que tem essa diferença de gênero ainda, mas é mais cultural mesmo, porque o homem acha que ele não tem tempo pra se cuidar ou que os exercícios são muito leves [no programa] e ele é muito homem, tem que carregar peso! É cultural, é devagar, mas tem diferença sim. Diferença da visão deles. Porque para o investimento público, eu acho que é igual (CD2).*

*Ela pode ter dezenove, vinte anos, se ela gostou de fazer aqui... ela só quer saber o seguinte: "Tô perdendo caloria, vou emagrecer?" Se isso estiver acontecendo, ela vai ficar (PA8).*

*Na minha opinião, eles [usuários homens e jovens] pensam: "Ah, eu não vou lá não porque é coisa de mulher ou ainda é coisa de idoso". É essa questão do rótulo. "Ah, eu não vou fazer aula com esse grupo não, porque esse grupo tem muito idoso e eu sou nova" (PA16).*

Para os entrevistados, diferenças socioeconômicas não são determinantes para que uma pessoa seja ou não fisicamente ativa. Essas diferenças irão determinar somente o tipo de atividade que a pessoa pratica. As desigualdades sociais aparecem em relação à informação e ao acesso ao longo da vida sobre os tipos, benefícios e possibilidades de prática regular de AF.

*As pessoas com maior poder aquisitivo são informadas e esclarecidas sobre essa importância, mais cedo e de uma forma mais veemente. Então, eu acho que indivíduos que têm o poder aquisitivo maior praticam mais exercícios físicos, têm mais acesso a diferentes atividades. Todo dia surge uma modalidade nova, todo dia surge uma coisa nova, uma novidade, principalmente nessas grandes redes de academias, o que, talvez, pessoas com uma renda menor não tenham acesso (P5).*

*O cara que é mais chão de fábrica tem que fazer muito mais [atividade física] do que o cara rico. Então, o cara rico tenta compensar no exercício físico. Só que esse cara pobre tem menos oportunidades de exercício físico. O cara rico anda de carro, entra na casa dele de carro. A pessoa pobre tem que fazer tudo isso [AF no trabalho, deslocamento e atividades domésticas]. Então, a atividade física dela vai ser diferente da atividade física da pessoa rica. Pode ser que a atividade física da pessoa menos favorecida seja até maior por ser mais ativo para poder sobreviver (CP6).*

Os entrevistados destacam a importância de inserir a AF de forma prazerosa na infância, em casa e na escola a fim de criar uma cultura que permite que sejam adultos fisicamente ativos.

*Eu vejo muito pela oportunidade que a pessoa teve ou não de vivenciar o momento de quando criança (...). Acho que, talvez, a pessoa [fisicamente inativa] não tenha tido a oportunidade de vivenciar alguma atividade que desse prazer pra ela (CP1).*

*Acredito que, nas escolas, seria assim o ponto inicial pra trabalhar, pra modificar essa cultura [da falta de exercício físico]. A possibilidade de mostrar um leque de atividades. Acho que tinha que ser ali, o lugar pra começar a trabalhar essa cultura, até mesmo porque a criança é modificadora e se ela começar a fazer ali uma atividade, se ela começar a sentir prazer, ela leva pra casa e aí ela cobra dos pais: "Ah, final de semana, vamos assistir televisão?" "Não pai, vamos no parque. Vamos lá na praça fazer caminhada." Então, nesse sentido assim, acho que a escola poderia ser o principal para que se criasse outra cultura que mexesse também nos costumes da família (CD3).*

São as políticas públicas, portanto, em ações intersetoriais com as secretarias de educação, saúde, esportes dentre outras que, para os entrevistados, podem de fato desenvolver a promoção da saúde junto à população, incluindo a adesão à AF e a redução do sedentarismo.

*Para mim, a palavra-chave é intersetorialidade. Para mim não tem como falar em promoção [da saúde] sem ter intersetorialidade. E toda vez que for falar de intersetorialidade, eu vou falar do leque que vem na lógica do indivíduo, do meio ambiente, dos meios econômicos.(...) Estou falando dessa política maior de a Secretaria de Esportes estar aqui [na secretaria de saúde], a Secretaria de Saúde estar na Secretaria de Esportes, a Secretaria de Saúde estar na Secretaria de Educação e vice versa(CP6).*

*Acho que precisa de muita política pública de saúde para incentivar as pessoas a buscarem saúde, o que o Programa Academia da Cidade faz muito bem. Precisa de política pública, de esporte mesmo. Porque quando você faz na escola, você continua. Nosso governo mesmo [governo do estado de Minas Gerais em 2014] tirou a educação física da primeira à quarta série [séries iniciais do ensino fundamental], que é quando a criança começa a tomar gosto pela atividade física e permaneça futuramente [fisicamente ativo]. Não foi uma boa decisão (PA12).*

Assim, de um lado as pessoas consideradas ativas são aquelas que aprenderam desde crianças que a AF faz bem e têm prazer em fazer exercícios físicos, e, de outro a ideia de que a condição de sedentarismo é culpa do indivíduo.

*Primeira coisa é ter força de vontade, criar hábito. Uma vez que você cria o hábito, pode ter o que for, você vai (CD5).*

*Eu acho que é isso, acomodação, preguiça [de fazer atividade física]. Muitas pessoas não fazem por conta disso, mesmo sabendo que é necessário. Hoje são orientadas por todos os profissionais de saúde que têm que fazer, mas têm essa acomodação, essa preguiça e essa falta, assim, de disciplina, pra poder pegar e fazer. Tomar aquilo pra si e fazer (PA14).*

Fundamentando tais representações, encontra-se aquela mais profunda de que a “aptidão” e a “disponibilidade”, para incluir atividades físicas no cotidiano se devem a um fator individual, independente do contexto de vida, que é de caráter biológico e “hereditário”:

*Acho que disponibilidade para fazer exercícios físicos e ter atividade física regularmente tem uma relação com algum controlador neurofisiológico. E por aí vai... Uma condição meio que orgânica mesmo que vai fazer com que pessoas sejam mais ativas e outras não façam questão de ser ativas fisicamente (CP2).*

### 3. Profissionais de Educação Física são necessários para a promoção da saúde e o desenvolvimento do PAS e da AF

Os PEF, coordenadores e da assistência, ao falarem do PAS e das ações nele desenvolvidas, sempre fazem referência ao valor da categoria dentro da atenção básica e do Programa. Para tanto, reforçam a importância das práticas desenvolvidas por eles por meio de um conhecimento específico da profissão: o exercício físico. Desta forma, esses profissionais diferenciam exercício físico de atividade física, considerando o primeiro mais efetivo para alcançar as metas de saúde, mas reconhecendo também a importância da AF na vida das pessoas.

*O Programa Academia da Cidade tem a proposta de exercício físico controlado e, orientações em promoção da saúde, aliado com a questão da intersectorialidade (CP2).*

*Atividade física todo mundo faz. A gente [entrevistado e pesquisador] está fazendo agora, está sentado, está conversando, isso é uma atividade física. Só que as pessoas precisam agora a começar a praticar o exercício físico. O exercício físico é o que a gente orienta, o que a gente ensina, e que a pessoa se dispõe a fazer. Porque agora a pessoa focalizou, agora está fazendo isso [exercício físico] aqui [no Programa], com um objetivo fim (PA8.)*

*Existe uma diferença entre a atividade física e exercício físico. Quando eu faço futebol ou musculação, ou a aula aqui na academia, eu tô fazendo um exercício físico, que é algo programado, estruturado. (...) A atividade física precisa ser muito além do que o espaço da academia da cidade. Se a pessoa [usuário] pratica exercício físico três vezes por semana [no Programa], mas possui uma vida sedentária no decorrer de 8, 10 horas por dia, talvez não vai ter tanto benefício do exercício (CD4).*

Além disso, ao caracterizarem o exercício físico como forma de medicação para prevenção e tratamento das doenças crônicas, os entrevistados assumem a importância de seu campo específico de atuação e de sua área de conhecimento em uma perspectiva biologicista.

*Eu penso assim na minha cabeça: se alguém dissesse pra você que existe um remédio que vai te ajudar a perder peso, que vai te ajudar a controlar sua pressão arterial, a melhorar o colesterol, a melhorar os níveis séricos no geral, o que você me diria? Que remédio faria isso tudo? E se esse remédio fosse de graça [no caso do PAS]? Então eu enxergo o exercício físico como um remédio antes e depois que a doença já está instalada (PA5).*

Os profissionais da assistência nos polos, que em seus cotidianos de trabalho estão mais próximos aos usuários e outros profissionais do NASF, têm representações sobre seu trabalho na rede de saúde do município como uma classe trabalhadora diferenciada, com pontos positivos e negativos.

Fundamentalmente, comparam a abrangência das ações que desenvolvem no Programa e o número de atendimentos que realizam por hora e por mês às ações desenvolvidas por outros profissionais nas UBS, em relação ao número de atendimentos que realizam por hora e por mês. Sentem-se como uma categoria que não tem os mesmos direitos e as mesmas condições de trabalho dos demais profissionais do NASF e acreditam que deveriam ser mais valorizados.

*O espaço aqui é aberto, a turma é grande [número de usuários nas aulas coletivas], tem que falar várias vezes e alto. A questão do microfone que estão pedindo, não chega. Então eu preferi comprar o meu que esperar lá na frente ter esses problemas. Inclusive tem alguns profissionais que já estão com problema de saúde vocal. (...) A questão da carga horária que está sendo diferenciada. No posto de saúde alguns técnicos superiores têm uma carga horária X e a gente tem outra Y, então a gente está lutando por aí, mas como é um espaço novo, a gente tem que ter paciência também (P17).*

*Atendemos 30, 50 [usuários] de uma vez. Algum valor esse profissional deve ter, né? Eu acho que [o PEF] ainda não é valorizado o suficiente (PA2).*

*A gente tem que chegar quinze minutos antes e sai quinze minutos depois para guardar o material. Em quatro dias eu trabalho uma hora a mais... Carrego peso, transporto o material todos os dias (...) A gente tem muito contato direto com os usuários para aferir pressão, na hora que está explicando exercício. Tem o contato com o suor desse aluno e a gente não tem a questão da insalubridade (...) A gente cuida da saúde dos outros e não cuida da nossa (PA15).*

Paralelamente, os PEF observam que seu trabalho e suas possibilidades de atuação não são reconhecidos pelos outros profissionais do NASF e sentem a necessidade de reafirmarem sua importância nas ações.

*A gente era da Educação [secretaria de educação]. Nessa coisa da gente sair da Educação para Saúde, eu vejo outra briga. Assim, uma briga no sentido de que a gente tem que demonstrar nossa importância e conquistar o nosso espaço (PA8).*

*Ela [a usuária sobre o qual a equipe de NASF estava discutindo o caso] tinha algumas debilidades de condicionamento, de mobilidade, de coordenação motora e tal. A fisioterapeuta do NASF fez uma avaliação, falou que ela não tinha demanda fisioterápica e eu falei: "então vou assumir como atendimento individual". Todo mundo me olhou assustado e falou assim: "Você pode fazer atendimento individual?" Como se eu não pudesse fazer (PA3).*

Alguns profissionais, mesmo compreendendo que fazem parte de uma categoria de trabalho nova no SUS, ainda em busca de legitimação, avançam em seus pontos de vista sobre sua atuação. Acreditam que seu trabalho deveria ser mais de orientação do que de supervisão da prática de atividade física dos usuários. Um trabalho que representam como "menos

assistencialista”, que pudesse, de fato, dar autonomia aos sujeitos e capacidade de escolhas para uma vida fisicamente ativa.

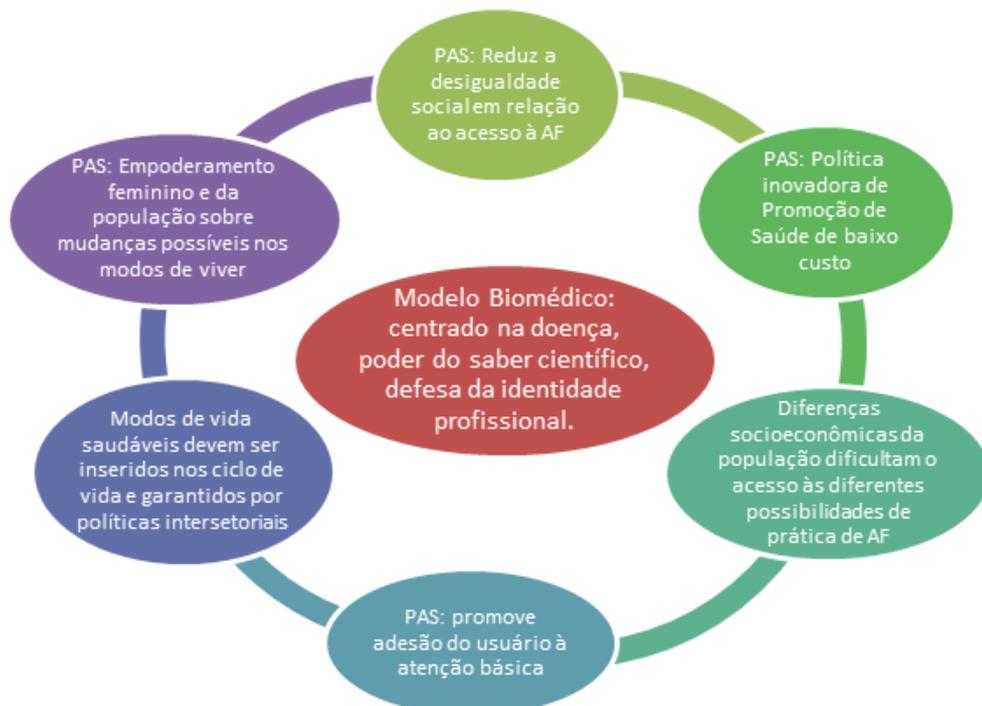
*Promoção da saúde não é: “eu mando, você obedece”. É: “eu te oriento, você aplica. Você vai aprender isso, você vai aplicar na sua vida”. Então, o usuário não vai ficar muito dependente do profissional. O profissional está ali pra orientar, e a pessoa continuar fazendo isso [exercício físico] sozinha. Não ficar dependendo demais do profissional. O profissional ela vê uma hora, as outras 23 ela está com quem? (PA8)*

*Para todos os profissionais da saúde, todos, trabalham com alta. Então a fisioterapia atende, reabilita o usuário, dá informações e dispensa. O médico, o enfermeiro, todo mundo. A educação física, não. A educação física não trabalha com alta. Não existe eu chegar e falar assim: “olha, já tem um ano que você está comigo, agora você vai fazer atividade física sozinho”. (...) Tem que repensar a educação física e trabalhar com educação, autonomia, auto eficácia e ensinar verdadeiramente a pessoa para que ela tenha a capacidade de exercitar... (...) eu vejo vários colegas que acham que só pode fazer exercício com o profissional do lado (PA11).*

## Discussão

A Figura 4 mostra a síntese das representações mais profundas e das representações periféricas expressas nas três categorias de análise deste capítulo. Essas representações são conflitantes na maioria das vezes e modulam, de alguma forma, as práticas no serviço.

Figura 4 - Síntese das representações de coordenadores e profissionais do PAS sobre AF, o Programa e a Promoção da Saúde neste contexto



Fonte: próprio autor

É possível identificar uma relação entre as três categorias no conjunto das representações dos profissionais sobre o Programa, a AF e as políticas de promoção de saúde. Existem representações periféricas que, aos poucos, vão incorporando valores pautados na concepção ampliada de saúde e de sua promoção, considerando os determinantes e condicionantes socioculturais. Porém, as representações mais profundas, ancoradas em processos psíquicos construídos em suas vivências pessoais, acadêmicas, profissionais e com os próprios usuários do SUS, estão vinculadas ao modelo biomédico de saúde, ainda muito presente na atenção básica, e, portanto, acabam se manifestando na práxis.

O reconhecimento e a institucionalização da AF como importante ferramenta para a promoção da saúde veio com a inclusão do eixo Atividade Física (AF) e Práticas Corporais (PC) na PNPS de 2006, sendo uma das prioridades desta política (BRASIL, 2006). O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, tem como uma de suas metas “aumentar a prevalência de atividade física no lazer” (BRASIL, 2013a, p.14), reforçando a necessidade de políticas públicas que aumentem o acesso da população a esta prática. Um em cada quatro adultos e 75% dos adolescentes entre 11 e 17 anos, no mundo, não cumprem as recomendações globais de AF da WHO (WHO, 2018).

O PAS tem sido, do ponto de vista dos profissionais entrevistados, uma importante estratégia para aumentar o nível de atividade física da população de baixa renda, sobretudo mulheres e pessoas idosas, com especificidade para o exercício físico supervisionado e educação para a saúde.

O grupo populacional de baixa renda, os adolescentes e as pessoas com deficiência e doenças crônicas são os grupos que menos atingem os níveis de recomendação de AF proposto pela organização (WHO, 2018). Dados de estudos nacionais também evidenciaram serem as mulheres e pessoas idosas os grupos que praticam menos AF no lazer, juntamente com as pessoas com menor grau de instrução; estes praticam, em média, três vezes menos que as pessoas com mais escolaridade (BRASIL, 2017a; MIELKE; et al. 2015).

O PAS apresenta-se como uma política de promoção à saúde capaz de reduzir as desigualdades sociais em relação ao acesso à atividade física, cujo valor os profissionais participantes já introjetaram e defendem.

O Programa responde, de modo geral, à demanda social de aumentar os níveis de AF da população e reduzir fatores de risco relacionados ao sedentarismo. Maiores níveis de AF estão inversamente associados aos custos em saúde pública com medicamentos e intervenções para o controle de doenças crônicas (BUENO; et al. 2016), reforçando a importância de sua inclusão nas políticas públicas de saúde.

Os profissionais do PAS de Belo Horizonte assimilaram a amplitude da promoção de saúde ao compreenderem que a adoção de modos de vida saudáveis deve acontecer ao longo do ciclo da vida. Esse avanço é percebido a partir do entendimento destes profissionais sobre a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais que incentivem a prática de AF e modos de vida saudáveis nas escolas e pelas famílias, tendo como aliado, o potencial da mulher como difusora destas mudanças.

Atentos a esta demanda, o Ministério da Saúde, em 2007, instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) que se caracteriza como uma política intersetorial da Saúde e da Educação voltada às crianças, aos adolescentes, aos jovens e aos adultos da educação pública brasileira, promovendo saúde e educação integral (BRASIL, 2011a). Atualmente, a obesidade e a inatividade física fazem parte do cenário nacional, com 60,8% dos escolares classificados como insuficientemente ativos, 23, 7% entre 13 e 17 anos com excesso de peso e 7,8% em grau de obesidade (IBGE, 2016).

Esses dados, associados às representações dos profissionais sobre a necessidade de ações de promoção de saúde no ambiente escolar, evidenciam a fragilidade da educação física escolar, sobretudo em relação ao desenvolvimento de conteúdos que incentivem e criem uma cultura corporal de movimento que possa se levada para a vida das pessoas.

Os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008b) denominados, atualmente, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (BRASIL, 2017b), convidaram os profissionais de educação física incluídos no sistema de saúde desde então a redimensionarem modos de pensar e agir em relação à AF, em uma perspectiva centrada na promoção de saúde que contemple a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2014a).

Mesmo que necessariamente os profissionais do PAS não relacionem as ações de educação física na escola como promoção de saúde, apresentam representações sobre atividade física relacionadas à saúde que foram construídas historicamente com suporte em sua formação e em suas experiências individuais e coletivas. Experiências ainda expressas pelo uso de parâmetros biológicos e posturas prescritivas individuais, em geral (SCABAR; PELICIONE; PELICIONE, 2012). Pelo apresentado nos resultados, tal postura ainda está presente no cotidiano de trabalho dos profissionais das Academias da Saúde. Desta forma, vivenciam de maneira contraditória propostas e práticas no PAS, o que parece favorecer, aos poucos, uma ruptura e uma nova implicação ao incluírem a dimensão e a importância do cuidado integral e multidisciplinar da saúde da população.

A AF e as PC são um dos eixos da PNPS e aproximam as ações desta natureza à promoção da saúde como um recurso para garantir a qualidade de vida da população a partir de uma linha de cuidado que inclui ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (MÁSSIMO; FREITAS, 2014). As ações desenvolvidas visam, principalmente, a redução dos fatores de risco às DCNT, responsáveis por altos índices de morbimortalidade da população (MALTA; CASTRO; et al. 2009), o que as aproxima de uma parte da promoção da saúde voltada à prevenção quaternária, com a AF pensada também para o cuidado de pessoas doentes que podem se livrar do uso constante de medicamentos ou não ter complicações, além da perspectiva de quantificação e objetivação do risco, independentes do contexto sociocultural de vida das pessoas (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2015).

Essa dimensão que toma a prática regular de AF necessária para redução de riscos de doenças tem raízes na epidemiologia funcionalista (BREILH, 2006). Nessa mesma vertente, os profissionais do presente estudo buscam uma forma de legitimar o seu trabalho no PAS e na atenção básica segundo o discurso da prevenção, redução de riscos e da cura de doenças por meio das ações de AF/exercício físico desenvolvidas no PAS.

Castiel, Guilam e Ferreira (2015) discutem que esse tipo de intervenção, que se preocupa com o “risco”, é pautado no discurso biomédico centrado no “mercado da doença” em que o paciente não está nem doente, nem saudável, mas está sob risco. Segundo os autores, na busca por estender a longevidade das pessoas ao máximo, são criadas regras comportamentais voltadas à promoção e prevenção da saúde. Nesta lógica, criam-se também:

(...) novos produtos, serviços e especialistas voltados à prevenção dos múltiplos riscos; no reforço do poder e prestígio dos profissionais responsáveis por atividades dirigidas a novas técnicas/programas de controle ou à pesquisa de fatores de risco (CASTIEL; GUILIAM; FERREIRA, 2015, p.26).

Na comunidade científica, a maior parte dos estudos sobre as possibilidades da prática regular de AF está associada ao tratamento e à prevenção de doenças, bem como à redução dos fatores de risco para DCNT (BARENGO; et al. 2016 MUNIZ; et al. 2012; MORA; et al. 2007), em uma reduz o processo saúde e doença à visão biológica. Além disso, exercício físico está incluído em várias diretrizes como parte do tratamento não medicamentoso de diversas doenças (SBD, 2017; SBC, 2016).

Esta visão distancia as ações de promoção da saúde pautadas na determinação social e se volta a uma abordagem comportamentalista baseada nas mudanças individuais em resposta à redução de “riscos” quantificados pela epidemiologia funcionalista (BREILH, 2013;

FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011). Assim, as mudanças de comportamento com vistas à saúde relacionadas a fatores biológicos passam a ter um “peso” que recai muito mais no indivíduo do que nos determinantes socioeconômicos e culturais. Este tipo de abordagem tem bases no conceito de “risco epidemiológico” em que termos como: fator de risco, grupo de risco e comportamento de risco estão associados principalmente a fatores e características individuais em uma relação quase que direta de causa e efeito. Ademais, não considera a complexidade e dinamismo que envolve o processo de saúde e doença; como se bastasse fornecer informações adequadas às pessoas sobre as doenças para resolver os problemas de saúde (BARBOSA, 2011; MEYER; et al.2006).

A distinção entre AF, PC e exercício físico presente em diretrizes, artigos científicos e documentos ministeriais reforça a representação dos PEF sobre esse tema, fazendo com que valorizem mais o exercício físico, por acreditarem que ele tem maior potencial para atingir benefícios biológicos, além de ser de domínio técnico e científico exclusivo destes profissionais. Isto significa que estes profissionais têm um posicionamento que vai de encontro à política que instituiu o programa e a própria PNPS que valorizam justamente a AF e as PC. Há, portanto, um problema evidente entre o que é normativo da política e o que está posto pela ciência, sendo esta última considerada aquela capaz de conferir *status* profissional. Esta talvez seja uma necessidade da categoria, que se sente desvalorizada ao entender que não tem os mesmos direitos de outros profissionais que estão atuando na rede há mais tempo.

Ainda assim, é necessário romper com o modelo biológico que entende a doença como mercadoria. Os PEF reproduzem posturas de outros profissionais da rede, que desde sempre fizeram parte da saúde, em defesa do seu posto de trabalho e saber técnico específico, explicitando em suas narrativas representações profundas, ancoradas no mesmo modelo. Porém, vivem contradições e dilemas a partir de novas representações, em um processo lento de aceitação desse novo (velho) modelo da promoção à saúde considerando a saúde como consequência dos determinantes e condicionantes sociais.

Estas representações se aproximam das noções de risco em saúde na vertente sociológica de risco, que considera o conceito de vulnerabilidade, incluindo aspectos individuais e coletivos a partir do contexto de vida, acesso a recursos cognitivos, culturais, materiais e institucionais (MAYER; et al. 2006), em que a mera prescrição de AF e comportamentos saudáveis não faz sentido. Para tanto é necessário compreender que cada pessoa se expõe ao risco de adoecer de maneira única que inclui de suas experiências, cultura, classe social, gênero, faixa etária, refletindo a visão de mundo de cada um (MASSIMO, 2013; LE BRETON, 2009).

Assim, os profissionais têm representações sobre AF no contexto do PAS ainda inconsistentes e contraditórias, pois carregam a historicidade de sua formação e do modelo biomédico de saúde que esteve presente em suas experiências de vida, distanciando-os da promoção da saúde e da saúde coletiva que orientam o programa, fazendo com que o modelo biomédico esteja presente também nas práticas e nas intervenções de PEF direcionadas à saúde (REZENDE; REZER, 2015). Essas práticas, voltadas à melhora de parâmetros fisiológicos, conferem, do ponto de vista dos entrevistados, uma maior importância ao programa, à AF e ao seu trabalho. De um lado os profissionais reconhecem o programa como estratégia de promoção à saúde, mas as representações mais profundas os deixam presos ao modelo biomédico refletindo em suas ações. São respostas legitimadoras de um grupo dominado pela hegemonia de um modelo que considera saúde a partir da doença. Colocam-se, na maioria das vezes, no mesmo modelo, pois valorizam e praticam os mesmos referenciais, conjuntamente com as subjetividades construídas nas experiências de cada um para objetivar a importância das ações desenvolvidas no PAS e do PEF.

Este é um posicionamento corporativista de profissionais que tentam, por meio de um saber técnico e científico específicos, a exclusividade no desenvolvimento de determinadas ações, como os únicos que podem prescrever AF/exercício garantindo, assim, seu posto de trabalho. Esse tipo de postura pode dificultar as ações multidisciplinares, pois se afastam da compreensão da determinação social da saúde, se atrelando à determinação biológica que favorece a culpabilização do indivíduo sobre sua condição de saúde (STHAL; LEAL, 2018).

Um estudo anterior evidenciou que a preocupação dos PEF que trabalham no SUS estava centrada na formação considerada inconsistente que tiveram na graduação para trabalhar na saúde pública e em como esta fragilidade poderia refletir na perda de “espaço” neste campo de atuação (NEVES; ASSUMPCÃO, 2017). Esta visão funcionalista das profissões em busca de reconhecimento, *status* profissional e campos exclusivos no mercado de trabalho (FREIDSON, 2001) pode sobrepor-se aos interesses sociais e éticos indo de encontro ao código de ética da categoria (CONFEEF, 2015), e às necessidades de saúde da população.

Os profissionais de educação física são recentes na rede de atenção à saúde e se incorporam ao velho modelo biomédico centrado na prescrição, apesar das evoluções e da luta para quebrar tal paradigma desde a implantação do SUS. As políticas e as ações devem ser repensadas considerando as necessidades do usuário independentemente das necessidades de grupos profissionais ou políticos, com vistas ao processo de construção da cidadania e autonomia dos sujeitos.

No entanto, mesmo com representações ancoradas no modelo que privilegia a doença, estes profissionais avançaram na compreensão do potencial do PAS como um programa de promoção da saúde por meio de ações multiprofissionais capazes de fortalecer estratégias da atenção básica como o NASF e o matriciamento, além de estabelecer maior vínculo com os usuários. Entendem ainda a capacidade do programa, para além da oferta de AF, de melhorar a vida das pessoas em uma perspectiva da Saúde Coletiva, tentando, de alguma forma, aproximar suas ações à promoção da saúde e da compreensão do processo saúde doença com base em seus determinantes sociais, buscando a autonomia dos sujeitos em relação à prática de atividade física.

Ao valorizarem a AF como ferramenta de promoção da saúde, estes profissionais contribuem para romper com a concepção mercadológica da AF, atrelada à busca de um corpo e saúde ideais, como algo inatingível que se torna produto de consumo (COSTA; VENANCIO, 2004).

O PAS pode ser considerado, portanto, uma política pública de promoção da saúde que aumentou o acesso da população à prática regular de AF, principalmente da população de baixa renda e dos idosos, reduzindo, de alguma forma, a desigualdade social que, juntamente com a pobreza, é um dos maiores indicadores de morbidade e mortalidade prematura no mundo (STRINGHINI; et al. 2017).

Pode se afirmar que os modos de vida saudáveis, com vistas à promoção da saúde, incluindo a prática de AF física, dentro ou fora do PAS, só farão parte da vida das pessoas, se essas sentirem prazer em viver assim e puderem, de forma crítica, fazer suas escolhas. Subjetivamente, as pessoas irão viver sempre o dilema de fazer o que gostam e fazer o que devem, equilibrando-se na “corda bamba” do risco. Proporcionar locais para prática de AF é dar possibilidade de escolha à população, que é o que se propõe o PAS, mas fazer escolhas de forma crítica, porém, vai além disso.

É preciso que os profissionais envolvidos avancem no desenvolvimento do empoderamento, da participação social, da autonomia dos sujeitos e dos princípios básicos da promoção da saúde (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016). Isso significa abrir mão da “eterna” prescrição de condutas e da necessidade da presença exclusiva do PEF para realização de AF, PC ou exercício físico, em ambientes públicos ou privados.

Existe a necessidade, também, de incluir nas agendas governamentais políticas públicas que incorporem, além da redução dos fatores de riscos biológicos relacionados às doenças, políticas de redução dos fatores sociais, principalmente a pobreza, a fim de reduzir o número de óbitos prematuros e melhorar a qualidade de vida das pessoas. Essa é uma proposta

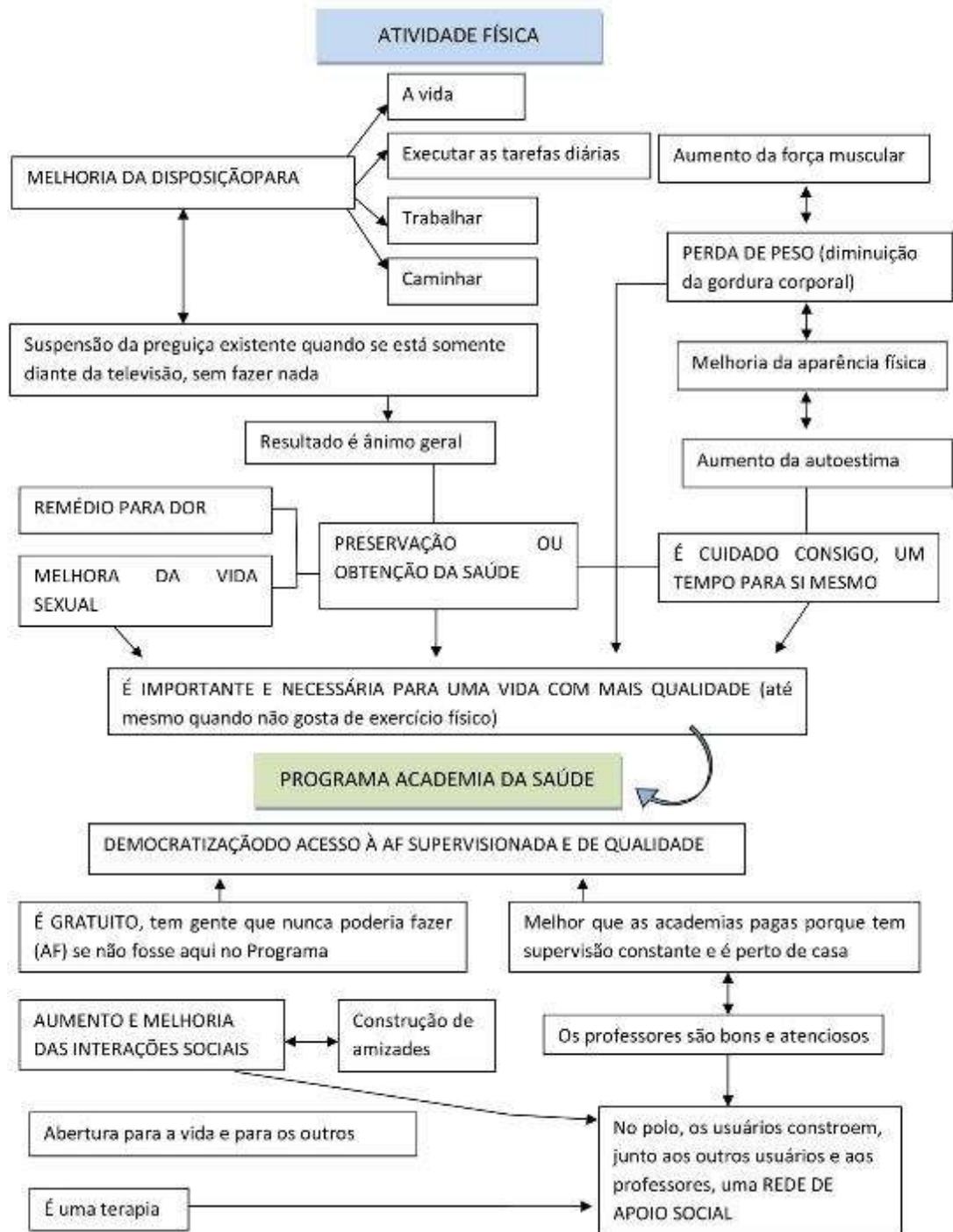
que depende de posturas ativas de gestores das três esferas, federal, estadual e municipal, além dos profissionais de diferentes setores, responsáveis pela promoção da saúde nos municípios, para construir, em conjunto, estratégias que possam reduzir as desigualdades e iniquidades referentes à saúde da população.

O que se vê, porém, nos últimos anos no Brasil, são políticas de austeridade, privatização e desregulamentação (DONIEC; DALL'ALBA; KING, 2018), com cortes no orçamento de diversos setores público que irão refletir direta ou indiretamente na saúde e no aumento da pobreza no país.

#### **7.4 Representações de usuários sobre Atividade Física e Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte.**

As narrativas dos usuários do PAS de Belo Horizonte englobam representações sobre saúde, doença, promoção da saúde, Atividade Física (AF) e, também, sobre o Programa Academia da Saúde (PAS) nesses contextos. Os resultados das categorias sobre saúde e doença e promoção de saúde foram apresentados e discutidos em dissertação de mestrado defendida em 2016 (RUAS, 2016). Neste capítulo, serão apresentadas representações dos usuários sobre AF e sobre o PAS. Na Figura 5 estão esquematizadas as representações dos usuários sobre o tema.

Figura 5 - Representações dos usuários sobre Atividade Física e o Programa Academia da Saúde



Fonte: próprio autor

Os usuários entrevistados entendem a AF como algo positivo e necessário em suas vidas. Muitos deles têm a representação sobre a AF que realizam no programa como um

remédio capaz de reduzir dores físicas e até diminuir o uso de medicamentos para o controle das DCNT.

*Eu tomava muito remédio para coluna. Depois da academia, melhorou. Eu tomo remédio da pressão. Só isso. (...) Depois que eu vim à academia, eu melhorei cinquenta por cento. Eu tinha muita dor e muito inchaço. E... sumiu. Ficou muito bom o meu dia-a-dia, na minha profissão, o meu desempenho ficou muito melhor (U11, Homem, 40 anos).*

*[A AF] É a transformação da saúde da gente. Eu tinha uma dor no calcanhar antes. Doía muito. Sarou e nunca mais doeu. Então, aí eu vi que não tem outra coisa. É o melhor remédio que tem (U9, Mulher, 53 anos).*

Estes usuários acreditam que a AF pode resolver problemas de saúde e melhorar suas vidas, trazendo diversos benefícios ao corpo e auxiliando na aquisição e manutenção de modos de vida mais saudáveis de forma prazerosa, como uma maneira complementar de cuidar da saúde.

*A atividade física ajuda a melhorar a saúde do corpo, em geral. Perder gordura, aumentar a força dos músculos das pernas, dos braços e da cabeça. Antes, eu não fazia nada. Ficava só vendo televisão deitado na cama e comendo "salgadinho", macarronada, pão de queijo... Hoje, eu tenho vontade de melhorar de vida, melhorar a minha saúde (U14, Homem, 37 anos).*

*Eu tinha dificuldade pra subir morro; hoje, eu não tenho mais, melhorou tudo. (...) eu trabalho com muito mais animação. Antes, eu chegava no serviço cansado já. Hoje não, hoje eu tenho disposição pra trabalhar à vontade, qualquer hora (U19, Homem, 40 anos).*

A representação profunda é de que a AF contribui para se ter disposição física e para realizar atividades de vida diária, trabalho, entre outras.

*Adoro fazer atividade física. Parece que a gente ganha mais ânimo. O dia que você faz atividade física, você tem mais ânimo para tudo. Tudo de bom (U2, Mulher, 51 anos).*

*Parece que dá pra gente mais ânimo. Eu chego em casa no pique, pra poder continuar (U31, Mulher, 45 anos).*

A prática regular de AF, juntamente com a alimentação saudável, é considerada um importante fator para obter boa saúde. O conhecimento adquirido durante a prática de AF estimula hábitos saudáveis, fazendo parte, portanto, de uma das formas de cuidado com a própria saúde.

*Fazer atividade física é uma maneira de você preservar a sua saúde. Manter a sua saúde em dia, mas, junto com as atividades físicas, vêm as orientações sobre alimentação também (U22, Homem, 59 anos).*

*Eu acredito muito no conhecimento [que a prática de AF possibilita], na troca de experiência entre as outras pessoas, a saúde mesmo, o bem-estar. Eu entendo assim, é um tempo que eu estou separando pra mim, pra me cuidar. Você parar tudo o que você está fazendo e cuidar de você (U28, Mulher, 41 anos).*

Mesmo os entrevistados que representam a AF como algo não prazeroso consideram-na necessária para uma vida com mais qualidade.

*Na verdade, eu não gosto muito não [de fazer AF]. É uma "cansadeira", mas eu faço porque é como um remédio que irá me trazer um benefício. Então, eu sei que eu preciso e estou trabalhando melhor a minha cabeça. (...) Eu sei que isto vai me dar uma qualidade de vida daqui para frente (U15, Mulher, 52 anos).*

Do ponto de vista dos usuários entrevistados, os benefícios relatados estão associados, além dos aspectos físicos e biológicos, também aos aspectos psíquicos e sociais. A prática de AF é reconhecida como possibilidade de desenvolvimento das interações sociais, reduzindo a solidão e melhorando a autoestima.

*A atividade física me fez ter mais amigas. Eu fiquei mais aberta em relação à vida, em relação às pessoas. Eu me sentia muito presa só naquele pedacinho lá de casa e tudo. Serviço, trabalho, serviço, serviço, serviço. Agora, não. Eu penso mais assim: eu vou, eu posso, eu quero (U1, Mulher, 50).*

Todos os entrevistados afirmam ter melhorado o convívio social após a entrada no Programa, sendo esta uma representação forte em suas narrativas. Assim, depreendem que o programa é essencial, pois é capaz de melhorar o bem-estar físico, introduzir e manter os modos de vida saudáveis, além de estar associado ao bem-estar social e às possibilidades de convívio na comunidade.

*Quando eu entrei aqui eu pesava 97 quilos, eu emagreci 22 quilos, aí depois eu dei uma engordadinha de novo, mas estamos aí sabe? (...) autoestima muda, tudo muda. Isso aqui é muito importante na minha vida (U17, Mulher, 34 anos).*

*A atividade física me ajuda atualmente a perder peso. E o programa também ajuda na convivência com o pessoal. A gente vem cá, convive, conversa e tal. Eu que sou uma pessoa que não sou muito de sair, fico mais dentro de casa, sou muito caseiro, isso aqui para mim é uma terapia! Venho converso com um, converso com outro (U26, Homem, 56 anos)*

Existe também a representação de que a AF pode contribuir para uma melhor aparência física, para reduzir o excesso de peso e tornar as pessoas mais atraentes. Para estas pessoas, fazer AF torna-se uma necessidade.

*A atividade física ajuda na questão da saúde e em relação ao físico também... em como você vai ser visto também pelas outras pessoas. Em relação à vida sexual também vai melhorar... (U20, Homem, 20 anos)*

*Teve uma época que eu tava bem cheinha, né e aí, nossa! Eu fui praticamente que obrigada a procurar um recurso. E então, foi onde eu resolvi entrar no programa (...). Consegui perder peso e ganhar massa magra. Claro que eu ainda não tô satisfeita, quero mais (U18, Mulher, 36 anos).*

Em suas narrativas, os usuários expressam pontos de vista sempre positivos em relação aos profissionais que os atendem no Programa. O cuidado destes profissionais com os usuários é visto como uma relação afetuosa e carinhosa, fazendo com que se sintam mais acolhidos.

*Eles [professores] são muito alegres, muito atenciosos. As professoras então são ótimas! Elas são assim extrovertidas e animam muito a gente (U25, Mulher, 36 anos).*

*A gente vem aqui [no PAS] e é sempre bem tratada, sabe? Todos os meus professores, professoras, desde o começo quanto agora, tudo bom, nossa mãe! Muito legal! Muito educadas e educados! Me tratam muito bem (U30, Mulher, 67 anos).*

*Os professores são assim, nossa, atenciosos demais. Eles procuram saber o que está acontecendo, o porque você está assim ou assado... Eles acolhem! São muito carinhosos (U1, Mulher, 50 anos).*

Assim, estes professores participam do que pode ser intitulado como uma rede de apoio social, a partir do Programa, na qual se incluem as amizades estabelecidas com outros usuários.

*Tenho vários colegas aqui na academia que eu posso contar com a ajuda deles. São amizades saudáveis. Claro que tem algumas pessoas que a gente tem mais intimidade (U18, Mulher, 36 anos).*

*Em caso de alguma necessidade, conto com as amigas, que nós temos de confiar mais. Ou mesmo o professor, não é? Os professores são todos bons, gosto de todos (U24, Mulher, 66 anos).*

As interações sociais estabelecidas no Programa constituem uma rede de convívio mais abrangente e de relações mais sólidas, que permanecem fora dele e fazem parte da vida das pessoas, proporcionando novas experiências.

*Porque a academia da cidade, a pessoa vem pra cá, ela desestressa, ela relaciona, ela ri, ela brinca... Ela solta. Aqui eu fiz uma amiga e já viajamos juntas no carnaval. Eu com meu marido, ela com o marido dela... Ficamos amigos. Já visitamos, almoçamos juntos, já fui com ela num programa cultural no CCBB que ela curte muito, indica. Muito legal (U32, Mulher, 58 anos).*

As interações intergeracionais que ocorrem no Programa são também vistas de forma positiva pelos usuários mais jovens que, mesmo sendo minoria na frequência das atividades, gostam de participar e conviver com as pessoas mais velhas.

*Eu conheci outras pessoas aqui. Pessoas de mais idade, mas que assim, ajudam no seu dia-a-dia, me motivam (U23, Mulher, 22 anos).*

*Fiz amizades aqui [no programa] também. Adquiri conhecimento, aprendizado aqui também. Às vezes a pessoa mais velha também que gosta de dar exemplos de vida e tudo... É muito bom (U20, Homem, 20 anos).*

Para os entrevistados, a Academia da Saúde democratiza o acesso à atividade física supervisionada para melhorar a vida das pessoas e promover saúde física, mental e social. A indicação de um profissional da saúde ou de parentes e amigos, a proximidade do polo à residência do usuário, e, principalmente, a gratuidade do programa, foram os argumentos apresentados pelos usuários para a frequência do PAS.

*É uma oportunidade que a gente tem! Porque a academia lá fora é quantos reais por mês? Cento e cinquenta... eu não tenho, certeza. E na Academia aqui, é uma coisa que o prefeito te dá e você tem a liberdade de estar participando com professor e pessoas adequadas para te orientar (U21, Mulher, 48 anos).*

*[O Programa] é importante porque trouxe muita gente que... não tinha possibilidade... não tem, não podia pagar (U27, Homem, 68 anos).*

*Eu acho que é um programa muito bom. Porque, às vezes, muitas pessoas não têm condições de pagar e aqui é de graça; aí, eu acho que é muito bom para as pessoas. Porque tem muita gente que, às vezes, tem vontade de fazer e, às vezes, não tem condições de pagar ou de fazer uma atividade física igual aqui (U25, Mulher, 36 anos).*

*Eu vejo [o Programa] como uma abertura muito grande pra população em geral. Porque, às vezes, eu consigo pagar uma academia, mas tem gente que não tem condições, igual minha mãe. Minha mãe não tem condições de estar pagando uma academia (U10, Mulher, 29 anos).*

Assim, os usuários têm representações sobre o Programa como sendo de uma política de promoção à saúde que é inclusiva, porque melhora o acesso da população à prática de AF. O Programa oferta um serviço para o qual não é necessário desembolsar recursos financeiros diretamente e que promove a qualidade de vida para as pessoas que participam dele. Assim, os usuários consideram as atividades do PAS melhores do que as academias privadas, pois essas são voltadas para a saúde e os professores têm qualidade.

*O Programa é melhor que a academia normal. Aqui tem acompanhamento, os professores ficam em cima. (...) As atividades que a gente faz aqui promove boa saúde e também uma melhor qualidade de vida (U23, Mulher, 22 anos).*

No entanto, lembram que existe uma representação da população que não participa do Programa, de que o PAS é frequentado por pessoas mais velhas ou que não tem qualidade por ser gratuito. Os usuários defendem o Programa e, mesmo identificando que há uma maior participação de pessoas mais velhas, consideram que as atividades desenvolvidas atendem a pessoas de todas as idades. Além disso, reconhecem que a qualidade não tem relação com o fato de a academia ser pública e gratuita.

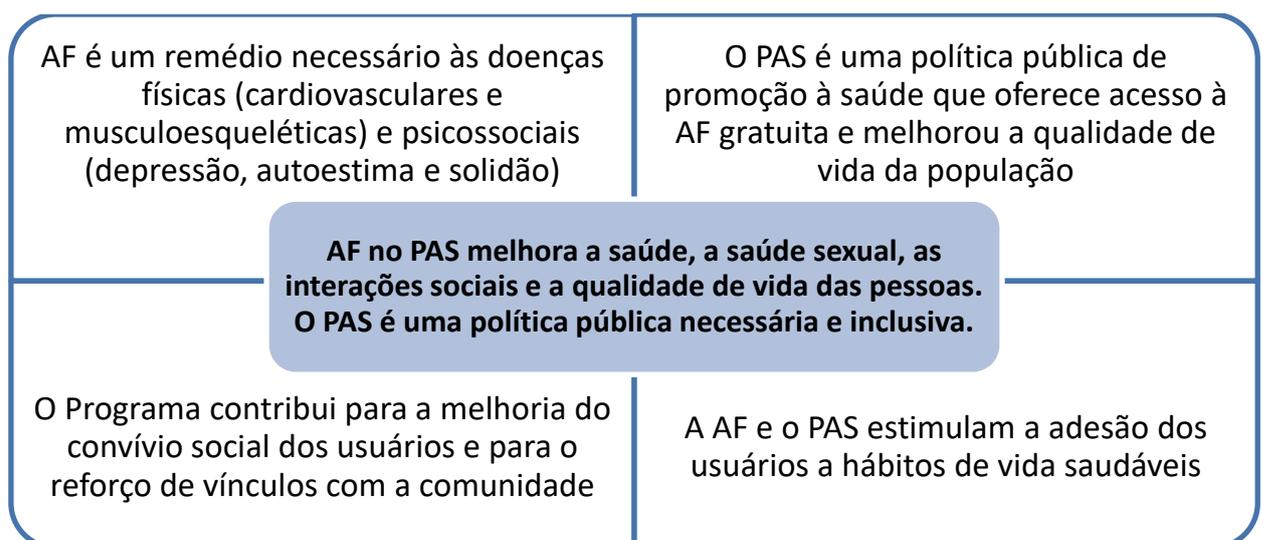
*Tem gente que fala assim, quando eu encontro alguém na rua, eles falam assim: “ah cê tá na academia dos véio, de véio”. Eu falo: “Não! Você num sabe como é que é, porque tá falando?” Tem que frequentar pra ver o tanto de diferença que faz na vida da pessoa, faz e muita (U19, Homem, 40 anos).*

*Tem gente que pensa que por ser de graça, então não presta. Mas o amor que minha mãe... o da minha esposa... da minha filha... são de graça. Então, me faz viver! Só por ser de graça não tem valor?... Este conceito... mudou muito. Espero que mude mais (U11, Homem, 40 anos).*

As representações dos usuários sobre a AF, seus benefícios, possibilidades e sobre o PAS em suas vidas estão sintetizadas na Figura 6.

Figura 6 - Síntese das representações de usuários sobre atividade física e sobre o Programa

#### Academia da Saúde



Fonte: próprio autor

## Discussão

Existem representações mais profundas, compreendidas dentro de um contexto sociocultural de vida dessas pessoas, e que são refletidas em representações mais periféricas. Ambas mostram a AF e o PAS de forma positiva, compreendendo o Programa com uma política de promoção da saúde, de modo geral. As representações revelam ainda uma potencialidade do programa de se constituir como Rede de Apoio Social.

No conjunto das narrativas, as representações dos usuários sobre AF estão relacionadas a aspectos positivos de ordem biológica, psíquica e social. As de ordem biológica são maneiras de pensar, primeiramente, que focalizam a AF com *status* de remédio/medicamento. Stein (1999) identificou que desde a década de 1970 estudos têm estabelecido uma relação direta entre sedentarismo e risco de doenças cardiovasculares, reforçando a inclusão da AF na agenda das políticas públicas de saúde nos últimos anos.

As descobertas científicas foram, ao longo dos anos, tomando os meios de comunicação e esses propagaram a AF como sinônimo de saúde, sendo mesmo considerada um remédio para muitos males e, ao mesmo tempo, um produto a ser consumido (COSTA; VENÂNCIO, 2004). Assim, a AF foi determinada como necessidade na vida das pessoas, pois promove benefícios os quais são percebidos no próprio corpo (SILVA, F.; et al. 2017; BARENGO; et al. 2016).

Os efeitos relacionados à prática regular de AF, interpretados pelo grupo estudado, são tanto biológicos como psicossociais, e são referidos como melhoria na saúde, de forma geral. Os relatos refletem, no seu conjunto, uma visão ampliada do conceito de saúde ao associarem autoestima, disposição para vida e convívio social aos benefícios da AF, além da relação entre participação no Programa e melhoria das condições de saúde. Efeitos da prática de AF relacionados à melhora da autoestima foram encontrados em um estudo anterior realizado com idosos (LIMA, 2002). Esse estudo mostrou, ainda, que a melhora na autoestima foi maior nas pessoas que participaram de programas comunitários se comparada à daquelas que participaram de programas privados.

Assim, aumento do otimismo e confiança, refletidos na melhora da autoestima e imagem corporal por meio da prática regular de AF, tem sido avaliado como um de seus principais desfechos (STORCH; et al. 2016; RODRIGUES, 2015).

No presente estudo, a melhora da autoestima e autoimagem tornam-se um dos motivos de valorização da AF na vida das pessoas, em busca, principalmente, de bem-estar, além de serem importantes fatores na adesão à prática. Resultado semelhante foi identificado no estudo

de Fermino, Pezzini e Reis (2010), que afirmaram que a imagem corporal está associada não só ao controle de peso de forma isolada, mas também ao bem-estar que o controle de peso pode gerar. Neste sentido, é possível perceber que os usuários entrevistados no presente estudo têm representações de AF relacionadas à promoção da saúde e suas possibilidades para tal.

O aumento da disposição para realizar suas atividades de vida diária, para o trabalho e melhora do convívio social, foram declarados por todos os entrevistados. Para muitos deles, este fato representou redução de quadros de depressão e esta relação tem sido identificada em outros estudos. Os efeitos podem ser de ordem psíquica, relacionados à melhora da autoimagem, autoestima e disposição para vida e convívio social, ou efeitos de ordem fisiológicas, relacionados a aspectos hormonais (JOSEFSSON; LINDWALL; ARCHER, 2014; FERREIRA, L.; et al. 2014; PULCINELLI; BARROS, 2010).

Mesmo reconhecendo a importância da AF no cotidiano, o número de pessoas sedentárias é elevado no Brasil e no mundo (BRASIL, 2017a; HALLAL; ANDERSEN; et al. 2012). Um estudo canadense apontou aspectos como rotina estruturada, experiências positivas e benefícios para a saúde como importantes para adesão à prática regular de AF, (MCARTHUR; et al. 2014). Fatores como acesso rápido e fácil, além de intervenções mais curtas, foram descritos em outro estudo como facilitadores para aderência à prática regular de AF (KELLY; et al. 2016).

Estudos sobre adesão de usuários ao serviço público de saúde estão quase sempre relacionados ao uso farmacológico para o tratamento de doença, tendo como principais fatores relacionados o grau de escolaridade, auto percepção de saúde, a própria condição de saúde, custo e acesso aos medicamentos, apoio familiar entre outros (TAVARES; et al. 2016; CAMPOS; et al. 2016). A adesão à prática regular de AF no contexto da atenção básica tem sido pouco estudada, até mesmo por sua recente institucionalização no SUS. Fatores como a redução do estresse, vontade de ter hábitos saudáveis, sensação de prazer e bem-estar e incentivo dos professores tiveram uma associação positiva em estudo que avaliou a adesão de usuários ao Programa Academia da Cidade do Recife (LEMOS; et al. 2016). Melhoras na condição de saúde também estão relacionadas à prática de AF oferecida na atenção básica (LOVATO; et al. 2015). A falta de companhia, cansaço e desmotivação foram identificadas como barreiras para prática de AF na atenção básica (GOMES et. al., 2018).

A análise das narrativas dos entrevistados deste estudo mostrou que o acesso à prática de AF de forma gratuita, a qualidade do serviço prestado e a proximidade de casa foram os aspectos que mais favoreceram a participação e adesão ao PAS. Dessa forma, o Programa se consolida como uma Política Pública de Saúde que melhora a vida das pessoas, sendo

importante sua sustentabilidade e abrangência. É necessário, porém, que usuários avancem na compreensão do programa como um direito e não uma “boa vontade” do poder público.

Do ponto de vista dos entrevistados, a inserção no Programa influenciou de forma positiva a adoção de outros hábitos saudáveis. Este fato aponta para abrangência das ações para além das atividades físicas oferecidas. A relação entre a prática regular de AF, adoção de modos de vida saudáveis e desfechos como depressão, bem como a associação inversa (sedentarismo e consumo de álcool, tabaco e insuficiente de frutas e hortaliças) tem sido identificada (BARROS; et al. 2017; NAUGHTON; MCCARTHY; MCCARTHY, 2015; LOCH; et al. 2015; MALTA; STOPA; et al. 2015), reforçando a importância das intervenções em saúde de forma ampliada como é proposta nas diretrizes do PAS. O Programa se estabelece, portanto, como importante ponto de atenção na Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2013b).

A troca de experiência e as interações intergeracionais identificadas neste estudo estão em consonância com os objetivos do Programa (BRASIL, 2013b), e favorecem a construção de relações entre jovens e idosos, capaz de contribuir para a redução dos conflitos entre as gerações e o preconceito com a pessoa idosa e com o próprio processo de envelhecimento (FRANÇA; SILVA; BARRETO, 2010).

Além disso, os resultados mostraram que a representação de que o Programa é para pessoas “velhas” é difundida na coletividade, mas questionada por todos os participantes. O fato é que há maior participação de mulheres e pessoas idosas nos programas desta natureza (MEDEIROS; et al. 2014). A participação de homens no PAS tem sido avaliada, nacionalmente, como um dos grandes desafios (BRASIL, 2018b). Porém, este é um aspecto que parece não influenciar a participação dos entrevistados, pois afirmam que as atividades desenvolvidas atendem a pessoas de todas as idades e ambos os sexos, com qualidade e especificidade necessárias. Ressalta-se que os profissionais do atendimento são considerados competentes e atenciosos, e que existe uma relação de apoio, simpatia e credibilidade no serviço prestado por eles.

O Programa é visto pelos usuários como um importante ponto de apoio na rede de interação destes sujeitos, pois podem, frente aos problemas do cotidiano, contar com as amizades que fizeram, bem como com os profissionais do atendimento. Estudos têm mostrado a relação entre apoio social e melhores condições de saúde, redução de quadros depressivos, menor vulnerabilidade e envelhecimento ativo (SANTOS, 2018, MAIA; et al. 2016, MELCHIORRE; et al. 2013). Neste estudo as interações estabelecidas no programa favoreceram a participação no próprio programa, bem como na comunidade.

As representações dos usuários sobre AF e sobre o PAS têm fundamentos construídos histórica e culturalmente, de alguma forma, com base nas ciências biológicas. Há, porém, um avanço considerável destes sujeitos que compreendem o PAS como uma política pública de promoção à saúde. A saúde é entendida com um sentido mais amplo, pois relacionam a prática de AF aos benefícios de ordem física e fisiológica, mas também aos benefícios de ordem psíquica e social. Ao reportarem sobre a importância do Programa, do acesso gratuito e a necessidade de sua continuidade, estes sujeitos estão exercendo sua cidadania e se apropriando de um espaço que lhes é de direito.

Gratuidade e qualidade do serviço ofertado pelo Programa, representado principalmente pela AF, significam para os usuários uma possibilidade de melhorar a vida. Neste sentido, há uma relação direta entre a AF, o PAS e qualidade de vida destas pessoas.

### **7.5 Convergências e contradições entre as representações de profissionais e usuários do Programa Academia da Saúde**

Os achados deste estudo revelaram que existem representações concordantes e discordantes entre os profissionais que atuam no PAS e os usuários do Programa. Este capítulo irá apresentar os pontos de vistas de usuários e PEF do PAS sobre os temas centrais:

- a) Saúde e doença
- b) Programa Academia da Saúde e a Atividade Física neste contexto

As representações dos usuários que participaram deste estudo sobre saúde e doença foram discutidas na dissertação de Ruas (2016). Os resultados apontaram que o dilema entre o ser saudável e o viver a vida como é possível, está presente nas representações dos usuários (RUAS, 2016), bem como nas representações dos profissionais do PAS.

O discurso oficial e científico presente nas representações sobre saúde dos profissionais que participaram deste estudo se reproduz nas representações dos usuários que tentam inserir as normativas dos serviços de saúde no seu cotidiano e acabam responsabilizando a si e aos que não cumprem as normas, assumindo, individualmente, sua condição de saúde (U3, U9, U24, U29) (RUAS, 2016; MÁSSIMO; FREITAS, 2014).

*Meus colegas reclamam que a atividade física não tá resolvendo nada. Aí, eu falo com eles: “Oh, tem que fazer direitinho, do jeito que o professor manda”. As pessoas não fazem como tem que ser, aí não dá certo (U29).*

*Tem de cuidar. Alimentar, comer as coisas que o médico manda (U3).*

Ambos os grupos definem a disciplina como necessária para o cumprimento da norma e manutenção da saúde (CP1, CP2, CP6, CD2, CD3, P9, P14, U20, U17, U33). Porém, paralelamente, permitem-se flexibilizar suas condutas em um jogo de contradições entre “o que é bom e o que faz bem”, transgredindo as prescrições normativas (CD4, CP5, P1, P8, U4, U29, U30) (RUAS, 2016; MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015).

*Durante a semana, buscar uma alimentação bem controlada, bem saudável. Fim de semana, eu me permito um pouco mais. Comer o que gosta e fazer o que dá prazer. Eu procuro o equilíbrio (P1).*

*A saúde para mim é sempre alimentar na hora certa. Quando, às vezes, não dá para alimentar na hora certa, aí a gente passa do horário, mas aí não tem problema (U4).*

A narrativa dos profissionais e usuários evidenciou a relação entre qualidade de vida e saúde, já discutida neste trabalho. Esta relação se encontra fundamentada em uma abordagem funcionalista do processo saúde e doença, definida pela teoria utilitarista da saúde (FILHO, 2011; COELHO; FILHO, 2002).

Para os usuários, a necessidade funcional do corpo acentua o caráter individual do cuidado dos sujeitos com a própria saúde. A representação geral é da obrigação de cuidar da saúde e fazer atividade física para poder continuar trabalhando e cumprir suas obrigações (U2, U3, U11, U22, U25, U18, U26, U27, U28): “Sem saúde você não consegue trabalhar, você não consegue fazer nada” (U22).

Os profissionais, mesmo apresentando pontos de vista relacionados à perda da funcionalidade corporal para falar de doença, associam esta perda, principalmente, ao processo natural e inevitável de envelhecimento (CP2, CD9, CD1, P5, P8, P1), o que é apresentado também em outros estudos (CLARK; MANINI, 2012).

*À medida que envelhecemos é maior a perda da condição física, da saúde, principalmente quando é determinada pelo aparecimento da doença, de algum agravo, de algum problema (P5).*

Entretanto, os profissionais incluem aspectos socioeconômicos e determinação social como definidores do processo saúde e doença, permitindo uma aproximação maior à promoção da saúde, mesmo que para prolongar a vida útil do corpo (CP1, CP5, CP6, CD1, CD2, CD8, P1, P11).

*Pessoas com uma condição econômica precária têm menos acesso à educação, aos serviços de saúde. Então, conseqüentemente, elas terão menos possibilidades de ter uma boa saúde ao longo da vida, um envelhecimento ativo (P11).*

É neste sentido que se manifesta o reducionismo biológico da saúde e da doença, ancorado na medicalização, que parte de representações profundas, tanto dos profissionais como dos usuários. No caso dos usuários, a necessidade de consultas médicas e realização de exames estão relacionadas à saúde tanto quando se está com algum sintoma quanto na perspectiva da prevenção (U10, U14, U20, U25, U30). De alguma forma, no que se refere à prevenção, persiste a concepção de que isto também é do poder médico, esquecendo-se, inclusive, das próprias decisões e dos contextos de vida, centrando na precariedade dos serviços de saúde como fator de risco para o adoecimento (RUAS, 2016).

*Para ter saúde é bom a gente fazer exames de rotina. A gente que é mulher, para prevenir algumas doenças. Só que, na maioria das vezes, a gente fica meses aguardando para fazer um exame simples de rotina (U25).*

Para o grupo dos profissionais, a medicalização está associada, principalmente, à doença, apresentada nas narrativas com afirmações tais como: “necessidade de cuidados médicos” (CP2) (CD2, CD3, CD7, CD8), “patologia diagnosticada” (CP2, CP4, CP5) (CD1, CD2, CD6, CD7, CD8, CD9), “doença crônica, doença no corpo, precisar de cuidados profissionais e medicamentos” (P1, P3, P9, P10, P11, P12, P1, P16).

A saúde, para os profissionais, encontra-se atrelada tanto a condições biológicas, quanto a processos subjetivos dos indivíduos, construídos em relação às suas experiências de vida que, em última análise, dependem de fatores socioeconômicos “trabalho, moradia, família, condições econômicas” (CP1, CP2, CP3, CP5, CP6) (CD1, CD2, CD4, CD8), “falta de acesso à escola, saneamento, trabalho, lazer, questões econômicas” (P6, P8, P12, P17), e “acesso à educação” (P1, P11). Esta é uma visão que aproxima mais as representações sobre saúde das ações de promoção, como as desenvolvidas do PAS.

Os usuários estabelecem uma relação entre fatores subjetivos, como felicidade e religiosidade, às condições de saúde (U1, U3, U8, U12, U15, U27, U28, U32).

*Para ter saúde eu acho necessário primeiro é ter uma comunhão com Deus. É o principal de tudo. Eu conheço a palavra de Deus, não adianta nada eu sair correndo buscar outras coisas se Deus não estiver junto (U27).*

A relação entre espiritualidade e saúde é um elemento que, mesmo sendo muito estudado nos últimos anos, com evidências que apontaram a influência da espiritualidade na

saúde física e mental das pessoas, não tem sido contemplado, de forma efetiva, pelas políticas públicas de saúde (MOREIRA-ALMEIDA; LUCCHETTI, 2016; FORNAZARI; FERREIRA, 2010). Os profissionais deste estudo não abordam uma dimensão espiritual no processo saúde doença, nem em suas práticas.

Ambos os grupos, no entanto, abrem espaço para o aspecto da qualidade de vida como principal elemento associado à saúde e à prática de atividade física.

Mesmo que respaldado fortemente em parâmetros biológicos em uma perspectiva utilitária de saúde, os usuários agregam elementos subjetivos à qualidade de vida (U10, U13, U23, U26).

*Saúde é quando pessoa está sendo bem tratada, ela consegue ter uma qualidade de vida melhor e até prolongar a vida, cuidar de uma doença grave. Fiz os exames, o médico tirou os remédios, estou bem-disposto, podendo trabalhar, dando conta de cuidar da vida, das tarefas do dia a dia, relacionar com as pessoas (E26).*

Os profissionais também evidenciam representações que associam atividade física, saúde e qualidade de vida, e incorporam elementos socioeconômicos e subjetivos, aproximando a saúde de promoção de saúde “equilíbrio, espiritualidade, felicidade e qualidade de vida” (CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6)(CD1, CD2, CD9), “autonomia, fazer o que gosta” (CP1, CP4, CP5)(CD1, CD3, CD5, CD9), e “qualidade de vida, fazer o que dá prazer, felicidade, relações sociais”(P1, P2, P4, P9, P11, P13).

A importância do acesso gratuito à prática de AF nas Academias da Saúde e a qualidade das ações oferecidas no Programa são um ponto de convergência importante entre os profissionais, pois “possibilita acesso gratuito à AF de qualidade, melhor iniciativa da atenção primária, instrumento de promoção da saúde” (CP1, CP4, CP6, CD1, CD2, CD4, CD6), e “dá acesso à AF orientada principalmente a população de baixa renda” (P4, P7, P8, P9, P12, P13, P14, U5, U6, U14, U18, U23, U24)

*Eu acho que demorou muito alguém pensar nisto, na Academia da Cidade. Porque tem gente que pensa que por ser de graça, então não presta. Mas além de ser de graça, aqui você tem um professor qualificado (U14).*  
*Eu acho [o Programa] fantástico. Eu acho que muitas pessoas deviam ter acesso. Porque tem pessoas que moram longe e dificulta de chegar. Então deveria criar um em cada bairro (U6).*

Porém, nos dois grupos, assim como nas representações de saúde e doença, a AF é apresentada em um caráter biologicista, pois “mantém as funções fisiológicas, psíquicas e sociais”, “é essencial, um remédio, é cura” (CP2, CP4, CP6, CD4, CD6, CD8, CD9, P3, P4, P5,

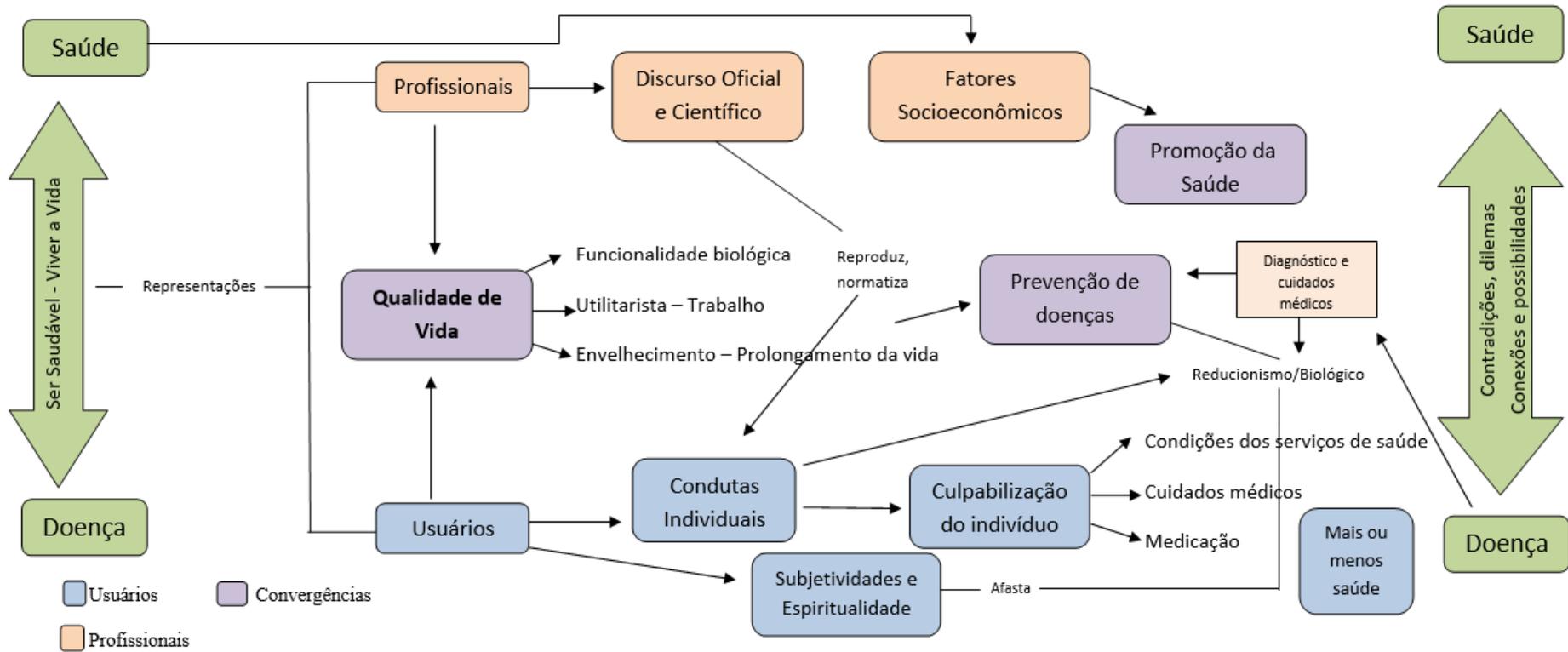
P6, P13, P15, U6, U12, U18, U22, U26, U28), e é apresentado de forma prescritiva pelos profissionais, segundo os usuários.

*O médico indicou que eu tinha que fazer alguma atividade física, que eu estava com as taxas bem altas de triglicérides, colesterol, pressão alta. Aí, falava que eu tinha que fazer atividade física, que o remédio só não ia dar conta (U22).*

Há, paralelamente, por parte dos profissionais, a compreensão de que o Programa e a atividade física ofertada são uma ferramenta de promoção à saúde, o que corresponde às diretrizes do programa: “possibilita acesso à AF sendo esta o eixo gerador da promoção da saúde”; e “cuida da saúde da população, criando vínculo do usuário com a saúde” (CP1, CP4, CP6, CD6, P3, P5 P14, P15, P16)

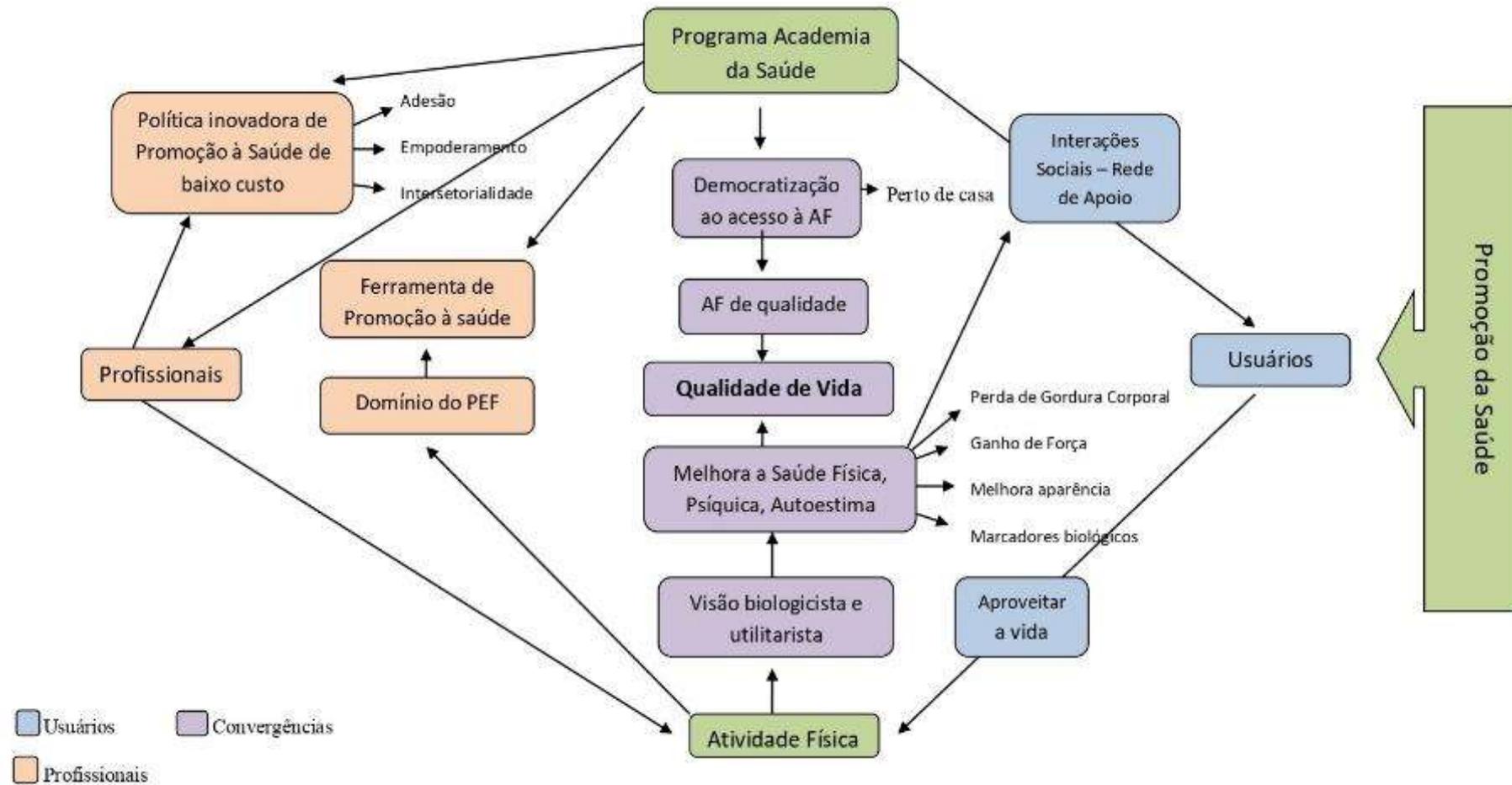
Considerando os principais aspectos que envolvem as representações dos profissionais e usuários do PAS sobre saúde e doença, sobre o Programa e sobre a AF, buscou-se elaborar um modelo que pudesse consolidar as representações destes grupos apoiando em suas narrativas e no cotejo das produções científicas atuais. Dessa forma, formulou-se uma teoria que explique a compreensão dos sujeitos sobre a temática central e que reflète nas ações dos profissionais desenvolvidas no Programa, bem como na forma dos usuários viverem a saúde e a doença dentro e fora dele, como apresentado nos dois modelos interpretativos abaixo (Figuras 7 e 8).

Figura 7 - Modelo interpretativo das representações de profissionais e usuários do PAS sobre Saúde e Doença



Fonte: próprio autor

Figura 8 - Modelo interpretativo das representações de profissionais e usuários do PAS sobre o Programa e sobre a AF neste contexto



Fonte: próprio autor

Na mesma vertente de Giami e Veil (1997), e considerando o que foi encontrado na presente pesquisa, pode-se afirmar que:

- as representações são os modos de pensar e agir das pessoas no mundo;
- as representações são os pontos de vista dos indivíduos, definidos a partir de uma introjeção psíquica (individual) de valores e significados construídos socialmente;
- as representações são provenientes de fontes das mais diversas, como o senso comum, a ciência, a experiência, as artes, a religião, etc.;
- essas fontes são também representações;
- ocorre circularidade e reciprocidade entre as representações, o que permite a compreensão e interpretação da realidade pelos sujeitos e sociedade.

## 8 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo saúde e doença é dinâmico e se modifica ao longo dos anos, marcado por diferentes culturas e sociedades. Pensar a saúde hoje, mesmo em uma era globalizada, não é tarefa simples, pois as pessoas não estão expostas às mesmas situações, condições socioeconômicas, ambientais e culturais. Daí a clareza em afirmar que a saúde é determinada por fatores sociais, além dos biológicos e econômicos.

Nos últimos anos, as políticas públicas no Brasil e no mundo têm buscado identificar fatores relacionados à proteção da saúde e prevenção de doenças. Diante disso, procura-se viabilizar políticas capazes de promover a saúde das pessoas. Os modos de vida saudáveis tem sido o principal meio de proteção à saúde, incluindo a prática regular de atividade física. Neste cenário, surgiu o Programa Academia da Saúde (PAS). A efetividade do programa pode ser avaliada de diferentes formas: número de usuários atendidos, melhora de marcadores biológicos, satisfação dos usuários, ações desenvolvidas, entre outros.

Neste sentido, este estudo qualitativo, da coleta à análise, foi um importante instrumento que permitiu conhecer aspectos objetivos e subjetivos relacionados à visão sobre saúde e doença dos participantes do estudo no contexto do PAS. Foi possível desvelar, por meio das representações desses sujeitos, bases psicossociais que fundamentam a prática individual e coletiva de cuidar da saúde dentro e fora do Programa.

As representações dos profissionais e usuários são conflituosas, porém há convergências entre eles em vários aspectos, de forma que um grupo interfere tanto nas representações do outro de forma recíproca, quanto também em sua prática, evidenciando a construção social das representações.

As representações dos profissionais e usuários do estudo indicam pontos de vista que estão na direção da amplitude do conceito de saúde, ao incluírem aspectos objetivos e subjetivos como felicidade, religiosidade e qualidade de vida. Desta forma, estas pessoas começam a romper com o modelo biomédico, recorrendo a representações periféricas.

As representações sobre doença dos profissionais, entretanto, criam amarras que as afastam das possibilidades de incluir esta amplitude do conceito de saúde de forma abrangente em suas práticas no contexto da promoção de saúde do PAS.

Os resultados mostraram, ainda, que as representações sobre o processo saúde e doença dos coordenadores e profissionais do PAS, que se encontram ainda enraizadas no modelo biomédico, independem do tempo de atuação no programa e da especificidade da formação que tiveram. Este fato aponta para a força deste modelo na sociedade, pois nem a formação destes

profissionais no campo da saúde coletiva favoreceu, de forma expressiva, o rompimento com a visão biomédica. É nesta lógica de representação que estes profissionais ainda são tão prescritivos, perpetuando o modelo biomédico no imaginário dos usuários que acreditam que para se ter uma boa saúde é necessário cumprir recomendações e prescrições. A construção de novos saberes e representações que leve à maior autonomia dos usuários fica, desta forma, comprometida.

Os achados respondem ao pressuposto de que as representações construídas ao longo da vida sobre saúde e doença, promoção da saúde e atividade física condicionam a implicação destas pessoas nas ações voltadas à saúde dentro e fora do Programa.

A interpretação dos dados mostrou que representações centrais fundadas em normas sobre saúde/doença biológicas modelam as práticas destes profissionais, que são de alguma forma reproduzidas pela população. Há, porém, um caminho possível para se pensar o modelo de promoção da saúde que busque a autonomia dos sujeitos sem prescrições rígidas, amparadas em representações de autonomia e modos de pensar a vida pelos participantes/usuários do Programa.

A prescrição e a normatividade científica biologicista, presente nas práticas dos profissionais de educação física deste estudo, reproduzem a prática dos outros profissionais da saúde, o que parece corresponder também a uma forma de legitimar a categoria dentro do SUS.

Foram evidentes os avanços de alguns profissionais que possuem representações sobre saúde e doença que extrapolam o modelo biomédico. Estes entendem a importância dos determinantes sociais de saúde e da promoção da saúde, além da compreensão de que os aspectos subjetivos das pessoas são fundamentais para a introjeção de representações modificadoras das formas de lidar com a saúde e a doença, mesmo que estas sejam ainda menos fortes que a visão biológica predominante. Esta é uma mudança que responde positivamente ao pressuposto de que a implementação de programas públicos com vistas à promoção da saúde favorece a compreensão da população e profissionais sobre a temática.

Na tentativa de se equilibrarem entre o que querem e o que devem fazer, os usuários reproduzem o discurso da prescrição e tentam seguir as normativas do serviço em meio às contradições e dilemas que cercam as possibilidades de escolher entre ser saudável e ser feliz, como se um fosse contrário ao outro.

Diante deste dilema, os usuários flexibilizam suas práticas cotidianas e suas formas de cuidar da saúde, respondendo ao pressuposto de que as representações sobre saúde e doença e modos de cuidado, construídas ao longo da vida, não necessariamente se confrontam com as práticas de promoção de saúde previstas no Programa. Existem representações centrais que se

contrapõem às diretrizes do Programa, porém, há representações periféricas que justificam, do ponto de vistas destas pessoas, os ajustes necessários que fazem para viverem suas vidas com avanços na compreensão que implica promoção de saúde.

De fato, o PAS é visto pelos PEF nele envolvidos e pelos usuários como uma “das melhores” possibilidades de promoção da saúde, pois atua em aspectos fisiológicos e sociais, melhorando a qualidade de vida da população.

A qualidade de vida foi o principal desfecho relatado pelos usuários e profissionais do PAS na vida das pessoas que frequentam o Programa. É principalmente neste aspecto que ambos os grupos superam o biologicismo e avançam para a compreensão dos fatores sociais como preditores de saúde.

Nesta perspectiva, os PEF do PAS em Belo Horizonte acreditam que a sua finalidade é atingida e justificam, assim, a necessidade do Programa, bem como a importância de suas presenças em todos os níveis do Programa: da coordenação à assistência direta aos usuários, mostrando-se implicados na promoção da saúde. No entanto, parece não haver uma base filosófica presente no cotidiano dos profissionais que sustente a promoção da saúde em sua complexidade, de forma a se considerar a estruturação das representações por meio da construção da subjetividade e da relação do sujeito com o mundo. Os usuários também consideram o Programa necessário à saúde da população, identificando-o como uma política pública de promoção da saúde que responde ao princípio da equidade, pois permite o acesso da população de baixa renda à AF de qualidade e gratuita. Neste contexto, o Programa é entendido, de forma mais abrangente, como uma política pública necessária e inclusiva.

Pode-se afirmar que decisões políticas como a da prefeitura de Belo Horizonte, que criou o programa em 2006, bem como a política federal, que ampliou este tipo de programa para todo território nacional em 2011 com a criação do PAS, são fundamentais para incluir estratégias que de fato melhorem a vida das pessoas, reduzindo as desigualdades sociais.

Assim sendo, considera-se fundamental que o poder público inclua as subjetividades dos atores envolvidos nas ações para avaliar as políticas de saúde em geral, e, em especial, o Programa Academia da Saúde, para ter maior definição, dentro dos resultados esperados, daqueles que não são mensuráveis, mas são importantes na vida das pessoas. Reitera-se, portanto, que a melhoria dos indicadores relativos às doenças crônicas não transmissíveis está atrelada a aspectos objetivos e subjetivos, individuais e coletivos, seja na implicação dos profissionais na atenção ofertada pelos serviços de saúde, seja no autocuidado da população, seja no acesso aos bens e serviços produzidos socialmente, seja na construção dos modos de pensar e agir.

Como foi apontado por alguns profissionais participantes deste estudo, há uma emergência em ampliar não só o Programa para atingir maior número de usuários, mas também buscar novas maneiras de oferecer e construir modos de vidas saudáveis desde a infância. O maior investimento público nas ações do Programa Saúde na Escola parece ser um bom caminho.

É necessário ainda buscar maneiras de incorporar as pessoas do sexo masculino nos serviços de saúde, de forma mais efetiva, visando à promoção da saúde e não só o tratamento das doenças.

Para tanto, novas investigações que aprofundem na subjetividade dos indivíduos, em seus modos de pensar e agir referentes à saúde e a outros serviços de saúde são necessárias. Este estudo não pôde incluir a comparação da visão de profissionais e usuários não pertencentes ao PAS e de outros contextos de serviços de saúde, mas esta pode ser uma proposta a se dar continuidade.

## REFERÊNCIAS

ACSM. American College of Sports Medicine. **Diretrizes do ACSM para testes de esforço e sua prescrição**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Logan, 2014.

ADA. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 33, n. 1, p. 11-96, 2010.

ALMEIDA, A. R.; ATHAYDE, F. T. S. Promoção da saúde, qualidade de vida e iniquidade em saúde: reflexões para a saúde pública. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 165-172, jun, 2015.

ALVES, F. S.; CARVALHO, Y. M. Práticas corporais e grande saúde: um encontro possível. **Movimento**, Porto Alegre, v. 16, n. 04, outubro/dezembro, p. 229-244, 2010.

AMORIM, T. C.; et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v.18, n. 1, p.63-74, Jan, 2013.

BANCO MUNDIAL. **Relatório No. 32576-BR**: Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil, 2005. 107p.

BARBOSA, J. A. G. **Sexualidade e vulnerabilidade social de pessoas com transtornos mentais atendidas em serviços públicos de saúde mental no Brasil**. 2011. 194 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

BARENCO, N. C.; et al. Leisure-Time Physical Activity Reduces Total and Cardiovascular Mortality and Cardiovascular Disease Incidence in Older Adults. **Journal Of The American Geriatrics Society**, [s.l.], v. 65, n. 3, p. 504-510, dez. 2016.

BARROS, M. B. A.; et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 1, p. 1-9, 2017.

BARTHES, R.; et al. **Análise estrutural da narrativa**. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 300p.

BATISTELLA, C. **Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. A. O Território e o Processo Saúde-Doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. 266p. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/124.pdf>> Acesso em: 26 set. 2016.

BAKES, M. T. S.; et al. Conceito de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro: UERJ, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.

BECK, U. **Incertezas fabricadas**. São Leopoldo: Sociedade do risco: o medo na contemporaneidade, 22 de maio de 2006. Entrevista concedida a IHU On-Line. São Leopoldo, IHU Online, maio. 2006. Disponível em: <<http://www.ihuonline.unisinos.br/media/pdf/IHUOnlineEdicao181.pdf>>.

BENITES, L. C.; NETO, S. S.; HUGER, D. O processo de constituição histórica das diretrizes curriculares na formação de professores de Educação Física. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 343-360, 2008.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien**. Paris: Nathan, 1992. 112p.

BOMPA, D. T.; HALF, G. G. **Periodização Teoria e Metodologia do Treinamento**. 5. ed. São Paulo: Phorte Editora, 2012. 400p.

BORG, G. **Escalas de Borg para a Dor e o Esforço Percebido**. São Paulo: Manole, 2000. 125p.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 575-586, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 48 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a, 72p. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_recomendacoes\\_cuidado\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de Janeiro de 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)> Acesso em: 25 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil. 2011–2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.401 de 15 de junho de 2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1402\\_15\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1402_15_06_2011.html)>. Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 719**, de 07 de abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em:

<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114724-20141103165640br-portaria-719-2011-academia-de-saude-1.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684\\_08\\_11\\_2013\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013_rep.html)> Acesso em: 03 de dezembro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.681 de 07 de novembro de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html)> Acesso em: 3 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 32 p.

BRASIL. Academia da Saúde. **Cartilha Informativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia\\_saude\\_cartilha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2016/dia26/portaria1707.pdf>> Acesso em: 18 de dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. 162 p.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017**. Brasília, 2017b. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autocuidado**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2018a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/autocuidado.php>>. Acesso em: 12 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Brasília: Datasus, 2018b. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=00](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00)> Acesso em: 13 abr. 2018.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 31, n. 1, p. 13-27, 2013.

BUENO, D. R.; et al. Os custos da inatividade física no mundo: estudo de revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 1001-1010, abr. 2016.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUSS, P. M. **O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais.** Agência Fiocruz, 2010. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>> Acesso em: 22 jun. 2017.

CAMPOLINA, A. G.; et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.6, p. 1217-1229, jun, 2013.

CAMPOS M. O.; NETO, J. F. R. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232-240, maio/ago., 2008.

CAMPOS, T.S.P.; et al. Factors associated with adherence to treatment of people with diabetes mellitus assisted by primary health care. **J. Health Biol Sci.** v. 4, n. 4, 251-256. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 154p.

CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 3, p. 265-276, set. 2017.

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p. 1829-1838, jun. 2016.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “*empowerment*” no projeto de Promoção à Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1088-1095, jul-ago, 2004

CARVALHO, Y. M. **O Mito da Atividade Física/Saúde.** 1993. 156f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1993. 156p.

CARVALHO, Y. M. **Práticas corporais e comunidade:** um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CASTIEL, D. L.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CECCIM, R. B.; BILIBIO, L. F. **Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional**. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.). Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 47-62.

CHIZZOTTI, A. A. Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, v. 16, n. 2, 2003.

COELHO, M. T. A. D.; ALMEIDA FILHO, N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, maio-ago, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. CONFED. **RESOLUÇÃO CONFED nº 307/2015**. Rio de Janeiro: CONFED, 2015. Disponível em: <<https://www.confed.org.br/confed/resolucoes/res-pdf/381.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2017.

COSTA, B. V. L.; et al. Academia da cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 95-102, jan. 2013.

COSTA, E. M. B; VENÂNCIO, S. Atividade Física e Saúde: discursos que controlam o corpo. **Pensar a Prática**, v. 7, n. 1, p. 59-74, Mar. 2004.

COSTA, L. C.; et al. Formação profissional e produtividade em saúde coletiva do Profissional de Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 107-13, 2012.

CZERESNIA, D. **Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M., (Orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.

DAWALIBI, N. W.; GOULART, R. M. M.; PREARO, L. C. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 8, p. 3505-3512, ago. 2014.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, Coll. Essais & Recherches, 1997. 287p.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2006. 432p.

DIAS, J.; et al. Physical activities practicing among scholar professors: focus on their quality of life. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-6, 23 out. 2017.

DING, D.; et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. **The Lancet**, v. 388, n. 10051, p. 1311-1324. 24 set. 2016.

DONIĆ, K.; DALL'ALBA, R., KING, L. Brazil's health catastrophe in the making. **The Lancet**, v. 392, n. 10149, p. 731-732, set. 2018. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30853-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30853-5/fulltext)>. Acesso em: 19 dez. 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007. 165p.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 885-899, 2013.

FALUDI, A. A.; IZAR, M. C. O.; SARAIVA, J. F. K.; CHACRA, A. P. M.; BIANCO, H. T.; AFIUNE NETO, A.; et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, supl. 2, p. 1-76, ago. 2017. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02\\_DIRETRIZ\\_DE\\_DISLIPIDEMIAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf)> Acesso em: 23 out. 2017.

FASSBINDER, T. R. C; et al. Functional Capacity and Quality of Life in Patients with Chronic Kidney Disease In Pre-Dialytic Treatment and on Hemodialysis - A Cross sectional study. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, [s.l.], v. 37, n. 1, p. 47-54, 2015.

FERMINO, R. C.; PEZZINI, M. R.; REIS, R. S. Motivos para prática de atividade física e imagem corporal em frequentadores de academia. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**. v. 16, n. 1, p. 18-23. 2010.

FERNANDES, A. P.; et al. Programa Academias da Saúde e a promoção da atividade física na cidade: a experiência de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 12, p. 3903-3914, dez. 2017.

FERREIRA, L.; et al. Avaliação dos níveis de depressão em idosos praticantes de diferentes exercícios físicos. **ConScientia e Saúde**, v. 13, n. 3, p. 405-410, 2014.

FERREIRA, M. S.; CASTIEL, L. D.; CARDOSO, M. H. C. A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 865-872, 2011.

FERREIRA, O. G. L.; et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. **Psico-USF**, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

FERTONANI, H. P.; et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FILHA, M. M. T.; et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 83-96, dez. 2015.

FILHO, N. A. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160p.

FILHO, N.; ANDRADE, F. R. S. **Holopatogênese**: esboço de uma teoria geral da saúde-doença como base para promoção da saúde. In: CZERESNIA, D., FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 97-115.

FLORINDO, A. A.; SALVADOR, E. P.; et al. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Revista Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 302-310, 2011.

FLORINDO, A. A.; REIS, R. S.; et al. Description of health promotion actions in Brazilian cities that received funds to develop “Academia da Saúde” program. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v. 18, n. 4, Florianópolis, 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n.1, p. 17-27, 2008.

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 2, p. 265-272, abr-jun, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a08v26n2>>. Acesso em: 03 Out. 2017.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Por uma genealogia do poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 174.

FRAGA, A. B; et al. (Org.). Curso de extensão para gestores do SUS. Promoção da saúde. Brasília: CEAD/ FUB, 2013.

FRANÇA, L. H. F. P.; SILVA, A. M. T. B.; BARRETO, M. S. L. Programas intergeracionais: quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio De Janeiro, v. 13, n. 3, p. 519-531, 2010.

GIACHELLO, A. L. Health Outcomes Research on Hispanics/Latinos. **Journal Of Medical Systems**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 236-256, 1996.

GIAMI, A.; PERREY, C. Transformations in the Medicalization of Sex: HIV Prevention between Discipline and Biopolitics. **Journal Of Sex Research**, [s.l.], v. 49, n. 4, p. 353-361, jul. 2012.

GIAMI, A.; VEIL, C. **Enfermeiras frente à aids**: representações e condutas, permanência e mudanças. Canoas: ULBRA, 1997. 333p.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. 118p.

GOMES, G. A. O.; et al. Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, [s.l.], p. 1-8, jun. 2018.

GONZÁLEZ, F. J. **Práticas Corporais e o Sistema Único de Saúde**: desafios para a intervenção profissional. In: GOMES, I. M.; FRAGA, A. B.; CARVALHO, Y. M. (Orgs.). **Práticas Corporais no Campo da Saúde: uma política em formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. p. 258.

GUARDA, F. R. B.; SILVA, R. N.; ARAUJO JUNIOR, J. L. A. C. Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 5, n. 4, 2014, p. 63-74.

GUS, I.; et al. Variations in the Prevalence of Risk Factors for Coronary Artery Disease in Rio Grande do Sul-Brazil: A Comparative Analysis between 2002 and 2014. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.105, n. 6, p. 1-7, São Paulo, Dez. 2015.

HALLAL, P. C.; ANDERSEN, L. B; et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. **The Lancet**; v. 380, p. 247-257, jul. 2012.

HALLAL, P. C.; CARVALHO, Y. M.; et al. Avaliação Quali-Quantitativa do Programa Academia da Cidade, Recife (PE): concepções dos professores. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 14, n. 1, 2009.

HALLAL, P. C.; REIS, R. S.; et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 104-114, 2009.

HALLAL, P. C.; TENÓRIO, M. C.; et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 1, p. 70-8, 2010.

HEGENBERG, L. **Doença: um estudo filosófico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. p.137. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/pdj2h/pdf/hegenberg-9788575412589.pdf>> Acesso em: 29 jan. 2018.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. p. 57-70, 2005.

HOROCHOVISKI, M.T.H. Representações Sociais: delineamentos de uma categoria analítica. **Em Tese**. v. 2, n. 1, p. 92-106. janeiro-junho. 2004.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015**. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. 132 p.

ISER, B.P.M.; et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico – Vigitel Brasil – 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 1, p. 90-102, 2011.

JOSEFSSON, T.; LINDWALL, M.; ARCHER, T. Physical exercise intervention in depressive disorders: Meta-analysis and systematic review. **Scandinavian Journal of Medicine & Science In Sports**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 259-272, jan. 2013.

KELLY, S.; et al. Barriers and Facilitators to the Uptake and Maintenance of Healthy Behaviors by People at Mid-Life: A Rapid Systematic Review. **PLoS ONE**. v. 11, n. 1, jan. 2016.

KNUTH, A. G.; et al. **Avaliação de programas de atividade física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas**. In: Saúde Brasil. 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. cap. 17, p. 346-361. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2018.

LANGDON, E. J. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 4, p. 1019-1029, abr. 2014.

LAS CASAS, R. C. R.; et al. **O profissional de educação física no sistema único de saúde de Belo Horizonte**. In: NOCE, F.; COUTO, A. C. P.; ALEIXO, I. M. S.; et al. (Orgs.). O profissional de educação física na área da saúde. Belo Horizonte: EEFETO, UFMG, 2014. 173p. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/280579683\\_O\\_Profissional\\_de\\_Educacao\\_Fisica\\_na\\_area\\_da\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/280579683_O_Profissional_de_Educacao_Fisica_na_area_da_Saude)>. Acesso em: 14 fev. 2017.

LE BRETON, D. **Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver**. Campinas: Autores Associados, 2009. 190 p.

LEE, I. M.; et al. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non-Communicable Diseases. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 219–229, 2012.

LEMOS, E. C.; et al. Programa academia da cidade: descrição de fatores de adesão e não adesão. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**. v. 24, n. 4, p. 75-84, 2016.

LIMA, N. M. B. C. A. **Auto-estima e Atividade Física: Contributo de um programa de atividade física na Auto-estima em adultos idosos do concelho de Coimbra**. 200f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Desporto) - Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Porto, 2002.

LOCH, M. R.; et al. Simultaneidade de comportamentos de risco para a saúde e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 180-187, jun. 2015.

LOPES, A.; et al. Estratégia de Promoção à Saúde: Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 379-384, jul. 2016.

LOVATO, N. S.; et al. Assiduidade a programas de atividade física oferecidas por Unidades Básicas de Saúde: o discurso de participantes muito e pouco assíduos. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**. Pelotas, v. 20, n. 2, p.184-192, 2015.

LUZ, M. T. **Educação física e saúde coletiva**: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. In: FRAGA, A. B.; WACHS, F. (Orgs.) Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. 9-16 p.

MAIA, C. M. L.; et al. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**. **Revista de Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 293-303, 2016.

MALACHIAS, M. V. B.; SOUZA, W. K. S. B.; PLAVNIK, F. L.; RODRIGUES, C. I. S.; BRANDÃO, A. A.; NEVES, M. F. T.; et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, supl. 3, p. 1-83, set. 2016Disponível em:<[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>Acesso em: 23 out. 2017.

MALTA, D. C.; BERNAL, R. T. I.; et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 1, p. 1-10, jun. 2017.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M.; et al. A política nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, DF, v. 18. n. 1. p. 79-86, mar. 2009.

MALTA, D. C.; CEZÁRIO, A. C.; et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006.

MALTA, D. C.; FRANÇA, E.; et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 135, n. 3, p. 213-221, jun. 2017.

MALTA, D. C.; SILVA JR. J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, jan-mar. 2013.

MALTA, D. C.; SILVA, M. M. A., ALBUQUERQUE, G. M.; AMORIM, R. C. A.; et. al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 19, n. 3, p. 286-299, mai. 2014.

MALTA, D. C.; STOPA, S. R.; et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 238-255, dez. 2015.

MARQUES, M. C. M. P.; MENDES, F. R. P.; SERRA, I. C. C. Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 2, p. 1-8, 2017.

MÁSSIMO, E. A. L. **Construções sociais e subjetivas de risco e promoção da saúde em doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica da população de Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2013. 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F.; FREITAS, M. I. F. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 20, n. 3, p. 679-688, mar. 2015.

MÁSSIMO, E. A. L.; FREITAS, M. I. F. Riscos para doenças crônicas não transmissíveis na ótica de participantes do Vigitel. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 651-663, jun. 2014.

MATOS, E.; PIRES DE PIRES, D. E. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, abr-jun., p. 338-346, 2009.

MCARTHUR, D.; et al. Factors influencing adherence to regular exercise in middle-aged women: a qualitative study to inform clinical practice. **BMC Womens Health**, p. 14-49, mar. 2014

MEDEIROS, P. A.; et al. Participação masculina em modalidades de atividades físicas de um Programa para idosos: um estudo longitudinal. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n.8, p. 3479-3488, 2014.

MELCHIORRE, M. G.; et al. Social Support, Socio-Economic Status, Health and Abuse among Older People in Seven European Countries. **PLoS ONE**, v. 8, n. 1, jan. 2013.

MENDONÇA, B. C. A.; TOSCANO, J. J. O.; OLIVEIRA, A. C. C. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física. Programa Academia da Cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 14, n. 3, 2009.

MEYER, D. E.; et al. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MIELKE, G. I.; et al. Diferenças regionais e fatores associados à prática de atividade física no lazer no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde-2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 158-169, dez. 2015.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000.

MIRANDA, L. C. V.; SOARES, S. M.; SILVA, P. A. B. Qualidade de vida e fatores associados em idosos de um Centro de Referência à Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 11, p. 3533-3544, nov. 2016.

MORA, S.; et al. Physical Activity and Reduced Risk of Cardiovascular Events: Potential Mediating Mechanisms. **Circulation**, v. 9, n. 116, p. 2110-2118, 2007.

MORAES, G. V. O.; et al. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 1, p. 309-329, mar. 2016.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LUCCHETTI, G. Panorama das pesquisas em ciência, saúde e espiritualidade. **Ciência e Cultura**, [s.l.], v. 68, n. 1, p. 54-57, mar. 2016.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 404p.

MUNIZ, L. C.; et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 3, n. 46, p. 534-542, 2012.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NAUGHTON, P.; MCCARTHY, S. N.; MCCARTHY, M. B. The creation of a healthy eating motivation score and its association with food choice and physical activity in a cross sectional sample of Irish adults. **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 1-10, 6 jun. 2015.

NEVES, R. L. R.; ASSUMPÇÃO, L. O. T. Formação e intervenção profissional em saúde pública: percepções de profissionais de Educação Física. **Movimento**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 201-212, jan./mar. 2017.

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO, R. M. Jr.; VENCIO, S. (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. 383p.

PADILHA, M. A.; OLIVEIRA, C. M.; FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 375-386, 2015.

PESCATELLO, L. S.; et al. The Metabolic Syndrome and the immediate antihypertensive effects of aerobic exercise: a randomized control design. **Bio Med Central Cardiovascular Disorders**, v. 8, n. 12, 2008.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Nota Conceitual do Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional sobre Atividades Físicas e Esportivas e Desenvolvimento Humano (Português)**. PNUD/IPEA, 2016. 10p.

Disponível em:

<<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/library/idh/Atlas/nota-conceitual.html>> Acesso em: 22 mar. 2018.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional – Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas: 2017**. Brasília: PNUD, 2017. 392 p. Disponível em: <[http://movimentoevida.org/wp-content/uploads/2017/09/PNUD\\_RNDH\\_completo.pdf](http://movimentoevida.org/wp-content/uploads/2017/09/PNUD_RNDH_completo.pdf)>. Acesso em: 21 mar. 2018

PULCINELLI, A.J.; BARROS, J.F. O efeito antidepressivo do exercício físico em indivíduos com transtornos mentais. **Revista brasileira de Ciência e Movimento**. v. 18, n. 2, p. 116-120. 2010.

RAMALHO, J. R. O.; et al. Physical activity levels and factors associated with the sedentary lifestyle of users of a basic health unit in Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p. 426-432, 2014.

REIS, R.S.; YAN Y.; PARRA, D.C.; BROWNSON, R. C. Assessing participation in community-based physical activity programs in Brazil. **Med Sci Sports Exerc**. v. 46, n. 1, p. 92-98, 2014.

REIS, R. S.; et al. Promoting Physical Activity Through Community-Wide Policies and Planning: Findings from Curitiba, Brazil. **Journal Of Physical Activity And Health**, [s.l.], v. 7, n. 2, p. 137-145, jul. 2010.

REZENDE, S.; REZER, R. Concepções de saúde em profissionais de Educação Física que atuam em academias. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s.l.], v. 20, n. 4, p. 425-434, dez. 2015.

RODRIGUES, P. F. C. **Ansiedade, Autoestima e Qualidade de Vida: Estudo Comparativo em Idosos Praticantes e Não Praticantes de Atividade Física**. 2015. 70f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015.

ROSA, F. M. M.; et. al. Efeitos do exercício físico agudo em ciclo ergômetro de membros superiores em indivíduos com obesidade mórbida. **Revista de Salud Pública**, v. 18, n. 1, fev. 2016.

RUAS, R. F. B. **Representações de usuários do Programa Academia da Saúde sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças**. 2016. 149f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

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

SALAS-ZAPATA, L.; et al. Ciudades sostenibles y saludables: Estrategias en busca de la calidad de vida. **Revista da Facultad Nacional de Salud Pública**, v. 34, n. 1, p. 105-110, 2016.

SANTANA, J. O.; et al. Atividade física e escore de risco de Framingham entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 10, p. 2235-2240, out. 2015.

SANTOS, W. J. **Redes sociais na experiência de mulheres em situação de violência perpetrada por parceiro íntimo**. 2018. 246 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SCABAR, T. G.; PELICIONI, A. F.; PELICIONI, M. C. F. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Journal of the Health Sciences Institute**.v. 20, n. 4, p. 411-8, 2012.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 109, n. 2, supl. ago. 2017. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02\\_DIRETRIZ\\_DE\\_DISLIPIDEMIAS.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf)>. Acesso em: 23out. 2017.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo, Editora Clannad, 2017. 383p.

SILVA, D. F. O., LYRA, C. O., LIMA, S. C. V. C. Padrões alimentares de adolescentes e associação com fatores de risco cardiovascular: uma revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 4, p. 1181-1195, 2016.

SILVA, F. C.; et al. Ejercicio físico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. **Journal of Sport Psychology**, v. 26, n. 1, p. 13-25, 2017.

SILVA, M.; PICASSO, C. L. M.; ROSITO, M. P. Epidemiological profile of workers with musculoskeletal disorders of a supermarket company. **Fisioterapia em Movimento**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 573-581, set. 2015.

SILVA, R. S.; et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 115-120, 2010.

SILVA, S. P. C.; MENANDRO, M. C. S. As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 23, n. 2, p. 626-640, jun. 2014.

SILVA, R. et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 33, n. 4, p.1-16, 2017.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], p. 39-46, 2017.

STEIN, R. Atividade física e saúde pública. **Revista Brasileira de Medicina e Esporte**. v. 5, n. 4, jul./ago., 1999

STHAL, H. C.; LEAL, C. R. A. A. Concepções de homem, sociedade e mundo do trabalho em projetos de formação de cursos da área da saúde. **Trabalho Necessário**, v. 16, n. 29, p. 78-94, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/4555>>. Acesso em: 21 fev. 2018.

STORCH, J. A.; et al. Auto-Estima e Autoimagem em idosos com deficiência. **Journal of Research in Special Educational Needs**, [s.l.], v. 16, p. 251-254, ago. 2016.

STRINGHINI, S.; et al. Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. **The Lancet**, [s.l.], v. 389, n. 10075, p.1229-1237, mar. 2017.

TAVARES, N. U. L.; et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, n. 2, p. 1-11, 2016.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, p. 1-9, dez. 2017.

TRAVANCAS, I. S. A experiência do trabalho de campo no universo da comunicação. **Extraprensa**, Universidade de São Paulo, v. 8, n. 14, 2014.

VASCONCELOS, A. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.

WERE, J. E. Jr; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual Framework and Item Selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, Jun. 1992.

WESTPHAL, M.F. **Promoção da saúde e prevenção de doenças**. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 635-667.

WILMORE, J. H.; COSTILL, D. L. **Fisiologia do Esporte e do Exercício**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005. 709p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Report of the International Conference on Primary Health Care**. URSS: Alma-Ata, 1978. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011\\_por.pdf?sequence=5](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf?sequence=5)> Acesso em: 11 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa, 1986. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)>. Acesso em: 17 abril de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Measuring Quality of Life**. Geneva: Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 1997. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)>. Acesso em: 12 out. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health**. In: The world health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002. Disponível em: <[https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)> Acesso em: 22 maio. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries**. Department of Chronic Diseases and Health Promotion (CHP). Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Non communicable Diseases - Country Profiles**. Geneva: World Health Organization, 2014. 210p. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1)> Acesso em: 10 de out. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>> Acesso em: 13 nov. 2018.

## APÊNDICE 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA

### Roteiro de Entrevista: USUÁRIOS

#### Dados cadastrais:

- 1) Identificação: (colar etiqueta)
- 2) Idade:
- 3) Sexo:
- 4) Sit. conjugal: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Mora junto ( ) Viúvo
- 5) Profissão:
- 6) Escolaridade:
- 6) Trabalha atualmente? ( ) sim ( ) não Em que?
- 7) Quanto ganha?
- 8) Quantas pessoas moram na sua casa?
- 9) Qual é a renda total da família?
- 10) A quanto tempo participa do PAC/PAS? Com qual frequência?
- 11) Começou a participar do programa por:  
( ) indicação médica ( ) indicação de amigos ( ) decisão pessoal ( ) Outros

12) Antes de participar deste programa você praticava alguma atividade física? ( ) sim ( ) não

Qual?                      Frequência:                      Duração:

#### **Pesquisa em profundidade.**

#### **Questões norteadoras e questões de relance**

#### Tema 1: Concepções (representações) sobre saúde/doença (DC)

- a. O que é saúde para você?
- b. O que é ter saúde para você?
- c. O que é doença para você?
- d. O que é estar doente para você?

#### Tema 2: Promoção da saúde (corpo, sexualidade e gênero neste contexto)

1. Conte-me sobre o que você faz para cuidar da saúde.
2. O que você considera necessário para ter saúde?
3. Quando você olha para as pessoas em seu entorno, o que você pensa sobre ser saudável?



- b. O que é ter saúde para você?
- c. O que é doença para você?
- d. O que é estar doente para você?

Tema 2: Promoção da saúde (corpo, sexualidade e gênero neste contexto)

1. Conte-me sobre o que você faz para cuidar da saúde.
2. O que você considera necessário para ter saúde?
3. Quando você olha para as pessoas em seu entorno, o que você pensa sobre ser saudável?
4. Quando você se vê no espelho, o que você pensa sobre ser saudável?
5. O que você pensa da sexualidade na sua vida e na vida dos outros.
6. Você percebe diferenças no cuidado à saúde de homens e mulheres e com relação à idade das pessoas?

Tema 3: Atividade Física e Promoção da Saúde (Academias)

- a. O que você pensa sobre a A.F.?
- b. O que você acredita que a A.F. pode proporcionar à vida das pessoas?
- c. De seu ponto de vista, diga-me porque algumas pessoas fazem atividade física e outras não?
- d. Você vê diferença devido às condições econômicas das pessoas no que se refere à atividade física?
- e. Você percebe diferenças de participação no PAC/PAS de homens e mulheres e em relação à idade?
- f. O que pensa sobre o PAS/PAC? (caso tenha críticas perguntar como acredita que deveria fazer para melhorar).
- g. Como você se vê como profissional no sistema de saúde?

Caracterização das Estruturas:

- 1) Localização/espço que utiliza:
- 2) Tem sala multiuso, sala de avaliação, espaço interno e externo
- 3) Materiais disponíveis
- 4) Atividades realizadas
- 5) Identificação Academia da Cidade ou Academia da Saúde.

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do estudo “Avaliação Qualitativa das Academias da Saúde de BH: a ótica dos atores”, sob coordenação da Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Com este estudo queremos compreender o que pensam a população, os profissionais e os gestores envolvidos no programa Academia da Saúde, sobre promoção da saúde e implementação do Programa. Vamos conversar sobre o que você pensa sobre saúde/doença; promoção da saúde; corpo, sexualidade, gênero e idade neste contexto. Pediremos também para que você fale sobre atividade física, políticas de promoção de saúde e sobre o programa Academias de Saúde. As respostas às questões do presente estudo poderão contribuir para melhorar o acompanhamento nos serviços, para as estratégias de promoção da saúde no que se refere às ações do programa, bem como contribuir para propostas de políticas públicas de promoção da saúde.

Por este documento vimos convidá-lo a participar de forma voluntária desta pesquisa, por meio de uma entrevista que será gravada em áudio. Suas opiniões e informações serão analisadas e tratadas anonimamente, garantindo o seu sigilo. As informações colhidas serão utilizadas na construção do relatório final da pesquisa, de artigos para publicação em periódicos ou eventos científicos. Salientamos que a entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e, caso deseje desistir, em qualquer fase da pesquisa, sua vontade será respeitada sem nenhum prejuízo para você que trabalha no serviço ou participa como usuário.

Este estudo não apresenta riscos de natureza física aos seus participantes a não ser o desconforto em falar e expressar suas opiniões e, por vezes, sua intimidade. Neste sentido, reafirmamos que depoimento é livre e que o anonimato será preservado. A participação neste estudo não trará qualquer ganho ou perda financeira aos seus participantes.

Para quaisquer esclarecimentos você poderá entrar em contato com a pesquisadora Maria Imaculada de Fátima Freitas, Av. Alfredo Balena 190, 4º andar, sala 434. Santa Efigênia. BH – MG - Tel.: (31) 34099871

Caso seja necessário qualquer esclarecimento sobre as questões éticas da pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627; Unidade Administrativa II – 2º andar – sala 2005. Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil. Telefone: (31) 3409-4592.

*Eu \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_, afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e objetivos do estudo, bem como sobre a utilização das informações que prestei exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, sendo-me garantido o anonimato. Não apresentando dúvidas, autorizo a gravação da entrevista e concordo em participar da pesquisa. Estou ciente dos riscos e da natureza voluntária na minha participação e de que poderei interrompê-la a qualquer momento.*

*Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014*

---

Assinatura do participante

---

Assinatura do Pesquisador

### APÊNDICE 3 – EXEMPLO DE ANÁLISE ESTRUTURAL DA NARRATIVA

Modelo de análise realizado nas entrevistas após transcrição como descrito na metodologia desta Tese. Exemplo apresentado se refere ao grupo de coordenadores pedagógicos.

#### **Etapas:**

1. Leitura Vertical: Leitura da entrevista em sua totalidade, buscando o sentido da entrevista, seu conteúdo e objetos tratados.
2. Leitura Horizontal: Desconstrução da entrevista por meio do sequenciamento (S) numerado das afirmações em torno de uma ideia central, e identificação dos fatos (F), justificativas (J) e personagens (P). Reconstrução: agrupamento das sequências que tratam do mesmo assunto – categorias empíricas.
3. Leitura Transversal: leitura e reorganização do conjunto das entrevistas, encontrando as conjunções e disjunções. Categorização final dos objetos e suas representações. Categorias empíricas.
4. Teorização: construção de categorias teóricas. Apresentadas nos resultados.

#### **Codificação:**

S: sequências numeradas por ordem de aparecimento no texto transcrito

F: Fatos e objetos presentes na narrativa, numerados por ordem de aparecimento em cada sequência.

P: Personagens, pessoas, instituições relevantes nos fatos narrados, numerados por ordem de aparecimento no texto como um todo.

J: Justificativas, explicações, julgamentos e sentimentos sobre os fatos e pessoas presentes na narrativa, numerados em ordem de aparecimento em cada sequência.

Entrevista Coordenador Pedagógico 6 (CP6):a entrevista não será apresentada na íntegra para preservar o anonimato do participante. Será feita a apresentação das sequências com seus fatos, justificativas e personagens.

## CP\_6

### Contexto básico: material, social e profissional e inserção no programa (S1)

Excluído para preservação do anonimato.

### Significado de saúde (S2)

**F1:** saúde é uma definição mais ampla que a da OMS que inclui bem-estar físico, mental, social e espiritual, não somente ausência de doença. Considera saúde como algo institucionalizado diferente de qualidade de vida que é o pensamento individual. Saúde é baseada em evidências, relacionado ao físico. A espiritualidade permite momentos de reflexão que, para o entrevistado pode reduzir o estresse e proporcionar momentos de equilíbrio. **J1:** Saúde se relaciona a parâmetros clínicos e físicos. Qualidade de vida tem um parâmetro individual.

**F2:** Espiritualidade, religiosidade fazem parte da saúde **J2:** São momentos de pausa, reflexão.

**F3:** Busca ter estes momentos de reflexão.

**F4:** Busca ter momentos de convívio social e familiar **J3:** Considera estes convívios uma forma de ter saúde.

### Significado de doença (S3)

**F1:** Antigamente achava que bastava uma pessoa estar de pé andando, já era saúde.

**F2:** Hoje entende saúde como algo mais amplo (bucal, físico, emocional). **J1:** Ter começado a estudar sobre a temática da saúde o fez considerar a multidimensão de saúde.

**F3:** Doença é ausência de saúde, considerando a multidimensão da saúde.

### Cuidar da própria saúde (S4)

**F1:** Reduziu a carga horária para ficar mais com a família e cuidar de sua saúde **J1:** Estava muito estressado por causa do trabalho sem tempo para a família.

**F2:** Desistiu de fazer mestrado e trabalhar no ensino superior **J2:** Pois não o deixava ter final de semana e tempo para família.

**F3:** Trabalhar no departamento de saúde traz conhecimento sobre saúde e uma responsabilidade maior de autocuidado.

**F4:** Acredita que a espiritualidade é importante para auxiliar na saúde **J3:** Pois pode ajudar na mudança de comportamento das pessoas.

**F5:** Fazer atividade física, aumentar o convívio social e familiar são forma de cuidar da saúde.

**P1:** Família

### Como ser saudável (S5)

**F1:** Para se haver mudança de comportamento para uma vida saudável é necessário sair do discurso e colocar em prática.

### Visibilidade da saúde (S6)

**F1:** a aparência física pode mostrar se uma pessoa é saudável ou não, mas principalmente o seu comportamento irá demonstrar isso. **J1:** pois aparência não define o estilo de vida das pessoas.

**F2:** O espelho mostra se os objetivos estão sendo externados.

### Sexualidade e Saúde (S7)

**F1:** É necessário compreender e respeitar a sexualidade **J1:** para viver feliz, saudável e sem discriminar

**F2:** Sexualidade está completamente relacionada com saúde **J2:** porque está relacionada com comportamento, com o físico.

**F3:** Sexualidade é uma questão cultural relacionada à formação religiosa das pessoas

**F4:** As capacitações sobre sexualidade realizadas pela SMS foram importantes para os profissionais de EF no atendimento com os usuários. **J3:** para enxergar e compreender a sexualidade e orientação do outro cada vez mais.

### Diferença de cuidados com a saúde entre homens e mulheres (S8)

**F1:** mulher adere mais que o homem aos cuidados com saúde **J1:** por causa da formação que a mulher mesma dá para a mulher, cria a mulher para ser progenitora e ela é ainda a que cuida, que tem que tomar conta de um lar.

**F2:** Homem é “largado” e acha que não precisa cuidar, **J2:** só busca cuidado quando estiver doente.

**F3:** Os homens fazem atividades físicas mais intensas **J3:** O homem tem maior preocupação com o vigor físico que a mulher.

### Diferença de cuidados com a saúde em relação à idade (S9)

**F1:** Diferencia saúde (algo contrário de doença, objetivo) e qualidade de vida (fazer o que gosta, subjetivo).

**F2:** As pessoas mais jovens não frequentam muito o programa **J1:** Porque o programa é mais voltado para saúde e não para estética.

**F3:** As mulheres cuidam mais da saúde desde a adolescência com idas frequentes ao ginecologista

**F4:** os homens só vão ao médico quando estão mais velhos **J2:** questão cultural

### Benefícios da AF (S10)

**F1:** Diferencia AF (relacionada à saúde) e exercício físico (capacidades físicas). A AF é mais ampla podendo ser realizada nos domínios do deslocamento, tarefas domésticas, trabalho e lazer. **J1:** todas fazem frente ao comportamento sedentário.

**F2:** AF no deslocamento traz benefícios fisiológicos, cognitivos e ambientais.

**F3:** O esporte coletivo há um benefício de convívio, social.

**F4:** AF deve estar associada a boa alimentação. **J2:** para melhores resultados.

**P2:** Atividade Física

**P3:** Exercício Físico

### Fatores relacionados a adesão à AF (S11)

**F1:** A Adesão à AF se dá pelas relações que as pessoas vão estabelecendo ao longo da vida, influencia familiar, experiências positivas ou negativas. **J1:** Pois são estas vivências que dão suporte na vida adulta.

**F2:** Políticas públicas que proporcionam ambientes para a prática de AF podem aumentar o nível de AF da população. **J2:** pois melhora o acesso e conhecimento das pessoas sobre a importância da AF.

**F3:** as diferenças econômicas irão determinar o tipo de AF que a pessoa faz, não necessariamente se é sedentário ou não. **J3:** pois, existem atividades físicas “caras” como um jogo de tênis e outras sem custo, como uma caminhada.

**P4:** Políticas Públicas

### Motivos relacionados à prática de AF por gênero e idade (S12)

**F1:** O homem olha o programa como um programa, ou para velho ou para essa questão de saúde mesmo. **J1:** pois não está direcionado ao aumento de massa muscular.

**F2:** Hoje eu acho que no programa, dá para conseguir isso que o homem almeja, ficar musculoso.

**F3:** A maioria da presença feminina no Programa é uma oportunidade para ter essa mulher como multiplicadora, formadora de opinião. **J2:** pois é a principal gestora do cuidado nas famílias.

**F4:** Então a mulher vai fazer AF para emagrecer e o homem vai fazer para ficar musculoso. **J3:** estereótipos de homem e mulher.

**F5:** O adulto, principalmente nessa faixa etária que eu estou falando, de 50 anos, eu vejo que têm visto o programa com bons olhos. **J4:** pois percebe a diferença que foi feita na vida deles.

### Representações sobre o PAS (S13)

**F1:** O PAS colocado pelo MS é mais um espaço para se tratar saúde. **J1:** Ele vem numa lógica multiprofissional, onde você pode ter atividades da enfermagem, medicina... É uma sala multiprofissional que não é só para fazer exercício físico e só para fazer atividade física. Em uma lógica de atendimento multiprofissional, matriciamento e da clínica ampliada.

**F2:** A intersetorialidade que é colocada pelo ministério, não fica clara para os municípios, em relação à essa ação multiprofissional. **J2:** Porque existem multiprofissionais que trabalham fragmentados. Podem talvez trabalhar no mesmo ambiente, mas fragmentados.

**F3:** O PAS e o PAC têm pontos que convergentes e outros não. O que converge, primeiramente são as ações que tem o foco na promoção de saúde, construção desse estilo de vida saudável e prevenção de doenças, em busca de uma maior qualidade de vida para a população. Os pontos divergentes são a estruturação do programa em BH que é melhor. **J3:** pois, faz uma avaliação detalhada do indivíduo e “cobra” a participação regular dos usuários, 3 vezes por semana.

**P5:** Programa Academia da Cidade

**P6:** Programa Academia da Saúde

**P7:** Ministério da Saúde

### Inserção do profissional de EF no SUS (S14)

**F1:** Teve uma época em que a área de conhecimento da educação física era a humanas.

**F2:** Houve a migração da Educação Física da humanas para a área biológicas voltada para o fitness, estética e rendimento.

**F3:** Profissional de Educação Física faz parte da área da educação em si.

**F4:** O profissional de educação física ao estudar pedagogia, didática, tem um diferencial sobre como fazer um trabalho coletivo. **J1:** a formação didático pedagógica contribui para as relações entre profissionais e usuários.

**F5:** A educação física na escola é muito importante. **J2:** Para a formação de hábitos saudáveis e estilo de vida saudáveis nas crianças. Programa Saúde na Escola. PAS na escola.

**F6:** Teve uma perda enorme, pois foi cortado em BH a educação física escolar.

**P8:** Profissional de Educação Física

### Efetividade das políticas de Promoção de Saúde (S15)

**F1:** A divisão da educação física em licenciatura e bacharelado prejudicou a formação deste profissional que está dentro e fora da escola. **J1:** Forma um profissional sem aprofundamento em algumas áreas, um profissional fragmentado.

**F2:** A AF é o eixo gerador da promoção da saúde.

**F3:** A palavra chave para resolução do problema das doenças crônicas é intersetorialidade

**F4:** A promoção da saúde deveria ser discutida em todas as secretarias: saúde, esportes, educação. **J2:** Senão as ações ficam fragmentadas e sem efetividade.

**P9:** Intersetorialidade

#### CP\_6\_Agrupamento\_Sequências

[Contexto básico: material, social e profissional e inserção no programa \(S1\)](#)

[Representações sobre saúde e doença \(S2, S3\)](#)

[Cuidar da saúde e ser “visivelmente” saudável \(S4, S5, S6\)](#)

[Sexualidade e Saúde \(S7\)](#)

[Diferença de cuidados com a saúde entre gênero e idade \(S8, S9\)](#)

[Benefícios da AF e fatores relacionados à prática por gênero e idade \(S10, S11, S12\)](#)

[Representações sobre o PAS e as políticas de Promoção da Saúde \(S13, S15\)](#)

[Inserção do profissional de EF no SUS \(S14\)](#)

Conjuntos das entrevistas dos seis coordenadores pedagógicos (CP)

Categorias Empíricas

1. Saúde: ausência de doenças, expressa na Qualidade de vida
  - a. [CP1\\_ Saúde se expressa na qualidade de vida no corpo funcional \(S3, S4\)](#)
  - b. [CP4\\_ Significado de saúde e doença: a construção do ser saudável \(S2, S3, S4, S5, S7, S8\)](#)
  - c. [CP5\\_ Significado de saúde e doença \(S2, S3\)](#)
  - d. [CP6 Representações sobre saúde e doença \(S2, S3\)](#)
  
2. O diagnóstico e a visibilidade da doença
  - a. [CP2\\_ Saúde e doença: do conceito à prática e disciplina do cuidado \(S2, S3, S4, S5, S6, S7\)](#)
  - b. [CP5\\_ Cuidar da saúde e a imagem saudável \(S4, S5\)](#)
  - c. [CP\\_6 Cuidar da saúde e ser “visivelmente” saudável \(S4, S5, S6\)](#)
  
3. Atividade Física como instrumento de qualidade de vida e de cuidado com a saúde (biológico e social)
  - a. [CP1\\_ AF como instrumento de bem-estar e fatores relacionados à prática regular \(S6, S12, S13\)](#)
  - b. [CP2\\_ Atividade Física como ferramenta da atenção à saúde e fatores associados à prática regular \(S10, S11\)](#)
  - c. [CP4\\_ Benefícios da AF e fatores relacionados à prática regular \(S12, S13\)](#)
  - d. [CP6\\_ Benefícios da AF e fatores relacionados à prática por gênero e idade \(S10, S11, S12\)](#)
  
4. Programa Academia da Saúde: a normatização que promove e cuida da saúde
  - a. [CP1\\_ PAC como opção de cuidar da saúde e não da estética do adulto e idoso \(S15, S16\)](#)
  - b. [CP2\\_ Significado do PAC e do profissional de EF no SUS \(S13, S14\)](#)
  - c. [CP3\\_ Saúde, doença e cuidar da saúde: do conceito à prática e as decisões políticas para a promoção da saúde \(S2, S3, S5, S6, S8, S14\)](#)
  - d. [CP3\\_ Normatização do programa PAC - PAS, contexto local e participação social \(S4, S17\)](#)
  - e. [CP4\\_ Sentimentos sobre o PAC \(S6, S15\)](#)
  - f. [CP5\\_ Sentimentos sobre o PAS e a dimensão política \(S10, 12\)](#)
  - g. [CP\\_6 Representações sobre o PAS e as políticas de Promoção da Saúde \(S13, S15\)](#)
  
5. Profissional de Educação Física como agente de promoção de saúde no SUS
  - a. [CP2\\_ Significado do PAC e do profissional de EF no SUS \(S13, S14\)](#)

- b. CP3Significado e sentimentos sobre PAC (S7, S9, S15, S16)
- c. CP4 O profissional de educação física no SUS (S16)
- d. CP5 Profissional de EF no SUS, agente direto de promoção da saúde (S11, S13)
- e. CP6 Inserção do profissional de EF no SUS (S14)

**APÊNDICE 4 – SÍNTESE DAS REPRESENTAÇÕES DOS COORDENADORES E  
PROFISSIONAIS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE DE BELO  
HORIZONTE POR TEMA**

<b>Profissionais</b>	<b>Saúde e doença</b>	<b>Atividade Física</b>	<b>PAS – BH</b>
<b>Coordenadores pedagógicos e distritais</b>	<p><u>Saúde</u>: “trabalho, moradia, família, condições econômicas”(CP1, CP2, CP3, CP5, CP6) (CD1, CD2, CD4, CD8); “equilíbrio, espiritualidade, felicidade e qualidade de vida” (CP1, CP2, CP3, CP4, CP5, CP6)(CD1, CD2, CD9); “autonomia, fazer o que gosta”(CP1, CP4, CP5)(CD1, CD3, CD5, CD9).</p> <p><u>Doença</u>: “patologia diagnosticada” (CP2, CP4, CP5) (CD1, CD2, CD6, CD7, CD8, CD9); “limitação na condição física, fragilidade, desequilíbrio” (CP1, CP2, CP3, CP4) (CD2, CD3, CD4, CD5); “necessidade de cuidados médicos” (CP2) (CD2, CD3, CD7, CD8).</p>	<p><u>O que pensam sobre AF</u>: “forma de cuidar da saúde” (CP1, CP2, CP3, CP4, CP6) ( todos os CD); “ferramenta de atenção à saúde, promove saúde e qualidade de vida” (CP2, CP3) (CD6, CD7); “transformador social, deve estar presente nas escolas desde a educação infantil” (CP3,CP5); “questão de sobrevivência, solução dos problemas” (CP1,CP5) (CD2, CD3, CD4); “Sensação de bem estar e prazer” (CP1,CP3, CP4, CP6) (CD3, CD7) ; “Mantêm as funções fisiológicas, psíquicas e sociais” (CP2, CP4, CP6) (CD4, CD6, CD8, CD9); “Melhora aparência física” (CD1, CD2, CD5)</p> <p><u>O que pesam sobre população e a prática de AF</u>: “buscam corpos bonitos, ideal de beleza” (CP3, CP4) (CD9); “não tem tempo de fazer” (CP5) “falta de acesso a AF de qualidade e que dê prazer” (CP1, CP4) (CD4), “pouca oportunidade na infância, na escola, falta de conhecimento” (CP1, CP4, CP6) (CD3, CD7, CD8); “não tem força de vontade” (CD1,CD5, CD9) “só fazem por recomendação médica” (CD1, CD6)</p>	<p>“Objetivo de saúde, não de estética. Socializa as pessoas” (CP1) (CD5); “ Funciona bem por ter ações padronizadas, BH é melhor que de outras cidades no Brasil” (CP1, CP3, CP6) (CD7); “ melhor iniciativa da Atenção Primária, instrumento de promoção da saúde e rede de cuidado, completa o SUS e melhora a vida da população” (CP2, CP4, CP, CP6) (CD1, CD2, CD4, ); “modifica o comportamento das pessoas” (CP2) (CD7) “possibilita acesso a AF sendo esta o eixo gerador da promoção da saúde” (CP1, CP4, CP6) (CD6), “profissionais concursados sem perfil para trabalhar no PAS” (CD1,CD3 ) “espaço de interação com NASF, equipe multiprofissional, matriciamento” (CD2, CD4, CD8) “Deveria ser ampliado para as escolas (CD4, CD9) ; “ os recursos do MS é pouco mas ajuda, deveria ter mais investimento” ( CP2)(CD2, CD8)</p>

<b>Profissionais da Assistência</b>	<p>Saúde: “qualidade de vida, fazer o que dá prazer, felicidade, relações sociais” (P1, P2, P4, P9, P11, P13); “autonomia física, mental e econômica”; (P4, P5, P6, P10, P17) “acesso a educação”(P1, P11) ; “ausência de doença, equilíbrio das funções orgânicas, mental e emocional” (P1, P3, P4, P5, P7; P10, P11, P12, P13, P14, P16, P17) “Questão de escolha” (P1, P8) “fazer atividade física e ter alimentação saudável” (P4, P6, P9, P13, P14, P15)</p>	<p><u>O que pensam sobre AF:</u>“ Forma de cuidar da saúde e fundamental para promover a saúde” (P1, P8, P10, P12, P14); “Essencial, remédio, cura” (P3, P4, P5, P6, P13, P15); “Atividade Física é qualquer movimento, diferente de exercício físico” (P3, P8, P11, P13, P16, P17) “atividade física é um recurso para a vida” (P1, P12, P17)</p>	<p>“Programa inovador na rede de atenção primária para o cuidado e promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças de forma multidisciplinar” (P1, P2, P4, P5, P7, P8, P9, P10, P12, P13, P14, P16, P17); “cuida da saúde da população e cria vínculo do usuário com a saúde” (P3, P5 P14, P15, P16); “investimento barato, reduz os atendimentos mais complexos; profissional atende mais de 100 pessoas por dia e ainda é cobrada produção”(P2, P6, P11, P16); “muita demanda de ações variadas, horário diferenciado da rede, sobrecarrega o profissional, deveria ter ganho sobre insalubridade” (P2, P6, P8, P4, P12, P15, P16); “ programa muito engessado pela coordenação que tem pouco contato com os profissionais da ponta” (P1, P6); “atende principalmente a população de baixa renda” (P4, P7, P8, P9, P12, P13, P14); “falta de recursos materiais nos polos” (P2, P5, P10, P15); “trabalha de forma assistencialista, em busca de cura; deveria trabalhar mais com educação e empoderamento, autonomia” (P11, P12, P16)</p>
	<p><u>Doença:</u> “desequilíbrio físico e mental, incapacidade, limitação, falta de autonomia” (P1, P2, P5, P6, P7, P8, P9, P14, P15); “falta de acesso a escola, saneamento, trabalho, lazer, questões econômicas” (P6, P8, P12, P17); “coisa triste, ruim” (P2, P4, P16) “doença crônica, doença no corpo, precisar de cuidados profissionais e medicamentos” (P1, P3, P9, P10, P11, P12, P1, P16)</p>	<p><u>O que pesam sobre população e a prática de AF:</u> “melhora a qualidade de vida” (P1, P8, P10 ) “ traz alegria e novas experiências, contato social” (P2, P4, P5, P9, P11); “ melhora dos parâmetros fisiológicos, reduz doenças” (P3, P9, P10, P12, P15, P16 ); “Independência, autonomia, funcionalidade” (P4, P8, P13), “promove o envelhecimento saudável” (P14, P17)“ melhora a estética corporal” (P5, P8); “ existem poucas opções, espaços públicos” (P6, P10) “ depende da vontade da pessoa” (P7, P10, P13, P13, P15, P16); “muitos não fazem por falta de tempo” (P4, P9) “falta educar a população desde a educação infantil para uma vida fisicamente ativa” (P11, P17)</p>	

Fonte: próprio autor

### APÊNDICE 5 – QUADRO DE ENTREVISTADOS

Entrevistados	Idade	Sexo	Situação conjugal	Profissão	Escolaridade	Trabalho	Renda por pessoa na família (R\$)	Tempo no PAS (meses)	Prática regular *de AF antes da entrada no PAS	Indicação ao PAS
U1	50	F	Viúva	Costureira	Ensino fundamental	Sim	500,00	24	Não	Médica e Pessoal
U2	51	F	Divorciada	Costureira	Ensino fundamental	Sim	788,00	03	Não	Médica
U3	63	M	União Est.	Caseiro	Analfabeto	Sim	131,33	01	Não	Médica
U4	78	F	Casada	Do lar	Ensino fundamental	Não	788,00	12	Não	Médica
U5	59	F	União Est.	Do lar	Ensino fundamental	Não	660,00	36	Não	Médica
U6	66	M	Casado	Aposentado	Ensino médio	Não	*	82	Não	Esposa
U7	68	F	Solteira	Aposentado	Ensino fundamental	Não	1.100,00	62	Sim	Irmã
U8	79	F	Viúva	Pensionista	Ensino fundamental	Não	*	82	Não	Conhecida
U9	53	F	Casada	Do lar	Ensino fundamental	Não	R\$666,00	48	Não	Vizinha
U10	29	F	Solteira	Consultora Comercial	Ensino superior	Sim	551,00	12	Não	Mãe
U11	40	M	Casado	Motorista	Ensino médio	Sim	*	16	Não	Pessoal
U12	70	F	Viúva	Do lar	Ensino fundamental	Não	525,00	24	Sim	Pessoal
U13	20	F	Casada	Operadora de telemarketing	Ensino médio	Sim	500,00	02	Sim	Pessoal
U14	37	M	Solteiro	Aposentado	Ensino médio	Não	*	30	Não	Médica
U15	52	F	Divorciada	Brochurista	Ensino fundamental	Sim	1.000,00	12	Não	Fisioterapia
U16	66	M	Casado	Diretor de recursos humanos	Ensino superior	Sim	2.466,67	48	Sim	Pessoal e médica

U17	34	F	Casada	Faxineira	Ensino fundamental	Sim	350,00	48	Não	Médica
U18	36	F	Casada	Do lar	Ensino fundamental	Sim	*	72	Sim	Pessoal
U19	40	M	Casado	Garçom	Ensino fundamental	Sim	625,00	24	Não	Esposa
U20	20	M	Solteiro	Monitor de informática	Ensino médio	Sim	750,00	12	Sim	Mãe
U21	48	F	Casada	Autônoma	Ensino fundamental	Sim	583,33	15	Não	Médica
U22	59	M	Casado	Aposentado	Ensino médio	Não	600,00	12	Sim	Médica
U23	22	F	Solteira	Manicure	Ensino médio	Sim	*	01	Não	Pai e Mãe
U24	66	F	Solteira	Aposentada	Ensino fundamental	Sim	394,00	12	Sim	Médica
U25	36	F	Casada	Técnica de enfermagem	Ensino médio	Sim	525,00	06	Sim	Pessoal
U26	56	M	Casado	Bancário	Ensino médio	Sim	1.400,00	36	Sim	Médica e pessoal
U27	68	M	Casado	Militar reformado	Ensino médio	Não	4.600,00	36	Não	Esposa
U28	41	F	Casada	Comerciante	Ensino médio	Sim	1.133,33	03	Sim	Amigos
U29	63	M	Casado	Aposentado	Ensino fundamental	Não	525,33	36	Sim	Amigos
U30	67	F	Casada	Costureira	Ensino fundamental	Sim	333,33	48	Não	Outros
U31	45	F	Solteira	Do lar	Ensino fundamental	Sim	788,00	12	Sim	Pessoal
U32	58	F	Casada	Do lar	Ensino médio	Sim	4.000,00	18	Não	Participante
U33	38	F	Casada	Enfermeira	Ensino superior	Sim	2.000,00	08	Não	Pessoal

**APÊNDICE 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS ESPAÇOS DE FUNCIONAMENTO DOS  
POLOS DAS ACADEMIAS DA SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

<b>Distrito</b>	<b>Polo</b>	<b>Local</b>	<b>Estrutura</b>
Barreiro	Vila Pinho	Vila Pinho	Localizada dentro do parque ecológico. Existem equipamentos ao ar livre. As atividades de ginástica são realizadas em uma sala multiuso que possui vários materiais: caneleiras, steps, anilhas. Os alunos realizam caminhada nas estruturas do parque ecológico.
Barreiro	Urucuia	Urucuia	Funciona em um centro comunitário. As aulas são realizadas em uma quadra poliesportiva. Tem uma sala exclusiva para avaliação física. Muitos materiais: colchonetes, halteres, anilhas, caneleiras, steps, dentre outros.
Centro Sul	Vila Fátima	Vila Fátima	Conta com espaço ao ar livre, salão para realização de atividades físicas variadas e sala anexa ao salão que conta com equipamentos: halteres, caneleiras, bola de pilates, colchonetes, entre outros.
Centro Sul	Tia Amância	Vila Paris	Divide o espaço com um centro social religioso. Tem uma sala específica para avaliação física e uma sala mais ampla multiuso com diversos materiais de apoio: colchonetes, halteres, steps, dentre outros. Existe uma varanda externa e uma quadra coberta que são utilizadas para as aulas.
Leste	Mariano de Abreu	Mariano de Abreu	Funciona em Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), com estrutura de salão multiuso, sala de avaliação e espaço externo para caminhadas. Há colchonetes, halteres, anilhas e caneleiras, dentre outros materiais.
Nordeste	Jardim Belmonte	Belmonte	Funciona dentro de um parque ecológico arborizado em que realizam atividades ao ar livre. Conta com sala para avaliação física e uma sala um pouco mais ampla para as atividades com alunos, porém mal ventilada. Colchonetes, halteres e anilhas fazem parte do material de apoio para os exercícios. A caminhada é feita ao redor da lagoa do parque, numa pista de terra.
Nordeste	União	União	Divide espaço com o CRAS. Conta com sala para os profissionais e avaliação física, e outra sala para as atividades com os alunos, que é pequena, apertada e mal ventilada, pois fica na passagem para a cozinha e para as demais salas. A caminhada e a maioria das atividades são realizadas na quadra de esportes (que é descoberta) em um ambiente tranquilo e com muitas árvores. Materiais: colchonetes, caneleiras, halteres, bastões, dentre outros.
Noroeste	Califórnia	Vila Califórnia	Divide espaço com CRAS, onde funcionam diversos outros setores. Conta com um pequeno salão onde as atividades com os alunos são realizadas. Há uma sala para os profissionais realizarem suas avaliações. A caminhada é feita na área externa ao salão, cimentada e sem árvores. Materiais: colchonetes, caneleiras, halteres, bastões, dentre outros.

---

Norte	Providência	Minaslândia	Funciona no CRAS, tem salão multiuso, sala de avaliação, local externo para caminhada, banheiros. Materiais: colchonetes, halteres, anilhas, caneleiras step.
Norte	São Bernardo	São Bernardo	Estrutura própria. Salão de vivência multiuso, espaço externo para caminhada. Há colchonetes, halteres, anilhas, caneleiras e alguns materiais alternativos.
Oeste	Havaí	Hawai	Divide espaço com um centro social da prefeitura, que conta com creche, escola primária e outras atividades como ballet. No momento das aulas do PAS o espaço é exclusivo a este fim. Tem alguns colchonetes, halteres e materiais alternativos.
Oeste	Amilcar Viana	Betânia	Localizada ao lado do Centro de Saúde da região, mas com espaço independente. Conta com recepção, copa para os funcionários, vestiário, duas salas para abrigar os equipamentos, salão para a prática das atividades e sala de avaliação. As atividades de caminhada são realizadas ao redor da casa. A academia possui halteres, caneleiras, colchonetes e step.
Pampulha	Universitário	Universitário	Divide espaço com o CRAS. Tem sala para avaliações, salão amplo para as atividades com os alunos e uma área externa cimentada e sem árvores, onde a caminhada e algumas outras atividades são realizadas. Possui halteres, caneleiras, colchonetes, dentre outros materiais.
Pampulha	Confisco	Confisco	Funciona no CRAS. Tem sala exclusiva multiuso, sala de avaliação e espaço externo para caminhada. Conta com colchonetes, halteres, anilhas, caneleiras, elásticos dentre outros.
Venda Nova	Jardim Leblon	Jardim Leblon	Localizado na área de lazer do bairro. As atividades de caminhada e corrida são desenvolvidas nas quadras ou no espaço livre em torno do parque.  As atividades de ginástica coletiva são realizadas em uma sala multiuso do prédio, que conta ainda com sala de avaliação física e depósito de materiais da academia. Equipamentos: bambolês, cordas, halteres, caneleiras e step.
Venda Nova	Venda Nova	Lagoinha	A academia está utilizando as dependências de um clube localizado próximo ao Centro de Saúde de Venda Nova. Conta com espaço amplo. A turma é dividida, metade fica fazendo aeróbica no salão e a outra caminha/corre ao redor da quadra. No momento, eles não estavam utilizando equipamentos na aula, mas a academia conta com tais.

---

Fonte: Dados da pesquisa

**APÊNDICE 7 – ARTIGO ACEITO PARA PUBLICAÇÃO A PARTIR DE PARTE  
DOS RESULTADOS DA TESE.**

Physis Revista de Saúde Coletiva

PHYSIS

**Modos de pensar dos profissionais do Programa Academia  
da Saúde sobre saúde e doença e suas implicações nas  
ações de promoção de saúde**

Journal:	<i>Physis Revista de Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID:	PHYSIS-2018-0139.R1
Manuscript Type:	Original Article
Keyword:	Promoção da saúde, Políticas públicas, Pesquisa qualitativa, Saúde Coletiva, Avaliação de Programas

SCHOLARONE™  
Manuscripts

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## INTRODUÇÃO

A promoção da saúde é uma das principais estratégias para reduzir fatores de risco à saúde. A saúde e a doença são produções sociais e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) apresentam-se, por excelência, como doenças condicionadas e determinadas socialmente (BUSS; PELEGRINI, 2007). A promoção da saúde combina políticas públicas e ações nas comunidades com o intuito de melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas (ALMEIDA; ATHAYDE, 2015), o que é fundamental para a proteção e o controle dos riscos de DCNT na população.

No Brasil, dentre as políticas públicas de promoção da saúde para proteção e controle das DCNT, encontram-se as ações relacionadas à prática regular de atividade física (AF) que vêm crescendo nos últimos anos, apoiadas em evidências científicas (BARENGO et al., 2017; MORA et al., 2007) e em experiências bem sucedidas de prática de AF no contexto comunitário surgidas em algumas cidades brasileiras (BRASIL, 2013; REIS et al., 2010). Estes estudos evidenciaram ser a AF uma ferramenta de promoção da saúde, pois propicia melhoria da qualidade de vida da população, no lazer e nas relações pessoais, além de diminuir o risco de adoecimento e contribuir nas medidas de prevenção secundária e terciária das DCNT. O Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria GM/MS 719, de 07 de abril de 2011, o Programa Academia da Saúde (PAS) com o objetivo de aumentar o apoio às ações de promoção da saúde da população, com base holística e transversal para as ações de saúde, cara aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como universalidade, integralidade e, sobretudo, equidade. Este último encontra-se na melhoria de acesso à população menos favorecida a este tipo de ambiente de promoção da saúde.

O PAS conta atualmente com mais de 2.300 polos no Brasil. Algumas cidades brasileiras que já haviam implantado algum programa semelhante tiveram maior facilidade em implementá-lo e contam com grande número de polos. Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, passou por esse processo ao longo dos anos 2000 e é um exemplo de organização do PAS. Contava, em 2011, com 44 polos e hoje tem 77 (BRASIL, CNS, 2018). Para tanto, incluiu mais de 130 profissionais de educação física, por meio de concurso público, na rede de atenção básica do município, o que ocorreu também nos diferentes municípios brasileiros, em maior ou menor grau. Estes

1  
2  
3  
4 profissionais estão distribuídos em diversas frentes de atenção à saúde, como nos  
5 núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF), Saúde Mental, Lian Gong, Programa  
6 Qualidade de Vida do Trabalhador e, principalmente, no Programa Academia da Saúde  
7 (LAS CASA et al.; 2014).  
8  
9

10  
11 Para a rede de atenção à saúde e para o profissional de educação física (PEF), esta foi  
12 uma novidade que demarcou expansão no campo de trabalho, novas relações com  
13 outros trabalhadores e com a clientela, e novas práticas e tecnologias. O PEF que,  
14 historicamente, teve sua formação e prática profissionais atreladas à área da educação,  
15 do esporte e da aptidão física, passou a atuar no campo da saúde. Porém, sua formação  
16 não incluía este novo espaço de trabalho e não lhe permitiu, em um primeiro momento,  
17 um entendimento claro sobre sua atuação profissional. Estes profissionais foram  
18 incorporados, por meio do PAS, na produção do cuidado e na promoção da saúde  
19 visando à autonomia dos sujeitos, mas com formação e vivências distantes do SUS  
20 (GUARDA et al., 2014). Apesar disso, os PEF foram inseridos e estão na rede de  
21 serviços de saúde diariamente e construíram suas formas de atuação. Lacunas devem  
22 estar sendo preenchidas com a prática cotidiana, mas as contradições surgem, o que  
23 pode impedir investimentos destes profissionais, de forma positiva, para o cumprimento  
24 da promoção da saúde dentro dos princípios e diretrizes do SUS. Pressupõe-se, portanto,  
25 que as capacidades gerais advindas de suas práticas e formações profissionais, assim  
26 como das relações com outros profissionais da atenção básica são contribuidoras de sua  
27 inserção no PAS de Belo Horizonte. Assim, pode haver, por parte destes profissionais,  
28 mais ou menos compromisso com os preceitos da promoção à saúde, porque trazem  
29 consigo representações de saúde e doença, de prevenção, de cuidado de saúde, que não  
30 necessariamente são coerentes com estes preceitos.  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45

46 Pergunta-se, então, como os PEF têm se incorporado neste novo campo de  
47 conhecimento e atuação profissional, bem como sobre quais os fundamentos se  
48 explicitam, por meio de suas representações, para se definir seus modos de implicação  
49 no Programa.  
50  
51  
52

53 Este estudo visa compreender representações sobre saúde e doença de profissionais de  
54 educação física, que fundamentam suas atividades de promoção da saúde no Programa  
55 Academia da Saúde.  
56  
57  
58  
59

## 60 MÉTODOS

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Estudo qualitativo que busca a compreensão de um evento, fato ou experiência social pela experiência particular dos sujeitos e pela interpretação do significado que as pessoas dão a eles, expressas em suas construções intersubjetivas (MINAYO, 2012). Apoiado na vertente sociológica construtivista da teoria das representações sociais, proposta por Giami e Veil (1997), que define as representações como pontos de vista dos sujeitos sobre determinado objeto, que são construídos em processos sociopsíquicos como elaborações compartilhadas e introjetadas pelos indivíduos no cotidiano. As representações mostram as formas que os sujeitos sociais criam, aderem, investem ou não nas proposições de determinado campo de ação, como é o da saúde (MÁSSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015). Estas são, portanto, a expressão verbal e de posturas em relação ao Programa em pauta que explicitam a implicação, ou seja, o que une estes sujeitos a determinado projeto (LOURAU, 2004).

O estudo foi realizado em Belo Horizonte, com profissionais do PAS, distribuídos em três níveis, de acordo com as atribuições de cada grupo: a) Coordenação Pedagógica (CP): auxilia na construção de novas ações e diretrizes que orientam a prática dentro do programa, nas capacitações dos profissionais da assistência, monitoramento e avaliação do Programa; b) Coordenações Distritais (CD): referência para os profissionais da assistência em cada uma das nove regionais. É o elo entre esses e a coordenação pedagógica; c) Profissional da Assistência (PA): responsável pelo atendimento direto ao usuário. Aplica as diretrizes do programa nos atendimentos diários, nas avaliações, organização e execução das atividades. Abastece o sistema central e distrital com todos os dados do polo e apresenta as demandas locais às coordenações distritais.

Participaram do estudo 32 trabalhadores do PAS dos nove distritos sanitários de Belo Horizonte, todos PEF: a totalidade dos gestores (seis coordenadores pedagógicos e nove coordenadores distritais) e amostra de profissionais que atuam no atendimento direto aos usuários (17 profissionais) incluídos por sorteio de dois polos de cada um dos oito distritos sanitários. No nono distrito, havia somente um polo e profissional, à época da coleta de dados, e este foi incluído na pesquisa. Não foram sorteados mais participantes, porque considerou-se o critério de saturação dos dados para finalização da coleta (FONTANELLA et. al., 2008), pelo qual se define que objetos, informações e pontos de vista apresentados nas narrativas ao se tomarem - repetitivos, não há necessidade de inclusões posteriores.

1  
2  
3  
4 A coleta dos dados foi realizada nas próprias academias da saúde, em local reservado,  
5 marcadas com antecedência, no horário de preferência dos participantes, por meio de  
6 entrevista semiestruturada em profundidade, **que continha perguntas objetivas (sobre**  
7 **situação conjugal, de trabalho, profissão, escolaridade e renda) e perguntas abertas, a**  
8 **partir de questões norteadoras não diretivas, iniciada por: "Diga-me o que pensa sobre:**  
9 **Saúde; Doença; Promoção da saúde; Atividade Física; Políticas de promoção de saúde e**  
10 **PAS". Questões de relance como: o que é necessário para ter saúde; o que é estar**  
11 **doente; o que você faz para cuidar da saúde, o que é uma pessoa saudável foram**  
12 **incluídas, quando necessárias, para aprofundar algum assunto e propiciar que as**  
13 **representações sobre os temas abordados viessem à tona. As entrevistas foram**  
14 **realizadas por pesquisadores treinados, pertencentes ao Núcleo de Pesquisa e Estudos**  
15 **em Saúde Coletiva – NUPESC – da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de**  
16 **Minas Gerais (UFMG).**

17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26 As entrevistas transcritas foram analisadas pelo método de Análise Estrutural de  
27 Narração, proposto por Demazière e Dubar (1997), considerando o princípio de que  
28 tudo tem sentido na fala do sujeito, em idas e vindas da narrativa **nas quais se**  
29 **encontram** disjunções e conjunções **de suas** visões de mundo e experiências. A  
30 interpretação da narrativa deu-se em dois eixos, um eixo horizontal projetado sobre o  
31 eixo vertical, passando de um nível a outro, uma vez que o sentido da narrativa não está  
32 no final do discurso, mas, no total do corpus (BARTHES, 2008). Para organizar os  
33 dados para a análise, utilizou-se a técnica proposta por Blanchet e Gotman (1992), com  
34 auxílio do software NVivo 10®.

35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42 Primeiramente, fez-se a leitura vertical de cada entrevista, buscando seu sentido global  
43 para entender de que trata a narrativa e qual é seu eixo.

44  
45  
46  
47 Na segunda etapa, de leitura horizontal, foram realizadas a "desconstrução" e  
48 "reconstrução" de cada entrevista. Na desconstrução, o conteúdo da entrevista  
49 individual foi sequenciado (S) e **numerado, sendo cada sequência correspondente às**  
50 **afirmações em torno de um assunto. Em cada uma,** foram identificados os fatos  
51 narrados (F), justificativas e sentimentos (J), **além dos** personagens ou instituições (P)  
52 citados **no conjunto do texto.** A reconstrução agrupou as sequências que tratavam do  
53 mesmo assunto, constituindo-se em categorias empíricas, com nomeação provisória  
54 pelo pesquisador, explicitando os significados em torno de cada um dos objetos da  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3 narrativa, e desvelando as representações em suas concordâncias e discordâncias, por  
4 entrevistado.  
5

6  
7 Na terceira etapa, foi realizada a leitura transversal, que reúne o conjunto das entrevistas  
8 para reorganizar as categorias encontradas, culminando com a categorização final dos  
9 assuntos/objetos e suas representações. O resultado dessa etapa é o fechamento das  
10 categorias empíricas e a explicitação das representações originais e profundas e das  
11 representações mais superficiais (GIAMI; VIEL, 1997).  
12  
13

14 Para o fechamento da análise, realizou-se a teorização, com base no referencial teórico e  
15 pelo cotejamento das categorias encontradas com achados de outros autores.  
16

17 Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UFMG, parecer nº 501.086, CAAE:  
18 22383013.6.0000.5149, e é parte de um projeto maior intitulado "Academia da saúde:  
19 avaliação de programas de atividade física no Brasil", aprovado pelo Comitê de Ética da  
20 Universidade Federal de Pelotas (UFPel), parecer nº 151.238, CAAE:  
21 03192412.4.1001.5313.  
22  
23

## 24 RESULTADOS E DISCUSSÃO

25 Foram entrevistados 32 profissionais, o que corresponde a 30% do total de profissionais  
26 de educação física no PAS de Belo Horizonte, que inclui as chamadas "Academias da  
27 Cidade", nome dado às estruturas similares no município, anteriores ao programa  
28 federal. Os coordenadores pedagógicos e distritais (15 entrevistados) apresentaram  
29 média de idade de 43,8 anos e 38,2 anos, respectivamente, superior a dos 17  
30 profissionais da assistência entrevistados, com média de 31,7 anos. A média de tempo  
31 de atuação nas coordenações do PAS (4,5 anos) também foi muito superior ao dos  
32 profissionais da assistência (2,8 anos). Identificou-se que a relação trabalhista destes  
33 profissionais com a Secretaria Municipal de Saúde se inverte, pois os profissionais da  
34 assistência são 100% efetivados por meio de concurso público ocorrido em 2011 e, nos  
35 grupos das coordenações, apenas 26,6% são efetivos, sendo os demais vinculados por  
36 meio de contrato. Ressalta-se que o conhecimento relacionado à saúde pública era, na  
37 data do concurso, insuficiente ou inexistente nos cursos de graduação. Para ter contato  
38 ou aprofundar temas relativos à saúde coletiva era necessário realizar curso de  
39 especialização e capacitações oferecidas pelo Ministério da Saúde e da Educação em  
40 parcerias com universidades federais do Brasil ou pelas secretarias de saúde dos  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

municípios (FALCI; BELISARIO, 2013). Estas capacitações e treinamentos começaram a ser ofertadas a partir de 2012 e, preferencialmente, para os profissionais que já estavam na rede pública de saúde, atingindo, atualmente, menos de um quarto dos municípios brasileiros que oferecem o PAS (FLORINDO et al., 2016). A cidade de Belo Horizonte tem sido contemplada com estas capacitações desde então.

A interpretação das narrativas evidenciou que os pontos de vista de profissionais de educação física sobre promoção da saúde, modos de vida saudável, atividade física e o PAS, são condicionados pelas representações sobre saúde e doença, sendo a saúde considerada, de forma mais profunda, o oposto à doença, o que reflete a visão do senso comum (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Porém, tais representações já estão convivendo com outras que ampliam os horizontes da prática em saúde, voltada para a construção da promoção da saúde como um bem e um direito. Os profissionais mais antigos no programa, que fizeram capacitações e especializações no campo da saúde pública e da saúde coletiva, têm suas representações originais semelhantes a dos demais profissionais, apontando a dificuldade de modificação de representações profundas, que expressam, de uma forma ou de outra, a maneira como estes profissionais se implicam no serviço e na promoção da saúde da população.

O conjunto das representações sobre saúde e doença compõe as categorias de análise deste estudo.

## 1. Representações sobre saúde

### 1.1 Definição oficial de saúde como necessária para legitimar o trabalho

Os entrevistados fazem referência às definições de saúde que estão em documentos, normas públicas ministeriais, diretrizes, paralelamente ao que está consolidado pela ciência, sobretudo a visão biológica de saúde. Neste sentido, toma-se como discurso oficial, aquele dos documentos de órgãos nacionais e internacionais, como o conceito ampliado de saúde de 1986, proposto na Conferência Internacional de Saúde em Ottawa, que incluiu os determinantes sociais e a qualidade de vida, tendo a promoção da saúde como principal instrumento para isso (CZERESNIA, 2003).

*Saúde, além da ausência de doenças, é o estado físico, mental, social de uma pessoa. Envolve fatores sociais, fatores ambientais, contextuais, familiares (CD1).*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

*Ter uma vida fisicamente ativa, evitar fatores de risco, má alimentação, uso de drogas e álcool, uso de tabaco, e ter todos esses determinantes [...] a questão da violência, da moradia, da educação, isso pra mim é saúde (CD4).*

Os modos de vida saudáveis aparecem tanto no discurso oficial o da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e nos documentos que instituem o PAS (BRASIL, 2011), como no discurso científico, pela comprovada importância da prática de AF como fator de proteção às DCNT e de promoção da saúde (MORA et al., 2007).

Os PEF pensam a importância do trabalho na atenção básica por meio do discurso científico biológico, paralelamente à ampliação do conceito de saúde, que buscam evidências de melhoria das condições de saúde relacionadas às DCNT, como o controle da glicemia e da qualidade de vida dos usuários, considerada desfecho principal da prática regular de AF (SILVA et al., 2017).

*Se eu estiver bem, com um bom peso corporal, uma boa pressão arterial, glicemia controlada, parâmetros fisiológicos... Mas, também emocionalmente, bem na família, bem no trabalho, eu estou saudável (PA5).*

*Melhorar a saúde tem a ver com situação econômica, de moradia, relação no trabalho, relação com amigos, com a família. É o somatório disso. Dentro de um equilíbrio: o lado emocional afetivo, físico, e o lado clínico.[...] e nós fomos formados para trabalhar fora do campo da saúde e, ainda mais, fora desta abrangência toda (CP3).*

A relação direta entre saúde, qualidade de vida e a prática de AF tem sido avaliada, em geral, somente por meio de parâmetros fisiológicos e funcionais (BARENGO et al., 2015, MORA et al., 2007), reforçando o discurso científico biológico nas representações de saúde destes profissionais. Esse conhecimento acaba por determinar o fazer dos profissionais que estão no atendimento – a verdade inscrita no discurso científico tem o poder de definir a prática destes profissionais (FOUCAULT, 1979). As contradições sobre saúde e doença e sua determinação biológica persistem no imaginário dos profissionais, e o discurso oficial mais abrangente torna-se, de fato, uma cortina de funaça que propicia adequação às exigências do sistema, seja em relação ao cuidado com o outro ou ao próprio cuidado, explicitando a contradição do discurso oficial com a prática de vida e profissional.

*Estou em falta com algumas coisas sobre o cuidado com a minha saúde. Eu poderia estar fazendo um treino mais de força, fortalecimento muscular, preocupando com questões como*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

*menopausa, densidade mineral óssea, tudo isso... pensando na força, melhorando a minha questão de saúde (PA3).*

Representações originárias do discurso oficial mais abrangente não são, portanto, tão profundas, mas necessárias para justificar a importância de os profissionais de educação física ser incluídos no sistema de saúde, e se sentirem defensores de uma proposta considerada inovadora.

*O profissional que trata o indivíduo para que as DCNT não apareçam, que trabalha para tentar melhorar o estilo de vida daquele indivíduo, é o profissional da Educação Física. Então, compreender que é muito melhor prevenir do que remediar, que é muito menos dispendioso e mais fácil, dar valor ao que fazemos, porque eu acho que houve um ganho muito grande pro SUS (PA5).*

Pautados no discurso científico, tanto o que reforça os aspectos biológicos da saúde e da doença, quanto os que evidenciam sua determinação social, os profissionais defendem sua presença no NASF e no PAS, e afirmam a necessidade de maior investimento estrutural e de condições de trabalho para que a categoria apresente o considerado grande potencial que têm como atores da promoção de saúde. São atitudes de implicação que fortalecem as mudanças, porém com uma carga instituída secularmente no Brasil que facilita a definição de doença e pouco diz da saúde.

### 1.2 Ter saúde é poder viver bem a vida, sem se sentir doente

A qualidade de vida está presente na narrativa dos entrevistados como uma das principais condições relacionadas à saúde. As representações destes profissionais estão ancoradas na subjetividade e na amplitude do conceito de qualidade de vida (OMS, 1997), com suas experiências e valores, individuais e coletivos, que incluem os modos de vida que não estão determinados pelo discurso científico da biologia, mas presentes na vida das pessoas com um viés da sociologia funcionalista, o que é gerador de contradições.

*Ter saúde é ter condição de vivenciar tudo o que você quer, tudo que você pode, tudo que a vida te propiciar, de forma alegre, feliz, com bem estar; essa coisa de aproveitar a vida dentro dos seus limites (PA2).*

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

*Saúde é a pessoa ter condições de fazer uma atividade física, ter independência, conseguir fazer suas atividades, escolher as coisas, ter autonomia pra fazer as coisas que precisa, sem se sentir doente (PA8).*

O sistema de valores e o contexto cultural que determinam a qualidade de vida podem ser identificados nas representações dos entrevistados, que atribuem à qualidade de vida tanto aspectos relacionados à saúde e bem estar físico expresso no corpo como aspectos subjetivos que permitem as pessoas “fazer o que se quer” e “ser feliz”. Ter um estilo de vida saudável faz parte da representação das pessoas sobre saúde (MARQUES et al., 2017) e está associado à qualidade de vida (DIAS et al., 2017).

Neste estudo, explicitou-se que a saúde e a qualidade de vida estão asseguradas dentro de um modo de vida que permite à pessoa viver a vida com todos os seus direitos, fazendo o que gosta, porém dentro de certos limites. As representações centradas no dilema entre ser saudável e satisfazer os desejos da vida já foi identificada em outro estudo (MÁSSIMO, SOUZA, FREITAS, 2015). Existe o conflito do “tudo pode” com o “desde que” para ser saudável e ter sua qualidade de vida garantida. Nestes pensamentos subsiste o caráter persistente da sociologia funcionalista médica, apontada por Filho (2011) que afirma a responsabilidade desta corrente no desenvolvimento de “modelos processuais de determinação social da enfermidade que apenas tangencialmente permitem inferir a saúde como resultado de um processo cotidiano de construção de respostas sociais”.

A expressão da saúde no corpo das pessoas, para mantê-lo funcional, define-se, na narrativa dos entrevistados, como uma condição para uma vida com qualidade e autonomia.

*Ter saúde é ter esses dois critérios contemplados. Ter boa funcionalidade, em todos os aspectos, e satisfação com a vida (PA11).*

Existe uma relação entre a qualidade de vida com a percepção de saúde e seus determinantes sociais e subjetivos, capacidade funcional e ausência de doenças (DIAS, 2017). Os instrumentos de avaliação de qualidade de vida englobam aspectos mais sociológicos ou mais relacionados ao estado de saúde biológico das pessoas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Neste estudo, os PIEF recorrem tanto a uma abordagem sociológica, de cunho funcionalista, quanto à biomédica, sobre qualidade de vida, em

1  
2  
3  
4 suas representações sobre saúde. Assim, a vida pode e deve ser vivida em sua plenitude,  
5 desde que de forma controlada.  
6

7 *Ser saudável é ter liberdade de equilibrar. Não ficar nem muito pra um lado, nem muito pro*  
8 *outro. Equilibrar (CP1).*  
9

10  
11 Há, **portanto**, a tentativa de trazer o novo por meio de uma visão holística, mantendo-se,  
12 **porém**, velhos modos de pensar a saúde e sua promoção como algo da esfera da  
13 objetividade da vida, quando se trata, sobretudo, do coletivo **e da doença**, e, no máximo,  
14 da subjetividade relativa ao sentimento de ser saudável ou não, quando se trata do  
15 indivíduo **e da saúde**, em uma postura institucional mantenedora do *status quo* da  
16 assistência medicalizada à saúde, conformada à ausência de doença. **É possível**  
17 **observar, contudo, a crítica necessária e esperada dos PEF sobre medicalização, porque**  
18 **o que fazem é o seu oposto, ao realizarem, junto aos usuários, a prevenção primária até**  
19 **a diminuição ou suspensão do uso de medicamentos, chamada de prevenção quaternária**  
20 **(TESSER, 2017), mas que ainda ocorre de forma incipiente. Tal prática mostra a busca**  
21 **de uma implicação que se coaduna com as dimensões mais abrangentes de promoção da**  
22 **saúde propostas no PAS, mas seus modos de pensar persistem, como se isto ocorresse**  
23 **de forma mais avançada do que conseguem refletir e se posicionarem em relação à**  
24 **importância destas ações na perspectiva do Programa.**  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34

## 35 36 37 2. Representações sobre doença

### 38 39 2.1 Doença é mudança biológica, exige cuidados médicos, medicamentos 40 e aceitação de limitações 41 42

43 Há representações **profundas** dos participantes sobre doença, arraizadas na visão do  
44 modelo biomédico do processo saúde e doença, pois **a pensam muito mais na**  
45 **perspectiva de uma entidade** que requer diagnóstico, cuidados médicos e uso de  
46 medicamentos. Esta é uma visão que pode influenciar as práticas de cuidado voltadas  
47 mais para as doenças e ao corpo biológico do que ao conjunto da vida das pessoas. De  
48 fato, consideram que a doença não é objeto de promoção de saúde.  
49

50 *Estar doente é estar debilitado, precisando de medicamento, de uma atenção mais curativa de*  
51 *profissionais de saúde, ao invés de buscar ações de prevenção, de promoção (PA3).*  
52  
53

54 *Estar doente é uma situação que o seu organismo não consegue responder por si próprio,*  
55 *precisa de medicação, de um cuidado mais especializado, um medicamento (CD9).*  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Para os entrevistados, a doença é algo que se manifesta no corpo e deve ser medicada.

*Estar doente é ter uma doença manifestada, é justamente é ter uma doença manifestada que...  
eh... necessite de cuidados médicos (CD7).*

*Pode ser um desequilíbrio hormonal, metabólico; é uma doença do corpo. Isso para mim é  
doença (PA1).*

Consideram, também, que a pessoa com doença crônica tem aspectos físicos específicos que definem sua doença, a doença passa a ter “nome” e “cara” e se inscreve na vida dela tornando-se um estigma (GOFFMAN, 1988).

*Doença é quando foge dos parâmetros de normalidade (...), desorganização de uma forma  
geral do organismo, então pressão, diabetes, câncer, a pessoa fica com cara de doente...  
(PA12).*

Contraditoriamente, há representações que incluem determinantes sociais como fatores que se relacionam diretamente com a doença, porém se apresentaram somente nas narrativas e dos profissionais que estão na ponta do sistema, no atendimento aos usuários.

*Pessoa que não tem condição social de estar alimentando bem está desnutrido, eu acho que  
isso aí também seria uma pessoa doente (PA12).*

*Um problema de trabalho, problema financeiro, isso pra mim pode ser considerado também  
uma doença, porque pode começar como uma doença psicológica de fundo emocional que pode  
vir a se tornar uma patologia física. Acho que está tudo interligado (PA6).*

Em um contexto mais amplo, os modos de vida saudável desenvolvidos em programas comunitários como o das academias da saúde, são representados como favorecedores de saúde, não somente para o tratamento das doenças já existentes, mas para prevenir doenças primárias e secundárias, reduzindo número de mortes relacionadas às DCNT (LEE et al., 2012). São representações que determinam a distinção entre promoção de saúde e prevenção de doenças (WESTPHAL, 2006), em uma vertente mais crítica da promoção da saúde que considera as condições de vida do indivíduo, os determinantes e condicionantes da sua saúde (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017). Tais representações ainda estão em construção pelos profissionais do Programa, que trouxeram consigo modos de pensar distantes da promoção de saúde, mas que agora, ao terem uma prática que exige novas posturas, estão se colocando questões sobre seus

1  
2  
3  
4 **modos de pensar antigos**. Apesar das contradições explicitadas nas representações dos  
5 profissionais, pode-se afirmar que novas práticas vão se incorporando ao cotidiano, por  
6 um processo de modificação dos modos de pensar, devido a essas mesmas contradições.  
7 Há, então, de um lado, dificuldades de se implicarem de forma questionadora e  
8 modificadora de velhas normas, mas, de outro, a defesa das novas normas provenientes  
9 do discurso oficial do PAS. Isto **define a atual** implicação no trabalho e interfere na  
10 própria criatividade **dos profissionais** para dar **maior abrangência** à promoção da saúde.  
11  
12  
13  
14  
15

## 16 2.2 Adoecer é se fragilizar e ter limitações

17  
18 Ao se referirem às doenças crônicas, a narrativa dos entrevistados é marcada pela falta  
19 de atitudes individuais para o autocuidado e prevenção que deveriam aparecer nas  
20 diferentes etapas do curso da vida. Do ponto de vista dos entrevistados, o processo  
21 natural de envelhecimento se apresenta como um marcador do aparecimento das  
22 doenças e fragilidade dos indivíduos. O cuidar da saúde define-se como uma  
23 necessidade atrelada ao envelhecimento e possíveis adoecimentos.  
24  
25  
26  
27  
28

29  
30 *Então, eu acho que o cuidado, à medida que envelhecemos, é maior, mais determinado pelo*  
31 *aparecimento da doença, de algum agravo, de algum problema (PA5).*  
32

33  
34 *As pessoas mais idosas cuidam melhor da saúde, porque muitas delas já passaram por*  
35 *situações de doença séria. As pessoas, ao sentirem na pele o risco de morrer, ficam com medo e*  
36 *passam a se cuidar melhor (PA6).*  
37

38  
39 O processo de envelhecimento traz consigo, de fato, redução e comprometimento de  
40 vários aspectos biopsicossociais e a AF se relaciona de forma positiva na prevenção e  
41 redução destes (CRUZ et al., 2017; CORDEIRO et al., 2014). Estudo com um grupo de  
42 idosos identificou que o significado de envelhecimento estava fortemente relacionado à  
43 limitação e doença, condições consideradas negativas (FERREIRA et. al., 2010), o que  
44 justificaria, segundo os participantes do presente estudo, a procura de grande número de  
45 idosos pelo PAS e a importância das atividades desenvolvidas.  
46  
47  
48  
49  
50

51  
52 A doença é, **portanto**, representada como algo que faz parte da vida, porém cerceando o  
53 direito e a possibilidade de viver uma vida com qualidade.  
54  
55

56  
57 *Estar doente é o momento que eu estou com aquela limitação, aquele momento que eu tenho*  
58 *que cuidar mais da minha saúde, ter um cuidado especial (PA9).*  
59  
60

1  
2  
3 *Doença pra mim é quando você não tem condições de se realizar em qualquer âmbito da sua*  
4 *vida. É também aquela debilidade física mesmo (CP4).*  
5

6  
7 Estudos anteriores identificaram a associação entre doenças crônicas,  
8 musculoesqueléticas, respiratórias, entre outras, com as limitações nas atividades  
9 habituais e na própria vida (SILVA et al., 2015; FILHA et al., 2015). A limitação do  
10 organismo a uma determinada norma lhe confere um estado patológico, que reduz de  
11 alguma forma o modo de vida das pessoas, mas que cria um novo modo de viver a vida  
12 a partir de sua doença (CANGUILHEM, 2009). Estas doenças exigem adequação a uma  
13 nova condição de vida, o que pode permitir repensar a própria vida e viver melhor do  
14 que anteriormente. A prática de AF pode contribuir para uma vida com maior qualidade  
15 às pessoas que tiveram que readaptar suas vidas à doença com a qual vivem, segundo os  
16 entrevistados e o PAS favorece acesso às pessoas a esta prática.  
17  
18

19  
20 No conjunto, vislumbra-se, portanto, a possibilidade de quebra do paradigma médico-  
21 biológico quando se fala em prevenção e tratamento das DCNT, pelo caminho das  
22 mudanças presentes e da promoção da saúde, introjetadas nas representações sobre  
23 saúde, porém ainda são modeladas pelas representações de doença. O discurso oficial  
24 sobre o processo saúde e doença no Brasil teve avanços substanciais a partir da  
25 organização do Sistema Único de Saúde e do modelo de vigilância, mas a prevenção das  
26 doenças tem dificuldades em agregar a potencialidade da promoção em saúde na  
27 concepção de trabalho dos profissionais, devido à visão biomédica predominante. Ao  
28 pautarem as intervenções do PAS em práticas preventivas que buscam mudança de  
29 comportamento, visando à redução de risco, direcionam a responsabilidade ao indivíduo  
30 e desconsideram os condicionantes e determinantes da saúde relacionados à  
31 vulnerabilidade social (AYRES et al., 2006). Temos neste caso, representações sobre  
32 saúde e doença que podem determinar as ações do PAS com enfoque na prevenção, em  
33 que o objetivo é evitar a doença, vinculando-se a uma visão biologicista e  
34 comportamentalista deste processo (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017).  
35  
36

37 Há, porém, nas representações destes profissionais, pontos de vista que avançam. Ao  
38 considerarem saúde como algo que inclui a autonomia das pessoas, estão considerando  
39 alguns princípios da Promoção da Saúde, como equidade, empoderamento,  
40 protagonismo do sujeito, dentre outros (WESTPHAL, 2006), paralelamente aos  
41 determinantes objetivos das condições de vida, como fundamentais no entendimento do  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

processo saúde e doença. É neste contexto que o PAS se estabelece como uma política de promoção à saúde.

O PAS se configura como um ponto da Rede de Atenção a Saúde, que dá acesso à população em regiões de maior vulnerabilidade social à AF e práticas corporais, entre outras ações de saúde, contribuindo para reduzir desigualdades e iniquidades em saúde. São estas ações de caráter socioambiental, com sentido emancipatório e visão holística, que rompem com o modelo biomédico reducionista e se configuram como ações de Promoção da Saúde (CARVALHO; COHEN; AKERMAN, 2017; WESTPHAL, 2006). Os profissionais precisam, entretanto, compreender e se implicar no Programa não somente como um novo posto de trabalho para a categoria, mas pela extensão e perspectiva positiva que o PAS tem para romper, de forma efetiva, com o modelo biomédico e de “promoção de saúde” conservador.

O ideal da promoção em saúde como um caminho a ser percorrido, individual e coletivamente, sofre da valorização maior, histórica, da doença, em detrimento da saúde. Entender estas duas categorias não como contrárias, mas parte da vida, das condições de vida, como queria Canguilhem (2009), ao afirmar que a saúde corresponderia a uma ordem presente tanto na esfera biológica da vida, quanto no modo de vida, parece o ponto de partida para compreender a importância da promoção da saúde. Isto implicaria em considerar como as pessoas e a coletividade entendem a saúde, como lutam por ela, como se organizam, e como o Estado responde às demandas e assegura os direitos dos cidadãos. Nesse sentido, a promoção da saúde poderia ser representada como um “seguro social implícito contra os riscos” (FILHO, 2011).

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síntese das representações aponta para pontos de vista direcionados à amplitude do conceito de saúde, rompendo, ainda que de maneira periférica, com o modelo biomédico. As representações sobre doença, entretanto, criam amarras que as afastam das possibilidades de incluir esta amplitude do conceito de saúde no contexto da promoção de saúde do PAS.

Os resultados mostraram, ainda, que as representações sobre o processo saúde e doença dos coordenadores e profissionais do PAS, que se encontram ainda enraizadas no modelo biomédico, independem do tempo de atuação no programa e da formação que

1  
2  
3  
4 tiveram. Este fato aponta para a força deste modelo na sociedade, além de permitir  
5 afirmar que a formação destes profissionais no campo da saúde coletiva não favorece o  
6 rompimento da visão biomédica. Porém, foram evidentes os avanços de alguns  
7 profissionais, com representações sobre saúde e doença que extrapolam o modelo  
8 biomédico, entendendo a importância dos determinantes sociais de saúde e da promoção  
9 da saúde neste contexto, além da compreensão de que os aspectos subjetivos das  
10 pessoas são fundamentais para a introjeção de representações modificadoras das formas  
11 de lidar com a saúde e a doença, mesmo que estas sejam ainda menos fortes que a visão  
12 biológica predominante.  
13  
14

15  
16 A prescrição e a norma se confrontam e tentam se equilibrar entre o viver a vida e ser  
17 feliz, e a busca pela saúde como algo que parece contrário a isto. Em meio a estas  
18 contradições, o PAS é visto pelos PEF nele envolvidos como uma “das melhores”  
19 possibilidades de promover a saúde da população, pois atua em aspectos fisiológicos e  
20 sociais, melhorando a qualidade de vida da população.  
21  
22

23  
24 Nesta perspectiva, os PEF do PAS em Belo Horizonte acreditam que a finalidade do  
25 programa é atingida e justificam, assim, a necessidade do programa, bem como a  
26 importância de suas presenças em todos os níveis sentindo-se implicados na promoção  
27 da saúde.  
28  
29

30  
31 A interpretação dos dados mostrou que representações centrais fundadas em normas  
32 sobre saúde/doença biológicas modelam as práticas destes profissionais, mas que há um  
33 caminho possível para se pensar o modelo de promoção da saúde. Esse buscaria a  
34 autonomia dos sujeitos sem prescrições rígidas, amparadas em representações de  
35 autonomia e modos de pensar a vida pelos participantes/usuários do Programa. Parece  
36 não haver uma base filosófica presente no cotidiano dos profissionais que sustente a  
37 promoção da saúde em sua complexidade, de forma a se considerar a estruturação das  
38 representações por meio da construção da subjetividade e da relação do sujeito com o  
39 mundo. O poder público também deveria considerar as subjetividades para avaliar a  
40 política pública do programa Academia da Saúde e de seus resultados esperados,  
41 reiterando-se que a melhoria dos indicadores relativos às doenças crônicas não  
42 transmissíveis está atrelada a aspectos objetivos e subjetivos, individuais e coletivos,  
43 seja na implicação dos profissionais na atenção ofertada pelos serviços de saúde, seja no  
44 autocuidado da população.  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

## Agradecimentos

NUPESC - UFMG; Grupo de Estudos em Epidemiologia da Atividade Física - UFPel;  
CNPq financiamento nº 552752/2011-8.

## REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Promoção e Prevenção da Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.375-418.

BARENGO, N. C. et al. Leisure-Time Physical Activity Reduces Total and Cardiovascular Mortality and Cardiovascular Disease Incidence in Older Adults. *Journal Of The American Geriatrics Society*, [s.l.], v. 65, n. 3, p.504-510, 26 dez. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/jgs.14694>.

BARTHES, R.; GREIMAS, C. B.; ECO, U. et al. *Análise estrutural da narrativa*. Petrópolis/ Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 300p.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. *L'enquête et ses méthodes: l'entretien*. Paris: Nathan, 1992. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde/ Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde (2013). *Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil*. Brasília: MS; 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_efetividade\\_programas\\_atividade\\_fisica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf)> Acesso em: 31 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde/Secretaria de Atenção Básica. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde(CNES)*. Brasília: Datasus; 2017. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=00](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=00)> Acesso em: 13 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Análise de Situação e Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_promocao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf)> Acesso em: 05 de mar. 2010.

BRASIL. Portaria nº 1401 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 15 jun. 2011. Disponível em:

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

<[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401\\_15\\_06\\_2011.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401_15_06_2011.html)>  
Acesso em: 21 de ago. 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p.77-93, 2007.

CARVALHO, F. F. B.; COHEN, S. C.; AKERMAN, M.. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar 'dogmas'. *Saúde em Debate*, [s.l.], v. 41, n. 3, p.265-276, set. 2017.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 154p.

CORDEIRO, J. et al. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, [s.l.], v. 17, n. 3, p.541-552, set. 2014.

CRUZ, D. T. da et al. Factors associated with frailty in a community-dwelling population of older adults. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 51, p.1-13, 27 nov. 2017.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion*. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997. 287p.

DIAS, J. et al. Physical activities practicing among scholar professors: focus on their quality of life. *Escola Anna Nery*, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-6, 23 out. 2017.

FALCI, D. M.; BELISÁRIO, S. A.. A inserção do profissional de educação física na atenção primária à saúde e os desafios em sua formação. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 17, n.47, p. 885-899, 2013.

FERREIRA, O. G. L.; MACIEL, S. C.; SILVA, A. O. et al. Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo *Psico-USF*, v. 15, n. 3, p. 357-364, 2010.

FILHA, M. M. T. et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.83-96, dez. 2015.

FILHO, N. A. *Capítulo 18 Epistemologia da Saúde: do problema de Kant-Gadamer a Teoria dos Modos de Saúde*. Disponível em <https://filosofiasaudeoencuidado.wordpress.com/2011/12/09/capitulo-18-epistemologia-da-saude-do-problema-de-kant-gadamer-a-teoria-dos-modos-de-saude-naomar-de-almeida-filho/>. 2011.

FLORINDO, A. et al. Description of health promotion actions in Brazilian cities that received funds to develop "Academia da Saúde" program. *Brazilian Journal Of Kinanthropometry And Human Performance*, [s.l.], v. 18, n. 4, p.483-492, 19 set. 2016.

1  
2  
3  
4 FONTANELLA, B. J. B. et al. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em  
5 saúde: contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

6  
7  
8 FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Por uma genealogia do poder, organização e  
9 tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1979. 174p.

10  
11 GIAMI, A.; VEIL, C. *Enfermeiras frente à aids: representações e condutas,*  
12 *permanência e mudanças*. Canoas: ULBRA, 1997. 333p.

13  
14  
15 GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de  
16 Janeiro: Guanabara Koogan, 1988. 118p.

17  
18  
19 GUARDA, F. R. B. da et al. Intervenção do profissional de educação física: formação,  
20 perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. *Revista Pan-*  
21 *amazônica de Saúde*, [s.l.], v. 5, n. 4, p.63-74, dez. 2014.

22  
23 LAS CASAS, R. C. R. et al. O profissional de educação física no sistema único de  
24 saúde de Belo Horizonte. In: NOCE, F.; COUTO, A. C. P.; ALEIXO, I. M. S. et  
25 al Organizadores. *O profissional de educação física na área da saúde*. Pró-Saúde, Pet-  
26 Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais. 2014. 173p. Disponível em:  
27 [https://www.researchgate.net/publication/280579683\\_O\\_Profissional\\_de\\_Educacao\\_Fisica\\_na\\_area\\_da\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/280579683_O_Profissional_de_Educacao_Fisica_na_area_da_Saude). Acesso em: 14 fev. 2015.

28  
29  
30  
31 LEE, I. M. et al. Impact of Physical Inactivity on the World's Major Non  
32 Communicable Diseases. *Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 219-229, 2012.

33  
34  
35 LOURAU, R. *Implicação-Transdução*. In S. Altoé (Org.), René Lourau: analista  
36 institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 212-223.

37  
38  
39 MALTA, D. C. et al. Noncommunicable diseases and the use of health services:  
40 analysis of the National Health Survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 51,  
41 n. 1, p.1-10, 2017.

42  
43  
44  
45 MARQUES, M. C. M. P.; MENDES, F. R. P. SERRA, I. C. C. Estilos de vida:  
46 representações sociais construídas por docentes com infarto do miocárdio e familiares.  
47 *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 38, n. 2, 2017.

48  
49  
50 MÁSSIMO, E. A. L.; SOUZA, H. N. F. de; FREITAS, M. I. F.. Chronic non-  
51 communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel  
52 participants. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 20, n. 3, p.679-688, mar. 2015.

53  
54  
55 MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde*  
56 *Coletiva*, v. 17, n. 3, p.621-626, 2012.

57  
58  
59  
60 MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um  
debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n.1, p.7-18, 2000.

MORA, Samia et al. Physical Activity and Reduced Risk of Cardiovascular Events:  
Potential Mediating Mechanisms. *Circulation*, v. 9, n. 116, p.2110-2118, 2007.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

OTTAWA. Carta de Ottawa. In: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde., Canadá: Ottawa 1986. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf) > Acesso em: 9 set. 2016.

REIS, Rodrigo S. et al. Promoting Physical Activity Through Community-Wide Policies and Planning: Findings from Curitiba, Brazil. *Journal Of Physical Activity And Health*, [s.l.], v. 7, n. 2, p.137-145, jul. 2010.

SILVA, F. C.; IOP, R. R.; ARANCIBIA, B. A. V. et al. Ejercicio fisico, calidad de vida y salud de diabéticos tipo 2. *Journal of Sport Psychology*, v. 26, n., p.13-25, 2017

SILVA, M. da; PICASSO, C. L. M.; ROSITO, M. P. Epidemiological profile of workers with musculoskeletal disorders of a supermarket company. *Fisioterapia em Movimento*, [s.l.], v. 28, n. 3, p.573-581, set. 2015.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 51, p.1-9, 4 dez. 2017.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.635-667.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). Measuring Quality Of Life - The Whoqol-100 and the Whoqol-Bref. Geneva, Switzerland, 1997. 15p. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf). Acesso em: 09/10/2017

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO). *Non communicable Diseases - Country Profiles*, Geneva, Switzerland, 2014. 210p. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128038/1/9789241507509_eng.pdf?ua=1). Acesso em: 10/10/2016.

Modes of thinking of the professionals of the Health Academy Program about health and disease and their implications in actions of health promotion

#### Abstract

The Health Academy Program was created to contribute to the promotion of health, production of care and to improve access to the practice of physical activity from the holistic view of care. Aim: to understand the HIAP professionals representations about health/disease and its implications for health promotion activities. A qualitative study based on the theory of Social Representations, understanding them as the points of view, which are explicit in human action. In-depth interviews with physical education professionals from the PAS of Belo Horizonte were interpreted by the Structural

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60

Analysis of Narration. Results: There are central representations that define health as the opposite of disease, and, peripherally, health is more than absence of disease. The biomedical model coexist with points of view that expand health practice, focused on the construction of health promotion as a good and a right. The representations remain parallel, use the official discourse that created the Program, anchored in Collective Health, and the discourse of science and common sense, anchored in biology. The implication of the professional in the actions is paradoxical, requiring improvements in their training to continue the paradigm shift in health care.

Keywords: Health promotion, Public policies, Qualitative research, Collective health, Program evaluation

For Review Only

## ANEXOS

ESCOLA SUPERIOR DE  
EDUCAÇÃO FÍSICA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Academia da Saúde: Avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil

**Pesquisador:** Pedro Rodrigues Curt Hallal

**Área Temática:** Área 8. Pesquisa com cooperação estrangeira.

**Versão:** 1

**CAAE:** 03192412.4.1001.5313

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 151.238

**Data da Relatoria:** 08/11/2012

**Apresentação do Projeto:**

O projeto visa avaliar o Programa Academia da Saúde no Brasil no Estado de Pernambuco, local onde o programa já se encontra em momento passível de mensuração de efeitos de efetividade.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o Programa Academia da Saúde no Brasil na sua fase de universalização, promovendo achados na sua fase de implementação (processo e resultados) e na avaliação de produção de resultados (Impacto), mensurando sua efetividade no Estado de Pernambuco, local onde o programa já se encontra mais implantado e, portanto, passível de mensuração de efeitos de efetividade. Desta forma será possível a construção de diretrizes para manutenção, readequação ou expansão de programas pelo gestor federal, bem como poderá apontar caminhos para destinação ou realocação de recursos financeiros que promovam a potencialização da política de saúde no âmbito da promoção da saúde no SUS

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não há qualquer tipo de risco para os participantes e os benefícios relacionam-se à produção de conhecimento para os gestores de saúde pública do país.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto possui pertinência e valor científico; metodologia adequada aos objetivos; medidas

**Endereço:** Luís de Camões, 625

**Bairro:** Tablada

**CEP:** 96.055-630

**UF:** RS

**Município:** PELOTAS

**Telefone:** (533)273-2752

**E-mail:** schiva@fema.com.br

ESCOLA SUPERIOR DE  
EDUCAÇÃO FÍSICA DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



protetoras coerentes com o grau de vulnerabilidade dos sujeitos e benefícios que justificam os riscos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

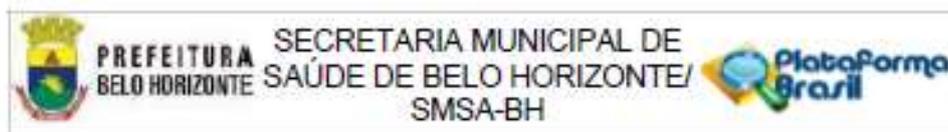
Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PELOTAS, 22 de Novembro de 2012

---

**Assinador por:**  
**Suzete Chiviacowsky**  
**(Coordenador)**



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação qualitativa das Academias de Saúde de BH: a ótica dos atores

**Pesquisador:** Maria Imaculada de Fátima Freitas

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22383013.6.0000.5149

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 537.220

**Data da Relatoria:** 18/02/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto da Escola de Enfermagem-UFMG do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, sendo parte de um outro projeto, intitulado "Academia da Saúde: avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil, financiado pelo CNPq, sob o número 552752/2011-8e aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Pelotas pelo parecer de número 151.238".

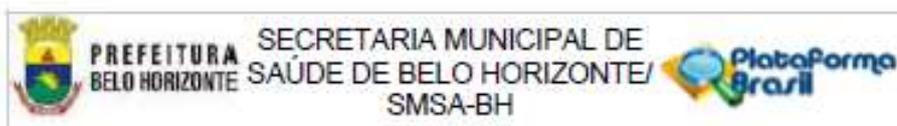
O projeto justifica-se pelo fato de ainda não terem sido realizados, de forma sistemática, procedimentos de avaliação sobre as ações desenvolvidas nas Academias de Saúde que dessem conta da efetividade de suas ações, bem como da compreensão sobre as referidas ações como uma ferramenta de promoção de saúde, tanto do ponto de vista da população como dos profissionais e gestores envolvidos.

O estudo será realizado nas Academias da Saúde do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, distribuídas nas nove regionais do município, e serão definidas por sorteio entre as trinta e três existentes (agosto de 2013). Serão entrevistados coordenadores pedagógicos, referências técnicas, profissionais e usuários deste serviço.

A coleta dos dados será realizada por meio de entrevista aberta, em profundidade, a partir de questões norteadoras:

"Diga-me o que pensa sobre":

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar  
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 537.220

- Saúde/doença;
- Promoção da saúde: corpo, sexualidade, gênero e idade neste contexto;
- Atividade Física;
- Políticas de promoção de saúde e Academias de Saúde
- Perfil dos profissionais necessários para atuar nessas academias.

Serão entrevistados todos os profissionais das coordenações pedagógicas, responsáveis pela elaboração das diretrizes e gestão dos serviços, em um total de cinco; todas as referências técnicas, responsáveis por gerenciar os serviços oferecidos nos distritos de saúde, em um total de nove e os profissionais que atuam no atendimento direto aos usuários. Estes últimos serão sorteados dois em cada distrito totalizando dezoito. Após análise preliminar, novas entrevistas poderão ser realizadas, utilizando-se de sorteio em listas dos serviços, nas nove regionais da cidade.

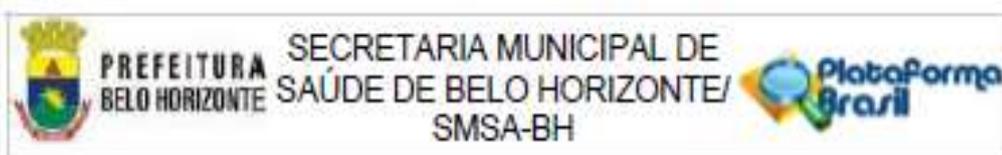
As entrevistas com os usuários serão realizadas em quatro diferentes faixas etárias: 18 a 30 anos; 31 a 50 anos; 51 a 65 anos e 65 anos e mais. Estes também serão escolhidos por sorteio nas diferentes regionais, sendo utilizado o critério de saturação, para definir o encerramento da coleta.

Todos os participantes serão devidamente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e utilização dos dados, sendo orientados quanto ao caráter voluntário da participação e à confidencialidade dos dados. Após os devidos esclarecimentos sobre a pesquisa, e tendo aceitado participar do estudo, os sujeitos assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, como disposto na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

- 1- Conhecer representações de profissionais e da população acompanhada nas academias de saúde, sobre saúde e doença, promoção de saúde, perfil profissional, políticas públicas, atividade física e ambiente urbano.
- 2- Interpretar representações da população, dos profissionais e dos gestores envolvidos no programa Academia da Saúde sobre promoção da saúde e implementação do Programa, em município brasileiro.
- 3 - Interpretar as avaliações das pessoas, profissionais, gestores e população, sobre as academias de saúde

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar  
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5300 E-mail: cosp@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 537.220

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Segundo os pesquisadores: Não há riscos previstos a não ser: desconforto em falar, expressar suas opiniões

e "por vezes, sua intimidade". Desde o convite, o participante será informado que o depoimento é livre e sigiloso. A identidade dos participantes será mantida em sigilo. A pesquisadora compromete-se a cumprir integralmente a Resolução CNS 466/12.

**Benefícios:**

Como benefícios, os pesquisadores esperam contribuir para melhorar o acompanhamento de estratégias de promoção da saúde relacionados ao Programa Academia de Saúde, bem como contribuir para propostas de políticas públicas de promoção da saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo poderá trazer contribuições para o Programa de Academia de Saúde por meio dos resultados obtidos através da opinião dos usuários beneficiados, seus gestores e profissionais na busca pela promoção da saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Folha de Rosto devidamente apresentada e assinada.

Carta de Anuência da SMSA BH devidamente apresentada e assinada.

TCLE - não cita o contato do CEP SMSA BH.

Parecer Consubstanciado do CEP UFMG devidamente apresentado.

**Recomendações:**

No TCLE deve constar os cuidados a serem tomados pela pesquisadora para garantir o sigilo e a destinação dos dados, segundo recomendações da Resolução 466/12. Incluir no TCLE o contato do CEP SMSA BH.

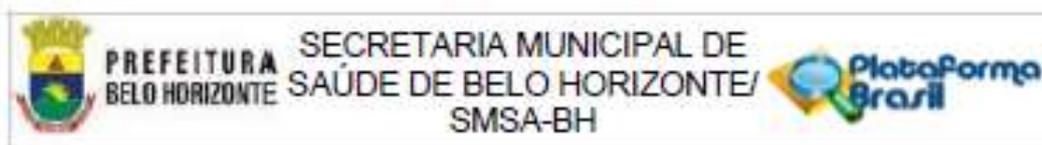
**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto Avaliação qualitativa das Academias de Saúde de BH: a ótica dos atores.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - IP andar  
 Bairro: Fundanópolis CEP: 30.130-007  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br



Continuação do Parecer: 537.220

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios anuais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 21 de Fevereiro de 2014

---

**Assinador por:**  
**Eduardo Pratas Miranda**  
 (Coordenador)

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9ª andar  
 Bairro: Funcionários CEP: 30.130-007  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3277-5300 E-mail: coep@pbh.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Avaliação qualitativa das Academias de Saúde de BH: a ótica dos atores

**Pesquisador:** Maria Imaculada de Fátima Fretas

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22363013.6.0000.5149

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Minas Gerais

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 501.086

**Data da Relatoria:** 18/12/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto da Escola de Enfermagem-UFMG do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. É parte de um outro projeto, intitulado "Academia da Saúde: avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil, financiado pelo CNPq, sob o número 552752/2011-8e aprovado pelo CEP da Universidade Federal de Pelotas pelo parecer de número 151.238".

A pesquisa avaliará qualitativamente as Academias da Saúde do município de Belo Horizonte distribuídas nas 9 regionais do município sendo definidas por sorteio das 33 existentes. As academias de saúde são parte do Programa Academia da Saúde iniciado em 2011, apoiado pelo Ministério da Saúde e buscam a promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da atividade física, alimentação saudável, mudança de vida e outras ações. Os autores questionam o fato de que nenhuma avaliação sistematizada ter sido ainda realizada que permitisse a compreensão sobre essas ações como sendo ferramenta de promoção de saúde e buscam saber o ponto de vista da população bem como dos profissionais e gestores envolvidos. A coleta de dados será realizada por entrevista aberta. Após análise das primeiras entrevistas, serão incluídas novas entrevistas após sorteio em lista de serviços de academias das 9 regiões da cidade de Belo Horizonte. De acordo com os pesquisadores, esse critério será adotado até que se esgotem as informações buscadas e passem a ser redundantes ou repetitivos. Farão parte da pesquisa sujeitos com falhas

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8827 2º Ad S/ 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4562

E-mail: ccep@cepq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 501.066

etárias entre: 18 a 30 anos; 31 a 50 anos; 51 a 65 anos e 65 anos e mais que serão escolhidos por sorteio nessas 9 regiões.

Os profissionais entrevistados serão: 5 coordenadores pedagógicos, responsáveis pela elaboração das diretrizes e gestão dos serviços; técnicos responsáveis por gerenciar os serviços oferecidos nos distritos de saúde, em um total de nove; dois profissionais de cada distrito que atuem diretamente no atendimento aos usuários. Estes últimos serão sorteados dois em cada distrito totalizando dezesseis.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

¿ Interpretar representações da população, dos profissionais e dos gestores envolvidos no programa Academia da Saúde sobre promoção da saúde e implementação do Programa, em município brasileiro. ¿

Objetivo Secundário:

¿ Conhecer representações de profissionais e da população acompanhada nas academias de saúde, sobre saúde e doença, promoção de saúde, perfil profissional, políticas públicas, atividade física e ambiente urbano. Interpretar as avaliações das pessoas, profissionais, gestores e população, sobre as academias de saúde. ¿

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo os proponentes: Não há riscos previstos a não ser: desconforto em falar, expressar suas opiniões e "por vezes, sua intimidade". Desde o convite, o participante será informado que o depoimento é livre e sigiloso.

Benefícios:

Como benefícios esperam que através da ¿ divulgação dos conhecimento ¿ contribuir para melhorar o acompanhamento nos serviços em estratégias de promoção da saúde no que se refere às ações do programa, bem como contribuir para propostas de políticas públicas de promoção da saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo poderá trazer contribuições para o Programa de Academia de Saúde no que se refere a esclarecimentos relevantes obtidos através da opinião dos usuários beneficiados, seus gestores e profissionais na busca pela promoção da saúde.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2005

Bairro: Unidade Administrativa II

CEP: 31.274-001

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4502

E-mail: coep@orpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 501.066

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados:

1. Folha de Rosto devidamente preenchida;
2. Projeto Detalhado;
3. Informações básicas do projeto com itens da entrevista;
4. Apresentou 2 cópias do TCLE;
5. Parecer consubstanciado do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública-UFMG.Aprovado em 23/10 2013;
6. Parecer consubstanciado do CEP da Escola Superior de Educação Física da Universidade Federal de Pelotas. Projeto aprovado em 06/11/2012. Título: Academia da Saúde: Avaliação de programas de promoção da atividade física no Brasil;
7. Autorização da Assistência a Saúde (GEAS) da Secretaria municipal de Saúde de Belo Horizonte em 16 de outubro de 2013;
8. Termo de Compromisso.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto está adequado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 9827 2º Ad S/ 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-001  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@opps.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 501.006

BELO HORIZONTE, 19 de Dezembro de 2013

---

Assinado por:  
Marla Teresa Marques Amaral  
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2ª Ad. Sl 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4502 E-mail: coep@corpq.ufmg.br