

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Programa

Academia da Saúde

Caderno Técnico de Apoio
à Implantação e Implementação



BRASÍLIA - DF / 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Programa
**Academia
da Saúde**

Caderno Técnico de Apoio
à Implantação e Implementação



BRASÍLIA - DF / 2019

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Programa
**Academia
da Saúde**

Caderno Técnico de Apoio
à Implantação e Implementação



BRASÍLIA - DF / 2019



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://editora.saude.gov.br>.

Tiragem: 1ª edição Elaborada em 2018 e publicada em 2019 – 5.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
Esplanada dos Ministérios, Bloco G,
Edifício SEDE 7º Andar -
CEP: 70058-900 – Brasília – DF
Site: http://aps.saude.gov.br/ape/academia

Coordenação Técnica-Geral:

Michele Lessa de Oliveira– CGAN/MS

Elaboração de texto:

Dalila Tusset
Danielle Keylla Alencar Cruz
Helissa de Oliveira Mendonça Moreira
Laura Cristina Martins de Souza
Livia Perdigão Kotama
Marcela Azevedo Alves Correia
Marta Azevedo dos Santos
Micheline Gomes Campos da Luz
Renata Guimarães Mendonça de Santana
Rosângela Maciel

Organização:

Alejandra Prieto de Oliveira
Doralice Severo da Cruz Teixeira
Fernando Ritter
Helenita Corrêa Ely
Patrícia Tiemi Cawahisa
Tania Izabel Bighetti

Colaboração:

Antônio Flaudiano Bem Leite
Ana Lúcia de Sousa Pinto
Cardina Guimarães Maria Nascimento
Cidete Maria Chiapetti Casaril
Cristiane Aparecida Ribeiro
Daniel Miele Amado
Daniely M. de O. Czelusniak
Danyelle de Cássia Ribeiro de Oliveira
Débora Cristina Jubilini
Denise Ribeiro Bueno
Edson Camargo Araújo
Emmanuelly Correia de Lemos
Fábio Olímpio Venturim
Fabiola Bittencour T. Pazinatto
Georgia Maria de Albuquerque
Gislaine A. Bertão

Gledson da Silva Oliveira
Henriqueta Tereza do Nascimento
Jaciara de Lima Romualdo
José Luis de Paiva
Judite Disegna de Souza Leite
Julie Alessandra Marchette
Kathia Adriana Moreira
Katia Godoy Cruz
Katya Rafaella Teixeira Carvalho
Lara Marina Vasconcelo S. Pinho Venturim
Leonardo Araújo Vieira
Lorena Lima Magalhães
Lourival Esperidião Filho
Luciana Mara Nogueira Costa
Luís Eduardo Nunes de Souza
Maiave Vieira de Souza Belchior
Marcelo Augusto Laranja Pinto
Marina de Oliveira
Mário Augusto do R. Andrade
Mateus Gustavo de Farias Brainer
Paulo Roberto Sousa Rocha
Raquel Bezerra Pajeú
Renata Andrade de Medeiros Moreira
Renata Figueredo Cotta
Ricardo Augusto Menezes da Silva
Rimena Gláucia Dais de Araújo
Rony Carlos Las Casas Rodrigues
Sidneya Marques Svierdovski
Silvete Terezinha Scorsin
Soraya Dayanna Guimarães Santos
Tatiana Martins Ferraz Holmes
Thiago Nascimento S. César
Zeila Terezinha Consul Carneiro

Revisão técnica:

Khamila Silva e Tamires Alcântara – Editora MS/CGDI

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Diagramação, projeto gráfico, ilustrações e capa:

Roosevelt Ribeiro Teixeira

Normalização:

Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:

Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Programa Academia da Saúde : caderno técnico de apoio a implantação e implementação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
220 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_academia_saude_implantacao_implementacao.pdf>

ISBN 978-85-334-2718-1

1. Programas Nacionais de Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Administração em Saúde. I. Título.

CDU 613.7:614

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2019/0162

Título para indexação:

Health Academy Program: technical notebook to support the implantation and implementation

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 9

UNIDADE I – PROMOÇÃO DA SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
E ATENÇÃO PRIMÁRIA: CONCEITOS, PRINCÍPIOS E OBJETIVOS
NORTEADORES DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 13

1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA HISTÓRIA: A CONSTRUÇÃO
DE UM CONCEITO PRÁTICO 15

1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde..... 26

1.1.1 Equidade 29

1.1.2 Participação Social..... 31

1.1.3 Autonomia..... 33

1.1..4 Empoderamento 34

1.1.5 Intersetorialidade 36

1.1.6 Sustentabilidade 38

1.1.7 Integralidade..... 42

2 INTRODUÇÃO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE 45

2.1 Redes de Atenção à Saúde 49

2.2 Atenção Primária 53

2.3 A estratégia e-SUS e o sistema de Informação em Saúde
da Atenção Básica (Sisab)..... 56

2.4 O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
(NASF-AB): possibilidades de abordagens e articulação com o
Programa Academia da Saúde 59

UNIDADE II – PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

origem, estrutura,implantação e gestão.....65

3 Origem do Programa Academia da Saúde como proposta nacional para o SUS..... 67

4 O POLO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 71

4.1Ao que devemos ficar atentos na construção do polo? 76

4.2 Incentivos financeiros para implantação do Programa 77

4.3 Recursos de investimento (capital)..... 78

4.4 Recursos financeiros de custeio 85

5 ELEMENTOS NECESSÁRIOS À COMPREENSÃO, À ORGANIZAÇÃO E AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 89

5.1 Práticas corporais e Atividades Físicas 91

5.1.1 Atividades físicas adaptadas (AFA) 96

5.2 Promoção da alimentação adequada e saudável 97

5.3 Práticas integrativas e complementares em saúde..... 101

5.3.1 Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa 104

5.4 Práticas artísticas e culturais 106

5.5 Educação em saúde 108

5.6 Mobilização da comunidade..... 110

5.7 Planejamento e gestão intersetoriais 111

5.8 Contribuições para definição, organização e desenvolvimento das ações e serviços do Programa Academiada Saúde 120

5.9 Estratégias metodológicas para realização das ações no polo..... 130

5.10 O que orienta a prática do profissional que desenvolve ações e serviços no Programa Academia da Saúde?..... 134

6 MONITORAMENTO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 141

6.1 O que são indicadores? 143

6.2 Produção e uso de informações para subsidiar decisões na gestão do Programa..... 156

6.3 Comunicação da informação: detalhes que fazem a diferença..... 160

UNIDADE II – PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE:

APLICAÇÕES AO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 167

7 PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL – PES..... 169

8 AVALIAÇÃO COMO COMPONENTE DA GESTÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 183

9 O MODELO LÓGICO COMO COMPONENTE DA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIADA SAÚDE..... 191

QUIZ..... 207

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 208

APRESENTAÇÃO

Ao Sistema Único de Saúde (SUS) estão postos os desafios da contemporaneidade, especialmente relacionados às transições demográfica e epidemiológica, que colocam em pauta o envelhecimento populacional e a incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como cânceres e doenças do sistema circulatório – hipertensão, infarto do miocárdio – e diabetes, que requerem especial atenção das macro e micropolíticas – regulação das cantinas escolares, taxação de produtos, acordos com a indústria alimentícia para redução do sódio e açúcar nos alimentos, campanhas e produção de materiais técnicos que possam subsidiar a implantação, a adaptação ou a elaboração de iniciativas locais e regionais na saúde.

O conteúdo apresentado nesta publicação trata do Programa Academia da Saúde, uma iniciativa lançada em 2011, elaborada com base em experiências nacionais e que propõe desenvolver outras e novas práticas de cuidado na Atenção Primária, com o objetivo de contribuir para o cuidado integral e em rede.

A base conceitual do Programa Academia da Saúde centra-se nos princípios e nas diretrizes do SUS e nas Políticas Nacionais de Atenção Básica e Promoção da Saúde. Esse conjunto de preceitos institucionais fornece as diretrizes e as recomendações para concepção, organização e prática do Programa no Distrito Federal e nos municípios.

O Caderno técnico de apoio à implantação e implementação do Programa Academia da Saúde resulta da experiência acumulada na gestão e na implementação do mesmo no País, do monitoramento nacional e das contribuições dos parceiros estaduais e municipais que em muito fortalecem essa iniciativa na Atenção Primária à Saúde.



O processo de elaboração caracterizou-se pelo apoio de gestores e pesquisadores que ajudaram a sistematizar o conteúdo de forma a refletir as várias realidades na qual o Programa se materializa e produz sentidos e significados. Todo o conteúdo foi validado por gestores estaduais e municipais em oficinas realizadas nos estados de Pernambuco, Paraná, Espírito Santo e Minas Gerais, as quais geraram os ajustes necessários à adequação da linguagem, da forma, da disposição dos conteúdos, dos recursos didáticos e das informações tidas como fundamentais ao esclarecimento da proposta do Programa Academia da Saúde na Atenção Primária. Além disso, as experiências e fotografias fornecidas por municípios de vários estados brasileiros fazem desse caderno um produto construído por várias mãos, assim como é o SUS.

O caderno foi organizado em formato interativo, com questões e atividades para consolidação de conhecimentos distribuídas nas três unidades que o compõe. Procurou-se valorizar experiências reais envolvendo o Programa ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde presta homenagem aos profissionais que “fazem acontecer” nas malhas das redes de saúde.

Não houve pretensão de esgotar as possibilidades, as questões, os problemas e as potencialidades que emergem do fazer e do pensar cotidianos. A ideia foi trazer à baila assuntos e conhecimentos que possam contribuir para instrumentalização de gestores e profissionais e para o sucesso local da iniciativa. Despertar o interesse, fazer conhecer, reforçar valores caros ao SUS e à gestão pública moveram as pessoas envolvidas na elaboração deste material.

Desejamos que todas e todos tenham uma boa leitura e que o caderno possa fazer a diferença positiva na gestão e implementação do Programa Academia da Saúde.

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição
Equipe do Programa Academia da Saúde



Unidade 1

PROMOÇÃO DA SAÚDE, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E ATENÇÃO PRIMÁRIA:

CONCEITOS, PRINCÍPIOS E OBJETIVOS
NORTEADORES DO PROGRAMA
ACADEMIA DA SAÚDE

“Só sabemos com exatidão quando sabemos pouco à medida que vamos adquirindo conhecimentos, pois instala-se a dúvida”.

Johann Goethe - Romancista alemão do século XVIII



Ao final desta unidade você deverá ser capaz de:

- Conhecer as bases teóricas que sustentam os princípios, as diretrizes e o fazer do Programa Academia da Saúde.
- Identificar os conceitos fundamentais das Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e de Promoção da Saúde (PNPS) e como se operacionalizam na implementação do Programa Academia da Saúde.

O Programa que vamos discutir ao longo deste caderno foi lançado em 2011, pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma iniciativa do Sistema Único de Saúde com o objetivo central de fomentar práticas de cuidado em saúde voltadas à promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como, compor as ações e serviços de saúde na Atenção Primária, como elemento indissociável à integralidade do cuidado.

O Programa Academia da Saúde possui princípios e diretrizes baseados na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080/1990), nas Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014) e de Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017).

Este arcabouço institucional conferem, dentre as características do Programa Academia da Saúde, três principais:

1. É um programa de Promoção da Saúde;
2. Compõe o conjunto de ações e serviços da Atenção Primária; e
3. É um ponto de atenção nas Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Então, antes de conhecer o Programa, vamos discutir as suas “fundações”.

Esta Unidade abordará as principais discussões sobre Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde, bem como a Atenção Primária, suas estratégias e mecanismos que favorecem a implementação e desempenho do Programa Academia da Saúde nos cuidados individual e coletivo.

Vamos lá!



Antes de começar a leitura, reflita e responda:

Na sua opinião, o que é promoção da saúde?

O termo promoção da saúde foi mencionado em 1946 por Henry E. Sigerist, quando definiu as quatro tarefas essenciais da Medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (BUSS, 2003). Para Westphal (2006), era o movimento da medicina preventiva que começava a surgir entre o período de 1920 e 1950, em um contexto de crítica à medicina curativa.

O movimento da medicina preventiva pautou a necessidade de um conjunto de ações voltadas à prevenção de doenças. Entre os seus expoentes, destacam-se Leavell e Clark com a teoria da “história natural da doença”. Esses pesquisadores escreveram sobre o assunto no livro Medicina Preventiva (LEAVELL; CLARK, 1976). Na publicação, estão expressos três conceitos básicos para a medicina preventiva:

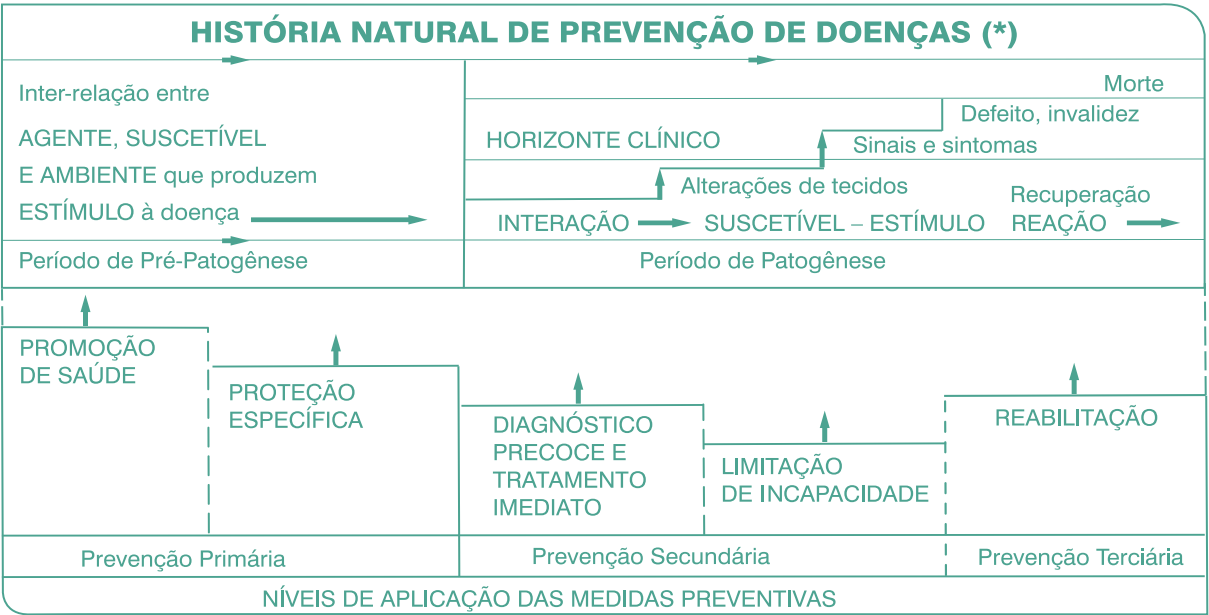
I. A “tríade ecológica” – define o modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente.

II. O conceito de história natural das doenças compreende

as interrelações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que afetam o processo global e seu desenvolvimento, desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese) (LEAVELL; CLARK, 1976).

III. Prevenção – é a “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976). Na teoria, a prevenção apresenta-se em três fases: primária, secundária e terciária.

Figura 1 – História natural da doença



(*) LEAVEL & CLARK, 1976.

Fonte: (LEAVELL; CLARK, 1976).

Na figura de Leavell e Clark, a promoção da saúde envolve a observação da interação entre o agente da doença, o suscetível e o ambiente para agir com medidas que impeçam completar o ciclo de transmissão de determinada doença. Cabem, nessa fase, medidas de saneamento, limpeza urbana etc. Já a proteção específica trata da imunização, higiene pessoal, controle de vetores, proteção contra acidentes etc. (ROUQUAYROL; GOLDBAUM; 2003). Apesar de estar no conjunto de ações da prevenção primária, a promoção da saúde é abordada como ação de amplo escopo. Veremos mais adiante como isso se fortaleceu nas décadas seguintes.

Ainda na figura, aqui vão alguns destaques para as prevenções secundária e terciária. Na secundária, as medidas referem-se ao diagnóstico precoce, como, por exemplo, exames periódicos para detecção precoce de doenças. Descobrendo-se algo, cabem intervenções para evitar futuras complicações ou sequelas. A terciária, apesar de contemplar intervenções amplas, como a reinserção do indivíduo reabilitado no mercado de trabalho, tem como principal característica as intervenções clínicas, referentes ao núcleo ou ao foco de trabalho de cada profissional de saúde, como fisioterapia, terapia ocupacional e reabilitação em geral. Observe que a prevenção significa duas coisas, não dissociáveis: agir impedindo que o evento (a doença) aconteça e agir evitando desfechos desfavoráveis ao indivíduo quando a doença estiver instalada.

A história natural da doença, por muito tempo, guiou as ações de saúde em vários países, incluindo o Brasil. Mas, assim como a compreensão sobre o que é saúde, a de promoção da saúde modificou-se ao longo do tempo e passou a refletir ações voltadas ao acesso ao trabalho e à educação, e às mudanças nas políticas públicas voltadas à redução das iniquidades.

Em 1974, é divulgado o documento A New Perspective on the Healthy of Canadians (Uma Nova Perspectiva para a Saúde dos Canadenses), que ficou conhecido como Informe Lalonde, em homenagem ao então ministro de Saúde do Canadá (CARVALHO, 1996) que inaugurou a “promoção da saúde moderna” (CARVALHO, 2005).

O Informe Lalonde, marco do desenvolvimento do Movimento da Promoção à Saúde no Canadá, afirma que a saúde é determinada por múltiplos fatores agrupáveis em quatro categorias que constituem o chamado campo da saúde (CARVALHO, 2004; BUSS, 2003):

Figura 2 – Campo da Saúde



Fonte: (CARVALHO, 2004; BUSS, 2003).

No Informe Lalonde, a Promoção da Saúde é construída com base em uma visão de multicausalidade, que confere aos campos de atuação e estudo estruturas dos macroprocessos, como a economia, a política, os indicadores sociais como educação (anos de estudo), a renda per capita; e os microprocessos, como modos de vida, apoio social de amigos ou familiares às decisões.

A moderna conceituação de promoção da saúde ocorreu na primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, com forte apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS).

**CONCEITO DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE**
Carta de Ottawa, Canadá, 1986

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor Saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (CARTA, 1996).

As várias conferências que se seguiram à de Ottawa reforçaram como fundamentais no processo de promoção da saúde de populações a construção de capacidades locais, a igualdade social, a atenção primária e, sobretudo, o papel dos governantes na disseminação e na implementação de políticas de amplo escopo que considerem os **Determinantes Sociais da Saúde** (DSS).



O Brasil já sediou uma Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Foi em Curitiba, de 22 a 26 de junho de 2016. Acesse a página do evento em <<http://www.iuhpeconference2016.com/index.php>> e confira quem esteve por aqui discutindo os Determinantes Sociais da Saúde e compartilhando experiências conosco.

A XXII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, assim como as anteriores, deixou como legado o documento denominado Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade que conclama as organizações internacionais, incluindo as governamentais, atenção para 21 pontos fundamentais para produção de equidade. A Carta está disponível no endereço

<<https://www.abrasco.org.br/site/2016/08/carta-de-curitiba-sobre-promocao-da-saude-e-equidade/>>.

Os Determinantes Sociais são definidos

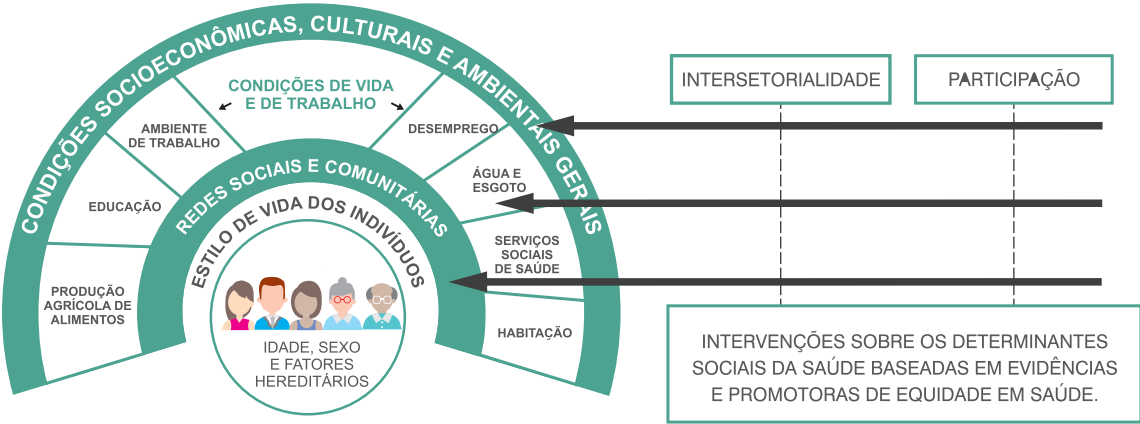
[...] pelas condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem. Esse conjunto de condições é chamado “determinantes sociais da saúde”, um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde. Os determinantes mais importantes são aqueles que estratificam a sociedade - os determinantes estruturais -, tal como a distribuição de renda, a discriminação (por exemplo, baseada em gênero, classe, etnia, deficiência ou orientação sexual) e a existência de estruturas políticas ou de governança que reforcem ao invés de reduzir as iniquidades relativas ao poderio econômico. Esses mecanismos estruturais que influenciam a posição social ocupada pelos indivíduos são a causa mais profunda das iniquidades em saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

Abordagens à luz da Promoção da Saúde requerem observar os DSS.

Como vimos, os DSS referem-se às condições objetivas de vida dos indivíduos: se há acesso à saúde, ao transporte, à educação, ao saneamento, ao trabalho, à renda etc. Os estudos sobre os DSS começaram na segunda metade do século XX e produziram vários modelos teóricos que sistematizam sua interação com o processo de produção da vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010; CEBALLOS, 2015).

Para fins didáticos, utilizamos o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991). O modelo destaca os DSS por níveis de abrangência, dispostos didaticamente em camadas. Aqui, vamos apresentá-lo com as contribuições de BUSS e CARVALHO (2009), que dinamizaram o modelo e explicaram o significado das camadas.

Figura 3 – Pilares das intervenções sobre os determinantes sociais



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991), com contribuições de Buss e Carvalho (2009) e adaptada para este caderno, 2017.

Na parte esquerda da figura, é possível observar que, na divisão didática proposta por Dahlgren e Whitehead, os Determinantes Sociais estão organizados por níveis de abrangência em distintas camadas: a mais próxima referindo-se aos aspectos individuais e a mais distante aos macrodeterminantes. Como se pode ver, na base da figura, estão as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que marcam nosso potencial e nossas limitações para manter a saúde ou o adoecer. Vamos entender melhor essas camadas na figura à esquerda, lendo-as de forma ascendente no modelo:

- Na camada interna, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, por mais que pensemos serem frutos de decisões individuais, são fortemente influenciados pelas condições objetivas de vida – condições econômicas, sociais, nível de escolaridade, ambientes que possibilitem escolhas etc., que, inclusive, limitam as possibilidades de escolhas. Na modernidade, incluem-se como fatores de forte influência o marketing e a propaganda, veiculados das mais variadas formas e intensidades.

- A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias, que podem significar, em maior ou menor grau, apoio social, econômico, político, técnico ou emocional, além de expressar o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo.
- Na próxima camada, estão representados os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços, incluindo os de saúde.
- Finalmente, na última camada, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais, como o processo de globalização (COMISSÃO NACIONAL DE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Ainda concentrando-se na Figura 3, em 2009, Buss e Carvalho fizeram contribuições ao modelo, incluindo três níveis de intervenções das ações realizadas para enfrentamento dos DSS, apresentada pela imagem com setas à direita.

A inserção dos níveis de intervenção colocados pelos autores amplia a ideia anterior e remete à duas condições imprescindíveis para que as ações de Promoção da Saúde sejam efetivadas: a participação social e a intersetorialidade. Os autores organizam as intervenções em três níveis de abrangência: proximal, intermediário e distal.

No nível proximal estão nossas escolhas, hábitos e rede de relações. Nesse nível, as intervenções envolvem políticas e estratégias que favorecem escolhas saudáveis, mudanças de comportamento para redução dos riscos à saúde e a criação ou o fortalecimento de laços de solidariedade e confiança. Assim, realizam-se programas educativos, projetos de comunicação social, ações de ampliação do acesso a

escolhas saudáveis (alimentação saudável, espaços públicos para prática de atividades físicas etc.), construção de espaços coletivos de diálogo e incentivo à organizações de redes sociais.

No nível intermediário, estão as condições de vida e trabalho que partilhamos em uma determinada organização da sociedade. Nesse nível, as intervenções implicam a formulação e a implementação de políticas que melhorem as condições de vida, assegurando acesso à água potável, saneamento básico, moradia adequada, ambientes e condições de trabalho apropriadas, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Aqui, exige-se a promoção de ações sinérgicas e integradas dos diversos níveis da administração pública.

No nível distal, identificamos as políticas estruturantes de nossa sociedade. Trata-se de intervir para a consolidação de políticas “macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais”, explicam BUSS e CARVALHO (2009).

É fundamental que as intervenções nos níveis proximal, intermediário e distal se deem baseadas na intersetorialidade, na participação social e nas evidências científicas. Destaca-se que o “olhar” exigido pela Promoção da Saúde considera os DSS como fundamentais para compreensão dos fenômenos e das várias dimensões que cercam o processo saúde-doença. Isso implica desde a forma como o serviço de saúde se organiza, aos procedimentos e serviços definidos e, no campo da Política e da Gestão, nas prioridades defendidas para o setor.

A partir dessas contribuições, não podemos negar que discutir DSS implica transcender o setor Saúde, até para tornar a olhá-lo com novas indagações, conhecimentos e perspectivas. Entre as possibilidades de abordagens dos DSS, destacam-se duas observações.

A primeira centra-se no nível proximal, no qual as escolhas são mais factíveis – pelo menos, imagina-se que sim – em relação ao poder de decisão dos indivíduos. Essa abordagem, se isolada, tende a concentrar a solução dos problemas nas escolhas dos sujeitos, traçando uma linha reta entre seguir as recomendações e preservar a saúde, além da tendência de focar na mudança de hábitos ou comportamento como solução do problema. O principal risco nesta discussão é culpabilizar o sujeito pela sua condição de saúde.

O segundo caminho é o que vamos trilhar nas discussões sobre o Programa Academia da Saúde. Trata-se do que discutimos na Figura 3: a abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde – água, saneamento, emprego, alimentação, educação, saúde, entre outros –, que se traduz na abordagem da saúde de forma ampliada, como uma produção cotidiana, influenciada por esses fatores, muitos deles, direitos previstos constitucionalmente.

Percebeu a diferença?

No segundo caminho, por exemplo, a mudança de comportamento ou a adoção de estilos de vida saudáveis dá espaço à construção de modos de vida que possuem significado para o sujeito, ou seja, práticas assumidas como parte da vida; construídas, não simplesmente adotadas. A capacidade de escolha passa a ter nela reconhecidos fortes componentes coletivo e externo, como a influência da mídia, a disponibilidade e as condições de acesso a determinado alimento ou espaço promotor de saúde, a condição social que influencia a mudança de atitude desejada. Essa produção de significados demanda tempo, capacidade, produção de autonomia e liberdade que não podem passar à margem da atuação do profissional de saúde. Trataremos disso mais adiante.

O importante é entendermos que as duas observações são factíveis e possuem sua importância. Fazer recomendações, por exemplo, de atividade física, alimentação, não uso de cigarro ou outros derivados do fumo, numa perspectiva preventiva, é fundamental para criar mobilização em torno destas questões e, comprovadamente, prevenir as DCNT. A pergunta a ser feita é: isto é suficiente?

Vamos acrescentar a esta reflexão as contribuições de Sucupira e Mendes (2003) quando afirmam que, para a prevenção, evitar a ocorrência de enfermidade e a perda do bem-estar é o objetivo final. Mas, para a promoção da saúde, o objetivo contínuo é buscar expandir o potencial positivo de saúde.

Seguindo na linha de discussão dos DSS, a Promoção da Saúde operacionaliza-se com base em vários princípios: equidade, intersetorialidade, governança, entre outros. No tópico seguinte, vamos discutir alguns desses princípios no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde brasileira.

1.1 Política Nacional de Promoção da Saúde

No Brasil, as discussões sobre promoção da saúde remontam à década de 1990, com o movimento internacional de Cidades Saudáveis, conduzido pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Ao longo dos anos 90, vários eventos contribuíram para o fortalecimento das Cidades Saudáveis como estratégia para a elaboração de políticas sustentáveis. Um dos mais importantes foi a Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, mais conhecida como ECO 92, realizada no Rio de Janeiro, que reuniu lideranças de 179 países e representantes da sociedade civil para discutir sobre como produzir desenvolvimento preservando a natureza.

O Movimento de Cidades Saudáveis pautou a agenda do governo federal no Ministério da Saúde, que passou a fomentar iniciativas locais nesse escopo de atuação em todo o país. Ainda nesse período, especificamente de 1992 a 2000, não existia uma política de Promoção da Saúde que institucionalizasse as estratégias e os objetivos em andamento como a linha de atuação do país para ações sustentáveis (CRUZ, 2010).

Ao longo dos anos, com o recrudescimento das doenças crônicas não transmissíveis como principal causa de mortalidade no mundo, emergem estratégias globais para a prevenção dessas doenças. Em maio de 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aprova o

documento da Estratégia Global de alimentação saudável, atividade física e saúde, que apontou os posicionamentos e as ações que os países-membros deveriam desenvolver para enfrentar o problema da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). O principal caminho recomendado pelo documento foi a intervenção nos fatores de risco para estas doenças: hipertensão arterial, hipercolesterolemia, pouca ingestão de frutas e hortaliças, excesso de peso ou obesidade, falta de atividade física e consumo de tabaco.

Nessa época, havia um contexto internacional favorável à adoção pelos países-membros da OMS de ações voltadas à prevenção das DCNT.

Mais localmente, o Ministério da Saúde lançou a Portaria nº 1.190, de 14 de julho de 2005, que instituiu o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS), para sistematizar as discussões em andamento sobre uma proposta de política de promoção da saúde para o Brasil (BRASIL, 2005a, b, c).

Ainda no ano de 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), lançou a Portaria nº 2.608, em 28 de dezembro de 2005, destinada ao financiamento direto de todos os estados e capitais para desenvolvimento de ações no âmbito da Estratégia Global da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2005b). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde lançou o projeto Brasil Saudável, que teve como objetivo estimular a população a adotar modos de vida diferentes, com ênfase na atividade física, na reeducação alimentar e no controle do tabagismo.

O final desse percurso de iniciativas do Ministério da Saúde culminou na publicação da Portaria GM/MS nº 687, em março de 2006, que lançou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), ratificando o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNPS de 2006 foi definida como política transversal, ou seja, que dialoga com outras políticas, compondo seu escopo de atuação: integrada, que busca a abordagem completa do fenômeno, não apenas o adoecimento; e intersetorial; promotora do diálogo entre o setor sanitário, os outros setores do Governo e a sociedade; e

SAIBA MAIS



Em 2005, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) iniciou o lançamento de uma série de editais anuais de incentivo às ações locais de Promoção da Saúde relacionadas às estratégias da PNPS.

Os seis anos de editais resultaram num conjunto de municípios com projetos de atividade física, refletindo a forte aceitação da iniciativa pelos municípios e constituindo-se na base para a elaboração futura de um programa que fortalecesse a Promoção da Saúde como estratégia de cuidado na Atenção Primária.

articuladora de redes de compromisso e corresponsabilidade na sua implementação e gestão (BRASIL, 2006d).

- A política também previa uma agenda com ações estratégicas a serem desenvolvidas no biênio 2006-2007, mas que, na verdade, foi implementada sistematicamente com as iniciativas da SVS/MS de fomento a projetos locais de promoção da saúde voltados para a atividade física, prevenção de violências e cultura de paz e alimentação saudável. As estratégias eram:
- Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.
- Alimentação saudável.
- **Práticas corporais e atividade física.**
- Prevenção e controle do tabagismo.
- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Nos anos de 2013 e 2014, sob a coordenação do Ministério da Saúde e do Grupo de Trabalho em Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), foi realizado um amplo processo de participação e consulta sobre a redação de uma nova política de Promoção da Saúde, com a participação de gestores, trabalhadores (da saúde e de outros setores), conselheiros de saúde (diferentes instâncias federativas), pesquisadores e professores vinculados a universidades, representantes de movimentos sociais e de usuários. Esses atores garantiram um amplo debate sobre o tema e sobre a importância do Brasil revisar a PNPS para sintonizá-la com os novos desafios nacionais e mundiais para a Promoção da Saúde e para garantir aproximações das discussões de organização do nosso Sistema Único de Saúde, envolvendo as Redes de Atenção à Saúde, a educação permanente dos profissionais de saúde e as linhas de cuidado integral (ROCHA et al., 2014).

A atual PNPS, publicada em 2014, aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor Saúde responder sozinho ao enfrentamento dos Determinantes Sociais da Saúde.

Tem como objetivo: promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015a).

A Promoção da Saúde possui um conjunto de princípios elaborado e aplicado ao longo do tempo. Vamos discutir sete deles, a seguir, que acreditamos serem indissociáveis às práticas de saúde. São eles: equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, sustentabilidade e integralidade.

1.1.1 Equidade

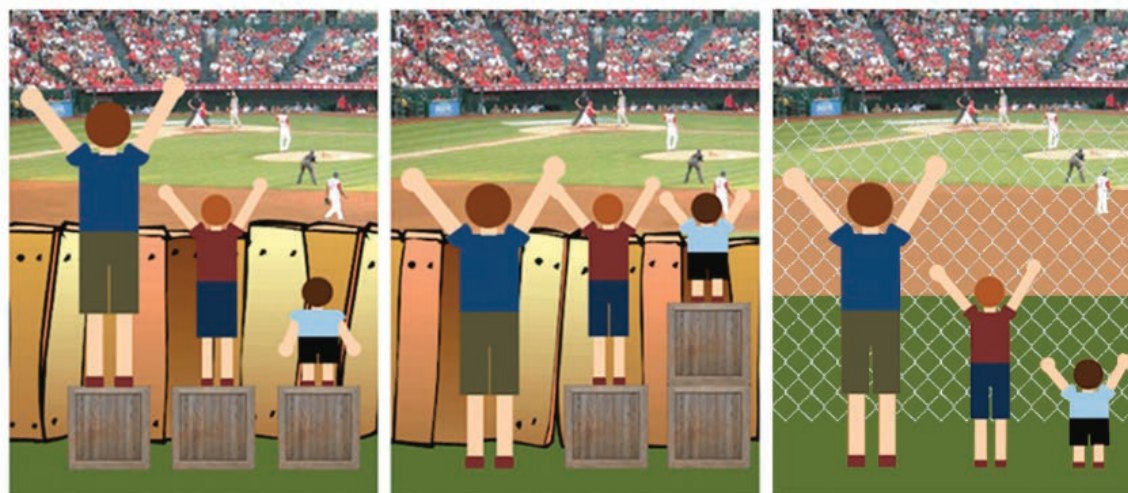
Essencialmente equidade está relacionada à justiça social, na qual todos devem ter oportunidades justas (não, iguais) para o desenvolvimento de suas capacidades. Promover a equidade exige o reconhecimento de direitos, sem restringir acessos ou fazer qualquer distinção que exclua cidadão ou coletivos do pleno exercício desses direitos. Envolve o exercício da cidadania sob o aporte legal, moral e ético da sociedade e do Estado.

Por exemplo, se o SUS oferecesse exatamente o mesmo atendimento e insistisse no engessamento da possibilidade de prestação dos serviços para todas as pessoas, da mesma maneira, em todos os lugares, estaria provavelmente oferecendo coisas desnecessárias para alguns, deixando de atender às necessidades de outros, mantendo as desigualdades (BRASIL, 2001a).

Vamos exercitar o conceito de equidade na figura a seguir:



Figura 4 – Igualdade e Equidade



Fonte: www.cawi-ivtf.org/sites/default/files/publications/ei-lens-community-agencies-2015-en.pdf

A igualdade na figura da esquerda pressupõe a distribuição homogênea entre as pessoas dos mesmos serviços ou bens. Perceba que apesar dos três protagonistas receberem o mesmo objeto (um caixote) e na mesma quantidade, nem todos tiveram sua necessidade resolvida, que no caso, é conseguir ver o jogo de beisebol.

Na figura ao centro, que representa equidade, houve um ajuste na distribuição do objeto que garantiu a satisfação das necessidades dos três protagonistas. A interpretação que pode ser feita é: não foi tirado tudo do primeiro para dar aos outros dois. Na verdade, o primeiro não precisava do caixote para ter sua necessidade atendida. O do meio precisava de pouco e o terceiro precisava de mais. O ajuste destacado neste processo, no cotidiano e no contexto macro, é realizada pelo Estado, com a implementação de políticas ou programas “ajustadores”, que objetivam diminuir a desigualdade social, como o Bolsa Família, por exemplo.

Na terceira figura, a representação da iniquidade (a cerca de madeira) foi removida. A equidade manifesta-se com a remoção da barreira. O objetivo da equidade é assegurar que todos tenham acesso a resultados e benefícios.

1.1.2 Participação Social

A participação social garante o fortalecimento de ideias e ações para enfrentar determinado problema ou para monitorar, opinar e modificar políticas. É por meio da união de esforços que comunidades e populações demarcam suas intenções em vários espaços, sejam eles institucionais ou não. A participação pode ocorrer em espaços como a família, grupos de amigos, reuniões comunitárias, em conselhos, fóruns, audiências, entre outros.

Lembre-se de que a participação social está ligada à construção e à valorização das autonomias individuais e coletivas. Para ser efetiva, deve prever a escuta, a socialização de conhecimentos e informações e a horizontalidade do poder entre os atores.

O SUS nasceu com o apoio de movimentos sociais organizados, que na década de 1970 começaram a questionar o papel do Estado em relação à garantia do direito universal à saúde. A força da participação de setores da sociedade civil, políticos, trabalhadores da saúde e instituições de ensino superior garantiu a ‘participação social’ entre os princípios do SUS, e até hoje é uma das marcas do sistema de saúde brasileiro.

A Lei nº 8.142, de 1990, trata dessa participação na gestão do SUS que, prioritariamente, ocorre por meio do papel ativo nas Conferências de Saúde e nos Conselhos de Saúde – municipais, estaduais ou nacional, instâncias de controle social (BRASIL, 1990b).

Cabe esclarecer que o controle social no SUS é uma forma de participação social, existindo muitas outras formas de contemplar a população nas instâncias de discussão da política de saúde. O Brasil é uma federação, ou seja, vários estados autônomos formam uma entidade soberana – o país. Por isso, os espaços de participação social relacionados às políticas nacionais, uma vez instituídos, devem se replicar em cada estado e em todos os municípios, evitando a tomada de decisão exclusivamente pelo governo federal.

Quadro 1 – Instâncias de participação e de controle social do Sistema Único de Saúde

NÍVEIS DE GOVERNO	INSTÂNCIAS DE PARTICIPAÇÃO
Federal	Conselho Nacional de Saúde e Conferência Nacional de Saúde
Estadual	Conselho Estadual de Saúde e Conferência Estadual de Saúde
Municipal	Conselho Municipal de Saúde e Conferências Municipal de Saúde

Fonte: elaboração própria, 2017.

Todos os conselhos apresentados no Quadro 1 são formados, paritariamente, por usuários (50% dos membros), representantes da gestão, trabalhadores da saúde e prestadores de serviço – setor privado ou filantrópico – que se distribuem nos 50% restantes. Juntos, esses diferentes atores intervêm na identificação de necessidades e de problemas comuns, e unem-se para aprovar, desenhar e propor, na prática, soluções para os problemas de saúde.

Outro espaço de participação que destacamos é a Ouvidoria do SUS, que também é uma forma institucionalizada de participação social. A Ouvidoria-Geral do SUS é a instância que escuta, acolhe, analisa e encaminha as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde em todo Brasil. É um mecanismo institucional que contempla as manifestações individuais dos cidadãos e atribui transparência às ações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b).

Para falar com a ouvidoria, você pode usar três canais: internet – via formulário WEB; telefone – Disque-Saúde 136 (ligação gratuita); e Correios, no endereço disponibilizado na página da Ouvidoria-Geral do SUS.

A importância da participação social está no exercício de um direito, na promoção da articulação social para enfrentar determinado problema, na ampliação da comunicação e integração social e na força para pautar, na agenda dos gestores

públicos, problemas que afligem a população ou determinada comunidade, podendo, também, contribuir na solução deles em parceria com o poder público.

1.1.3 Autonomia

Em sua definição, autonomia significa a capacidade de “construir suas próprias leis”, “se governar pelos próprios meios” ou “direito de se administrar livremente” (MICHAELIS, c2017b).

No contexto da Promoção da Saúde, autonomia é um requisito que permite ao sujeito apropriar-se de determinada situação ou elementos e desenvolver capacidades para compreender e intervir no problema ou na questão. Pressupõe a ampliação do controle do indivíduo sobre sua própria vida.

Haeser, Büchele; Brzozowski (2012) lembra-nos que na Carta de Ottawa o conceito de Promoção da Saúde contém em si a produção de capacidades na comunidade para atuar frente às questões da qualidade de vida e saúde. Empoderar-se para tal tarefa requer a construção de autonomias política e técnica para que os indivíduos possam não apenas executar suas escolhas de forma consciente, mas produzi-las individualmente ou coletivamente. Falar em autonomia exige menção às liberdades de pensar, fazer, questionar e contribuir com os processos que afetam a vida.

Figura 5 – Quadrinho da Mafalda



Fonte: Universidade Federal de Goiás, 2012. Quino, 2003, tira 5.

SAIBA MAIS

Para falar com a ouvidoria, você pode usar três canais: **internet** – via formulário **WEB**; **telefone** – Disque-Saúde 136 (ligação gratuita); e **Correios**, no endereço disponibilizado na página da Ouvidoria-Geral do SUS.

Para saber mais acesse www.saude.gov.br e no ícone **Serviços** clique em **Ouvidoria**.

Trabalhar na produção de autonomias também requer o respeito mútuo, o reconhecimento do direito do outro a pensar e agir de forma diferente. Por isso, a verticalização de mensagens, procedimentos, recomendações não é bem-vinda nesse processo. Tornar as ações de saúde restritivas e a atuação dos profissionais prescritivas e controladoras pouco contribui para a construção de consciência crítica, que é essencial para a produção da autonomia, do exercício da cidadania e do empoderamento.

Por tudo isso, autonomia é um princípio guia da Promoção da Saúde.

1.1.4 Empoderamento

A Carta de Ottawa (1986) aponta que a Promoção da Saúde precisa favorecer que “os indivíduos e as comunidades devem ter oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde”.

A Organização Mundial da Saúde (1998) definiu empowerment (palavra na língua inglesa para definir o termo) como capacitação, mobilização de indivíduos e grupos, e a tomada de consciência para alcançar seus objetivos.

Não há tradução na língua portuguesa para *empowerment*, porém, adota-se nas discussões de promoção da saúde a palavra empoderamento como um tipo de correlato. Carvalho (2004a) destaca que essa palavra “toma emprestadas” as noções de campos diferentes de conhecimento e que possui vários significados, entre eles: **apoderamento**, emancipação, apossar-se de, tornar, etc. No entanto, o que vale destacar é que a ideia da tomada de consciência para domínio, ainda que pretendo, da situação, é uma das bases da promoção da saúde.

Como vimos, os Determinantes Sociais da Saúde estão presentes no contexto de produção da vida, em diferentes níveis de influência que exigem diversas possibilidades de intervenção e que estas busquem reduzir o impacto negativo na saúde de indivíduos e populações. O empoderamento de comunidades, por exemplo, deve ser uma meta de políticas ou programas de Promoção da Saúde.

Mas, será que indivíduos ou comunidades são capazes de influenciar e modificar, por exemplo, os macros DSS? O que você acha?

Seja macro ou micro o desafio, observa-se uma estreita e forte relação entre empoderamento e autonomia. A tomada de consciência do indivíduo sobre suas possibilidades e direitos passa pela evocação desses dois princípios como lastros do processo de criação de capacidades locais com vistas a mudanças estruturais. Pode-se dizer que, de forma simbiótica, o empoderamento prevê a criação de capacidades que, por sua vez, produzem autonomia, ambos gerando movimentos e estratégias para enfrentamento de um ou mais problemas, independentemente de sua dimensão.

Aqui, cabe um destaque para uma condição essencial ao processo de empoderamento: a horizontalização de poder. Esse termo significa diminuir níveis hierárquicos, delegar, descentralizar, comunicar diretamente. É sempre contra-hegemônico, pois pressupõe diluição ou redução do poder de quem o detém. E isso não é aceito por muitos que ocupam cargos públicos ou são lideranças comunitárias, por exemplo.

No entanto, deve-se compreender que o empoderamento depende de, no mínimo, duas coisas:

1. O favorecimento das condições para que ele se desenvolva. Por exemplo, a decisão da gestão municipal em organizar consultas aos cidadãos nas decisões importantes sobre as políticas públicas; a decisão de uma comunidade delegar sua representação a determinada pessoa ou grupo; a criação de espaços para efetiva participação, ou seja, as sugestões problematizadas e acatadas pelo bem comum etc;
2. A construção de capacidades individuais e coletivas para exercício da cidadania. Por exemplo, associações comunitárias, participação em conselhos – ex.: de saúde, de educação etc.; participação em discussões organizadas pelo poder público para tratar assuntos de forte interesse do município ou da comunidade – ex.: discutir o plano diretor da cidade; decidir sobre o local para construção de um equipamento de saúde ou de uma praça e ter garantido o acesso aos serviços públicos essenciais.

1.1.5 Intersetorialidade

Na descrição desse princípio, já é possível adiantar que falaremos sobre a característica especial de políticas, programas ou projetos que visem à Promoção da Saúde. Por todas as questões e dimensões do processo saúde-doença já mencionadas, não é possível centralizar no setor Saúde a responsabilidade pela resolução de todos os problemas. Porém, ao contrário do que muitos pensam, isso não inviabiliza a Promoção da Saúde, traz-lhe potência!

Por intersetorialidade, compreende-se uma articulação de saberes e práticas entre setores diferentes no **planejamento**, na **realização** e na **avaliação** de ações com vistas a alcançar um **efeito sinérgico** em situações complexas, promovendo o **desenvolvimento social**, superando a exclusão social. Com esse modelo, seria possível ainda **otimizar** a utilização dos **recursos** disponíveis no trato dos problemas da população (JUNQUEIRA, 1999).

Mas, atenção!!! Intersetorialidade não se trata de juntar o que se faz separado (JUNQUEIRA, 1999). É preciso convergir, criar outras e novas formas de relação. É preciso que todos os que participam tenham conhecimento sobre todas as dimensões da política, programa ou projeto.

Cunill (2005) destaca algumas dicas sobre o que pode começar ou fortalecer uma relação intersetorial:

- **Sistemas de informação** como instrumento fundamental para viabilizar construção de sentido e visão partilhada e integrada dos fenômenos sociais.
- **O orçamento** pode atuar como um importante mecanismo produtor de intersetorialidade, se e na medida em que as diretrizes conjuntas sejam materializadas em planos e metas.
- **O planejamento conjunto da intervenção:** partilha da visão e da estratégia de ação.
- Existência de um “**agente catalítico**” é importante para a construção de legitimidade política aos projetos intersetoriais.

Um problema relevante para o exercício da intersetorialidade é a morbimortalidade por DCNT, especialmente as cardiovasculares, câncer, cânceres, doenças respiratórias.

Sabe-se que as DCNT, em 2007, representavam 72% das causas de morte no Brasil. Também é de conhecimento que sua etiologia está relacionada não apenas à genética, pois sobressaltam as questões sociais, econômicas, políticas e culturais que impactam diretamente na forma que os indivíduos organizam e vivem suas vidas (SCHMIDT et al., 2011).

O Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, com o objetivo de preparar o País para deter as DCNT em dez anos (BRASIL, 2011c, 2011d).

O Plano nos dá a dimensão da complexidade do problema e aponta estratégias que podem ser reproduzidas localmente com efeitos importantes para a saúde das pessoas. Os eixos estratégicos de atuação são:

1. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento – aqui estão o desenvolvimento de pesquisas e inquéritos; o fortalecimento da vigilância de DCNT nos estados e nos municípios e o fortalecimento dos sistemas de informação em saúde.
2. Promoção da Saúde – proposta no Plano como eixo desencadeador de ações intersetoriais governamentais, com o setor privado e comunitárias, com vistas à produção de escolhas favoráveis à saúde da população. Para tanto, aponta estratégias ligadas à comunicação; a acordos com setores produtivos, incluindo a regulação do uso de sódio na preparação de alimentos industrializados; à construção de espaços saudáveis e ao desenvolvimento de ações que visem à oferta de atividades voltadas aos fatores de proteção às DCNT: atividade física, alimentação adequada e saudável, não uso de tabaco e do álcool.
3. Cuidado integral de DCNT – para aumentar a capacidade de respostas do SUS às DCNT, este eixo propõe o fortalecimento do setor produtivo da saúde; a criação de linhas de cuidado; a ampliação da assistência oncológica; fortalecer as redes de saúde e privilegiar ações de educação permanente para os profissionais de saúde.

O que se quer com a intersetorialidade é a conjugação de esforços para potencializar as ações e as redes e racionalizar os recursos de vários setores para objetivos comuns que possam impactar positivamente nas necessidades e nos problemas sociais que reverberem na melhoria das condições de produção da vida, e, conseqüentemente, na saúde (TEIXEIRA, 2004).

O que está em desenvolvimento no seu estado ou município relativo aos três eixos do Plano de Enfrentamento das DCNT?

1.1.6 Sustentabilidade

Internacionalmente, a formulação e a implementação de políticas sociais vêm sendo acompanhadas por uma especial preocupação em relação à avaliação da sustentabilidade. Basicamente, significar saber se elas “sobreviverão” à transição dos governos que se sucedem periodicamente; saber se há possibilidade de continuar a obter recursos para o desenvolvimento das ações; saber se as ações empreendidas consolidam-se de modo a produzir mudanças significativas nas condições de vida da população; e, finalmente, saber se essas iniciativas podem manter os seus efeitos por um longo período (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA, 2013).

É importante refletir sempre sobre a sustentabilidade dos projetos, ações e políticas, transformando-a em ponto permanente de pauta para gestores, formuladores de políticas e outros atores urbanos. Essa perspectiva aponta a necessidade de buscar caminhos articulados e de construir novas institucionalidades que ganhem potência e qualidade para enfrentar eficazmente os desafios da contemporaneidade, permeados de muita complexidade.

Complexidade é, aqui, entendida como um atributo de múltipla determinação, histórico e contextualizado, e não uma impossibilidade, dificuldade ou complicação.

Aqui, cabem algumas lições:

Figura 6 – Planejamento “guloso” x externalidades x capacidade de execução



Fonte: Autoria própria.

Dar um “passo maior que as pernas” não significa prejuízo apenas para o gestor que planeja, mas para toda a gestão pública que arcará com a implantação, a manutenção da iniciativa ou com sua finalização.

Figura 7 – Não existe mágica



Fonte: Autoria própria.

As ideias de ‘instantaneidade’ e ‘mágica’ não se aplica às políticas, aos programas ou aos projetos públicos. Em regra, demandam tempo para serem implementados com a qualidade necessária. A sustentabilidade está diretamente ligada à produção de resultados.

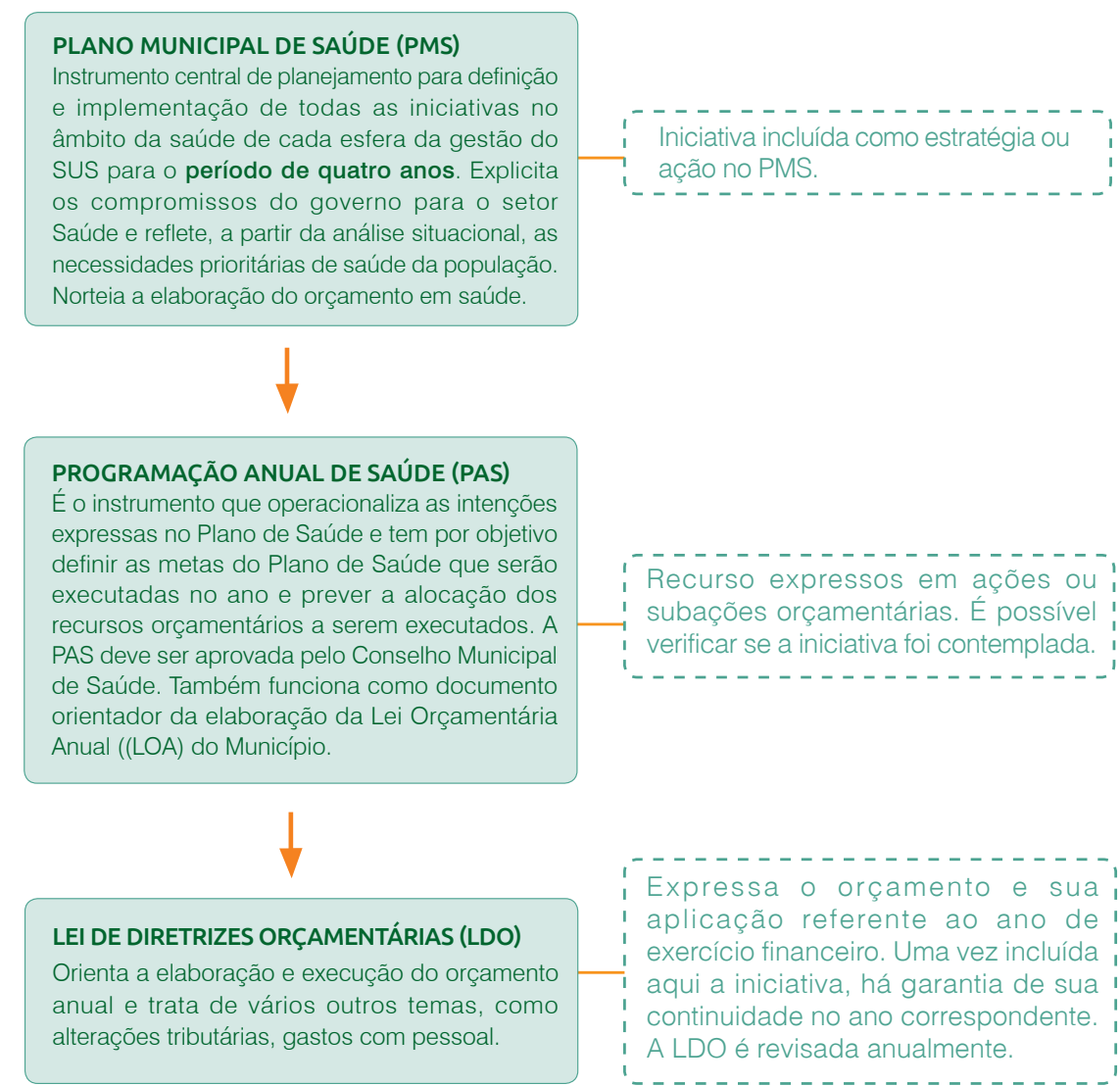
É preciso dispor de todos ou, pelo menos, dos principais recursos, sem os quais não seria possível implementar a iniciativa. Esse tempo necessário à maturidade da iniciativa sofre várias externalidades ou influências: eleições que resultam em mudança de gestores ou até de corpo técnico; queda na receita pública que provoca cortes no orçamento; crise econômica ou política de âmbito nacional, entre outros fatores.

Porém, uma atitude reconhecida na saúde como promotora de sustentabilidade é a inclusão da iniciativa no Plano Municipal de Saúde (PMS) ou até mesmo na Programação Anual de Saúde (PAS).

O primeiro passo é discutir sobre o assunto no Conselho de Saúde.

Essa instância decisória também é responsável por definir as diretrizes do PMS e este, por sua vez, orienta a elaboração do orçamento pelo governo. Funciona assim:

Figura 8 – Instrumentos de gestão do SUS



Fonte: elaboração própria.

Os resultados alcançados pelas ações previstas na PAS devem ser incluídos nos relatórios de gestão, elaborados anualmente, e que deverão apresentar as metas da PAS previstas e executadas, a análise da execução orçamentária, as recomendações, incluindo necessidades de redirecionamento das ações do PMS. No entanto, o relatório anual é a conclusão do processo, sendo necessário monitorar as metas da PAS no Relatório Detalhado do Quadrimestre (RDQ). Este também é um instrumento de prestação de contas e foi introduzido pela Lei Complementar nº 141/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015a).

Incluir a iniciativa (programa, projeto, ação) nos instrumentos de gestão do SUS está relacionado à garantia dos recursos financeiros e à possibilidade de monitorar seu desempenho ao longo da sua realização.

1.1.7 Integralidade

Na definição do dicionário, **integralidade** é: “Característica, particularidade ou condição do que é integral (completo). O conjunto de tudo aquilo utilizado para formar ou completar um todo; completude” (MICHAELIS, 2017c).

A integralidade pode ser captada em várias dimensões. As definições legal e institucional da “integralidade” para o SUS tornam-na um princípio ligado à assistência. Integralidade da assistência é entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2009). A “completude” presente na explicação da palavra “integralidade” aparece no SUS relacionada ao cuidado em saúde.

No entanto, combinada com esta compreensão, deve estar a integralidade do sujeito, que foi separado (corpo e alma) e recortado (anatomia) nos últimos séculos, na busca de explicações para as doenças, a existência, a relação com o divino, entre outras necessidades da história refletidas em cada tempo.

A integralidade, cindida mais fortemente no último século, opõe-se à fragmentação cartesiana do corpo e compreende o indivíduo inteiro, total: é o corpo que expressa seus desejos e medos, seus pensamentos que se materializam em atos, que, por sua vez, são carregados de conceitos, memórias, experiências e símbolos construídos, adquiridos, aprendidos ou impostos ao longo da vida e que formam as bases e as pontes para a construção das subjetividades, das relações interpessoais e também com a natureza e com os fenômenos – como a doença –, e, finalmente, com a relação com o mundo que o sujeito exerce no tempo histórico em que vive.

Essa perspectiva se reflete no cuidado em saúde, por exemplo, como a dispensação pelo profissional de saúde de um conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e saberes para atender às necessidades do sujeito promovendo a integridade de sua saúde (VIEGAS; PENNA, 2015).

Para essa materialidade da prática produzir efeitos e se correlacionar diretamente com o problema colocado pelo sujeito ou diagnosticado pelo profissional, cabe ir além do aspecto da saúde fisiológica e considerar a influência dos aspectos sociais, econômicos, políticos, pessoais na produção da doença e também como potência para a construção da saúde.

Na dimensão da gestão administrativa, podemos abordar a integralidade em relação à forma de organização dos sistemas e serviços de saúde para o atendimento nos níveis de atenção, como na integração com os demais setores e serviços disponíveis para a atenção integral à saúde. As Redes de Atenção à Saúde são um bom exemplo sobre a integração dos serviços. Na esfera da atenção à saúde, aborda tanto a relação entre a realidade social e a produção de saúde como a relação equipe-usuários dos serviços e ações de saúde, considerando a necessária integração de saberes¹ e práticas² (BRASIL, 2013a).

¹Conhecimentos cientificamente sistematizados (disciplinas, conteúdos) ou empiricamente desenvolvidos e aplicados (saberes populares: medicamentos à base de plantas, rezas etc.) que caracterizam determinado campo do saber.

²Intervenções em saúde (ações de cuidado, prevenção e promoção etc.). O “fazer”.

Com a discussão sobre Promoção da Saúde e os conceitos básicos, finalizamos esta primeira parte da Unidade I.

É o momento de você verificar se os conceitos essenciais foram aprendidos. Resgate a resposta dada à questão colocada no início deste tópico e veja se houve ou não mudanças no seu entendimento sobre o conceito de Promoção da Saúde. Complete este exercício respondendo a atividade a seguir.



ATIVIDADE

A partir do que você compreendeu sobre Promoção da Saúde, identifique uma iniciativa no município ou estado e explique por que ela pode ser considerada como tal.

Caso não consiga identificar nenhuma iniciativa, escolha uma em curso que você gostaria de ampliar para uma ação de promoção da saúde. Neste caso, descreva os elementos que deverão ser agregados à iniciativa para que a mesma possa ser considerada de Promoção da Saúde.



As ações e os serviços de saúde organizados em um sistema nacional são uma realidade recente em nosso país. Porém, pode-se dizer que a semente dessa reivindicação foi plantada nos anos 70, pelo Movimento da Reforma Sanitária.

O Movimento Sanitário pautou a saúde como direito de todos os cidadãos, resultante de determinantes sociais (PAIM, 1999), mas, sobretudo, entendeu que isso só era possível com a reorganização institucional do País com vista à democracia e assunção dos direitos sociais pelo Estado.

Cabe destacar a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (DECLARAÇÃO..., [2011]), mais conhecida como a Conferência de Alma-Ata, local de sua realização na República do Cazaquistão, que definiu a saúde como estado de “completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” e colocou-a na agenda política³ mundial como um direito humano fundamental. Essa Conferência também cunhou o compromisso da “Saúde para todos até o ano 2000”, destacando a Atenção Primária como peça central para o alcance desse objetivo. Isso teve forte influência no Movimento Sanitário brasileiro (DECLARAÇÃO..., [2011]).

As bases teóricas do Movimento de Reforma Sanitária e a democratização do País foram o pano de fundo do debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Movida pelos trabalhadores, gestores e pensadores da saúde pública, essa Conferência de Saúde representou um marco na definição da saúde como um direito universal e de responsabilidade do Estado, expresso na Constituição de 1988, símbolo do país democrático que se avizinhava pós-1985, ano do fim do regime militar (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986).

³É formada por assuntos reconhecidamente públicos. Orienta a atuação de um governo.

A Constituição de 1988 demarca a transformação no modelo de proteção social, até então restrito às contribuições dos trabalhadores formais. A concessão de benefícios passa a ocorrer de acordo com as necessidades. A noção de cidadania e direitos universais quebra com a segregação sustentada no período anterior. A saúde desponta como universal e de responsabilidade do Estado, além de figurar na Constituição Federal de 88, no art. 198, com diretrizes de descentralização, com direção única nas esferas de governo; atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 2016a).

Em 1990, foi instituído o Sistema Único de Saúde (brasileiro, que tem entre seus princípios a Universalidade, a Integralidade e a Participação da Comunidade (BRASIL, 1990b), claramente uma conquista dos movimentos sociais da saúde nas décadas de 1970 e 1980. No mesmo ano de instituição do SUS, a Lei nº 8.142/1990 dispôs sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, organizada nos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, que contam com representantes dos usuários, gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 1990b).

Em resumo, a CF de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 garantem a universalidade da saúde; destacam a integralidade do cuidado, apontando as medidas de prevenção de doenças e proteção à saúde como fundamentais, tirando o foco do modelo assistencial curativo, e organiza o sistema de saúde de forma descentralizada (PAIVA et al., 2016).

A assunção da universalidade da saúde na Lei n. 8.080/1990, trouxe com ela novas formas de organizar os serviços de saúde a partir da compreensão ampliada de saúde presente na Lei nº 8.080/1990:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a).

Portanto, a história de criação do SUS suscita a saúde como direito. Vale lembrar que essa conquista ganha maior importância quando, nos anos 80, no mundo ocidental, estava enfraquecida a discussão e defesa dos direitos universais, fruto do definhamento do *Welfare*

SAIBA MAIS



A Seguridade Social está prevista na Constituição Federal, no artigo 194, caput, como um **“conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”**

(BRASIL, 2016a, grifo do autor). A saúde como direito de todos, a previdência para aqueles que contribuem e a assistência social para os que dela necessitarem.

State (Estado de Bem-Estar Social), que foi criado após a Segunda Guerra Mundial, para, entre outras coisas, diminuir os problemas e os impactos causados pela industrialização. Por isso, muitos autores que abordam a história do SUS discutem-no como processo que seguiu na contramão da história. Quando o mundo revia os direitos universais à educação, à saúde, à renda e à seguridade social, o Brasil instalava, tardiamente, mas oportunamente, o caminho da universalidade do acesso à saúde, que resultou na estruturação de todo um sistema de saúde para o País.

O SUS é composto de três níveis de Atenção à Saúde que devem se intercomunicar em rede: básica, média e alta complexidade. Está estruturado de forma hierarquizada, com comando único nas respectivas esferas de gestão federal, representada pelo Ministério da Saúde; estadual, organizada nas Secretarias Estaduais de Saúde, e municipal, representada pelas Secretarias Municipais de Saúde. Estabelece-se mediante financiamento tripartite, ou seja, recursos da União repassados em fundo específico da saúde existente nos estados, municípios e no Distrito Federal; recursos dos estados repassados aos respectivos fundos municipais de saúde e recursos próprios dos municípios investidos na saúde local.

As transferências financeiras no SUS são legais (previstas em lei ou na Constituição) e voluntárias (mediante acordos entre o nível central, as unidades subnacionais e parlamentares) e custeiam as ações e os serviços de saúde, contratos, convênios, aquisição de materiais e similares nos estados e nos municípios. Os recursos financeiros da saúde estão previstos no orçamento do Sistema de Seguridade Social, que inclui a Previdência, a Assistência Social e a Saúde.

Funciona assim: aprovado o orçamento pelo Congresso Nacional e sancionado pelo presidente da República, o Ministério da Saúde executa via Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais, do Distrito Federal e municipais de saúde.

O financiamento do SUS é tripartite. O investimento é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e estão previstas na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. A Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu o mínimo a ser investido anualmente em saúde pelos estados, Distrito Federal e municípios, provenientes de impostos e de transferências constitucionais.

Entendeu por que se fala tanto que o SUS é triplamente financiado? A sustentabilidade desse sistema universal depende da articulação e do compromisso dos três entes da Federação.

Nos diálogos do SUS ligados à sua implementação, observa-se a questão da regionalização como central. Carreadas por este debate, estão as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia de alinhamento dos serviços de saúde na busca de efetividade, otimização de recursos e cuidado integral.

Vamos conhecer mais sobre as RAS.

2.1 Redes de Atenção à Saúde

A descentralização do SUS prima pela organização e realização local das ações de saúde. Em 2010, o Ministério da Saúde fortaleceu e orientou a organização das ações e dos serviços do Sistema Único de Saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, formam-se regiões de saúde, que podem ser compartilhadas entre dois ou mais estados com territórios contínuos, que devem garantir o cuidado integral, ou seja, oferecer os serviços de Atenção Primária, Média e Alta Complexidade tecnológica,



SAIBA MAIS

A Lei nº 141/2012 estabeleceu o que são **Ações de Serviços Públicos de Saúde** - são ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde. Precisam ser destinadas à toda a população, estar previstas nas diretrizes e metas dos respectivos Planos de Saúde e serem específicas do setor Saúde, não competindo ou compensando outras políticas públicas.

Para saber mais, acesse o Manual do Gestor no endereço:
<http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2017/01/manual_do_gestor_AF01_tela-1.pdf>.

evitando grandes deslocamentos do cidadão para acessar o serviço adequado ao cuidado de que necessita.

As RAS são conjuntos de serviços articulados entre si, com objetivo único compartilhado entre eles e que são capazes de produzir o cuidado integral e contínuo, com efetividade e resolutividade. Nessa formação, não há isolamento dos serviços.

Os elementos que constituem as RAS são a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população é aquela identificada como sendo de responsabilidade da RAS instalada. Sua totalidade deve ser conhecida. Porém, é necessário que sejam identificados os grupos mais vulneráveis.

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde é composta de cinco componentes:

1) o centro de comunicação, que é a Atenção Primária; 2) os pontos de atenção secundários e terciários; 3) os sistemas de apoio; 4) os sistemas logísticos; e 5) o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes, e o quarto às ligações que comunicam os diferentes nós. O quinto é o componente que governa as relações entre os quatro primeiros.

O modelo de atenção à saúde corresponde à definição e à organização dos serviços que compõem a RAS para atender às demandas da população assistida por ela. É fundamental que seja organizado a partir das necessidades dessa população. Do contrário, não produzirá o efeito desejado, que é a melhoria das condições de saúde.

Figura 9 – Ilustração de uma rede de Saúde no território

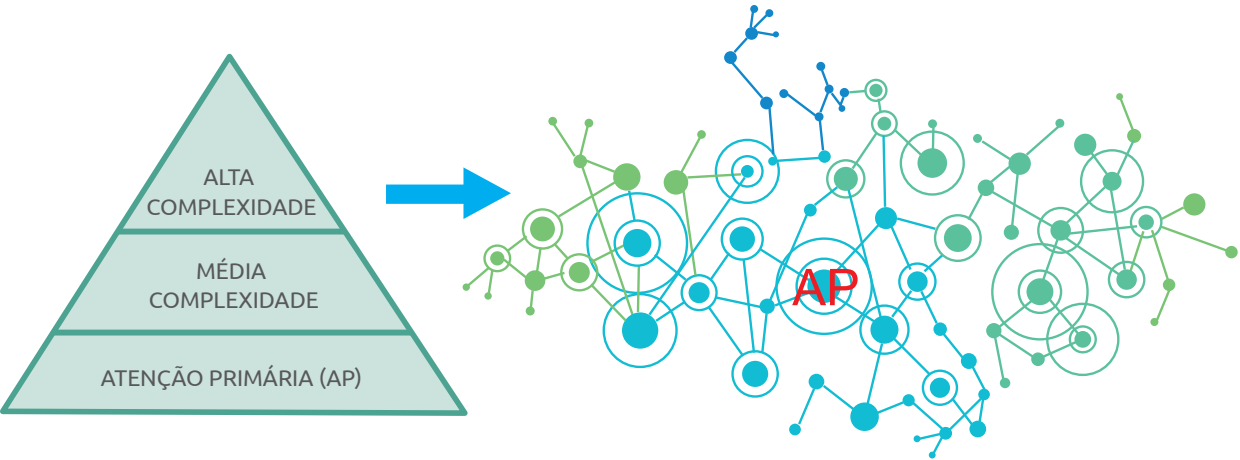


Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2017.

A Figura 9 ilustra os equipamentos da rede cegonha em determinado território de saúde. Os três níveis de complexidade estão presentes na Figura, para representar a completude e a integralidade do cuidado desde o pré-natal, na Unidade Básica de Saúde, que definirá e regulará, por exemplo, se o parto será na maternidade de alto risco (representada pelo hospital) ou na de risco habitual.

A organização dos serviços de saúde em rede demarcou o papel da Atenção Primária como ordenadora do cuidado, mas, sobretudo, rompeu com o paradigma dos níveis de atenção sobrepostos, com várias portas de entrada para os usuários que, geralmente, não levavam a nenhum caminho que promovesse a resolução do problema de saúde com o qual deu entrada no serviço.

Figura 10 – A lógica das RAS com a Atenção Primária compondo a rede de cuidados



Modelo em rede com a Atenção Primária coordenando o cuidado e realizando as articulações com os outros serviços. Favorável ao vínculo e acompanhamento do usuário; articula o caminho do cuidado com o usuário; mantém a referência da atenção à saúde.

Fonte: MENDES, 2011, adaptado.

Por outro lado, a centralidade da Atenção Primária continua a exigir maior resolutividade, capacidade e poder de coordenação desse nível de atenção nas RAS. Nesse sentido, a articulação entre os serviços no território e a criação de fluxos de encaminhamento e acompanhamento dos usuários tornam-se fundamentais para o sucesso e a resolutividade da Rede, além, é claro, de transferir para o serviço a responsabilidade de alinhar o caminho a ser percorrido pelo usuário, comumente responsável por esta tarefa para garantir o atendimento essencial à sua saúde.

Vamos conhecer um pouco mais sobre a Atenção Primária no tópico a seguir. Procure alinhar os conceitos aprendidos até o momento e tente operacionalizá-los na leitura sobre este nível de atenção à saúde, que compreende, entre outros serviços, o Programa Academia da Saúde.

2.2 Atenção Primária

Atenção Primária é entendida como o primeiro nível do sistema para atenção à saúde de indivíduos e coletividades, de forma contínua e considerando todas as condições de saúde. É o princípio do cuidado. Opera um conjunto de ações e práticas sanitárias que envolvem a prevenção de doenças, a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento.

Sistemas universais de saúde, como os existentes no Brasil, no Canadá e na Inglaterra, não podem dispensar uma Atenção Primária forte e estruturada. Portanto, a Atenção Primária é um forte indicativo sobre qual é o modelo de saúde adotado por determinado país.

No Brasil, a nova organização federativa na saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e a Lei nº 8.080/1990 apontaram a descentralização administrativa e o comando único do setor saúde como caminhos para seu fortalecimento no País, com especial protagonismo municipal. A participação dos municípios preparou o campo para recrudescimento da Atenção Primária.

A organização da Atenção Primária no contexto do SUS começou no início dos anos 90, com as ações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) voltadas para redução da mortalidade infantil e materna, ainda em 1991. Também no início da década, surgiram as primeiras equipes do Programa Saúde da Família (PSF), ampliando as ações realizadas pelo Pacs e contribuindo para a melhoria da Atenção à Saúde.

A publicação da Norma Operacional Básica 96 (NOB-SUS 01/96) consolidou o pleno exercício dos municípios e do Distrito Federal como responsáveis pela saúde de seus munícipes e incluiu o repasse de recursos financeiros para esses programas no Piso da Atenção Primária (PAB), firmando-os como principais estratégias desse nível de atenção à saúde. A evolução do PSF refletirá anos depois no fortalecimento desse programa como Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em 2006, é publicada a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), que a caracterizou como:

SAIBA MAIS



No Brasil a expressão Atenção Básica (AB) é utilizada como sinônimo de Atenção Primária em/à Saúde.

Apesar dessa expressão – AB - ter sido fortalecida nos documentos do Governo Federal brasileiro, o termo Atenção Primária à Saúde ganhou força nos últimos anos.

A expressão Atenção Primária à Saúde (APS) foi cunhada para a Conferência de Alma-Ata, que demarcou, com importância ímpar, os compromissos mundiais para a Atenção Primária e para a Saúde para todos os povos no ano 2000.

A APS significa 'o primeiro contato', 'o que principia o cuidado no primeiro nível de atenção à saúde'.

Inclui a territorialidade, a participação social, os determinantes da saúde, investimento e desenvolvimento sócio-econômico da comunidade (MELLO et al, 2009; STARFIELD, 1998; DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

A Pnab 2006 também enfatiza que a Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As equipes de Saúde da Família permanecem como principal referência desse nível de atenção à saúde. Ressalta-se que, sem a descentralização, pensada nas bases do SUS, não seria possível esse modelo.

Em 2011, a Pnab foi republicada e trouxe novidades para a Atenção Básica, como a flexibilização da carga horária do profissional médico, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), a regulamentação nesse nível de cuidado dos Consultórios de Rua e do Programa Saúde na Escola. Além disso, reconhece a Atenção Básica como sinônimo da Atenção Primária à Saúde (FONTENELLE, 2012).

Em 2017, a Pnab foi republicada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro e trouxe modificações significativas para o cenário da Atenção Básica no SUS, dentre elas a afirmação da Estratégia Saúde da Família como prioritária para expansão da Atenção Básica, ao mesmo tempo que reconhece outras estratégias de organização deste nível de atenção à saúde.

A AB agrega o conjunto de ações primárias para promover a saúde de indivíduos e coletivos. É o nível preferencial de atenção à saúde disponível o mais próximo possível dos cidadãos.

A Pnab enumera vários papéis para a AB, entre eles a coordenação do cuidado nas RAS e a de ser porta preferencial de entrada nessas redes.

A lógica da organização em redes conferiu à Atenção Primária o papel de ordenadora do cuidado nas articulações necessárias ao atendimento das necessidades do usuário para melhoria de sua saúde. Trata-se aqui de mudança de paradigma⁴, ou seja, um novo modelo para a organização dos serviços e da atenção à saúde no País.

A Atenção Primária possui o mais alto grau de descentralização, atuando onde as pessoas vivem. Isso favorece a vinculação dos profissionais com a comunidade e vice-versa, promovendo a acessibilidade e a longitudinalidade do cuidado, imprescindíveis para o alcance do seu objetivo.

Observa-se que, quando falamos sobre Atenção Primária, está implícita a ideia de algo perene, ou seja, um serviço que permanece por muito tempo em atuação no território. Isso implica diretamente na forma, no tipo, na operacionalização e no tempo da produção do cuidado, que, por sua vez, exigem um processo de trabalho diferente daquele implantado em uma policlínica ou hospital. Soma-se a essa observação as demandas emergidas dos contextos sanitário, epidemiológico e social do país. Retomaremos esta questão mais adiante.

Como mencionado, a principal ação de implantação da Atenção Primária no país é a Estratégia Saúde da Família (ESF), composta, tradicionalmente, por profissionais das áreas de Enfermagem, Medicina e Odontologia, além de Agentes Comunitários de Saúde, que formam a base da equipe de Saúde da Família (eSF). As equipes são implantadas pelos municípios na lógica da cobertura territorial, com população adscrita.

⁴ Modelo, exemplo a ser seguido.



ATENÇÃO

Não confunda Atenção Primária com Estratégia Saúde da Família. A primeira é componente do modelo de atenção à saúde no Brasil e estabelece os objetivos, os princípios e as diretrizes para todos os programas que a compõe. Por sua vez, a segunda é uma das estratégias que operacionaliza e compõe a Atenção Primária do Brasil, assim como os demais programas. Portanto, os objetivos, os princípios e as diretrizes da Pnab são para todos os programas que compõem a Atenção Primária, inclusive para o Programa Academia da Saúde.

ATENÇÃO



Mantenha o banco do CNES do município atualizado. Quando houver mudança de profissionais entre equipes, atualize os cadastros. Pois, se um determinado profissional mudar de equipe, mas, no CNES, seu cadastro continuar na equipe anterior, a produção deste profissional não será contabilizada para a nova equipe a qual pertence. Para fazer a atualização do cadastro, observe o cronograma de atualização do CNES, disponível na página <http://cnes.datasus.gov.br>

As diretrizes apresentadas acima devem orientar a organização do processo de trabalho e favorecer, pelo menos, quatro pontos a seguir:

- Informações atualizadas sobre a situação de saúde do território.
- Consonância dos serviços oferecidos com a necessidade da população.
- Conhecimento da situação de saúde do usuário acompanhado.
- Compartilhamento do cuidado entre profissionais e usuários.

2.3 A estratégia e-SUS e o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab)

Sabe-se que informação é a peça-chave em processos de monitoramento, avaliação e organização de ações e serviços. Na Atenção Primária, o registro e o monitoramento das ações e dos procedimentos realizados são feitos no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab). Vamos conhecer mais sobre esse sistema e sua importância.

A partir da estratégia e-SUS AB, os profissionais de saúde da Atenção Primária poderão registrar os dados das práticas e procedimentos diários. Compreende os sistemas de software e-SUS AB com Coleta de Dados Simplificada (CDS), o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a transmissão dos dados para o Sisab.

O e-SUS AB atende a diversos cenários municipais de informatização e conectividade nos serviços de saúde. A depender da infraestrutura de informatização e conectividade de cada UBS e município, os profissionais de saúde podem utilizar a CDS, a partir do uso de fichas, ou o PEC. Esses softwares são gratuitos, podendo ser baixados diretamente do site do DAB, pelo link: <<http://aps.saude.gov.br>>.

Figura 11 – Fluxo de envio dos dados so procedimentos na Atenção Primária.



Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2017.

SAIBA MAIS



O Ministério da Saúde disponibiliza Notas Técnicas para auxiliar no preenchimento e no envio das fichas, observando a qualidade da informação.

Acesse:

aps.saude.gov.br e confira os passos realizados para validar cada ficha enviada pelo município. Como veremos na próxima unidade, o registro de qualidade é essencial para a produção das informações.

Apoio Matricial – Apoio Matricial – Consiste na oferta de retaguarda especializada às equipes de Saúde da Família de referência (ver a definição de território). O apoio especializado pode ser assistencial (com atendimento, aplicação de protocolos, a criação e acompanhamento de Projetos Terapêuticos Singulares, por exemplo) ou técnico-pedagógico (desenvolvimento e aplicação de estratégias favorecedoras da efetividade e integralidade do cuidado; abordagens para a produção do cuidado; orientação às ações de educação em saúde ou fortalecedoras dos outros componentes da Atenção Primária).

De forma geral, funciona assim:

O profissional de saúde registra a ação no prontuário eletrônico e, em alguns casos, nas fichas impressas (de atividade coletiva, atendimento individual quando no domicílio etc.). As informações são digitadas, processadas e enviadas on-line para a base central do Ministério da Saúde.

O sucesso desse fluxo começa com o registro qualificado do procedimento pelo profissional de saúde.

É importante que as informações sobre o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), o Identificador Nacional de Equipes (INE), o número do Cartão Nacional de Saúde e o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) estejam completas e corretas. A incompletude dos dados ou erros na digitação da ficha acarretará na exclusão dela após o processo de validação dos dados. Por isso, necessariamente, a quantidade de fichas digitadas e enviadas pelo município não corresponde à quantidade de fichas validadas pelo sistema. Apenas estas comporão o relatório extraído pela área responsável no Ministério da Saúde para monitorar ou definir envio de recursos financeiros. Por isso, com o objetivo de melhorar o registro de dados, recomenda-se que o município gere relatório de envio a cada remessa (quantidade de fichas) para analisar o percentual de glosa e definir o que é necessário para melhorar o dado que será enviado.

Muitos municípios já desenvolveram e implementaram, ao longo do tempo, tecnologias e estratégias de informatização do processo de trabalho nas suas Unidades Básicas de Saúde. Os municípios que fazem uso de sistemas próprios na Atenção Primária, e que não utilizarão os softwares disponibilizados pelo Ministério da Saúde, também deverão transmitir os dados para o Sisab, por meio da integração entre o sistema próprio e o e-SUS AB.

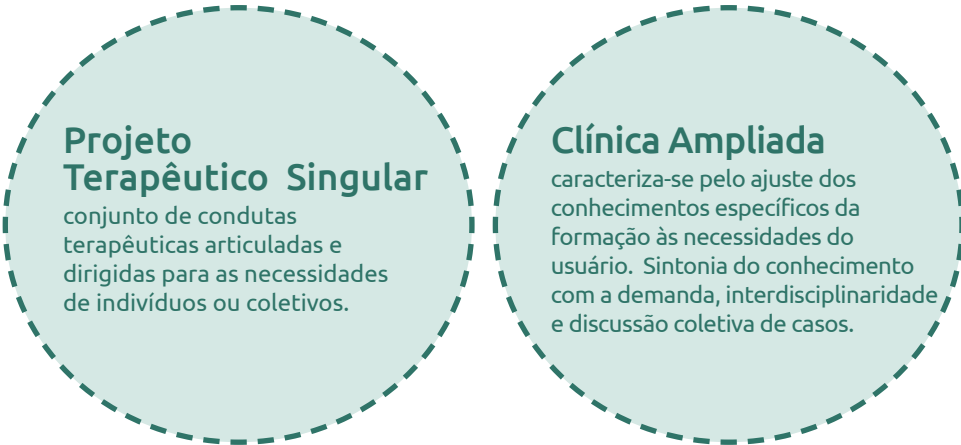
2.4 O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB): possibilidades de abordagens e articulação com o Programa Academia da Saúde

Como mencionado no início deste tópico, a Atenção Primária é composta por vários programas. O Programa Academia da Saúde é um deles. Existem, ainda, o programa Consultório na Rua, com oferta de serviços de saúde de forma oportuna às pessoas em situação de rua, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), entre outros. É sobre o Nasf que falaremos a seguir, pela estreita relação com o Academia da Saúde, como veremos na próxima unidade.

Os Nasf-AB caracterizam-se pela composição multiprofissional e são responsáveis por apoiar as ações de cuidado das eSF e ajudá-las na resolução dos casos que exigem apoio de outros profissionais que não compõem as eSF. Os Nasf-AB atuam realizando apoio matricial às eSF (BRASIL, 2008). Sua cobertura pode alcançar de uma até nove eSF, conforme tamanho do município e modalidade de Nasf-AB implantado. Esse programa é composto por vários profissionais de saúde de nível superior, com exceção da Enfermagem e do profissional médico especializado em Saúde da Família, que já compõem a eSF.

Os Nasf ampliam o repertório de cuidado na Atenção Primária com potencial para aumentar sua resolutividade, o que influi na redução de encaminhamentos e na prestação do cuidado essencial no nível de atenção à saúde mais próximo do usuário. Mas uma atenção! O Nasf não é porta de entrada na Atenção Primária.

No processo de trabalho do Nasf-AB são utilizadas várias ferramentas, entre elas o apoio matricial. Os profissionais do Nasf também lançam mão da clínica ampliada e do Projeto Terapêutico Singular (FIGUEIREDO, 2015).



Vamos operacionalizar estes conceitos?

Leia atentamente o caso fictício a seguir e procure identificar correlações com sua experiência profissional e com o que você estudou até o momento. A partir daqui, vamos trabalhar exemplos utilizando um município fictício de nome Ipês Altos.

O caso do “seu” Francisco

No cotidiano do seu trabalho, Eliete, agente comunitária de saúde (ACS) do município de Ipês Altos, identificou que recentemente uma família mudou-se para o território de sua cobertura. Prontamente, dirigiu-se à residência para conhecer e cadastrar a família. Ao chegar, percebeu que se tratava de uma família grande: pais, quatro filhos de idades variadas – entre 10 e 17 anos – e um senhor de, aproximadamente, 65 anos. Todos os filhos em idade escolar estavam matriculados e frequentavam a escola. O pai trabalhava em um escritório de contabilidade e a mãe, dona Carmem, era profissional liberal da área de vendas, com jornada de trabalho cumprida em casa. Logo, Eliete descobriu que o sétimo membro da família se chamava Francisco e era irmão de dona Carmem.

Na conversa, a ACS descobriu que ele tinha problemas mentais e que, frequentemente, “ficava doido”, gritava e batia a porta do seu quarto várias vezes. Também foi informada de que “seu” Francisco era hipertenso e que a doença estava descompensada pela dificuldade de ministrar os remédios “da cabeça” e ainda o da “circulação”. Ao retornar à UBS, Eliete relatou o caso na reunião de equipe, que decidiu acionar o médico psiquiatra do Nasf-AB para acompanhar o enfermeiro na visita à família. Durante a visita, os profissionais conversaram com dona Carmem, seu esposo e o filho mais velho, Gustavo. O médico acessou os exames do “seu” Francisco e constatou que ele era diagnosticado com esquizofrenia. Incluído na conversa, “seu” Francisco relatou que não gostava quando as crianças entravam em seu quarto e mexiam no rádio, tirando do seu canal preferido. Disse que não era “doido” e que não precisava tomar remédios. O médico logo concordou dizendo que ele não era “doido” ou “louco”, mas que precisava de cuidados profissionais que lhe ajudariam a viver melhor com sua família, consigo mesmo e a diminuir as dores de cabeça por conta da pressão alta. Os profissionais informaram sobre a existência de um Centro de Atenção Psicossocial para atender pessoas com transtornos mentais, que desenvolvia várias atividades com os usuários e suas famílias, mas que ficava em um bairro distante, sendo recomendável, no início, alguém acompanhá-lo no trajeto. A família e o “seu” Francisco acharam uma ótima ideia. No entanto, dona Carmem pontuou a impossibilidade de acompanhá-lo no trajeto, pois tinha que cumprir metas de venda e ir buscar as crianças pequenas na escola. A mesma limitação tinha o seu marido, pois trabalhava 8 horas por dia. Gustavo acenou com a possibilidade de acompanhá-lo duas vezes na semana, quando podia chegar mais tarde no estágio. Com esses elementos, o caso do “seu” Francisco foi novamente discutido, desta vez entre a equipe de Saúde da Família, os profissionais do Nasf-AB de psiquiatria e educação Física e o profissional de nutrição do Programa Academia da Saúde. Depois, a Secretaria de Saúde foi contatada e providenciou a articulação e o encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Os profissionais que discutiram o caso conversaram com o “seu” Francisco e alinharam com ele um projeto terapêutico que incluía a participação nas atividades no polo do Programa Academia da Saúde,

a socialização entre as equipes da UBS e Caps das informações relevantes sobre sua evolução, a participação da família nas atividades do Caps e no polo e idas à UBS para consultas rotineiras e para cuidar de sua saúde bucal, negligenciada há anos. Os agendamentos foram providenciados pela ACS e na semana seguinte, “seu” Francisco começou a fazer parte de um grupo de caminhada às 7 horas da manhã no polo do Academia da Saúde. A ida ao Caps não se concretizou como deveria, pois a distância e a indisponibilidade da família prejudicaram a frequência necessária ao cuidado adequado à saúde do “seu” Francisco. Ele ia ao CAPS “uma vez ou outra”. Tanto a equipe da Atenção Primária como a do Caps não trocaram informações. O que era conhecido restringiu-se à intervenção de cada grupo profissional. O elo entre as equipes era o próprio “seu” Francisco, que relatava aos profissionais da UBS e do Polo o que fazia no Caps e aos profissionais do Caps o que fazia nestes pontos de atenção na Atenção Primária.

Resumindo...

A **Unidade I** iniciou com uma breve linha do tempo sobre a construção do conceito de Promoção da Saúde, envolta nas discussões sobre a determinação social da saúde, que desmonta a ideia da saúde como ausência de doença e a coloca como resultante de processos social, econômico, político e cultural. No Brasil, a Promoção da Saúde ganhou força na gestão pública pela Portaria GM/MS nº 687, de 30 de março de 2006, um marco na definição do conceito para orientar as ações de saúde no território. Muitas das ações prioritárias contidas na primeira e na atual versão da Política Nacional de Promoção da Saúde fazem parte do conjunto de iniciativas a serem desenvolvidas no Programa Academia da Saúde, pois a Promoção da Saúde é um dos lastros desse programa.

Na sequência, o destaque foi para a história da construção do SUS e sua importância na mudança de paradigma das políticas e dos programas de saúde até então desenvolvidos pelo Estado. O SUS é uma conquista da sociedade.

Em relação à organização e à operacionalização do SUS, foi destacada a Atenção Primária, pela importância que ocupa na produção do cuidado e nas Redes de Atenção à Saúde, além de ser o nível de atenção em que se materializam as ações e os serviços do Programa Academia da Saúde. Vimos também que a Atenção Primária é parte do nosso sistema de saúde e confere identidade ao modelo adotado no Brasil. Sua principal estratégia é as equipes territorializadas e multiprofissionais de Saúde da Família. Porém, outros profissionais e programas fazem parte da AB e integram a produção de cuidado nesse nível de atenção à saúde.

O conteúdo apresentado, bem como a importância da apreensão dos conceitos-chaves da Promoção da Saúde, da influência dos Determinante Social da Saúde, da Atenção Primária e suas ferramentas, são fundamentais para a compreensão do tema da unidade seguinte.

Desejamos uma ótima continuação da leitura.



ATIVIDADE

A partir do caso do “seu” Francisco, responda às seguintes questões:

- O caso reflete as possibilidades de cuidado na Atenção Primária?
- Que outro caminho os profissionais poderiam ter seguido para garantir a integralidade do cuidado e a resolução do problema?
- Faltou algum ator-chave para contribuir com o procedimento empregado em todo o processo?
- No caso de um município não ter Caps, que outro caminho poderia ter sido adotado pela equipe da Atenção Primária?
- Na sua opinião, o que contribuiu para a não conexão do diálogo entre as equipes do Caps e da Atenção Primária?



Unidade II

PROGRAMA **ACADEMIA DA SAÚDE** ORIGEM, ESTRUTURA, IMPLANTAÇÃO E GESTÃO

A resposta certa, não importa nada. O essencial é que as perguntas estejam certas.
Mário Quintana - Poeta brasileiro



Ao final desta unidade você deverá ser capaz de:

- Conhecer o Programa Academia da Saúde
- Identificar e problematizar os componentes clássicos para implementação do Programa Academia da Saúde.
- Identificar como deve ser a infraestrutura dos polos do Programa, suas modalidades, seus equipamentos e recursos.
- Conhecer os processos de solicitação de recursos para o Programa.



ORIGEM DO PROGRAMA
ACADEMIA DA SAÚDE
COMO PROPOSTA
NACIONAL PARA O SUS

3

As aproximações construídas na Unidade I foram necessárias à discussão e entendimento do Programa Academia da Saúde como componente da Atenção Primária e, como, tal, com responsabilidades e intencionalidades ligadas diretamente à saúde pública.

Agora, vamos conhecer o que é o Programa Academia da Saúde.

O Programa Academia da Saúde foi criado em 2011, a partir do acúmulo construído por meio de avaliações de experiências existentes no país, especificamente nas capitais: Recife (Programa Academia da Cidade, criado em 2002), Aracaju (Programa Academia da Cidade, criado em 2003), Belo Horizonte (Programa Academia da Cidade, criado em 2005), Curitiba (CuritibaAtiva, criado em 1997) e Vitória (Serviço de Orientação ao Exercício, criado em 1990)⁵.

Entre os resultados das avaliações dos programas mencionados, destacaram-se o aumento dos níveis de atividade física dos usuários, bem como a importância das atividades acontecerem em espaços próximos às comunidades para promover adesão das pessoas (SIMÕES et al., 2009; HALLAL et al., 2009; MENDONÇA, 2009).

Estes estudos também possibilitaram a identificação de características comuns entre os programas. São elas:

- Ações voltados à prática de atividade física;
- Custeio e responsabilidade municipal com a manutenção dos programas;
- Ações dirigidas à toda população;
- Disponibilidade de atividades para todas as faixas etárias; e
- Uso e potencialização de espaços públicos de lazer, de estruturas da rede de saúde local ou de estruturas especialmente construídas para o seu desenvolvimento.

⁵Conheça mais sobre os programas avaliados. Acesse à publicação do Ministério da Saúde sobre avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil. <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf>.

O traço relacionado ao uso de estruturas próprias fortaleceu a ideia de que um programa nacional, a ser desenhado, deveria contemplar estrutura física própria para potencializar as ações, não sobrecarregar os espaços das Unidades Básicas de Saúde e não concorrer com equipamentos de lazer e esportivos que fazem parte de outras políticas nacionais.

Com estas informações e sob a ótica das políticas de Atenção Primária e Promoção da Saúde foi elaborado o Programa Academia da Saúde com o objetivo de ofertar serviços e iniciativas para além das práticas corporais e atividade física, que fossem capazes de compor várias dimensões do cuidado na Atenção Primária, ao mesmo tempo em que desenvolvesse novas práticas capazes de favorecer a melhoria da saúde da população usuária.

Então, não se trata de um modelo de ‘academia de ginástica’, comum no setor privado, que tornou-se pública. Trata-se de uma nova proposta do serviço público, que agrega e operacionaliza ações e temas da promoção da saúde como componentes das práticas de cuidado na Atenção Primária.

Sobre este entendimento, CRUZ, MALTA (2014) destacam que

[...] à luz dessas políticas e das diretrizes das duas políticas nacionais de referência, percebeu-se que o programa a ser inserido no universo da Atenção Básica, essencialmente, deveria ser complementar ao cuidado e promotor de práticas voltadas para a construção de modos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva das pessoas. Desta forma, era exigido ao programa proposto uma diversidade de práticas e abordagem multiprofissional para ser possível aproximá-lo e inseri-lo na complexidade que é a produção da saúde no território e, assim, vislumbrar a construção das mudanças necessárias à promoção da saúde.

O principal objetivo do Programa Academia da Saúde é contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados.

A força do objetivo está presente nos princípios do Programa, que são:

- Participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde;
- Intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações;
- Interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado;
- Integralidade do cuidado;
- Intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações; e
- Territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde.

Ao longo desta Unidade vamos discutir estrutura, características, arranjos, significados e proposta para promover o conhecimento adequado à ótima implementação do Programa no município.

Vamos iniciar apresentando o polo do Programa Academia da Saúde. A existência de um espaço específico para desenvolver as ações e ofertar os serviços foi identificada nos estudos citados anteriormente.

Pensando na importância de uma estrutura específica da saúde para garantir autonomia, programação e sistematização das atividades, o Ministério da Saúde prevê a construção de polos para o desenvolvimento do Programa Academia da Saúde.

O POLO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

4



O polo é o espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações do Programa por ter estruturas próprias e adequadas para tal fim. São considerados estabelecimentos de saúde da Atenção Primária e compõem as Redes de Atenção à Saúde, em consonância com a Pnab.

Existem três modalidades de polos para construção, que se diferenciam pelo valor do repasse financeiro ao município e pela área total construída. Todas as modalidades de polo possuem três componentes: área coberta de apoio (na modalidade básica) e edificação de apoio – nas modalidades intermediária e ampliada –, área descoberta e área de acesso, circulação e paisagismo em todas as modalidades.

Vamos entender melhor esses componentes do polo.

A área coberta de apoio ou a edificação de apoio, nos polos das modalidades básica e intermediária, tem sua funcionalidade referente à proteção ao clima (sol e chuva) e à realização de atividades coletivas, desde roda de conversa, yoga, relaxamento, esporte, ginástica, palestras e oficinas, entre outras.

No polo da modalidade ampliada a área coberta é a própria estrutura construída, composta por sala de vivência, sala de acolhimentos, banheiros, depósito e demais estruturas previstas na portaria de construção do polo. Pelo tamanho, esta área construída proporciona a realização de atividades simultâneas, individuais e coletivas, como, por exemplo, uma roda de conversa na sala de vivência e um atendimento individual na sala de orientação.

A área descoberta é um espaço que deve ter uma parte livre, para atividades coletivas sem uso de aparelhos, e outra que poderá ser preenchida por equipamentos e estruturas para a prática de exercício físico.

Em relação a área com equipamentos, a disposição dos mesmos deve ser organizada de maneira a garantir a circulação de várias pessoas ao mesmo tempo (espaço para circulação) e a realização do exercício nas várias amplitudes, ou seja, alongamentos com extensão corporal que não atrapalhem as pessoas em outro equipamento e que não tornem um par de pernas estendido um obstáculo ou uma armadilha para as pessoas ao redor, gerando acidentes.

A Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017, descreve, no anexo 1, os tipos de equipamentos previstos para o polo. Quer visualizar os equipamentos? Dá uma olhada no 'Manual de Infraestrutura dos polos' na página do Programa <http://aps.saude.gov.br/ape/academia>

Caso tenha olhado o manual mencionado, você se deparou com a orientação para implantar equipamentos fixos, de alvenaria com ferro, madeira ou outro material adequado.

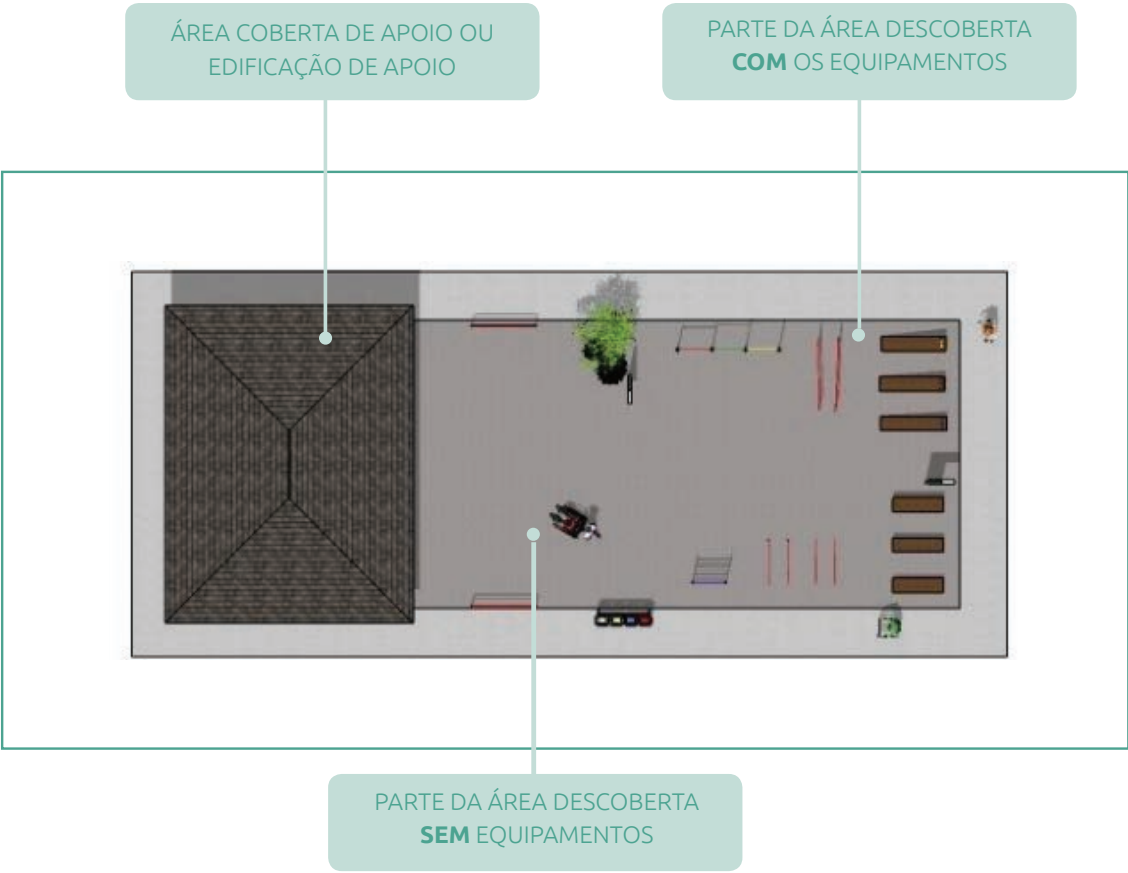
Vamos explicar por que esta opção:

1. São equipamentos comuns em vários lugares de lazer do mundo, fáceis de serem utilizados com instruções e ilustrações apresentadas em placas.
2. Em relação ao movimento, por serem fixos, exigem um maior trabalho corporal, o que facilita a percepção do esforço por quem está realizando.
3. São resistentes à exposição climática.
4. São de maior durabilidade se construídos ou fixados corretamente, além de não exigirem regulagem ou lubrificação e a manutenção ser de baixo custo.

Os equipamentos devem favorecer outras vivências corporais aos usuários e podem ser utilizados a qualquer momento, mesmo não havendo atividades no polo.

A construção dos equipamentos foi flexibilizada para os municípios. A obra pode existir sem eles, mas a metragem total correspondente à modalidade de cada polo deve ser garantida. Ou seja, optando-se por não incluir os equipamentos descritos no Anexo 1 da Portaria consolidada nº 5/2017, a área livre ficará ampliada. Em hipótese alguma os equipamentos do Anexo 1 podem ser substituídos por outros tipos de equipamentos. A outra parte da área descoberta deve ficar livre para ser utilizada com atividades variadas. O conceito da área descoberta é de multiuso ou multiutilidade a serviço dos objetivos do Programa. Essa área é uma chamada à criatividade. Por exemplo, podem ser feitos furos com proteção móvel para favorecer a instalação de redes – tênis, vôlei, peteca, badminton, entre outros. Também nesse espaço podem ser realizadas festas comemorativas, reuniões ou feiras relacionadas às ações do polo.

Figura 12 – Planta baixa do polo da modalidade ampliada do Programa Academia da Saúde com áreas especificadas.



Fonte: Elaboração Flávia Leite (2014).

Ressalta-se que poderão ser incluídas outras estruturas físicas no polo, as quais serão consideradas complementares, a cargo de recurso próprio do município ou Distrito Federal, ou seja, não utilizando recursos destinados à saúde. Nessa condição, o município pode incrementar o polo com pista de caminhada ou corrida, quadra esportiva, piscina, bicicletário, cobertura da área do polo etc.

Vale destacar que a estrutura do polo traça sua identidade no imaginário social e fomenta práticas de saúde pouco usuais como componentes do cuidado. As ações coletivas são a principal marca do Programa.

A visibilidade também se destaca como uma característica do polo, que deve favorecer, minimamente, o aparecimento desses elementos identitários. A utilização do polo e sua dinamização devem transparecer como um “cartão de visitas” de um programa de promoção da saúde.

O polo é um espaço de lazer?

O lazer é um direito. Está previsto como componente da saúde no art. 3º da Lei nº 8.080/1990, que trata, entre outras coisas, sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sim, o polo é um espaço de lazer! No entanto, possui intencionalidades relacionadas à saúde nas dimensões da prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e na promoção da saúde. Não é um espaço livre como uma praça pública, onde as pessoas ocupam conforme seu tempo livre para fazer o que desejam. É um espaço com utilização programada e que pode ser potencializado pela comunidade em parceria com os profissionais de saúde, sem secundarizar ou substituir as ações de saúde por outras que não estejam vinculadas aos objetivos do Programa. Não deve ser murado ou ter qualquer barreira que possa inibir ou dificultar o acesso das pessoas ao espaço.

O polo é o principal espaço para desenvolver o Programa Academia da Saúde. Porém, não é o único! Na literatura, especificamente relacionados ao lazer e à atividade física, mas que podem ser apresentados como exemplo nesse contexto, há vários elementos que determinam a adesão ou não ao espaço público ou à atividade de lazer. Entre eles, destacam-se a proximidade da residência, as atividades oferecidas ou proporcionadas

pela estrutura física do espaço, horários das atividades, o reconhecimento do espaço como parte da paisagem local, a segurança pública.

Cabe ao(s) profissional(ais) avaliar(em) outras oportunidades para divulgação do Programa Academia da Saúde e de desenvolver ações com pessoas ou grupos que não aderiram ao serviço. Necessariamente, essas pessoas não precisam ser transportadas para o polo, mas o(s) profissional(ais) que atua(m) no Programa, pode(m) incluir na programação a realização de atividades em praças, centros sociais, na UBS, voltadas para a saúde do trabalhador etc. Recomenda-se o mapeamento ampliado do território incluindo os equipamentos sociais e os programas afins em andamento, favorecendo a intersetorialidade e a ampliação das ações do Programa para além do polo.

4.1 Ao que devemos ficar atentos na construção do polo?

São várias as dimensões que determinam o local onde será implantado o polo. Por exemplo, na dimensão política, a força da comunidade pode conduzir o gestor para a escolha do local. Porém, uma das mais importantes, presente em qualquer um dos aspectos a ser observado, é a localização. Elementos relacionados à vulnerabilidade social, à mobilidade, aos ambientes afetivos e à acessibilidade devem guiar a escolha do local de implantação do polo.

Vamos entender melhor estes conceitos:

- Vulnerabilidade social: o reconhecimento socioterritorial das vulnerabilidades é muito importante para a construção dos polos, pois sabemos que a vulnerabilidade social resulta da ausência de renda; do trabalho precário ou informal e do desemprego; das dificuldades de acesso aos serviços públicos; das diversas formas de discriminação; ou mesmo da perda das relações sociofamiliares.
- Mobilidade: pode ser definida como atributo associado às pessoas e aos bens que corresponde às diferentes respostas dadas por indivíduos e agentes econômicos às suas necessidades de deslocamento, consideradas as dimensões do espaço urbano e a complexidade das atividades nele desenvolvidas.

- Ambientes afetivos: são lugares sustentáveis com características físico-espaciais que proporcionam qualidade de vida, possibilidades de escolha, igualdade de oportunidade, progresso social, crescimento econômico e boa aparência, ou seja, são ambientes bem-sucedidos na segurança, no acesso às oportunidades de bens e serviços, na funcionalidade e nas sensações de prazer e bem-estar. São lugares acolhedores e dinâmicos onde as pessoas querem estar.
- Acessibilidade: segundo a NBR 9050/04/ABNT, é definida como a possibilidade e a condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, dos mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004).

O conhecimento desses conceitos pode permitir que as atividades e atribuições propostas pelo polo do Programa definam a escolha de um ambiente acolhedor e dinâmico no qual os indivíduos queiram estar. Lembre-se: a localização do polo precisa estar conectada com a comunidade.

Agora que você conhece a história do Programa Academia da Saúde e sua estrutura – o polo –, vamos discutir no próximo tópico os incentivos financeiros para construção do polo e custeio do Programa.

4.2 Incentivos financeiros para implantação do Programa

Os recursos financeiros para a implantação do Programa Academia da Saúde são de duas naturezas:

- De capital, destinado à construção dos polos, com valor definido pela modalidade escolhida; e
- De custeio, para manutenção e funcionamento do polo.

SAIBA MAIS

Em setembro de 2017, o Ministério da Saúde consolidou todas as portarias do SUS e gerou seis portarias, chamadas de Portarias de Consolidação, revogando todas as outras. As informações sobre o Programa Academia da Saúde estão distribuídas nas portarias nº 1 (sobre envio de informações de procedimentos ao Sisab); nº 5 (objetivos, ações, diretrizes, modalidade de polos, grupo de apoio à gestão do polo, regras sobre o incentivo de custeio, critérios de similaridade); e nº 6 (regras e critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento e custeio, manutenção do repasse do incentivo de custeio).

Ambos os recursos são transferidos Fundo a Fundo (do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde), com destaque para o de custeio, repassado por meio da Ação orçamentária 217U (Apoio à manutenção dos polos do Academia da Saúde). Ressalta-se a responsabilidade tripartite, na qual os municípios assumem o compromisso de garantir o funcionamento do Programa, com apoio dos respectivos estados.

Para cada recurso estão previstas regras em portarias para sua obtenção e utilização. Vamos destacar as principais delas em cada recurso.

4.3 Recursos de investimento (capital)

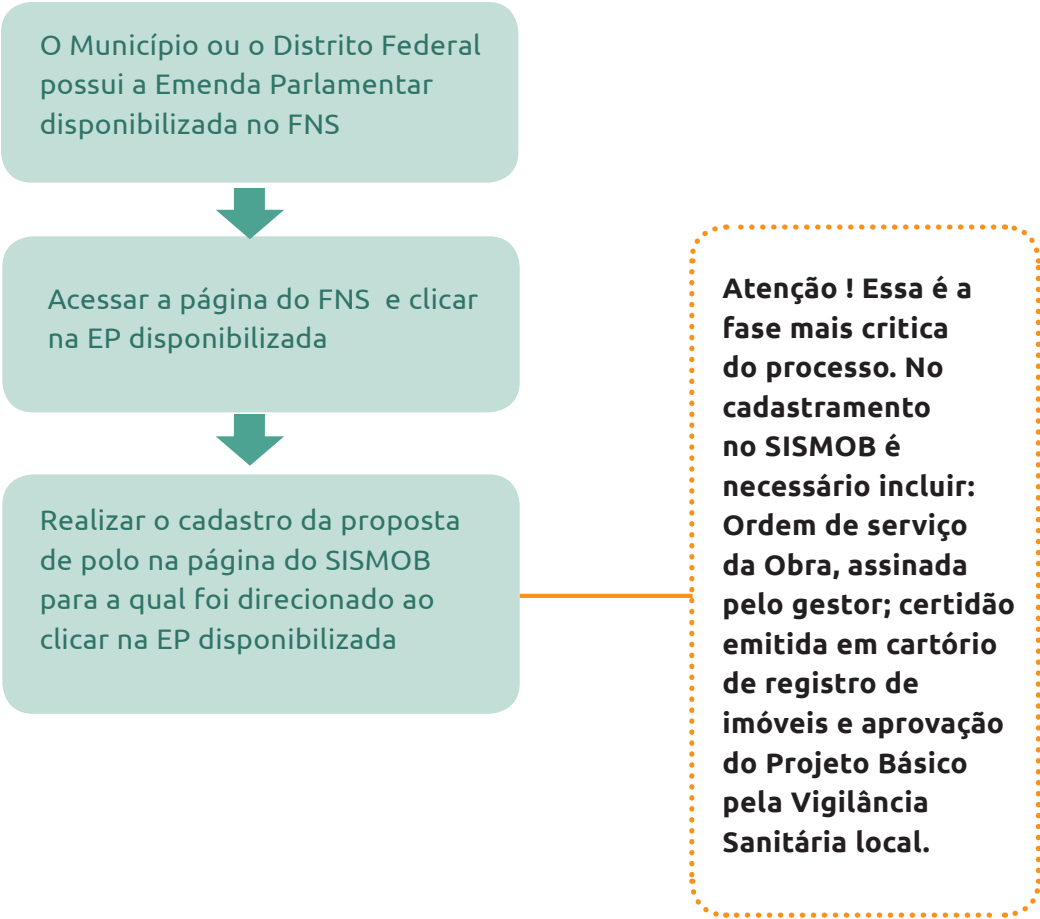
Destinado à construção do polo, ou seja, fazer uma obra física onde não existe alicerce algum construído. Isso exclui possibilidades de reforma e ampliação de estruturas que já existem. A Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, é a principal legislação a ser seguida no processo de construção do polo do Programa Academia da Saúde.

A obrigatoriedade de licitar está fundamentada no art. 37, XXI, da Constituição Federal, para contratação de obras, serviços, compras e alienações, ressalvados os casos especificados na legislação. A Lei nº 8.666/1993, no art. 2º, exige licitação para obras, serviços – inclusive de publicidade –, compras, alienações, concessões, permissões e locações (BRASIL, 2017b).

Os recursos para construção de polo são oriundo de Emendas Parlamentares (EP). Portanto, cabe ao município conseguir uma EP, e que esta seja disponibilizada no Fundo Nacional de Saúde (FNS) pelo parlamentar. Após a disponibilização, o município deve acessar o FNS e clicar na EP. Logo, será direcionado à página do Sistema de Monitoramento de Obras da Atenção Primária (SISMOB) para cadastrar a proposta.

Funciona assim:
Atenção para as responsabilidades dos envolvidos no processo de solicitação de Emendas Parlamentares:

Figura 13 – Fluxo de solicitação de recursos financeiros para construção de polo



Fonte: elaboração própria.

O parlamentar deve cadastrar a Emenda no Sistema Integrado de Planejamento e Orçamento (Siop) para o Programa Academia da Saúde, incluindo o CNPJ da entidade para a qual a Emenda é destinada. Após essa etapa, o município beneficiado deve acessar o Fundo Nacional de Saúde (www.fns.saude.gov.br) e indicar dentro da Funcional Programática o objeto – no caso Programa Academia da Saúde. O acesso ao Fundo Nacional de Saúde é realizado com a inserção do CNPJ e da senha do município. Caso o município não possua ou não saiba qual a senha, solicitar à Divisão de Convênios (Dicon) do respectivo Núcleo do Ministério da Saúde no estado.

O processo de indicação da Emenda e do valor pelo município terá continuidade ao clicar no botão INICIAR PROPOSTA, que direcionará para o sistema correspondente à natureza da emenda. Para o Programa Academia da Saúde, o sistema para construção de polo é o Sistema de Monitoramento de Obras da Atenção Primária (Sismob), que deverá ser acessado com a digitação do CPF do responsável no município. No Sismob, a proposta é cadastrada e finalizada. O município deve acompanhar o andamento e verificar se há demandas como diligências solicitando adequações na proposta.

As demais regras para construção estão disponíveis na Portaria do Programa Academia da Saúde, que trata dos incentivos de investimento e custeio.

Os incentivos financeiros de investimento são para a construção de três modalidades de polo:

Mais detalhes sobre as modalidades de polo, bem como a identidade Visual do espaço (totens, placas, etc.) acesse a página do programa pelo caminho mencionado anteriormente. Você encontrará estes e outros subsídios na pasta Material de Apoio.

Figura 14 – Polo da modalidade básica, Marcelândia, Mato Grosso



Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob/MS).

Básica:
recomendada para quando houver terreno próximo a qualquer equipamento de saúde da Atenção Primária, como UBS, posto de saúde, etc.

Figura 15 – Polo da modalidade intermediária, Presidente Kennedy, Tocantins



Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob/MS).

Intermediária:
diferencia-se da básica por possuir local para guarda de materiais e banheiro. Por isso, pode ser construída mais distante do equipamento de saúde de referência.

Figura 16 – Polo da modalidade ampliada, Lajeado, Rio Grande do Sul

Ampliada: obra física de grande porte, que pode ser localizada em qualquer local do território de saúde.



Fonte: Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob/MS).

Um elemento importante no processo de solicitação de incentivo financeiro de capital foi a publicação da Portaria nº 381, de 6 de fevereiro de 2017, que trata das transferências, fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios para execução de obras de construção, ampliação e reforma, que implicou diretamente no processo de repasse de recursos para obras de polo do Programa Academia da Saúde.

A seguir, mostraremos um quadro com as principais mudanças:

ATENÇÃO !

Propostas de construção de polos habilitadas antes da Portaria nº 381/2017 obedecerão aos dispositivos vigentes à época de sua habilitação no que se refere ao pagamento em parcelas e à documentação para solicitação de novas parcelas e prazos para superação das etapas. Nas demais questões, aplica-se o disposto na Portaria Consolidada nº 6/2017, que contém os artigos da Portaria nº 381/2017.

Atenção! Não estão previstos recursos para ampliação de polo. Defina a modalidade conforme o interesse do território. Leve em conta conhecimentos sobre a população, cobertura da Atenção Primária e outros pontos que discutiremos mais adiante.

Quadro 2 – Impactos da Portaria nº 381/2017 no processo de solicitação e repasse dos incentivos de investimento para o Programa Academia da Saúde

Itens alterados	Antes da Portaria nº 381/2017	Após a Portaria nº 381/2017
Valor do recurso financeiro de capital, por modalidade de polo	Modalidade Básica: 80 Mil Reais Modalidade Intermediária: 100 Mil Reais Modalidade Ampliada: 180 Mil Reais	Modalidade Básica: 81 Mil Reais Modalidade Intermediária: 125 Mil Reais Modalidade Ampliada: 218 Mil Reais *
Forma de transferência do recurso financeiro de capital	Pagamento em 3 parcelas	Pagamento em parcela única
Documentos exigidos para a transferência do recurso financeiro de capital	Documentos solicitados conforme a parcela (ordem de serviço para segunda parcela e atestado de conclusão da obra para terceira parcela)	Ordem de serviço assinada pelo gestor, certidão emitida em cartório de registro de imóveis e aprovação do projeto básico pela Vigilância Sanitária para o pagamento da parcela única
Prazos para execução e conclusão do polo	Prazo de 9 meses para solicitar a segunda parcela e prazo de 18 meses para emitir o atestado de conclusão da obra	Prazo de 42 meses para conclusão da obra
Pedido de alteração de endereço do polo	O pedido de alteração de endereço poderá ser feito antes do recebimento da 2ª parcela	A alteração de endereço é permitida somente antes da aprovação da transferência da parcela única
Monitoramento da situação dos polos	Recebimento das segunda e terceira parcela atrelado às informações inseridas nos sistemas (Sistema do FNS ou SISMOB)	A falta de resposta às notificações, que foram enviadas às propostas com prazo vencido para a inserção da informação no SISMOB sobre as etapas de execução da obra, resultará na desabilitação da proposta
Inserção dos documentos das propostas habilitadas em 2011 ou 2012	Inserção dos documentos das propostas habilitadas em 2011 ou 2012 no Sistema do FNS	Inserção dos documentos das propostas habilitadas em 2011 ou 2012 no SISMOB

Fonte:. Elaboração própria, 2017.

4.4 Recursos financeiros de custeio

Este tipo de incentivo financeiro está previsto na portaria que trata dos recursos de custeio e investimento do Programa Academia da Saúde. É repassado após aprovação do Ministério da Saúde do cadastro do polo, realizado pelo gestor municipal no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde (Saips). Busque na internet por SAIPS MS e conheça o sistema.

O cadastro no Saips pode ser realizado quando a obra de construção do polo estiver concluída – para habilitações após a publicação da Portaria nº 381/2017 – ou após a aprovação ou o recebimento fundo a fundo da terceira parcela da construção do polo, para os polos habilitados entre os anos de 2011 e 2016. O município que desejar cadastrar um polo como similar deverá inserir a proposta no Saips. Cada polo corresponde a um cadastro no Saips.

A Portaria consolidada nº 5/2017 unifica o custeio do Programa na Secretaria de Atenção Primária à Saúde, que repassará, mensalmente, por transferência regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, o valor correspondente ao total de polos ao qual o município faz jus.



SAIBA MAIS

Segundo a Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002, as despesas correntes (custeio) são destinadas à aquisição de materiais de consumo e reforma, e as despesas de capital (investimento) à construção, à ampliação e à aquisição de equipamentos e material permanente.

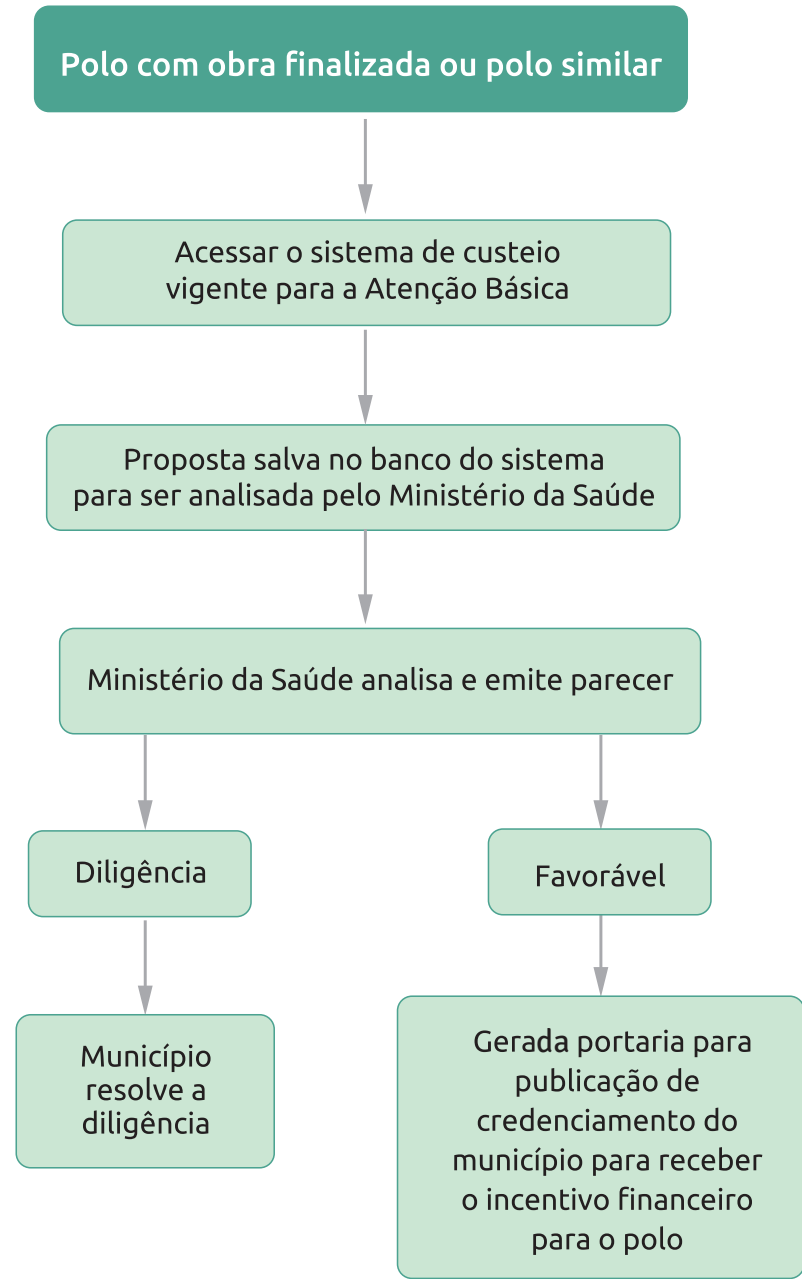
Material de consumo é aquele que, em razão do uso corrente e da definição da Lei nº 4.320/1964, perde normalmente a identidade física ou tem a utilização limitada há dois anos. Podemos citar: combustíveis; gás engarrafado; sementes e mudas de plantas; gêneros de alimentação; material de construção para reparos em imóveis; material de proteção e segurança; material de expediente; materiais para copa e cozinha; produtos de higienização; material gráfico e de processamento de dados; material para esportes e diversões; material para fotografia e filmagem; material; uniformes, tecidos e aviamentos; material de artesanato; entre outros materiais não duradouros.

Material permanente é aquele que, em razão do uso corrente, não perde a identidade física ou tem durabilidade superior a dois anos. Podemos citar: aparelhos e equipamentos de comunicação; equipamentos e utensílios médicos; aparelhos e equipamentos para esporte e diversões; aparelhos e utensílios domésticos; coleções e materiais bibliográficos; instrumentos musicais e artísticos; aparelhos de som; máquinas fotográficas e de filmagem; aparelhos e equipamentos gráficos; aparelhos e utensílios de escritório; ferramentas e utensílios de oficina; mobiliário em geral; veículos diversos, entre outros.

Para saber sobre a natureza de despesas acesse a Portaria nº 448, de 13 de setembro de 2002, no endereço: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/Port_448_2002.pdf>.

Veja, a seguir, o fluxo de solicitação de custeio:

Figura 17 – Fluxo de solicitação de incentivo financeiro de custeio



Fonte: Elaboração própria.

Cabe destacar que o incentivo de custeio poderá ser suspenso quando não houver alimentação regular dos banco de dados nacionais; por inconsistências no Sistema Nacional de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); não envio da produção no Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) e por identificação, por meio de auditoria federal, estadual ou municipal, de malversação ou desvio de finalidade na utilização dos recursos (BRASIL, 2017a).

Recomenda-se o acesso rotineiro à página do Programa Academia da Saúde para conferir todas as informações necessárias ao bom andamento do Programa no município.

É oportuno salientar que, para o melhor funcionamento do polo são necessários materiais adequados às atividades propostas. É recomendável que, antes da aquisição deles, sejam definidas quais atividades e serviços serão desenvolvidos no Programa. A partir do recebimento do custeio, o município deve organizar o planejamento financeiro para esta compra.

Aqui vão alguns exemplos de materiais de consumo que podem ser adquiridos. Vale lembrar que é necessário corresponder às ações e aos serviços planejados para o Programa. São eles: bolas esportivas (futebol, vôlei, basquete, tênis etc.), raquetes, cordas, colchonetes, redes (futebol, vôlei, tênis etc.), bombas de encher bolas, bolas de pilates, medicine ball, jogos de salão (xadrez, dama, gamão, dominó etc.), cones, tintas para pintura de rosto, cartolinas, pincéis, tinta para quadros, telas para pintura, cavaletes, tesoura, cola branca, peças de tecido, cartolinas, pincel atômico, material de aviamento (linhas, agulhas, bastão de cola quente, pistola de cola quente, botões, miçanga), entre outros.

Material permanente é contrapartida do município. Alguns exemplos são: geladeira, retroprojeto, tela de projeção, ar-condicionado, esteira, fogão, bicicleta ergométrica, mesas, entre outros; todos em sintonia com as ações e os serviços planejados para o Programa.

ATENÇÃO

Os serviços e as atividades propostas para o Programa são os definidores de qual(ais) profissional(ais) de saúde será(ão) o(s) responsável(eis) pelo desenvolvimento deles, não o contrário. Por isso, é fundamental que o município defina primeiro o papel do Programa na Rede de Saúde.

Definir e planejar antecipadamente as ações e os serviços que serão desenvolvidos nos polos evitam que materiais e equipamentos fiquem em desuso e o dinheiro público seja desperdiçado.

Importante!

Você sabe quando o município é descredenciado para o recebimento do incentivo de custeio do Programa Academia da Saúde?

Isto acontece quando a solicitação feita no SAIPS é publicada em Portaria, habilitando o município ao recebimento do valor mensal, e o mesmo não envia produção do polo por quatro meses consecutivos. Com o descredenciamento, o município terá que fazer novo cadastro da proposta no SAIPS.

Você sabe quando o município tem o repasse do incentivo de custeio suspenso? Isto acontece em quatro situações:

1. quando a produção do polo não é informada por três meses consecutivos;
2. quando o CNES que deveria ser do polo referenciar outro estabelecimento de saúde. Neste caso, a suspensão ocorrerá no mês seguinte à verificação da irregularidade;
3. quando a carga horária do(s) profissional(ais) vinculado(os) ao polo for diferente ou inferior a que está prevista em Portaria. Neste caso, a suspensão ocorrerá no mês seguinte à verificação da irregularidade; ou
4. quando o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) do profissional vinculado ao polo não condizer com os profissionais previstos em Portaria. Neste caso, a suspensão ocorrerá no mês seguinte à verificação da irregularidade.

ELEMENTOS NECESSÁRIOS À COMPREENSÃO, À ORGANIZAÇÃO E AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE 5



É fato que no nome do Programa, a palavra ‘Academia’ seguida de ‘Saúde’ pode remeter, no imaginário popular, às academias de ginásticas ou musculação que comumente vemos por aí. Porém, a definição da palavra Academia traz outras possibilidades para o entendimento sobre seu objetivo. No Dicionário da Língua Portuguesa, nas quatro primeiras definições, o verbete “academia” significa: “1 Lugar aprazível e solitário em que Platão ensinava filosofia. 2 Escola de qualquer filósofo. 3 Escola de instrução superior (faculdade). 4 Instituto ou agremiação científica, literária ou artística, particular ou oficial” (MICHAELIS, 2017a).

As demais definições encontradas seguem a mesma lógica e referenciam ao ponto de encontro de intelectuais, alunos, cientistas, acadêmicos em geral. Mas, o que queremos destacar é a intencionalidade do espaço, destinado ao conhecimento, sua experimentação, elaboração, ressignificação, socialização e divulgação. O Programa Academia da Saúde deve favorecer todas essas possibilidades.

Nessa lógica, são previstas para o desenvolvimento do Programa várias possibilidades de práticas de cuidado em saúde, embasadas em oito componentes, que são, ao mesmo tempo, eixos e ações a serem desenvolvidas localmente pelo Programa:

1. Práticas corporais e atividades físicas.
2. Produção do cuidado e de modos de vida saudáveis.
3. Promoção da alimentação saudável.
4. Práticas integrativas e complementares.
5. Práticas artísticas e culturais.
6. Educação em saúde.
7. Mobilização da comunidade.
8. Planejamento e gestão.

A ação relativa à produção do cuidado e modos de vida saudáveis será abordada de forma transversal na discussão das demais ações.

Vamos conhecer melhor cada uma delas no contexto do Programa Academia da Saúde:

5.1 Práticas Corporais e Atividades Físicas

Práticas corporais são expressões individuais ou coletivas do movimento corporal, advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica, construídas de modo sistemático (na escola) ou não sistemático (tempo livre ou lazer) (BRASIL, 2012).

As práticas corporais expressam sentidos e significados quando vivenciadas. Vai além de objetivos como ‘perder peso’ ou ‘suar’. Implica na relação emocional do sujeito com a prática escolhida para ser vivenciada, que deve crescer na ampliação de experiências corporais. As Práticas corporais possuem uma identidade histórica que as localizam no tempo e no espaço, além de identificarem costumes e culturas de povos de todo o mundo. Neste conceito, o corpo expressa, pelo movimento, uma ou várias linguagens.

Essa compreensão faz toda diferença na abordagem pedagógica a ser utilizada quando o profissional de saúde inclui as práticas corporais como componentes do cuidado. Por exemplo, se há uma proposta de um grupo de dança, compreender que a dança possui elementos como harmonia, sequência, repetição e técnica para ser realizada implica trazer para o momento desse grupo informações e oportunidade de aprendizagem, no mínimo, dos “passos” das danças vivenciadas para que os participantes possam dançar em outros lugares, além do polo.

Vamos ao exemplo:

Figura 18 – Encenação do Pastoril – polo Academia da Cidade Jovem, Recife, Pernambuco.



Fonte: acervo próprio.

Imagine a situação: você olha alguém dançando com uma pequena sombrinha colorida, saltando, cruzando as pernas e passando a sombrinha entre elas.

Qual é a dança?

A chance de você responder Frevo é muito alta. Os movimentos realizados e o adereço utilizado pela pessoa que dança no exemplo forneceram elementos para você identificar qual é a dança e de qual local do Brasil ela é originária. Assim acontece com o Funk, Catira, Forró, Côco de Roda, Vaneirão e outras. Mesmo se você não conhecer a dança, ainda assim, é possível dizer se ela é ou não brasileira. Portanto, as práticas corporais encerram identidades culturais de povos.

Isso não é possível de fazer observando alguém correr, subir escadas, fazer aula de ginástica aeróbica ou caminhar rápido. Estas são chamadas de atividades físicas.

Atividade Física é compreendida na literatura como “qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resultem em gasto energético, não se preocupando com a magnitude desse gasto de energia” (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985).

A prática de atividade física deve ser incentivada dentro e fora do polo. Existem recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) voltadas à saúde. Veja a seguir:

De 5 a 17 anos - Praticar, pelo menos, 60 minutos de atividade física de moderada (caminhar rápido, jogar volei, dançar, etc.) à vigorosa (pular corda, jogar futebol, correr, etc.) por dia.

De 18 a 64 anos - praticar, no mínimo, 150 minutos de atividade física moderada por semana ou 75 minutos de atividade física vigorosa (correr, pedalar) por semana ou a combinação das duas.

De 65 anos ou mais - devem praticar atividade física, pelo menos, três vezes na semana. A recomendação para adultos pode ser utilizada para esta faixa etária.

As recomendações devem servir como norte para organização no polo. No entanto, qualquer tempo que o sujeito destinar à prática de atividade física fora ou dentro do Programa, é valioso.

A prática da atividade física desenvolvida pelo profissional do Programa Academia da Saúde deve sempre observar estas recomendações para produzir efeito na saúde dos usuários. Conhecê-las é importante para organizar as atividades.

Sempre que possível, evite dividir grupos por faixa etária. Ao contrário disso, além das atividades já propostas, crie outras, atrativas para as diversas faixas etárias.

“GENTE, TODA QUARTA-FEIRA TEM AULÃO COM TODOS OS RITMOS. TRAGAM SEUS AMIGOS, FILHOS E VIZINHO! 11

“PESSOAL, DEPOIS DESSA GINÁSTICA VAMOS TER AULA DE FUNK! 11

No Programa Academia da Saúde, a oferta de práticas corporais e atividade física deve observar duas coisas: ir além da prevenção de doenças e promover aprendizagens.

Promover aprendizagens requer apresentar todos os elementos constituintes da prática, como história, técnicas, passos, postura, frequência, formas e benefícios para que o sujeito compreenda seu significado e importância e possa incluí-las em seu cotidiano, independente de fazê-las ou não no polo do Programa.

Para exemplificar, imagine se, ao invés da pessoa estender o braço para o profissional verificar os batimentos cardíacos por minuto com os dedos no pulso após uma atividade, ela mesma o faça! Assim como, aprender a fazer sua própria pesagem; ler e interpretar a tabela de Índice de Massa Corporal (IMC); saber fazer movimentos de Tai Chi Chuan sincronizados com a respiração; identificar sinais de fadiga, e, muito importante, saber o “porquê” de estar fazendo e de como adaptar as atividades, caso não tenha as mesmas condições postas no momento em que as vivenciou pela primeira vez.

Incentivar e orientar a prática de atividade física além da realizada no polo também faz parte da abordagem do profissional. Recomende deslocamentos ativos, uso seguro de bicicletas, patins e similares, atividade possíveis de serem feitas em casa ou no trabalho.

Cabe lembrar que qualquer recomendação ou vivência deve estar contextualizada na realidade, na disponibilidade e no conhecimento do indivíduo para que produza empatia, adesão e efeito.

Aprendizagem produz autonomia.

Figura 19 – Polo Academia da Saúde Francisco Amorim da Franca. Nova Olinda, Ceará.



Fonte: Acervo próprio, 2016.

5.1.1 Atividades físicas adaptadas (AFA)

Podemos visualizar claramente a diversidade existente em nosso cotidiano, bem como, perceber em cada pessoa as suas diferenças individuais, onde cada uma desta, apresenta-se com as suas habilidades e dificuldades, e que, muitas vezes, não são aceitas pela sociedade em geral. A atividade física muito tem a contribuir neste processo através de suas práticas refletidas, rompendo as barreiras do preconceito, promovendo a inclusão e oportunizando educação, saúde, trabalho, lazer e acima de tudo as práticas corporais (COSTA, 2015).

A Atividade Física Adaptada (AFA) aborda as dificuldades biopsicossociais da população tida como de baixo rendimento motor, intelectual e sensorial: pessoas que possuem algum tipo de deficiência, seja na parte física, sensorial, intelectual e ainda pessoas com deficiência múltipla e com Transtorno do Espectro Autista.

A AFA, segundo Auxter et al (2010), é a arte e a ciência de desenvolver, implementar e monitorar um programa de ensino de atividade física cuidadosamente projetado para uma pessoa com deficiência, com base numa avaliação global, para proporcionar as habilidades necessárias para uma vida rica em lazer, recreação, esporte e experiências para melhorar a aptidão física e bem-estar, além de atividades que variam entre exercícios terapêuticos e reabilitatórios, até a função de preparação para a vida e promoção da saúde.

É fundamental que os profissionais envolvidos com o Programa Academia da Saúde identifiquem a necessidade de adaptação das atividades e de oferta de serviços para pessoas com deficiência. Cabe destacar que, esperar que estas pessoas cheguem ao polo, pode não ser uma boa estratégia, dadas as dificuldades como locomoção, necessidade de acompanhante, mobilidade prejudicada por ausência de calçadas, rampas e afins, que interferem na escolha em participar do Programa. Aqui, especialmente, deve-se lançar mão da busca ativa.

Organizar atividades físicas adaptadas pode acontecer de forma exclusiva para um grupo específico, um usuário ou a adaptação de uma atividade para um grupo heterogêneo com o objetivo de

garantir a inclusão satisfatória da pessoa com deficiência que deseja ou esteja participando da mesma.

Vamos conferir algumas possibilidades:

a) Adaptação de material e sua organização (tempo disponível, espaço e recursos acessíveis). É possível realizar algumas adaptações, como: reduzir o tempo; adequar os espaços, as distâncias, os equipamentos e os mobiliários; utilizar materiais com cores mais fluorescentes; usar diferentes formas, texturas e tamanhos, dentre outros. Por exemplo: em um jogo de voleibol pode-se diminuir a altura total ou de um dos lados da rede.

b) Adaptação no planejamento do polo, a partir da demanda identificada, para incluir a AFA entre as atividades ofertadas. Desta forma, promove-se o fortalecimento das mesmas como componente do cuidado em saúde.

c) Aplicar uma metodologia adequada à compreensão de todas as pessoas participantes da atividade. Para tanto, usar estratégias e recursos que despertem nelas o interesse e a motivação, através de exemplos concretos, incentivando a expressão e criatividade. Por exemplo: uma pessoa com deficiência intelectual, em geral, tem mais dificuldade para interpretar conteúdos abstratos, o que exige estratégias diferenciadas por parte do profissional.

d) Adaptações de objetivos e conteúdos visando adequá-los os objetivos e conteúdos, quando necessário, em função das necessidades da pessoa com deficiência participante da atividade.

5.2 Promoção da alimentação adequada e saudável

A promoção da alimentação adequada e saudável no SUS deve apoiar-se nas dimensões de incentivo, apoio e proteção da saúde e basear-se em políticas públicas saudáveis, na criação de ambientes saudáveis, no desenvolvimento de habilidades pessoais e na reorientação dos serviços de saúde na perspectiva da promoção da saúde.

Para isso, temos que ter em mente que a promoção da alimentação adequada e saudável não é apenas fazer uma roda de conversa ou uma palestra. Não é apenas entregar um plano de dieta ou um pôster com os dez passos da alimentação saudável. Trata-se de um direito humano básico, que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo e que deve:

- a) Estar em acordo com as necessidades alimentares especiais;
- b) Ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia;
- c) Ser acessível do ponto de vista físico e financeiro;
- d) Harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer;
- e) Baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis (BRASIL, 2014a).

Figura 20 – Curso Sabor na Medida Certa, polo Laércio de Arruda Ferreira, Araraquara, São Paulo



Fonte: <http://www.araraquaranews.com.br>

É preciso planejar e executar ações em que a pessoa se mobilize para desenvolvê-las de forma reflexiva, crítica, protagonista e solidária, com problematização da sua realidade, explicitando suas contradições e usufruindo das suas riquezas e possibilidades.

Na mesma lógica do tópico sobre práticas corporais e atividade física, conhecer o ambiente em que vive e suas potencialidades para acesso a uma alimentação saudável, produzir autonomias, não só conhecendo, mas aplicando o que foi apropriado, como saber ler a rotulagem de alimentos, entender a diferença entre alimentos in natura, minimamente processados e ultraprocessados.

Que tal um exemplo:

Toda quinta-feira no polo é realizada uma oficina sobre reconhecimento do ambiente/território para mapeamento dos locais de acesso a alimentos in natura e minimamente processados, que são a base de uma alimentação adequada e saudável, como mercados, feiras livres e de produtores, sacolões, açougues e peixarias. No processo de ensino da importância do alimento in natura e minimamente processado, cabe discutir o acesso ao alimento orgânico (é fácil ou difícil? Por quê?); a grande disponibilidade de alimentos ultraprocessados (macarrão instantâneo, biscoitos, etc.) no mercado; a “tomada” do tempo pelo trabalho e afazeres pessoais, que dificulta e as vezes impede de prepararmos nossa própria comida, entre outros assuntos.

Um grande aliado é ‘O Guia Alimentar para a População Brasileira’. Nele, as discussões sobre alimentação superaram o formato alimentação baseada em nutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos), que deve ser substituída pela classificação dos alimentos em:

***In natura* ou minimamente processados:**

Vamos começar pelo o conceito de In natura - são alimentos obtidos diretamente de plantas ou de animais e não sofrem nenhum processo de modificação. Ex.: grãos,



O Ministério da Saúde lançou em 2014 o Guia Alimentar para a População Brasileira – promovendo a Alimentação Saudável com as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a população brasileira.

Acesse em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf>.

legumes, verduras, frutas, etc. Já os minimamente processados são alimentos in natura que passaram por processos de limpeza, remoção de partes não comestíveis ou indesejáveis, fracionamento, moagem, refrigeração e processos similares que não envolvam agregação de sal. Lembrou de algum alimento minimamente processado que você consome? Temos alguns exemplos para refrescar sua memória: leite pasteurizado, farinha de mandioca, frutas secas, entre outros.

Processados

são os alimentos produzidos pela indústria com a adição de sal ou açúcar ou outra substância de uso culinário a alimentos in natura para torná-los duráveis e agradáveis ao paladar. Sabem quais são estes alimentos? Extrato ou concentrado de tomate, frutas em calda ou cristalizadas, sardinha e atum em lata são alguns exemplos.

Ultraprocessados

Neste grupo, como se diz por aí, “ a coisa muda de figura”. São alimentos resultantes de formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteína) que são sintetizadas em laboratório com base em matérias orgânicas como petróleo e carvão. São biscoitos, refrigerantes, macarrão instantâneo, sorvetes, balas e guloseimas, cereais açucarados, sopas, refrescos instantâneos entre outros.

A promoção de alimentação adequada e saudável no Programa Academia da Saúde, como as demais ações propostas, deve contextualizar as informações e produzir aprendizagens que possam instrumentalizar os usuários de forma a torná-los empoderados em relação às mudanças a serem feitas no consumo alimentar, considerando a influência do ambiente nas escolhas. Acesso, poder de compra, propaganda da indústria, criação de imaginários para o consumo de alimentos ultraprocessados, a pressa do cotidiano são elementos que certamente caberão nestas discussões.

Vale destacar que o reconhecimento do ambiente/território em que se vive é uma etapa importante, pois faz com que possamos reconhecer locais que favorecem boas escolhas, incluindo as relacionadas à uma alimentação adequada e saudável.

5.3 Práticas integrativas e complementares em saúde

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics), denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como Medicinas Tradicionais e Complementares (MT&C), foram instituídas no SUS como Política Nacional, por meio da Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006. A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de ações e serviços de Pics.

Fazem parte da PNPIC as práticas da medicina tradicional chinesa/ acupuntura, da medicina antroposófica, das plantas medicinais e fitoterapia, da homeopatia, do termalismo social/crenoterapia, da arteterapia, da ayurveda, da biodança, da circular, da meditação, da musicoterapia, da naturopatia, da osteopatia, da quiropraxia, da reflexoterapia, do reiki, da shantala, da terapia comunitária integrativa, da ioga, entre outras.

As Pics preconizam abordagens integrais de cuidado, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Essas medicinas ou racionalidades em saúde são sistemas que possuem bases próprias de entendimento do processo saúde-doença, consequentemente de diagnóstico e intervenções terapêuticas.

Por atuarem nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde, a utilização dessas abordagens de forma independente ou integradas à medicina convencional, ampliam as possibilidades de cuidado e opções terapêuticas dos usuários. São práticas baseadas em modelo de atenção humanizado e centrada na integralidade do indivíduo.

A oferta nos polos pode ocorrer a partir de diversas práticas, por exemplo:

a) O uso de Plantas Medicinais e Fitoterapia faz parte do conhecimento tradicional da população, sendo importante resgatar e valorizá-lo e, conjuntamente ao conhecimento acadêmico, garantir que o uso dessa terapêutica seja seguro e eficaz. O profissional do

polo pode estimular a organização de hortos comunitários, assim como abordar o tema em diversas ações educativas.

b) A Medicina Antroposófica é uma racionalidade em saúde de base vitalista. Esta considera na prática clínica, além das bases da medicina convencional, as teorias Antroposóficas. Dessa forma, utiliza como terapêutica os medicamentos alopáticos, homeopáticos e específicos da Antroposofia. Além da abordagem medicamentosa, são utilizadas terapias físicas, arteterapia e o aconselhamento biográfico. Assim, a Antroposofia aplicada à saúde pode ampliar significativamente a abordagem e as ofertas realizadas no polo.

c) A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) é uma racionalidade em saúde que, em sua base teórica, considera que a saúde se mantém a partir do equilíbrio do Yin Yang, dos Cinco Elementos e da circulação de Chi nos Meridianos. Entre seus recursos terapêuticos estão a acupuntura, a dietoterapia chinesa, o uso de plantas medicinais e as práticas corporais e mentais chinesas. As Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa (PCMTC) buscam equilibrar os aspectos citados anteriormente a partir de recursos naturais do indivíduo como a postura, o movimento, a respiração e a concentração. Nesse sentido, abordagem da MTC podem compor as ações do polo, principalmente as PCMTC.

d) As Danças Circulares Sagradas, Dança dos Povos, ou simplesmente Dança Circular são uma prática de dança em roda, tradicional e contemporânea, originária de diferentes culturas que favorece a aprendizagem e a interconexão harmoniosa entre os participantes. As pessoas dançam juntas, em círculos, e aos poucos começam a internalizar os movimentos, liberar a mente, o coração, o corpo e o espírito. Por meio do ritmo, da melodia e dos movimentos delicados e profundos, os integrantes da roda são estimulados a respeitar, aceitar e honrar as diversidades. O principal enfoque na dança circular não é a técnica, e sim o sentimento de união de grupo, o espírito comunitário que se instala a partir do momento em que todos, de mãos dadas, apoiam e auxiliam os companheiros. Assim, ela auxilia o indivíduo a tomar consciência de seu corpo físico, harmonizar o emocional, trabalhar a concentração e estimular a memória.

e) O Yoga é uma prática de origem indiana que envolve diversos aspectos, do corpo, mente e espírito. Na sua cosmovisão de origem, esses aspectos não são divisíveis. Atua com o exercício físico, respiratório e mental; relaxa e contrai músculos, ocasionando automassagem sobre o sistema endócrino; expande a capacidade respiratória; e exercita a parte cognitiva e a atenção. Um conjunto cuidadosamente adaptado de ásanas⁷ pode reduzir a dor lombar e melhorar diversas funções corporais. Também, preconiza o autocuidado sem excessos, uma alimentação saudável, a prática de uma ética e, sobretudo, a não violência.

Figura 21 – Yoga no polo de Nova Petrópolis, Rio Grande do Sul



Fonte: Disponível em: <http://www.novapetropolis.rs.gov.br/noticias_int.php?id=4148>.

⁷Ásana significa as várias posturas corporais praticadas na Yoga.

5.3.1 Práticas Corporais e Mentais da Medicina Tradicional Chinesa

A realização de práticas corporais trazem diversos benefícios para a saúde, esses benefícios podem ser ampliados a partir dos recursos das PCMTC. Estas se diferenciam em vários aspectos das atividades físicas ocidentais, como as ginásticas, pois envolvem diferentes entendimentos sobre o movimento, a respiração e a concentração. O foco está no equilíbrio do yin-yang, dos cinco elementos e dos meridianos energéticos por onde circulam o Chi (energia vital), bases da MTC.

As PCMTC são recursos terapêuticos milenares que se desenvolveram concomitantemente a outros recursos da MTC. Utilizam o conhecimento corporal, associado aos movimentos, à respiração e à concentração para promoção, manutenção e recuperação da saúde.

As políticas de promoção da saúde são essenciais para transformar a realidade e favorecer a construção de modos de vida favoráveis à saúde. As Pics, a partir de seu olhar integral, contribuem para a ampliação das ações e das abordagens de cuidado no Polo. As Práticas Corporais da MTC são importantes para os profissionais que atuam nos polos de Academia da Saúde, e mais ainda para o usuário, que, ao se empoderar dessas abordagens, torna-se sujeito mais ativo e consciente de seu processo de saúde-adoecimento e cuidado.

Treinamento Perfumado desenvolvido por profissional de Assistência Social – Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) – Vitória, ES.

“Nas reuniões da equipe da Estratégia Saúde da Família o tema ‘condições de vida e saúde’ se fez presente, bem como a preocupação com o aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, o uso e abuso de drogas, a violência e fatores comportamentais poucos favoráveis à saúde.

A equipe identificou que as respostas para tais problemas de saúde concentram-se em investimentos em assistência curativa e individual, ainda que as medidas preventivas e de promoção da saúde são potenciais para a melhoria das condições de vida. Assim, debatemos sobre a promoção da saúde como campo de conhecimento e de prática para a qualidade de vida. Um dos encaminhamentos foi a realização da vivência do Treinamento Perfumado (Xiang Gong) para os agentes comunitários de saúde (ACS). O Xiang Gong é uma prática milenar, em dois níveis, que consiste na regulação do fluxo do Qi (sopro vital) e o fortalecimento das funções orgânicas por meio de movimentos realizados pelos antebraços em várias direções. No nível I, são 15 movimentos repetidos 36 vezes cada um. Movimenta as mãos e os braços, trabalhando os meridianos yin das mãos (pulmão, coração e pericárdio) e yang (intestino grosso, intestino delgado e triplo aquecedor), desbloqueando as obstruções de todos os canais do corpo. Pode ser praticado em pé ou sentado e dura, aproximadamente, 15 minutos. A vivência com os ACS do nível I foi o primeiro passo para instalar o serviço na UBS e no polo do SOE no Parque Moscoso. Divulgamos a prática do Xiang Gong nos eventos realizados no território de saúde. A experiência foi fortemente aceita pelos usuários do polo e profissionais do SOE. Entre os resultados observamos mudança de hábitos de vida, participação ativa das pessoas; maior articulação entre profissionais do Nasf e do SOE no planejamento e desenvolvimento das ações de Promoção da Saúde; ampliação da oferta de Práticas Integrativas e Complementares (Pics) por profissionais da Atenção Primária e ampliação e diversificação da oferta de atividades coletivas no polo do Parque Moscoso.

“**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.**”

Comida
Titãs (1987).

5.4 Práticas artísticas e culturais

A arte é uma forma de expressão do ser humano. Contém elementos de emoção, história e cultura apresentados e representados na música, artes cênicas, escultura, pintura, cinema, dança, fotografia etc. A arte é criação. O corpo cria arte com os movimentos, expressões, identidades e marcas que contam algo que ainda não foi dito ou tornam a dizer algo de maneira diferente e conferem criatividade ao processo que resulta no desvelamento do objeto ou fato.

As práticas artísticas podem ser usadas com vários objetivos, entre eles o terapêutico, e como recurso para facilitar o repasse e a captação de informações. Podem ser vivenciadas como componentes do cuidado à saúde, constituindo projetos coletivos ou individuais com vista à melhoria da saúde. Também servem ao entretenimento e aprendizado, e favorecem a compreensão sobre determinado fato ou objeto que produzam novos significados aos sujeitos.

Quantas vezes pensamos: “Se fizermos um teatro sobre isto, as pessoas entenderão com mais facilidade”. Pois bem, as várias linguagens contidas na arte são favoráveis à abordagem da produção de saúde integral. Utilizar a pintura para a expressão vale tanto quanto expressar um sentimento ou pensamento com o corpo, por meio de uma dança. As artes são um forte recurso terapêutico e podem integrar-se ao processo de cuidado desenhado para o sujeito ou para coletivos.



Festival de Dança do Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte – MG.

“Em 2015, começaram as discussões entre a Coordenação Central das Academias da Cidade na Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e as referências técnicas dos nove Distritos Sanitários do município e definiu-se que realizaríamos um festival de dança para comemorar os 10 anos das Academias da Cidade de Belo Horizonte. Para tanto, foram envolvidos os professores e usuários dos polos, os gestores da SMSA e a Secretaria Municipal Adjunta de Cultura, que disponibilizou um teatro com 525 lugares para realização do evento. Em cada Distrito Sanitário, a referência das Academias, com os professores de Educação Física de cada polo, definiram quais coreografias seriam apresentadas, o processo de inscrição e preenchimento da ficha técnica com informações sobre elas. No total, foram definidas 13 coreografias, trabalhadas nos polos com os usuários. Foi realizada uma ampla divulgação do festival pela Comunicação Social da SMSA e a distribuição de ingressos foi centralizada pelo professor de Educação Física de cada polo,

que os entregou aos respectivos usuários. O festival de Dança do Programa Academia da Cidade ocorreu em junho de 2016, com ampla participação dos usuários e profissionais, tanto apresentando como assistindo ao evento. A comemoração dos 10 anos das Academias da Cidade mostrou-se uma excelente experiência de trabalho colaborativo e construção conjunta entre a comunidade e trabalhadores do Programa, que ensaiaram as coreografias e se dispuseram a compor as apresentações do festival. Os resultados demonstraram a importância da construção coletiva, refletida na riqueza dos temas trabalhados, na diversidade das danças, na escolha das músicas, no investimento feito nos figurinos. Houve espaço para a diversidade de expressões e manifestações da cultura, revelando a capacidade crítica de profissionais e usuários diante da realidade atual. Os relatos dos participantes apontam que ‘sonhos podem ser realizados, contemplando a saúde em aspectos físicos, psíquicos e sociais de forma integral’”.

5.5 Educação em saúde

Trata-se de quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Os termos da definição são explicados da seguinte forma:

- A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas.
- A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada.
- Facilitar significa predispor, possibilitar e mediar.
- Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas.
- Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde (CANDEIAS, 1997). Aqui, ampliaremos a sistematização da autora: a ação deve mirar as mudanças das condições objetivas de vida, que estão relacionadas aos DSS nos níveis de intervenção apresentados na Figura 3 na Unidade I. Elas perpassam tanto questões macro – renda, política econômica etc. – como as mais próximas da nossa condição individual – construção de modos de vida favoráveis à saúde.

Por exemplo: incluir alimentos saudáveis nas refeições; não fazer uso de cigarros ou bebidas alcóolicas etc. A mudança de comportamento está intimamente ligada à mudança da realidade. Por isso, as ações de educação em saúde, além de informar e produzir novos conhecimentos, devem instrumentalizar as pessoas para que elas possam produzir as mudanças na sua casa, rua, bairro ou cidade. O conceito deixa claro que as ações de educação em saúde são intencionais, dirigidas ao atingimento de objetivos previamente definidos.

Figura 23 – Polo da Academia da Saúde do município de São João de Pirabas, Pará



Fonte: Acervo próprio, 2016.

5.6 Mobilização da comunidade

Há várias definições para este eixo. O ponto comum é a articulação de pessoas, geralmente de uma mesma comunidade que compartilha o mesmo espaço geográfico, para atuar na resolução de problemas ou na proposição de ações inovadoras com potencial positivo para a melhoria da qualidade de vida de todos. O potencial da articulação comunitária é indiscutível.

Quer um exemplo?

Educação Popular em Saúde – Polo do Serviço de Orientação ao Exercício - Camburi II, Jardim Camburi, Vitória, ES

Em dezembro de 2016, os usuários do polo Camburi II começaram a reclamar de uma infestação de Larva migrans, mais conhecida como bicho-geográfico. No território, atua uma grande empresa de mineração, o que exige constante monitoramento das condições ambientais do local. Considerando o contexto, foi solicitado aos usuários do polo que convidassem familiares para conversar sobre o assunto e, depois, realizar uma visita aos arredores do polo para identificar possíveis complicadores do problema da infestação. A visita mostrou o acúmulo de lixo e condições sanitárias ruins. As situações encontradas foram problematizadas numa roda de conversa, que contou com representante da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, para debater com a população possíveis atitudes que poderiam impactar positivamente no ambiente e na saúde dos moradores. Vários encaminhamentos foram pontuados na roda, entre eles, a necessidade de ações de educação em saúde, conversa com a empresa e maior fiscalização por parte do Governo. Então, foi desenhado uma proposta com duas etapas. A primeira com o retorno da roda de conversa para os profissionais da unidade de saúde de referência do polo, para traçar estratégias e a apresentação das sugestões dos usuários ao Conselho Municipal de Saúde. A segunda buscou a realização de parcerias com outras secretarias para promover palestra nas escolas e discussões sobre os serviços públicos de limpeza. A empresa foi envolvida nessa etapa para contribuir com palestras e informações para a população e com a realização do mutirão de limpeza da praia, com a participação de toda a comunidade.

Imagine esse exemplo acima para discutir iluminação e segurança públicas, mobilidade urbana, calçadas adequadas, espaços de lazer e outros assuntos relacionados à Promoção da Saúde.

O Polo do Programa é um espaço constante de mobilização da comunidade, desde a participação nas atividades como na inclusão e organização de outras ações que impactem positivamente na saúde da coletividade.

Apresentar o Programa à comunidade é uma estratégia promissora para aumentar seu potencial na participação das pessoas. Por isso, antes do polo ser finalizado, planeje reuniões para apresentá-lo e ouvir as expectativas da população que será contemplada com a iniciativa.

5.7 Planejamento e gestão intersetoriais

O Programa Academia da Saúde é um ponto de atenção no território, complementar ao cuidado integral e fortalecedor das ações de promoção, articulado com Estratégias Saúde da Família (ESFs), com os Núcleos Ampliados da Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf- AB) e com a vigilância em saúde especialmente relacionado às DCNT.

No entanto, a efetividade e a resolutividade do Programa não dependem somente de sua identificação e conexão com a Atenção Primária, mas sim da articulação com outros setores da gestão pública, da vinculação com a comunidade local e demais equipamentos sociais existentes no território (escolas, centros comunitários, centros de Referências de Assistência Social, entre outros). Essencialmente, trata-se da necessidade de um planejamento intersetorial para fortalecer o programa e seus parceiros.

Como já vimos, a intersetorialidade é uma articulação de saberes e práticas de planejamento, realização e avaliação de ações com vistas a alcançar um efeito sinérgico em situações complexas, promovendo o desenvolvimento social, superando a exclusão social (JUNQUEIRA, 1999).

Para entendermos na prática, vamos contextualizar o planejamento intersetorial do Programa Academia da Saúde a partir de algumas dicas.

O funcionamento do polo do Programa Academia da Saúde é de 8h diárias. É certo que o profissional vinculado ao polo pode desenvolver atividades em outros espaços, ligadas as intencionalidades do Programa Academia da Saúde.

Uma vez implementado, uma das funções do profissional responsável direto pelo polo é levantar informações sobre os equipamentos sociais do território e, além disso, identificar espaços já utilizados pela comunidade para fazer atividade física ou realizar feiras, por exemplo. Acrescenta-se às informações o levantamento dos programas municipais em desenvolvimento com as atividades afins ao programa, desde requalificação ou construção de espaços públicos de lazer até ações de esporte ou cultura com crianças e adolescentes.

Uma dica é pesquisar os Programas vigentes no Governo Federal e verificar se o município é contemplado com alguns deles.

Este trabalho de mapeamento tomará sentido quando for efetivada a interlocução com os programas identificados e este contato progredir para uma articulação efetiva.

Por exemplo: uma possibilidade é identificar na Secretaria de Esporte, Lazer e Cultura ou correlatos os programas vigentes, os locais onde acontecem e articular a realização dos mesmos no polo do Programa. Assim, a utilização do espaço do polo será potencializada; a identificação da comunidade com o polo pode ser fortalecida, além da troca de conhecimentos entre os profissionais do polo e do programa “acolhido”.

Um outro equipamento importante é a escola

A rede de ensino é uma das mais capilarizadas do país. São mais de 180 mil escolas públicas e privadas espalhadas em todo o território nacional. Apresentar o Programa Academia da Saúde nas escolas do território, pode ser uma ótima estratégia para aumentar a adesão, inclusive do público infantil e adolescentes.

Então, o primeiro passo é identificar outras iniciativas que tratam dos temas do Programa Academia da Saúde.

O segundo passo é identificar o que chamaremos de ‘pontos de contato’ das iniciativas identificadas com o Programa Academia da Saúde; ou seja, o que há de estruturalmente comum entre a iniciativa identificada e o programa Academia da Saúde (possuem objetivos semelhantes? Trabalham com o mesmo público?). Para tanto, é necessário que o profissional da saúde conheça profundamente o Programa Academia da Saúde para não só apresentá-los aos futuros parceiros, como para convencê-los de que a promoção da saúde é um objetivo comum ou um campo de convergência de iniciativas de diferentes áreas.

O terceiro passo é realizar o planejamento com os parceiros, firmando compromissos, ações, metas e demais arranjos necessários à formação de redes.

Na Unidade III trataremos do método de planejamento denominado de PES (Planejamento Estratégico Situacional), que pode lhe fornecer ferramentas para colocar em prática o que propomos neste tópico.

O planejamento do processo de trabalho articulado e intersetorial deve levar em conta que:

- Todos os atores envolvidos conhecem todas as dimensões do objeto, problema ou iniciativa.
- Há uma interação permanente entre os atores.



ATENÇÃO

Trabalhar de forma intersetorial não implica descaracterizar a ação, projeto ou programa. Implica em construir uma identidade comum a todos que participam. A resultante deve possibilitar que todos se vejam na proposta.

- O planejamento é conjunto.
- Os objetivos são comuns.
- Os recursos são potencializados.

Vamos exercitar um pouco esta proposta do planejamento intersetorial na atividade a seguir.



ATIVIDADE

Objetivo: identificar uma iniciativa correlata afins ao Programa Academia da Saúde e mapear os pontos de contato que possam promover o fortalecimento mútuo entre eles.

Metodologia: considerando a discussão sobre intersectorialidade, escolha uma iniciativa da secretaria de saúde ou outro órgão da gestão pública municipal ou estadual e preencha a matriz a seguir com as principais características da iniciativa que constituem ponto de contato com o Programa Academia da Saúde e que podem contribuir com o alcance dos seus objetivos.

Atenção: um ponto de contato pode ser um objetivo, uma diretriz, recursos financeiros, estratégia ou ação que possua afinidade e potencial para promover ganhos positivo a ambos. Ex.: programas da Secretaria do Esporte que atuam com crianças e adolescentes podem potencializar o horário do polo para esse público, além de favorecer troca de experiências para que os profissionais de saúde possam assumir atividades semelhantes.

Qual a iniciativa identificada como potencial parceira do Programa Academia da Saúde?	
A qual secretaria ou área pertence a iniciativa?	
Qual(ais) o(s) ponto(s) de contato da iniciativa com o Programa Academia da Saúde?	
Qual(ais) contribuição(ões) a iniciativa identificada pode trazer ao Programa Academia da Saúde?	
Qual(ais) contribuição(ões) o Programa Academia da Saúde pode levar à iniciativa identificada?	

Esperamos que o conteúdo apresentado até aqui tenha contribuído para você entender quatro pontos fundamentais sobre o Programa Academia da Saúde:

1. É um programa de Promoção da Saúde no SUS, para além da atividade física e das práticas corporais.
2. Possibilita a troca e a construção de conhecimentos.
3. Requer conhecimentos sobre o território para sua execução.
4. As ações e serviços precisam ser programados nos horários do polo.

Caso você tenha dúvidas sobre os quatro pontos anteriores, confira os relatos a seguir:

PROGRAMA ACADEMIA DAS CIDADES ITINERANTE – AFOGADOS DA INGAZEIRA – PERNAMBUCO

“O município de Afogados da Ingazeira possui pouco mais de 40 mil habitantes. Temos um polo do Programa Academia das Cidades no bairro São Francisco para atender toda a população. Em 2015, começaram a veicular nas rádios e na Ouvidoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) reclamações de moradores de outros bairros questionando a inexistência de um polo na sua localidade. A equipe do polo reuniu-se e decidiu articular com os profissionais do Nasf, das UBS e da própria SMS a ampliação das ações para outras localidades. Assim, surgiu a ideia de um projeto de mobilização da população com atividades realizadas em vários locais durante uma semana. De 14 a 20 de setembro de 2015, o projeto Saúde em Movimento levou ações de antropometria (peso, altura, IMC, circunferência da cintura e do quadril), teste glicêmico, aulas de ritmos, zumba, em vários bairros e finalizou com um passeio ciclístico e uma caminhada religiosa de 24 km. Durante as mobilizações os pontos ideais para a realização das práticas foram mapeados, bem como, o interesse de cada comunidade nas ações do Programa Academia das Cidades. Durante a avaliação do projeto Saúde em Movimento decidiu-se expandir as ações do polo para mais sete localidades. Assim, os profissionais do polo, todos com carga horária de 40 horas, mais os profissionais do Nasf, incluindo Educação Física e Nutrição, organizaram suas respectivas cargas horárias para garantir o funcionamento de cada polo itinerante por duas vezes na semana, no período da manhã ou tarde e, ao mesmo tempo, manter o funcionamento do polo do bairro São Francisco todos os dias por dois turnos. Os demais profissionais da Atenção Primária, informados sobre a proposta, participam a convite dos profissionais do Programa Academia das Cidades para atividades de orientação à saúde. A frequência nos polos itinerantes é alta, com usuários muito assíduos. O projeto Saúde em Movimento contribuiu para a divulgação e capilarização no



município das ações do Programa Academia das Cidades. Sua repercussão foi tão positiva que realizamos uma nova edição em janeiro de 2017 com ações de alimentação adequada e saudável e atividade física. Agora, estamos organizando o Academia da Saúde Itinerante Rural”.

SAÚDE CERTA NA BAHIA

“Na cidade de Camaçari, a equipe do Nasf, ao se deparar com dados preocupantes de excesso de peso dos moradores da Região de Saúde 1, idealizou um projeto chamado Saúde Certa. Com o objetivo de estimular a realização de ações favoráveis à saúde no cotidiano das pessoas, o Nasf e os demais profissionais da Atenção Primária que atuam no polo do Programa passaram a acompanhar usuários identificados com sobrepeso ou obesidade e interessados em participar do projeto. As atividades são focadas na educação em saúde, antropometria, apoio psicológico e nutricional e prescrição de exercício físico, organizadas semanalmente. A primeira turma começou com 20 participantes. Os resultados positivos aumentaram o interesse do público que já participava do Academia da Saúde e, atualmente, a participação está aberta, mediante encaminhamento feito pelo profissional médico da Unidade Básica de Saúde de referência. A evolução das condições de saúde dos participantes é visível, e todos que aderiram ao projeto viram mudanças não só na balança, mas também nos exames de rotina e até mesmo na disposição para o dia a dia. Mesmo com a distância entre algumas UBS e o polo, os participantes são assíduos e motivados, e já articulam a criação de outros projetos, como a implantação de uma horta de hortaliças orgânicas na região. A partir do Saúde Certa, foi possível estreitar os vínculos entre a comunidade e os serviços de saúde, e principalmente promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas”.

Antes de continuarmos a conversa sobre o planejamento para o Programa Academia da Saúde é importante destacar algumas premissas:

1. O polo e a organização das ações e serviços não devem se constituir como barreiras para o acesso ou permanência do usuário;
2. As ações do Programa devem estar alinhadas com os objetivos da Atenção Primária;
3. A implantação de um polo do Programa deve observar a cobertura da Estratégia Saúde da Família;
4. Qualquer profissional da Atenção Primária pode desenvolver ação ou serviço no polo.

O Programa Academia da Saúde deve ter capilaridade, alcance e resolutividade. O alcance populacional deve ser significativo. Por isso, é importante saber o **perfil demográfico** do município ou território de cobertura do polo. Os profissionais da APS que atuam no Programa devem lançar mão de estratégias para diversificar as ações e aumentar a cobertura, com mais pessoas participando.

Existem barreiras que dificultam a adesão a determinado programa ou ação. Estudos relacionados, por exemplo, à adesão aos programas de atividade física apontam que, em idosos, o grau de escolaridade, a percepção sobre saúde, a quantidade de medicamentos consumidos diariamente, problemas de saúde pessoais e na família, sensação dos efeitos positivos da atividade física na saúde, proximidade do local da residência e segurança contra crimes são pontos determinantes na participação ou não desse público, (RIBEIRO; TRIBESS; SANTOS, 2015; MONTEIRO, 2014; HAUSER et al., 2014), muitos destes motivos são extensivos ao público adulto (SILVA et al., 2016; LOPES et al., 2016).

Estudos com proposta semelhante foram realizados com adolescentes e indicaram que as principais barreiras para realizar atividade física são: não conhecer muito bem os locais, não ter

alguém para levar, não conseguir realizar os exercícios, preferir fazer outras coisas, não ter motivação, ter preguiça, não ter companhia dos amigos, achar chato, ninguém convidar, não ter tempo, dificuldade pelo clima e não ter como pagar (SANTOS et al., 2010; DIAS; LOCH; RONQUE, 2015).

É importante conhecer as barreiras sociais, atitudinais e comportamentais, relacionadas ao prazer e à sensação de saúde, e, ainda, as estruturais (falta de meios de transporte e vias de acesso adequadas, falta de segurança pública, etc.). Nesse caso, a contribuição do Programa Academia da Saúde é não produzir mais barreiras para que as pessoas possam acessar as ações e os serviços desenvolvidos no polo.

Sobretudo, é preciso quebrar cristalizações que só contribuem para o encaixotamento do Programa, que acabam por “exclusivizar” seu público, sua programação e reduzir o seu alcance.



O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. Segundo o IBGE (PNAD, 2015), a população idosa brasileira representa 14,3%, sendo composta por 29.374 milhões de pessoas. O perfil epidemiológico dos idosos brasileiros é caracterizado pela tripla carga de doenças: condições crônicas, alta prevalência de mortalidade e morbidade em pessoa idosa. Pode ser usada pelas equipes de saúde, pelos idosos, familiares e cuidadores.

Para receber a caderneta, o município deverá fazer adesão via formulário eletrônico FormSUS <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=28007>.

Para ampliar os conhecimentos sobre a atenção integral à pessoa idosa, acesse <<http://www.unasus.gov.br/cursos>> e confira os cursos gratuitos sobre o tema.

Figura 24 – Judô no polo Academia da Saúde de Petrópolis, Rio de Janeiro



Fonte: Acervo próprio, 2016

5.8 Contribuições para definição, organização e desenvolvimento das ações e serviços do Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde possui o componente do controle social muito forte, representado pelo Grupo de Apoio à Gestão, previsto na Portaria n. 5/2017. O Grupo deve ser formado pelo(s) profissional(ais) de saúde do polo, profissionais da Unidade Básica de Saúde de referência, pessoas da comunidade e demais atores de outros programas afins ao objetivo da Promoção da Saúde.

Os objetivos do Grupo de Apoio à Gestão do polo são:

1. Garantir a participação de diversos atores no processo de construção do Programa Academia da Saúde.

2. Implicar os atores no acompanhamento e no fortalecimento do Programa no território e no município.
3. Contribuir, de forma complementar, na definição dos serviços e das ações a serem oferecidas a partir das demandas de saúde, da experiência e do interesse da comunidade sobre os temas afetos ao Programa.
4. Compartilhar programas afins ao Academia da Saúde, para potencializar todas as iniciativas.
5. Construir senso coletivo de pertencimento à iniciativa, fortalecendo-a como componente da Atenção Primária.
6. Discutir temas afetos ao bairro ou ao município correlatos aos objetivos do Academia da Saúde que impliquem negativa ou positivamente na Promoção da Saúde de indivíduos e coletividades e que possam ser abordados, diminuídos ou findos com as ações do Programa.
7. Responder às demandas do Conselho Municipal de Saúde e demais conselhos de políticas com as quais o Programa se articule, ao mesmo tempo em que deve fornecer subsídios para discussão sobre o Programa nesses espaços.

Para exercer esse papel, o Grupo de Apoio à Gestão do Polo precisa ter conhecimento sobre os objetivos e as diretrizes do Programa Academia da Saúde para não pairar dúvidas sobre o seu papel no território de saúde. Aqui, delineia-se uma primeira tarefa para o gestor do Programa, que é apresentá-lo à comunidade e sensibilizar as pessoas a comporem o Grupo de Apoio à Gestão do polo. Isto deve constar no plano de implantação e implementação do Polo como uma das primeiras ações a serem desenvolvidas.

Não há regras sobre como o Grupo de Apoio à Gestão deve funcionar. Ao município, cabe organizar essa dinâmica, utilizando-se de encontros diários, semanais, mensais, de acordo com a disponibilidade e o interesse dos seus membros. Por exemplo: o município pode optar em ter um grande colegiado que contemple representantes de todos os territórios de saúde para discutir em um só momento o andamento de todos os polos; ou pode ampliar

a participação no Conselho de Unidades de Saúde para incluir a discussão sobre o Programa. Mas vale lembrar que a instância deliberativa do setor Saúde é o Conselho Municipal de Saúde (CMS). Por isso, é importante convidar representantes do CMS para as reuniões.

Na perspectiva de construir com a comunidade, a gestão municipal não deve ir “de mãos vazias”. Deve ter escuta e ao mesmo tempo ser propositiva.

Identificado o local de implantação do polo, a gestão pode realizar reuniões com os profissionais da Atenção Primária, incluindo os do Nasf-AB, quando houver, e definir um conjunto de serviços e ações que será oferecido de imediato no polo. Esse momento deve ser aproveitado para definição de fluxos entre o polo e a UBS e do processo de trabalho, para garantir que as ações do Programa somem-se à produção do cuidado, fazendo-o mais integral.

Uma estratégia que pode ajudar a definir as ações e os serviços iniciais do Programa é a Análise de Situação de Saúde, que possibilita caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os danos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes, que facilitam a identificação de necessidades e prioridades em saúde, a identificação de intervenções e de programas apropriados e a avaliação de seu impacto (BRASIL; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2015).

Uma vez conhecendo os principais problemas de saúde e a capacidade técnica e de trabalho dos profissionais da Atenção Primária, é importante definir os serviços que serão ofertados no polo. A implantação pode acontecer de forma gradual, incrementando ações ao longo do tempo. Esse acréscimo na oferta de serviços e ações pode ocorrer com o apoio dos profissionais do Nasf-AB, como resultado da articulação com outros estabelecimentos de saúde, como os Centro de Apoio Psicossocial (Caps), com escolas do território e com outros programas da gestão municipal, como apresentado anteriormente.

A ideia central é que a análise de situação de saúde, a capacidade técnica e de trabalho instalados sejam os preditores das ações e dos serviços a serem desenvolvidos no polo. Parece óbvio,

mas, comumente, vê-se que é a formação do profissional indicado para trabalhar no polo que determina os serviços e as atividades. É importante fugir do aprisionamento das ações ao núcleo de formação profissional. Por isso, dizemos que trabalhar no Programa Academia da Saúde inclui a atividade de articulação para garantir a diversidade de práticas de forma interdisciplinar. Conversaremos mais sobre isto quando tratarmos dos núcleos e do campo profissional na atuação em programas de Promoção da Saúde mais adiante.

Figura 25 – Reunião de matriciamento no Polo do Programa Academia da Saúde de Ji-Paraná, Rondônia, 2016



Fonte: Acervo próprio.

Uma vez definidas as ações e serviços precípuos que serão desenvolvidos no polo, os gestores e os profissionais de saúde do território devem ampliar o diálogo envolvendo a comunidade. Uma boa estratégia é articular com as lideranças comunitárias e realizar reuniões de apresentação do Programa. As reuniões devem ser realizadas na comunidade. O encontro da comunidade pode ser direcionado para:

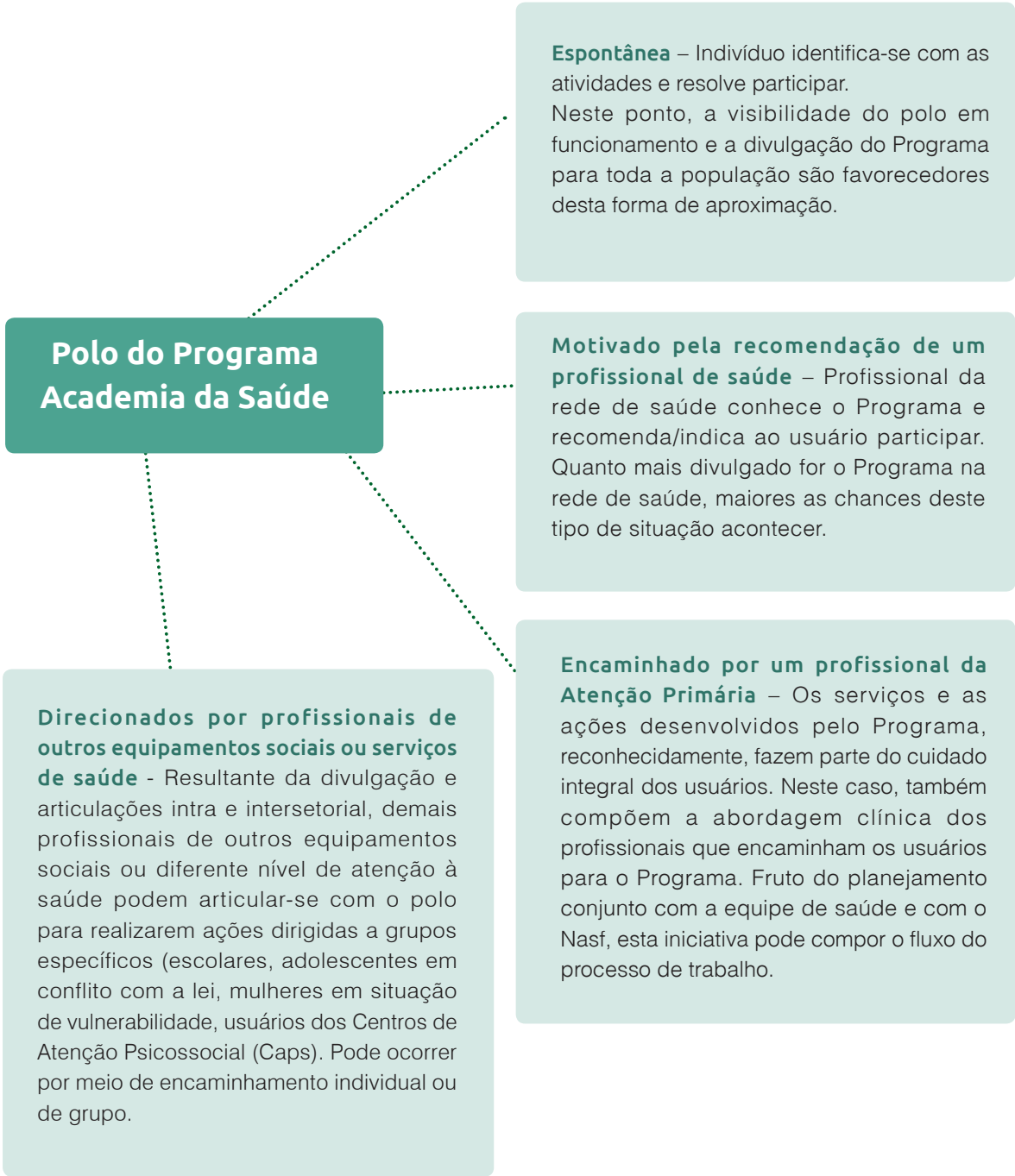
- 1. Apresentar e divulgar o Programa.
- 2. Ouvir a comunidade sobre quais atividades e ações poderiam ser oferecidas no polo.
- 3. Constituir o Grupo de Apoio à Gestão do Polo.

Não é interessante inverter essas etapas no processo. Levar alguns serviços e ações previamente definidos para o Programa e apresentá-los nos momentos com a comunidade ajudará a esclarecer a proposta e fortalecerá a intencionalidade do Programa Academia da Saúde: promoção da saúde e prevenção de DCNT na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. Além disso, evita que a população crie expectativa ao propor uma atividade que não tenha relação com a Atenção Primária ou seja impossível de ser viabilizada pela gestão.

Uma vez estruturado o funcionamento do polo, recomenda-se a divulgação dos serviços nos equipamentos de saúde e de outros setores envolvidos com o Programa. A utilização de quadro de avisos na UBS de referência, Caps, entre outros, para informar horários e serviços ofertados, pode ajudar na adesão ao Programa. No próprio polo, é importante deixar informações sobre o que é desenvolvido, visível até mesmo quando não estiver em funcionamento.

O acesso dos usuários ao polo será fruto de trabalho conjunto dos profissionais da Atenção Primária e parceiros. Mas, já é do nosso conhecimento quatro formas de acesso ao polo do Programa. A figura a seguir sistematiza essa informação:

Figura 26 – Principais formas de acesso ao polo do Programa Academia da Saúde



Fonte: .Elaboração própria, 2017.

A natureza da organização das atividades e dos serviços dependerá dos interesses, da demanda, da capacidade do(s) profissional(ais) e dos fluxos estabelecidos. Recomenda-se que sejam organizadas, em sua maioria, de forma coletiva, prevendo a formação de grupos e, assim, favorecer a criação de vínculos, a solidariedade, a intergeracionalidade e o apoio mútuo entre os participantes. É fundamental que sejam sistemáticas, como parte da programação do espaço.

A motivação é ponto fundamental na continuidade da participação. Utilizar estratégias que sempre despertem o interesse dos usuários torna-se parte do processo de trabalho. Aqui vão algumas dicas:

1. Sempre explique a importância, o objetivo e a influência da atividade.
2. Convide e apoie as pessoas a construam atividades.
3. Não forme grupos por doenças. Estigmatizar pessoas contribui para a desmotivação.
4. Pactue metas coletivas para o grupo. Por exemplo, aumentar o número de voltas realizadas, fazer pesagem coletiva para verificar o quanto se reduziu o “peso do grupo”.
5. Utilize gincanas ou competições para entusiasmar o grupo. Por exemplo, concurso do prato saudável mais saboroso ou da receita saudável mais barata e prática; festivais para culminar na comemoração de uma data ou até mesmo para finalizar um trabalho diferenciado que foi experimentado pelo grupo.
6. Entrelace ou transversalize conhecimentos. Lembre-se de que o objetivo é contribuir com o cuidado integral. Então, por exemplo, ao grupo de caminhada, cabe discussão sobre alimentação adequada e saudável, segurança das vias e dos espaços públicos, condições das calçadas, mobilidade na cidade. Da mesma forma para os demais grupos.

7. Diversifique os recursos didáticos. Um tema ou assunto pode ser discutido de várias formas: a partir do debate sobre um filme ou uma reportagem de jornal ou revista; a partir de uma foto, uma roda de conversa, ou, ainda, uma exposição oral sobre um assunto escolhido pelo grupo.
8. Verifique a adequação do objetivo da vivência com o tempo pedagógico destinado à sua realização, ou seja, o tempo que favoreça novas aprendizagens (TAFFAREL; ESCOBAR; FRANÇA, 1995). Isso significa que é preciso refletir sobre a organização das atividades no tempo disponível e o tempo necessário para serem produzidos novos saberes. Por exemplo: você já se perguntou o porquê das vivências no Programa Academia da Saúde, especialmente as de atividade física, geralmente organizarem-se em 50 minutos? Já questionou por que não organizá-las diariamente e com 1 hora ou mais de duração, mesclando a realização da atividade com um momento de discussão em grupo?
9. Abordar o tempo pedagógico no desenvolvimento das atividades e das ações no Programa Academia da Saúde trata-se de pensar sobre o tempo necessário para promover articulações e enlaces que provoquem a melhoria da saúde e das condições objetivas de vida dos sujeitos. Em forma de perguntas, teríamos: qual a duração necessária às atividades desenvolvidas no Programa Academia da Saúde para promover as mudanças positivas ou a tomada de consciência do sujeito sobre sua saúde e seu corpo? Quais metodologias facilitariam a apreensão de conhecimentos e a construção de outros fortemente implicados na realidade do sujeito? (CRUZ; SANTOS; OLIVEIRA, 2016). Recomenda-se fazer duas coisas centrais: 1) a relação direta entre o objetivo da ação ou da atividade e o tempo necessário para alcançá-lo; e 2) planejamento das atividades e ações prevendo retomadas de temas e conteúdos organizados pedagogicamente para possibilitar a aprendizagem.

É fundamental que o planejamento reconheça os princípios do Programa Academia da Saúde na sua elaboração e implementação. Não podemos esquecer que se trata de um programa de promoção da saúde e, como tal, requer ações que busquem o diálogo com outros setores, a mobilização da comunidade para assuntos afetos à saúde individual e coletiva. Certamente você se recorda dos princípios da Promoção da Saúde estudados na Unidade I. Como será a aplicação desses princípios ao Programa Academia da Saúde? O quadro a seguir nos dá uma ideia sobre isto.

Quadro 3 – Princípios da Promoção da Saúde aplicados no contexto do Programa Academia da Saúde.

PRINCÍPIO DA PROMOÇÃO DA SAUDE	OPERACIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE
EQUIDADE	A equidade aplicada ao Programa Academia da Saúde não significa só permitir que todos tenham acesso às estruturas do polo e suas atividades. Significa planejar, implantar e implementar o Programa, considerando que cada indivíduo e comunidade tenham suas diferenças, e, por isso, soluções e esforços diferentes devem ser feitos de acordo com cada contexto. O gestor deve estar pronto para pensar na implantação de diferentes modalidades de polo, sintonizadas com a necessidade do município ou território. Os indicadores sociais podem apontar quais áreas são prioritárias para implantação do polo. Na lógica da equidade, nenhum polo é igual a outro.
PARTICIPAÇÃO SOCIAL	Deve ser fomentada no desenvolvimento do Programa como forma de garantir o atendimento dos interesses do usuário e a construção de um senso de pertencimento ao Programa. O Programa prevê a criação do Grupo de Apoio à Gestão do Polo. Este grupo é mais um espaço de participação dos usuários no Programa.
AUTONOMIA	Autonomia pressupõe, entre outras coisas, socialização e apropriação de conhecimento, produção da escuta e horizontalidade de poder. As ações do Programa Academia da Saúde devem valorizar a experiência do usuário, respeitar seus interesses e favorecer a apreensão de novos conhecimentos favoráveis à saúde. Uma prática voltada à produção da autonomia compartilha saberes e experiências que oportunizam ao usuário participante utilizá-los em outro momento e local, sem depender da tutela do profissional de saúde. Da ação mais simples à mais complexa, tudo deve ser compartilhado. Conhecimento pressupõe liberdade de fazer. Inclusive, fazer diferente.
EMPODERAMENTO	No Programa, o Grupo de Apoio à Gestão do Polo e as abordagens voltadas à construção e socialização de conhecimentos são fortes indicadores do empoderamento ser um dos princípios norteadores. A implementação do Programa Academia da Saúde deve mirar questões transcendentes à saúde, como transporte, política, economia, segurança pública. O polo pode ser espaço para montagem de momentos estratégicos entre a comunidade e os gestores públicos para discutirem questões macro do bairro, afins ao Programa.
INTERSETORIALIDADE	Esta interface é primordial. Pela complexidade do objeto do Programa – promoção da saúde e prevenção das DCNT –, ser intersetorial é uma condição para avançarmos além das atividades que comumente são pensadas para o espaço do polo. Um caminho interessante é identificar programas afins à saúde desenvolvidos no município e propor articulação para potencializar o espaço do polo e diversificar as atividades. Então, programas de cultura, esporte e lazer, educação, entre outros, são fortes candidatos ao diálogo. O polo pode ampliar o seu horário de funcionamento com o apoio de programas afins aos objetivos da saúde.
SUSTENTABILIDADE	A sustentabilidade deve ser analisada e conhecida antes mesmo de o gestor aderir ao Programa. Conhecer as portárias, os tipos e a forma de repasse de recursos financeiros devem pesar na decisão de implantar o Programa. Por isso, um bom caminho é conversar com o Conselho Municipal de Saúde sobre a proposta; conhecer as experiências no Brasil para identificar as principais dificuldades e as soluções encontradas por outros gestores. Vale lembrar que o recuso financeiro de custeio será sempre um incentivo. Qualquer ampliação deverá contar com a contrapartida municipal ou estadual.
INTEGRALIDADE	Trata-se da integralidade do cuidado. O Programa deve oferecer ações e serviços complementares ao cuidado iniciado pelos demais profissionais, quando encaminhado ao polo por outro serviço de saúde; ou pode exercer ou construir outras formas de cuidado. Nas duas maneiras, é importante trabalhar com o contexto do usuário, suas possibilidades, as barreiras, os entendimentos sobre saúde e doença para buscar maior completude na abordagem ofertada, ou seja, enxergar e trabalhar com a totalidade do fenômeno, não apenas com sua manifestação (doença, comportamentos desfavoráveis à saúde, desinteresse pela própria saúde, etc.).

Fonte: Portal do Departamento de Atenção Básica.

5.9 Estratégias metodológicas para realização das ações no polo

Lançar mão de estratégias metodológicas para abordagem dos temas e conteúdos desenvolvidos no Programa Academia da Saúde faz toda a diferença para a prática profissional e para o usuário e a construção de significados. Vamos conhecer algumas:

Debates simulados: o debate simulado é a discussão entre dois grupos que assumem posturas contrárias frente a determinado assunto, tema, afirmativa ou situação trazida por alguém (BRASIL, 2001a). Com base em argumentos, os grupos tentam convencer um terceiro grupo sobre o ponto central posto no debate. É uma estratégia coletiva, pois necessita de, pelo menos, três grupos para ser realizada: um grupo a favor da afirmativa ou questão, outro contrário e um terceiro que dará sua opinião após a finalização das argumentações. Para tanto, os dois grupos que debaterão precisam definir e sistematizar os argumentos que serão utilizados para convencer o terceiro grupo. De forma opcional, a questão pode ser colocada antes para que os grupos possam pesquisar argumentos e contra-argumentos para sua participação. Podem utilizar livros, jornais, internet e até conversar com outras pessoas para captar elementos capazes de enriquecer a linha argumentativa. A fala do terceiro grupo é a penúltima etapa. Consensos ou divisões nesse grupo também enriquecem o momento. O profissional deverá alinhar as colocações, coordenar o tempo e o debate. Esta estratégia tem potencial para trazer à tona informações esquecidas ou desconhecidas, contribuir na consolidação do conhecimento e para o pensamento crítico.

ESTRATÉGIA



Exemplo: após a divisão dos grupos, é apresentada a seguinte afirmação: alimentos ultraprocessados não devem fazer parte da nossa alimentação.

Dois grupos debatem a afirmativa e o terceiro grupo, ao final das apresentações, expressa suas impressões sobre os argumentos, concordando ou não. O responsável pela condução da atividade, também pode ressaltar pontos interessantes dos argumentos apresentados para facilitar a discussão.

A estratégia do debate simulado pode ser utilizada como ponto de partida para introduzir um assunto complementar à produção do cuidado. Cabe observar o objetivo e o tempo disponível para sua realização.

Roda de conversa: estratégia que proporciona o livre debate sobre temas de interesse comum. Na Roda de Conversa, as diferenças de status entre os participantes não são levadas em conta, pois todos estão incluídos no processo de forma igualitária. Com ela, cria-se espaço interativo de diálogo e escuta, no qual todos podem participar com suas contribuições (GASKELL; BAUER, 2002) e (MELO; CRUZ, 2014). Permite a discussão e o aprofundamento de um tema ou assunto a partir do conhecimento de cada um que participa da roda.

RODA DE CONVERSA



O convite à roda de conversa deve informar o assunto que será tratado. A aproximação do assunto com o interesse dos participantes do Programa é fundamental para a adesão dos mesmos. Apesar de tomar um formato de livre bate-papo, a Roda deve ter finalidades,

garantida pelas contribuições balizadoras do debate, para que os participantes não fujam do assunto principal.

Educação Popular em Saúde – Polo do Serviço de Orientação ao Exercício - Camburi II, Jardim Camburi, Vitória, ES

Em dezembro de 2016, os usuários do polo começaram a reclamar de uma infestação de Larva migrans, mais conhecida como bicho-geográfico. No território, atua uma grande empresa de mineração, o que exige constante monitoramento das condições ambientais do local. Considerando o contexto, solicitamos aos usuários que convidassem familiares para conversar sobre o assunto e, depois, realizar uma visita aos arredores do polo para identificar possíveis complicadores do problema da infestação. A visita mostrou o acúmulo de lixo e condições sanitárias ruins. As situações encontradas foram problematizadas numa roda de conversa, que contou com representante da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, para

debater com a população possíveis atitudes que poderiam impactar positivamente no ambiente e na saúde dos moradores. Vários encaminhamentos foram pontuados na roda, entre eles, a necessidade de ações de educação em saúde, conversa com a empresa e aumento da fiscalização. Então, desenhamos uma proposta com duas etapas: a primeira com o retorno da roda de conversa para os profissionais da unidade de saúde de referência do polo para traçar estratégias e a apresentação das sugestões dos usuários ao Conselho Municipal de Saúde. Na segunda etapa, buscamos parcerias com outras secretarias para promover palestra nas escolas e discussões sobre os serviços públicos de limpeza. A empresa foi envolvida nessa etapa para contribuir com palestras e informações para a população e com a realização do mutirão de limpeza da paria, com a participação de toda a comunidade.

A roda de conversa pode começar com a contextualização de uma situação:

As doenças não transmissíveis, como cânceres, doenças do aparelho circulatório, como hipertensão, são responsáveis pelo maior número de mortes no país. Essas doenças possuem como característica o desenvolvimento ao longo do tempo, resultante do modo de vida desfavorável à saúde das pessoas, agravado pela carga genética de cada indivíduo, que pode contribuir para o seu desenvolvimento. A partir dos 60 anos, é a principal causa de morte.

O que é necessário para evitar o desenvolvimento dessas doenças e até mesmo, quando já existentes, para melhorar a qualidade de vida dos sujeitos?

Também pode iniciar com questões norteadoras:

- Como podemos melhorar nossa saúde?
- O que podemos fazer para diminuir a violência no bairro?
- O que pensamos sobre o diálogo intergeracional e o seu potencial de produzir saúde?
- Como está o nosso bairro em relação à segurança pública e a disponibilidade de espaços para praticar atividade física? Podemos fazer algo?
- O consumo de drogas, incluindo o álcool, está crescendo entre adolescentes e jovens. Quais os motivos que levam ao consumo? Quais ações podem ser feitas para diminuir o consumo de drogas neste público?
- O que nós pensamos sobre o sujeito ser protagonista no processo de cuidado da sua saúde?

Não é objetivo da roda de conversa retirar consensos, mesmo porque, ela nunca termina, podendo ser retomada em outros momentos, com novas questões sobre um tema principal ou outros assuntos pertinentes ao momento e ao objetivo do grupo. É importante captar os anseios, a experiência, as informações e a interação dos participantes para enriquecer outras iniciativas.

Oficinas: estratégia coletiva que proporciona a organização de momentos para elaboração de algo que será utilizado ou consumido. É um momento de aprendizado, no qual os conhecimentos coletivos são articulados para a produção de novos conhecimentos. Não se resume ao “aprender fazer”. Possui dimensões do pensar, agir e sentir sobre o objeto e a proposta apresentada (VIEIRA; VOLQUIND, 2002).

Nesse contexto, aprender apenas a reproduzir algo fica aquém das possibilidades de uma oficina. As pessoas que participam devem ter a oportunidade de se expressarem no processo, apropriando-se da técnica ou outro conhecimento que permita realizar ação semelhante em outro contexto com outros elementos de composição.

Vejamos: uma oficina sobre a preparação de uma sobremesa saudável, sem açúcar ou corantes, deve destacar a substituição dos ingredientes, caso algum deles não esteja disponível; os ajustes no preparo, caso não tenha à mão algum instrumento necessário etc. A oficina é um processo criativo, cabem ideias e sugestões em todos os momentos. Recomenda-se recorrer à oficina quando um conhecimento ou um assunto foi previamente apresentado e discutido, pois essa estratégia metodológica promove a articulação do conhecimento teórico e prático.

Exemplo:

Caso queira elaborar uma oficina de confecção de acessórios para a prática de exercícios resistidos com pesos livres, ou seja, a realização de um movimento com a resistência de um peso (ex.: flexão dos braços segurando halteres), os participantes deverão ter vivenciado previamente os movimentos, conhecer a importância e a influência dos exercícios de força para os músculos e, então, aplicar os seus conhecimentos na construção coletiva dos acessórios. A oficina tanto pode ser planejada em conjunto, momento no qual é acordado o tipo de material que todos deverão trazer, os responsáveis pelos instrumentos e materiais de confecção e arremate (cola, fita adesiva, tesoura etc.) ou proposta pelo profissional, que ficará responsável por disponibilizar os materiais. Mas, nas duas situações, a oficina precisa estar encaixada em um objetivo e ser de conhecimento daqueles que potencialmente serão os participantes.

5.10 O que orienta a prática do profissional que desenvolve ações e serviços no Programa Academia da Saúde?

A maior parte do que conversamos e aprendemos até o momento é canalizada para as discussões neste tópico em especial,

pois não basta o gestor conhecer o Programa. É fundamental que os profissionais, direta ou indiretamente envolvidos no seu desenvolvimento, orientem sua prática por bases epistemológicas, ou seja, por conhecimentos concernentes a proposta do Programa. Essa base é formada principalmente pela Promoção da Saúde e Educação Popular em Saúde, que se baseiam em conhecimentos que buscam a construção e a socialização de saberes, que valorizam o conhecimento prévio do sujeito, que reconhecem a intervenção junto e com o usuário como essencialmente pedagógica, que buscam desvendar ou construir elementos para o pensamento crítico e transformador da realidade em que vive, visando à melhoria de sua saúde.

Portanto, considerando a complexidade inerente à prevenção de doenças, promoção de saúde e produção do cuidado compartilhado, é possível afirmar que as ações e os serviços do Programa Academia da Saúde se valem de saberes e práticas do campo da Saúde Coletiva tanto quanto do núcleo profissional. Nessa perspectiva, discutimos a transdisciplinaridade como modelo teórico de produção de conhecimentos, na qual vários saberes olham para os mesmos objetos e temas (LUZ, 2009).

Vamos explicar melhor:

O **Núcleo** de conhecimento é aquele que demarca a identidade de uma área do saber e de prática profissional, ou seja, aquilo que cabe ao saber específico de cada profissão. Exemplo: o núcleo de formação do profissional fisioterapeuta permite que ele tenha habilidade e competência para elaborar um diagnóstico cinesiológico funcional. No núcleo do profissional de Educação Física, conhecimentos para prescrever exercícios físicos. No do profissional de Terapia Ocupacional, o conhecimento necessário à avaliação e identificação de alterações nas funções práxicas do indivíduo.

Já o **Campo** é um espaço de limites imprecisos no qual cada disciplina ou profissão buscaria, umas nas outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000). No Campo, as palavras de ordem são socialização e cooperação para a produção de soluções ou conhecimentos. O que o profissional de Nutrição pode oferecer do seu conhecimento ao profissional de

Fisioterapia, e vice-versa, para que uma nova prática surja? Essa prática não será nem de um nem do outro. Será um novo saber ao alcance de todos.

Esse conhecimento gerado no campo de saberes e práticas em saúde torna-se fruto da socialização, da troca, do ensino, da elaboração conjunta envolvendo vários saberes que geram outros, criados para solucionarem problemas específicos da situação que promoveu essa interlocução profunda e horizontal.

No desenvolvimento das ações e serviços do Programa Academia da Saúde, tanto o núcleo quanto o campo de saberes e práticas são requeridos. Por isso, o programa não está circunscrito a determinada categoria profissional. Do contrário, não estaríamos falando de um programa de Promoção da Saúde.

Com base nesse entendimento, para o Programa Academia da Saúde é prevista a atuação de profissionais de saúde de diversas formações. Certamente, essa diversidade contribui para a riqueza e a fortaleza do Programa.

Profissionais de outras áreas da gestão pública também podem desenvolver atividades no polo, desde que elas sejam correlatas às intencionalidades do Programa. Lembre-se que intersetorialidade é um princípio de programas de promoção da saúde.

Qualquer profissional de saúde habilitado para trabalhar na Atenção Primária pode desenvolver ações e serviços no polo do Programa. A exigência de vinculação de um ou mais profissionais para cumprir a carga horária de 40 horas de funcionamento excetua os profissionais que fazem parte da equipe mínima da Saúde da Família.

Veja no quadro 4 sobre quais profissionais estamos falando.

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

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

continua

conclusão

CBO	DESCRIÇÃO DA OCUPAÇÃO
2251-40	Médico do Trabalho
2251-42	Médico da Estratégia de Saúde da Família
2251-70	Médico Generalista
2251-80	Médico Geriatra
2251-95	Médico Homeopata
2252-50	Médico Ginecologista e Obstetra
2252-55	Médico Mastologista
2252-65	Médico Oftalmologista
2252-70	Médico Ortopedista e Traumatologista
2252-75	Médico Otorrinolaringologista
2252-85	Médico Urologista
2263-05	Musicoterapeuta
2263-10	Arteterapeuta
2394-15	Pedagogo
2515-10	Psicólogo Clínico
2515-30	Psicólogo Social
2516-05	Assistente Social

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

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

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

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

Explore recursos tecnológicos

Explorar as tecnologias é um caminho que não se deve deixar de trilhar quando falamos em cuidado, coletividades e participação. A saúde há muito lança mão de tecnologias para melhorar acesso, encaminhamentos (fluxos), satisfação do usuários, registro de procedimentos, etc.

Há evidências de que o apoio por meio de ligações telefônicas e envio de mensagens ajudam a fortalecer a participação e adesão em atividades (FREE et al.,2013). Além de serem um reforço à participação, possibilitam a criação de vínculos, essencial para o trabalho efetivo na Atenção Primária, bem como a organização de atividades no polo do Programa.

É fundamental incluir no planejamento a utilização otimizada dos recursos multimídia como programas de mensagens, vídeos, ligações telefônicas, páginas interativas, entre outras.

Responda o QUIZ a seguir e veja o quanto você está ‘antenado’ com as tecnologias no desenvolvimento e divulgação das ações e serviços no Programa Academia da Saúde. As respostas estão no final do caderno.

1. Existe e você faz parte de um grupo de discussão e organização das ações da Atenção Primária via aplicativo de mensagem criado por/para os profissionais de saúde do território.

(☐) Sim (☐) Não

2. Você possui grupo(s) dos usuários do(s) polo(s)/Programa Academia da Saúde em aplicativo de mensagem por meio do(s) qual(is) os mantém informados das atividades no polo, envia mensagens motivacionais e informativas, sugere vídeos e faz busca ativa dos que deixaram de frequentar o Programa?

(☐) Sim (☐) Não

3. Caso algum usuário queira uma orientação sobre assuntos ou atividades desenvolvidas no polo ele tem como entrar em contato direto com você, além do horário em que estará no polo?

(☐) Sim (☐) Não

4. O polo ou o Programa Academia da Saúde do seu município possui uma página na internet?

(☐) Sim (☐) Não

5. Você filma ou fotografa as ações e atividades realizadas no polo e divulga para os usuários e para gestores e profissionais da saúde e de outras áreas de interesse do Programa?

(☐) Sim (☐) Não

6. Pelo menos uma vez, as atividades realizadas no polo foram publicadas em jornal ou TV?

(☐) Sim (☐) Não

7.Você já deu entrevista para rádio, canal de internet ou TV sobre o Programa?

(☐) Sim (☐) Não

8. Você já projetou filme, documentário ou afins no polo?

(☐) Sim (☐) Não

O profissional que atua no Programa Academia da Saúde é, sobretudo, articulador, mediador e dinamizador de processos, vivências e ações. É um gestor dos componentes do Programa e das demandas originadas no encontro com o outro e do confronto de sua prática profissional com a disponibilidade objetiva da vida, entre elas, espaço, tempo, condições de trabalho, remuneração, etc.

O Programa Academia da Saúde como componente da Atenção Primária deve ter suas ações refletidas no cuidado integral. Então, os profissionais que dele participam, direta ou indiretamente, têm, entre os papéis, o de alinhar as práticas produzidas no polo com as demais práticas de saúde produzidas em outros espaços.

Compõem o trabalho no Programa o monitoramento e avaliação, como parte inseparável de um processo completo de planejamento.

A próxima Unidade abordará estes conhecimentos com o objetivo de sensibilizar e instrumentalizar o leitor para o fortalecimento desta prática como componente de um cuidado abrangente, embasado e contextualizado em informações.

MONITORAMENTO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

6



Entre as estratégias citadas na literatura, o monitoramento e a avaliação do desempenho apresentam papel de destaque. Estes são entendidos como estratégias complementares que permitem dotar a gestão de maior responsabilidade, transparência e qualidade (BRASIL, 2013a). Assim, as práticas ou intervenções do Programa Academia da Saúde são dimensões concretas que devem ser monitoradas e avaliadas.

Por monitoramento, entende-se um conjunto de atividades – articuladas, sistemáticas e formalizadas – de produção, registro, acompanhamento e análise crítica de informações geradas de seus programas, ações e serviços com a finalidade de subsidiar a tomada decisão quanto aos esforços necessários para aprimoramento da ação pública (SOUSA, 2013).

Após o planejamento, o início e a continuidade do funcionamento do polo, monitorar é uma ação fundamental para obter informações que subsidiem a gestão, identificando os fatores que a facilitam e aqueles que a restringem ou limitam, além de instrumentalizar o desenvolvimento da função gerencial pelo aprendizado institucional.

Podemos dizer que é papel do monitoramento: a) gerar banco de dados; b) consolidar informações necessárias à gestão e ao (re) planejamento; c) possibilitar a análise dos resultados obtidos; d) propor medidas de ajuste; e) interagir, integrar outras áreas e unidades de saúde. Assim, monitorar significa promover sistematicamente uma avaliação sobre algumas características das práticas ou objetos (BRASIL, 2016c).

Portanto, monitorar é acompanhar em um curto espaço de tempo as informações prioritárias sobre um programa e seus resultados esperados. Podem ser monitorados pelo acompanhamento do funcionamento, do desenvolvimento e dos resultados da ação, programa ou política. É no monitoramento que questionamos se estamos alcançando as metas estabelecidas, no tempo, na quantidade e dentro dos custos previstos.

O monitoramento é inerente à gestão!

Observa-se que, para monitorar, faz-se necessário um planejamento que norteie sua execução, como cronograma de atividades, de desembolso, de metas físicas ou financeiras.

O monitoramento irá fornecer as informações que podem ser utilizadas para a avaliação do Programa, servindo, principalmente, para o seu gerenciamento imediato como orientador das atividades.

Uma forma de monitorar a implementação do Programa Academia da Saúde é elaborar indicadores. Vamos conhecer mais sobre indicadores.

6.1 O que são indicadores?

Indicadores são parâmetros qualificados ou quantificados que servem para detalhar em que medida os objetivos de uma intervenção, seja um plano, projeto, programa ou política foram alcançados, dentro de um determinado período de tempo, em um dado território e com público definido. Tais parâmetros são construídos para monitorar e avaliar os resultados ou o desfecho da proposta de intervenção. Podem ser expressos em números absolutos, percentual, taxas, índices, coeficientes, razões ou chances.

Por exemplo:

Pensar um indicador que capte a participação das gestantes do território nos grupos organizados pelos profissionais de saúde da Atenção Primária. Então:

1. Monitorar o percentual de gestantes que participam dos grupos.
2. Número estimado de usuárias gestantes é de 400 usuárias.
3. O resultado da atividade poderá por ocorrer por meio do percentual de participantes em relação às usuárias cadastradas.

Indicador de adesão:

= Nº de gestantes cadastrado no território da equipe de Saúde da Família e que participam da atividade

X 100

Nº de gestantes cadastrado no território da ESF

Que tal um exemplo com o indicador acima?

No monitoramento do número de gestantes que participavam da atividade ofertada no polo para este público, observou-se que a média mensal do último trimestre foi de 10% das cadastradas, 5% a menos do que foi planejado

Então, o profisisonal pactuou com os demais profisisonais da sua área de cobertura metas de busca ativa de mulheres gestantes, construindo, assim, direcionalidade de estratégias para aumentar a adesão.

A meta da ação será definida e pactuada pela equipe no processo de planejamento prévio. Ela será o referencial de monitoramento quanti ou qualitativo a cada mês, bimestre, semestre ou ano, ou mesmo de tempo específico de pactuação da execução da ação.

Januzzi (2009), afirma que os indicadores precisam ser elaborados e calculados com uma periodicidade que permita aos gestores corrigi- los oportunamente, dentro de um ciclo de execução vigente do programa. Além disso, é preciso que as informações geradas pelos indicadores sejam apresentadas em formato de fácil compreensão pelos gestores, ou seja, para que estes tenham rápida percepção do desempenho do programa.

Na literatura, há vários tipos e funções para indicadores. Aqui, vamos trabalhar três deles: estrutura, processo e resultado (BRASIL, 2007).

Quadro 7 – Componentes-padrão de Ficha Qualificação de Indicadores

DIMENSÃO DO INDICADOR	CONCEITO	QUESTÕES DE DIRECIONALIDADE	EXEMPLO DE INDICADOR
Estrutura	Reflete as condições de área física, tecnologia apropriada, recursos humanos, medicamentos, acesso às normas de atendimento ao usuário do SUS, de metodologia de avaliação de serviços etc.	Responde às questões: “O que temos?”; “Do que dispomos?”.	Produção dos serviços: concentração das ações e cobertura. Pessoal/folha de pagamento: número de profissionais por categoria/por serviço/por habitante, perfil, gastos, produtividade etc. Instalações físicas/capacidade instalada: número de unidades por tipo/ por habitante, grau de utilização e ociosidade etc. Referência/contrarreferência: organização dos níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário) devidamente hierarquizados e referenciados etc. Legislação/processos/expedientes. Recursos financeiros/custos/despesas. Estoque: material de consumo em geral, material permanente e equipamentos. Outros: tipo do modelo assistencial, políticas de saúde definidas, opiniões, aceitação política, participação da população, etc.

continua

continuação

DIMENSÃO DO INDICADOR	CONCEITO	QUESTÕES DE DIRECIONALIDADE	EXEMPLO DE INDICADOR
Processo	Aponta o que os profissionais fazem, identificando quais os serviços que realmente são oferecidos aos usuários da proposta de ação.	Responde à questão: “O que faz?”.	• Normas/padrões de condutas técnicas: auditorias e revisão de formulários, monitoramentos, controle da qualidade das ações relacionadas com a saúde do indivíduo, com a população etc. • Programas de saúde: percentuais ou taxas de eventos de alerta (acompanhamento de doenças crônicas não transmissíveis); acompanhamento da qualidade técnica do procedimento dos profissionais prestado em determinadas ação e atividade individual e coletiva. • Resolubilidade do serviço: grau de satisfação dos usuários; estudos de procedência, mudança do quadro sanitário, eficácia dos procedimentos, alcance de metas e objetivos etc.

continua

continuação

DIMENSÃO DO INDICADOR	CONCEITO	QUESTÕES DE DIRECIONALIDADE	EXEMPLO DE INDICADOR
Resultado	Aponta o que foi obtido pela execução das ações desenvolvidas ou do objetivo proposto. Os indicadores de resultado precisam ser avaliados levando em conta o nível de complexidade do serviço e sua adequação para resolver o tipo de problema apresentado pelo usuário do SUS, num determinado período de tempo.	Responde às questões: “As ações foram efetivas?”; “O objetivo geral da proposta está sendo alcançado?”.	• Demográficos/sociais/econômicos: estrutura etária, nível de emprego e renda, escolaridade, condições sanitárias, habitação, condições de trabalho, lazer etc. • Mortalidade: mortalidade prematura (idade: de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (por causa DCNT doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e sexo etc. • Morbidade hospitalar: distribuição das internações prematura (idade: de 30 a 69 anos) pelo conjunto das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis (por causa DCNT doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e sexo etc., ou de internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária relacionadas aos Grupos 9 e 13 (hipertensões e diabetes). • Morbidade ambulatorial: distribuição dos atendimentos ambulatoriais por causa DCNT – doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) e sexo, idade, sexo, procedimentos, encaminhamentos, procedência, custos etc.

continua

conclusão

DIMENSÃO DO INDICADOR	CONCEITO	QUESTÕES DE DIRECIONALIDADE	EXEMPLO DE INDICADOR
	Aponta o que foi obtido pela execução das ações desenvolvidas ou do objetivo proposto. Os indicadores de resultado precisam ser avaliados levando em conta o nível de complexidade do serviço e sua adequação para resolver o tipo de problema apresentado pelo usuário do SUS, num determinado período de tempo.	Responde às questões: “As ações foram efetivas?”; “O objetivo geral da proposta está sendo alcançado?”.	- Morbidade domiciliar e de outros espaços coletivos: distribuição das causas de doenças relatadas pela população no domicílio e em acordo ou desacordo com padrões técnicos, percentual de problemas de qualidade dos serviços etc. - Vigilância à saúde: percentuais de serviços de saúde por grau de risco epidemiológico

Fonte: elaboração própria

A elaboração de indicadores é de fundamental importância no planejamento. Assim, para conhecer a ação estratégica – sua estrutura, seu funcionamento, sua dinâmica de trabalho – que se quer monitorar ou avaliar posteriormente, deve-se conferir o máximo de pertinência do que se quer medir ou acompanhar. Além disso, é preciso estar atento à pertinência da correlação entre o que se tem (estrutura), o que se faz (atividades, serviços) e o que se quer como resultado (relacionado aos objetivos).

Cada indicador precisa ter sua ficha de qualificação padronizada, que funciona como uma identidade. Assim, qualquer pessoa pode compreender a função que se exerce no processo de monitoramento e evita confusões em relação à sua utilidade e aos resultados obtidos.

Vejamos, no quadro a seguir, os componentes de uma Ficha de Qualificação, segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde:

Quadro 7 – Componentes-padrão de Ficha Qualificação de Indicadores

Componente	descrição
1. Conceituação	Definição de suas características e das formas como ele se expressa.
2. Interpretação	Resumo explicativo do tipo de informação obtida e o seu significado.
3. Usos	Formas principais de utilização dos dados, as quais devem ser consideradas para fins de análise.
4. Limitações	Fatores que restringem a interpretação do indicador, tanto ao próprio conceito quanto às fontes utilizadas.
5. Fontes	Instância responsável pela produção dos dados que são utilizados para cálculo do indicador e pelos sistemas de informação a que correspondem.
6. Método de cálculo	Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que o compõem.
7. Categorias sugeridas para análise	Níveis de desagregação dos dados que podem contribuir para a interpretação da informação e que sejam, efetivamente, disponíveis, tais como sexo, idade.
8. Dados estatísticos e comentários	Tabelas resumidas e comentadas, que ilustram a aplicação do indicador com base na situação real observada. Sempre que possível, os dados devem ser desagregados por grandes regiões e para anos selecionados da década anterior.

Fonte: Rede Interagencial de Informações para Saúde, 2012.

As informações necessárias para a produção de um indicador podem ser geradas a partir da análise dos sistemas de informação existentes ou da aplicação de instrumentos criados com base no Diagrama de Modelo Lógico da intervenção, pautando os objetivos, as atividades, os resultados esperados e os processos de trabalho envolvidos no planejamento e na implementação do projeto ou programa.

Agora sabemos o que é e quais as principais características de um indicador. Então vamos dar uma olhada em alguns exemplos de indicadores, considerando as características do Programa Academia da Saúde.

EXEMPLO 1 – INDICADORES DE ESTRUTURA

Objetivo: Aumentar a capacidade de atendimento do polo do Programa Academia da Saúde.

Indicador 1: Número de profissionais da APS que atuam no polo do Programa.

Método de cálculo: Número de profissionais da APS que podem desenvolver ações no polo do Programa

Meta: Todos os profissionais da APS que podem atuar no polo do Programa desenvolvendo alguma ação ou serviço no polo (conforme resultados, a meta pode repactuar para mais ou para menos).

Indicador 2: Média de procedimentos individuais realizados por dia/turno no polo do Programa.

Método de cálculo: Total do número de procedimentos realizados dividido pelo número de turnos trabalhados no mês por polo do programa.

Meta: Quinze procedimentos por dia (conforme resultados, a meta pode repactuar para mais ou para menos).

Indicador 3: Média de procedimentos coletivos realizados por dia/ turno no polo do Programa.

Método de cálculo: Número de procedimentos coletivos realizados por turno de funcionamento do polo do Programa.

Meta: Dez procedimentos coletivos por dia (conforme resultados, a meta pode repactuar para mais ou para menos).

EXEMPLO 2 – INDICADOR DE PROCESSO

Objetivo: Monitorar rotatividade de participantes nas aulas de yoga.

Indicador: Variação numérica temporal entre as médias de frequência nas aulas de yoga em determinado polo ou turno.

Método de cálculo: É a variação da média de participantes das aulas de yoga em determinado período, polo/turno (M2) pela média de participantes das aulas de yoga em determinado período, polo/turno anterior (M1). Calcula-se (M2 - M1). (Menor que 1 = Rotatividade negativa; 0 = Rotatividade constante; Maior que 1 = Rotatividade positiva e maior agregação de participantes.

Meta: Rotatividade maior que 1.

EXEMPLO 3 – INDICADOR DE RESULTADO

Objetivo: Diminuir a proporção de internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária relacionadas aos Subgrupos 9.1 (CID - I10) e 13.3 (CID - E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9), respectivamente (hipertensões e diabetes) da população adscrita da USF com polo do Academia da Saúde.

Indicador: Proporção de usuários hipertensos ou diabéticos participantes sistemáticos do Programa com redução ou suspensão de medicamento de controle.

Método de cálculo: Número de usuários hipertensos ou diabéticos participantes sistemáticos do Programa com redução ou suspensão de medicamento de controle dividido pelo número total de usuários hipertensos ou diabéticos participantes sistemáticos do Programa em determinado período e polo, multiplicado por 100.

Meta: Variação de 5% de usuários hipertensos e/ou diabéticos com medicamentos reduzidos ou suspensos (conforme resultados, a meta pode repactuar para mais ou para menos).

A seguir temos a simulação de uma ficha de qualificação de um indicador de estrutura elaborado para monitorar as atividades de um determinado polo que funciona todos os dias da semana e em dois turnos.

Quadro 8 – Exemplo de ficha de indicador para o Programa Academia da Saúde

NOME DO INDICADOR	
Média de procedimentos individuais ofertados no polo (adesão individual)	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO	
Componente	Descrição
1. Conceituação	Média diária de todos os procedimentos individuais (ex.: avaliação física, prescrição de exercícios físicos, orientação nutricional, sessão de acupuntura) executados no polo ou no turno em determinado período, levando em consideração os dias úteis de cada mês.
2. Interpretação	Expressa o grau de participação dos usuários em relação aos serviços ofertados. - Quanto maior o valor numérico da adesão, mais usuários utilizando os serviços ofertados pelo Programa. - Indica efetividade no acolhimento. - Expressa interesse dos usuários em utilizar os serviços.
3. Usos	- Analisa variação geográfica, temporal e entre turnos e entre polos. - Subsidiar processos de planejamento, gestão, avaliação e monitoramento.
4. Limitações	- Duplicidade na contagem de usuários. - Disponibilidade dos serviços insuficientes para a demanda.
5. Fontes	Formulário de Acompanhamento do Quantitativo de Procedimentos coletados semanalmente em cada turno de polo.
6. Método de cálculo	Número total de procedimentos individuais realizados em determinado mês. Número de turnos trabalhados no mesmo mês por polo do Programa

continua

conclusão

NOME DO INDICADOR	
Média de procedimentos individuais ofertados no polo (adesão individual)	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO	
Componente	Descrição
7. Categorias sugeridas para análise	• Por polo e por turnos. • Por tipo de procedimento.
8. Dados estatísticos	Analisando o ano de 2016, a média mensal de procedimentos individuais realizadas no polo foi de 36. Quanto à adesão ao procedimento, identificou-se que, entre os oferecidos, o de maior adesão foi “sessão de acupuntura”, com a média diária de 5 sessões por dia, especialmente no turno da manhã. O mês de maior adesão aos procedimentos individuais foi o de janeiro, com média diária de 16 procedimentos/dia realizados.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

Neste exemplo, iremos trabalhar o indicador de processo que trata da rotatividade de participantes nas aulas de yoga.

Quadro 9 – Exemplo de ficha de indicador para o Programa Academia da Saúde

NOME DO INDICADOR	
Variação numérica temporal entre as médias de frequência nas aulas de yoga em determinado polo ou turno (Grau de Rotatividade)	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO	
Componente	Descrição
1. Conceituação	Tem como característica monitorar rotatividade do número de participantes nas aulas de yoga.
2. Interpretação	Expressa a quantidade de pessoas que permanecem no programa. Sugere um grau de habilidade do profissional em acolher as pessoas ao Programa. Indica a variabilidade da permanência dos usuários no polo/turno. Valores positivos não indicam que houve um aumento na frequência de usuários no polo.

continua

conclusão

NOME DO INDICADOR	
Variação numérica temporal entre as médias de frequência nas aulas de yoga em determinado polo ou turno (Grau de Rotatividade)	
FICHA DE QUALIFICAÇÃO	
Componente	Descrição
3. Usos	Analisar variação geográfica, temporal e de turno dos polos. Subsidia os processos de planejamento, monitoramento e avaliação.
4. Limitações	Considera-se o total de usuário, para construção do indicador, apenas os que participam da aula de yoga.
5. Fontes	Ficha de Acompanhamento do Quantitativo de Procedimentos.
6. Método de cálculo	Média de participantes* das aulas de yoga em determinado polo e período (T2) – Média de participantes das aulas de yoga em determinado polo e período (T1)
7. Categorias sugeridas para análise	·Por polos e turnos (manhã ou tarde). ·Período mensal, trimestral, semestral e anual.
8. Dados estatísticos e comentários	Analisando o ano de 2016, a variação média de participantes mensal nas aulas de yoga foi de 3,7, quando comparada ao ano anterior no município. Quando observada a variação entre polos, 10% teve variação negativa, indicando uma rotatividade negativa, 40% com constância na rotatividade e 50% com rotatividade de rotatividade positiva, indicando agregação de participantes. Houve um máximo de 8,1 e mínimo de -2,2 de rotatividade.

Fonte: Elaboração própria, 2017.

*Definição média de participantes das aulas equivale à soma do número de participante de todas as aulas em determinado polo e período específico dividida pelo número total de aulas executadas em determinado polo e período.

Que tal elaborar um indicador para ser aplicado ao Programa no seu município?

Vamos tentar?



ATIVIDADE

A partir do estágio do Programa no seu município, elabore:

- Um indicador com a respectiva ficha de qualificação que pode ser de monitoramento mensal ou anual.
- Considere dias úteis do período monitorado, quantidade de atividades e serviços oferecidos no polo no mesmo período.
- Utilize os exemplos citados anteriormente de ficha de qualificação para realizar a atividade.

6.2 Produção e uso de informações para subsidiar decisões na gestão do Programa

A elaboração e a aplicação de indicadores para o monitoramento local das ações da Atenção Primária, incluindo o Academia da Saúde, exigirão um trabalho de qualificação do registro e da informação em saúde.

Primeiro vamos às definições:

Dados – Os dados são conteúdos quantificáveis que, a princípio, não expressam sentido algum e não são suficientes para a tomada de decisão. Porém, constituem a base da informação.

Um caso fictício para ilustrar a definição: o município de Ipês Altos realizou uma pesquisa de opinião com a população sobre o serviço de limpeza urbana. Entre os dados, tem-se que 800 pessoas não aprovam o serviço de limpeza urbana.

Isolado e descontextualizado, esse dado não expressa informação significativa. Não sabemos se 8.000 é um número alto ou baixo de respostas. Também não sabemos se significa desaprovação da população do serviço de limpeza urbana.

Informação – É a organização dos dados para exprimir um sentido. Pressupõe análise e interpretação à luz de um contexto. De forma mais corriqueira, diz-se que a informação é o resultado do tratamento dos dados. Orienta a tomada de decisão.

Continuando com o exemplo do município fictício de Ipês Altos, após tratamento dos dados, ou seja, limpeza do banco, cruzamento das informações e comparação com o número de pessoas entrevistadas (que é chamado de N da pesquisa), descobriu-se que 800 pessoas correspondem a 10% do total entrevistado. Portanto, a desaprovação do serviço de limpeza urbana em Ipês Altos é baixa

Vejamos, no caso a seguir, como o uso da informação é importante para as decisões políticas e, sobretudo, para fazer o advocacy⁶ de um programa, projeto ou comunidade a ser beneficiada com a iniciativa.

O município de Ipês Altos vai pleitear a construção de dois polos do Programa Academia da Saúde. A prefeita, Ana Julia, precisa definir os locais onde serão implantados. Antecipando-se à decisão da prefeita, a equipe gestora da Atenção Primária, coordenada por Helena, resolveu realizar uma análise dos dados de saúde e produzir informações interpretadas em dois indicadores: % de cobertura da eSF na APS e População vulnerável (% de casos de violência, % de idosos, % de beneficiários do Programa Bolsa família, renda, saneamento, gestantes, crianças e principais causas de morbimortalidade). Das oito comunidades aptas à receber o polo, restaram seis com indicadores mais preocupantes.

⁶Advocacy é um exercício de cidadania; envolve realizações de iniciativas que visam à defesa de uma causa ou de uma proposta de interesse público. Por meio de diversas ferramentas (como passeatas, documentários, abaixo-assinados, audiências, mídia de massa e espontânea, reuniões etc.), procura-se intervir nas políticas públicas, influenciando, por exemplo, a elaboração de projetos de lei. Yrula, Carolina P. Além dos Muros da Escola, abril de 2013.

A segunda análise foi a existência de terrenos disponíveis para construção dos polos que fossem de fácil acesso à comunidade. Então, restaram as comunidades de Rua Estreita, Beco da Linha, Coité e Cachoeira. Com os quatro locais identificados e apenas dois polos para serem implantados, a pergunta a ser respondida foi: quais locais priorizar? Então, a equipe realizou a correlação de três variáveis: ter o terreno de fácil acesso, ter cobertura da eSF e ter maior prevalência de beneficiários do Programa Bolsa família. Restaram as localidades de Rua Estreita e Beco da Linha. De posse dessa informação, Helena conversou com o secretário de Saúde, Guilherme, que, por sua vez, acertou uma reunião com a prefeita para ajudá-la a decidir quais comunidades seriam beneficiadas com a implantação dos polos do Programa. Na reunião, Ana Julia agradeceu o apoio e aprovou a comunidade de Rua Estreita. Mas, por compromisso político assumido em campanha, informou que o outro polo iria para a comunidade de Cachoeira. Guilherme explicou que era importante fortalecer ações da Atenção Primária em locais de maior vulnerabilidade social e que era possível conseguir mais Emendas Parlamentares para novos polo, e, assim, expandir o Programa no Município. Ana Julia concordou, mas manteve a decisão de substituir Beco da Linha por Cachoeira. Pactuou com a equipe que 'correria atrás' de mais emendas e priorizaria Beco da Linha e as demais em outra oportunidade.

Para fecharmos a discussão sobre dados e informação, é importante compreendermos que eles estão diretamente ligados. Caso a qualidade dos dados seja ruim, a informação sairá incompleta, inconsistente, falha, errada ou até impossibilitada de ser gerada.

Como sabemos, é preciso mudanças estruturais para garantir a produção de informações reverberem na tomada de decisão e na melhoria das ações e dos resultados em saúde.

Com base no estudo de Neves, Montenegro e Bittencourt (2014), em relação à produção e ao registro de informações no Brasil utilizando análise descritiva dos dados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-Atenção Básica), sintetizamos quatro pontos essenciais para a produção de bons registros e, consequentemente, melhoria da qualidade e no uso das informações em saúde:

1. Informatização dos equipamentos de saúde (UBS, unidades tradicionais, polo etc.) – Retome a figura 11 da Unidade I que apresenta o fluxo de registro e envio de informações para o Sisab. Veja que as oportunidades de uso de ficha em papel são restritas. Digitar a informação diretamente no computador pode evitar erros de transcrição da informação ou esquecimento de registro de alguns campos. Além disso, ter o computador diminui a dependência da ficha impressa, que nem sempre está disponível em quantidade suficiente.
2. Ampliação de estabelecimentos de saúde com acesso direto à rede internet – Esta iniciativa confere autonomia aos profissionais, encurta caminho no envio das informações, o que pode evitar duplicidades, evita deslocamentos para digitação.
3. Reunião de equipe – é fundamental incluir o processo de registro e produção da informação nas discussões de equipe. Comentar os registros realizados pelos profissionais de forma compartilhada, discutir dificuldades e entendimento sobre o preenchimento dos campos tornam o processo mais claro e contribui para o compartilhamento das responsabilidades no âmbito da informação em saúde. Esse ponto aproxima-se da perspectiva da educação permanente, cabendo-lhe uma discussão continuada, não apenas para conferir o processo, mas para melhorá-lo a partir das sugestões da equipe.
4. Apoio da gestão – as informações produzidas pelas equipes devem ter espaço de escuta na gestão municipal ou estadual de saúde. A gestão deve possibilitar a melhoria da qualidade do registro, a produção de informações e o uso delas para a tomada de decisão, alinhando as mudanças ou incrementos possíveis à prática dos profissionais e à realidade do território. Esse ponto também se entrelaça com a educação permanente de trabalhadores e gestores do SUS.

6.3 Comunicação da informação: detalhes que fazem a diferença.

Falar em informação é também abordar a forma de comunicá-la adequadamente.

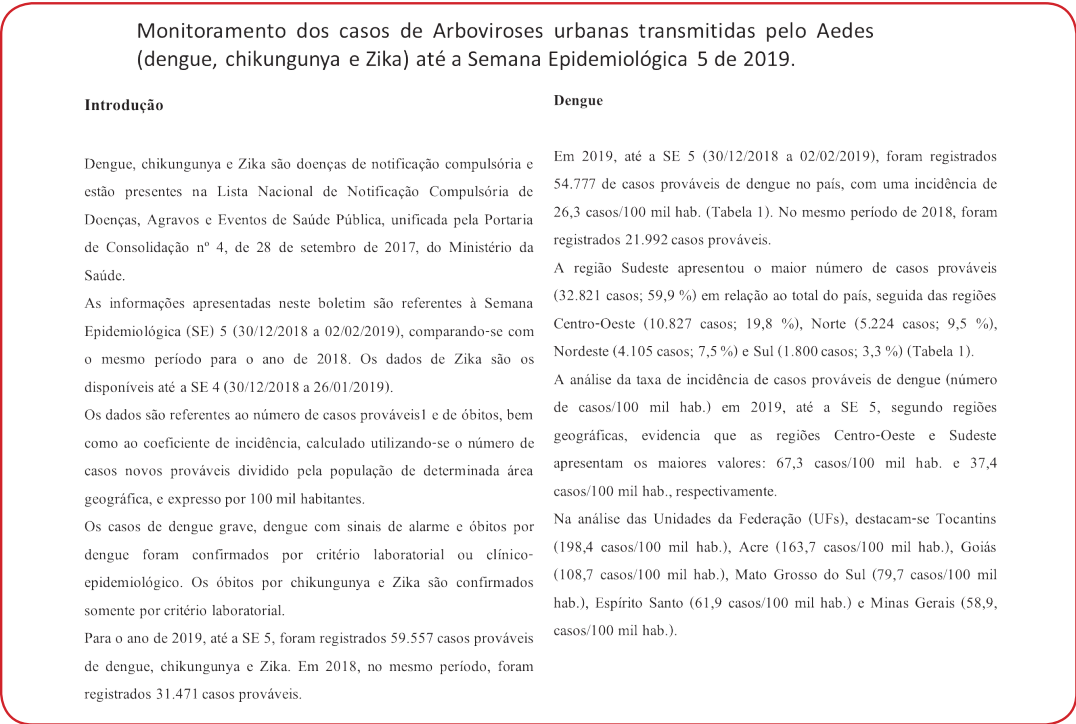
Na atualidade, nunca foi tão fácil divulgar algo ou alguém. São tantas informações que muitas se tornam desinteressantes antes mesmo de serem aprofundadas.

Para otimizar a informação conseguida com muito trabalho e cuidado, faz-se necessário, minimamente, ter atenção a cinco questões:

- 1. O papel social da unidade/ instituição que informa - ajuda a relacionar a informação divulgada com o objetivo e a missão da unidade que a divulga. Por exemplo: a eSF da UBS de determinado território divulga o quadro de profissionais e horários ou informações epidemiológicas do território;
- 2. Para quem será divulgada (qual o público?);
- 3. O que será divulgado (qual a informação mais útil para o público destinado?);
- 4. Como será divulgada – trata-se da linguagem e o meio de divulgação: cartaz, fôlder, panfleto, anúncios em rádios, carro de som ou anuncietas, campanhas na TV, internet, blog etc.;
- 5. Qual resultado se espera com a divulgação (informar? aumentar a participação da população em determinada ação?, prestar contas de algo?, etc.).

Dos exemplos apresentados a seguir, qual você escolheria como mais adequado para comunicar aos profissionais de saúde?

Figura 27 – Boletim Epidemiológico



Fonte: Autoria própria.

Figura 28 – Folder sobre prevenção da Dengue



Fonte: Ministério da Saúde.

Mesmo sem conhecimento sobre técnicas de redação para públicos específicos, certamente a linguagem expressa no exemplo do Boletim Epidemiológico é a mais adequada para comunicar aos profissionais de saúde.

Na figura 28, o colorido, as setas e os desenhos são ótimos recursos para dinamizar o texto e torná-lo atraente. Esses recursos em nada diminuem a importância da informação. A linguagem é acessível e reforçada com os desenhos, mais apropriado para o grande público com diversidade de conhecimento e interesses no assunto.

Nos dois exemplos, o assunto é o mesmo – dengue –, as diferenças são: a linguagem (técnica x simples), o formato (boletim técnico x panfleto), o objetivo (informar sobre a situação epidemiológica da dengue x informar métodos de prevenir a proliferação do mosquito), e a quantidade (informação aprofundada x informação recortada e objetiva).

Um outro elemento muito importante nesta cadeia é o conhecimento. Caracteriza-se como algo além da informação, que possui aplicações. O conhecimento contribui para a produção de novas ideias. É o resultado produzido pela observação, acompanhamento, análise, experiência, estudo e descrição da realidade objetiva.

Mas, como dados e informações viram conhecimento? Na história da saúde, existem muitas personagens que podem ilustrar como os conhecimentos são produzidos. Destacamos uma clássica da saúde pública para demonstrarmos esta questão.



Jonh Snow (1813-1858) foi um médico inglês que elaborou, realizou e descreveu, pela primeira vez, o método epidemiológico usado para investigar duas epidemias de cólera em Londres. Com consultório no bairro de Soho, o Dr. Snow visitava famílias devastadas pelo cólera no surto de 1848-1849. Ele observou que não havia distinção entre casas limpas ou em péssimas condições sanitárias; que os médicos que tratavam os doentes não eram infectados e que, apesar de existirem dois cortiços muito próximos, apenas em um deles as pessoas adoeciam. Então, ele estudou a frequência e a dispersão de casos de mortalidade do cólera (produziu dados e informações), para entender o comportamento da doença e identificar,

especialmente, sua localização e pontos de contaminação, sistematizando a cadeia de contágio; um feito espetacular para a época. Refutou a ideia de transmissão pelo ar e chegou à conclusão que a transmissão ocorria por algo ingerido direta ou indiretamente pela água de uma das fontes do Soho, justamente a utilizada pela população do cortiço que tinha mais doentes. Snow também descobriu que a doença se espalhou porque uma empresa escoava água da fonte contaminada para outros locais da cidade. O trabalho de Snow produziu conhecimentos sobre a doença estudada e o método de investigação que até hoje é aplicado para conhecer comportamento de várias epidemias. Além disso, expôs o problema das condições sanitárias aos quais estava relegada boa parte da população londrina como condição a ser superada para a melhoria da saúde.

Como vimos, o processo de qualificação do registro e da melhoria da informação não é tão simples como aparenta. Mas, é extremamente necessário para criar autonomia dos profissionais, segurança nas decisões técnicas, administrativas e políticas e informações a serem discutidas e divulgadas para a população adscrita às equipes de saúde da Atenção Primária.

Resumindo...

A Unidade II apresentou e discutiu a história do Programa Academia da Saúde, seus objetivos e intencionalidades na saúde pública. O Programa é uma iniciativa da Atenção Primária, voltada para a promoção da saúde e a prevenção das DCNT, e constitui-se ponto de atenção e produção de cuidado em saúde.

A Promoção da Saúde e as Políticas Nacional de Atenção Básica, de Práticas Integrativas e Complementares e de Alimentação e Nutrição são grandes marcos orientadores das ações do Programa no território.

A implementação do Programa possui incentivos financeiros para investimento – construção de polos – e custeio para o seu funcionamento. Cabe ao município e ao Distrito Federal qualificar o desenvolvimento local do Programa a partir das capacidades técnicas e financeiras disponíveis. Vale lembrar que as iniciativas no SUS são tripartite, cabendo às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Ministério da Saúde apoio técnico aos municípios para o sucesso local da iniciativa.

A unidade também discutiu a diversidade de serviços e práticas possíveis de serem desenvolvidas no Programa, em consonância com as demandas do território e a capacidade resolutiva da APS, contribuindo para o aumento desta última.

O conteúdo procurou deixar claro que se trata de um programa com variadas possibilidades de implementação, para além da atividade física e da alimentação adequada e saudável. O Programa propõe incrementar o cuidado em saúde na Atenção Primária, seja complementando ou apresentando novas práticas em saúde com o objetivo comum de fortalecer este nível de atenção e o cuidado integral à saúde.

O fomento à participação social foi destacado com a criação do Grupo de Apoio à Gestão do Polo, de livre composição pelo município, que exerce um papel importante na sustentabilidade do Programa e no fortalecimento da agenda política relacionada à promoção da saúde no território. Este grupo inclui, especialmente, os profissionais de saúde e a população na responsabilidade compartilhada do cuidado.

A natureza do Programa Academia da Saúde confere ao profissional que nele atua, independentemente da formação, um papel fundamental na criação de um espaço produtor de conhecimentos, interativo, aconchegante, com identidade local e efetivo nos cuidados em saúde. Portanto, trocar informações, compor novos conhecimentos, promover a interdisciplinaridade não são opções no desenvolvimento do Programa. São imperativo para seu sucesso!

Por fim, a unidade faz um link entre o monitoramento, enfatizando a necessidade de elaborar indicadores para acompanhar o desenvolvimento do Programa e produzir informações que possam subsidiar futuras iniciativas de avaliação, e a importância de disseminar informações junto aos profissionais e à população em geral.

Unidade III

PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE: APLICAÇÕES AO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE



A maioria das pessoas não planeja fracassar, fracassa por não planejar.

John James Beckley
Bibliotecário britânico

Objetivos:

Ao final desta Unidade você será capaz de:

- Definir o que é o planejamento e suas características.
- Conhecer o Planejamento Estratégico Situacional (PES).
- Desenhar e executar um planejamento para o Programa Academia da Saúde.
- Desenhar o modelo lógico do programa do seu município ou Distrito Federal.



PLANEJAMENTO
ESTRATÉGICO
SITUACIONAL – PES

7



Existe a famosa historinha do jogador Garrincha, na copa mundial de futebol de 1958. O técnico Vicente Feola deu instruções aos jogadores, antes da partida contra a Inglaterra, mais ou menos nos seguintes termos: “Nilton Santos toma a bola do adversário, no meio do campo e passa para o Garrincha, que dribla os zagueiros e centra para o Pelé chutar ao gol”. No que Garrincha retrucou: “E o adversário já foi avisado disso?” Feola provavelmente era adepto do planejamento tradicional, e o Garrincha, do PES.

(LIDA, 1993)

Planejar é criar perspectivas, é construir planos para o futuro.

O planejamento consiste em uma importante tarefa de gestão e administração, que está relacionada com a preparação, a organização e a estruturação de um determinado objetivo. É essencial na tomada de decisões e execução das ações. Posteriormente, o planejamento também é importante para verificar se as decisões tomadas foram acertadas (feedback). Utilizar o planejamento como uma ferramenta para potencializar o processo de trabalho demonstra um interesse em prever e organizar ações e processos que vão acontecer no futuro, aumentando a sua racionalidade e eficácia.

Planejar tem forte relação com a **sustentabilidade** da política, programa ou projeto que será implementado. Já tocamos nesse assunto na Unidade I, quando nos referimos aos princípios da Promoção da Saúde. Você lembra?

Na literatura, há vários métodos de planejamento. O trabalho já começa em escolher aquele mais próximo de um planejamento na área de saúde envolvendo um programa de Promoção da Saúde, ou seja, que garanta:

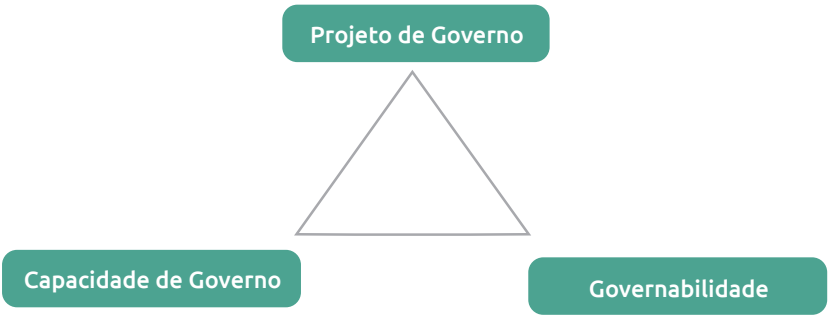
1. A participação dos atores implicados no processo e que serão diretamente beneficiados com a iniciativa que se quer planejar.
2. A flexibilidade necessária às ações em saúde.
3. A intersetorialidade como principal estratégia.

Nessa perspectiva, vamos conhecer o Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus (1997), que rompeu definitivamente com o planejamento normativo, empregado fortemente na época. Esse método é muito usado no planejamento em saúde. Trata do planejamento por problemas e, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida.

Para Matus (1997), a realidade é dinâmica, assim como o que causa o problema. O PES é um planejamento contextualizado. Pensa no futuro, mas considera a realidade atual para compor suas bases.

Para início de conversa, Matus criou o Triângulo de Governo para explicar o método PES.

Figura 30 – Pirâmide de Matus



Fonte: (MATUS, 1985).

O Triângulo sistematiza três principais dimensões que precisamos considerar e conhecer na realização do planejamento. Vamos entendê-lo?

O Projeto de Governo diz respeito à direção que a administração irá tomar. Está diretamente relacionado ao plano de governo.

A Capacidade de Governo está ligada à competência técnica e aos recursos disponíveis.

A Governabilidade relaciona-se à capacidade de identificar problemas e mobilizar recursos para a solução deles.



Governança e Governabilidade não são sinônimos. Governabilidade refere-se à capacidade do governo para identificar problemas críticos e formular políticas adequadas ao seu enfrentamento; capacidade governamental de mobilizar os meios e os recursos necessários à execução dessas políticas, bem como à sua implementação; e capacidade de liderança do Estado sem a qual as decisões tornam-se inócuas, ficam claros dois aspectos (DINIZ, 1995; GONÇALVES, 2005).

Governança refere-se a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e por meio das fronteiras do sistema econômico (SANTOS, 1997). Relaciona-se ao modo como se opera a política, incluindo a forma como acontece o processo decisório.

O Método PES prevê quatro momentos para o processamento técnico-político dos problemas: **explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional**. Cada um desses momentos possui suas ferramentas metodológicas específicas, que podem, no entanto, serem retomadas nos demais.

Vamos conhecer cada um deles.

a) O **MOMENTO EXPLICATIVO**: seleção, descrição e construção da rede de causalidade do problema. Este momento é composto por três etapas:

1ª

SUBETAPA

A seleção do problema – Observar a relevância do problema para o ator e para a população. No contexto do planejamento em saúde, as perguntas a seguir podem ajudar: é um problema de saúde pública? Sua magnitude exige um planejamento estratégico para sua solução?

Este é o momento da seleção do problema considerado relevante para os atores que planejam e sobre o qual se pretende intervir. É fundamental que o problema seja identificado e caracterizado de forma correta; caso contrário, todo o planejamento será comprometido. O problema é uma situação não satisfatória para determinada situação. É o indesejável. Ex.: alta incidência de casos de dengue; alta prevalência de doenças crônicas na população; baixa escolaridade da população; altos índices de violência.

2ª

SUBETAPA

A descrição do problema – Realizada por indicadores, que possam desvelar a magnitude do problema, em qual situação ocorre e quem é acometido ou atingido. Utilizam-se indicadores quantitativos e qualitativos para melhor caracterizar o(s) problema(s).

Uma vez identificado, o problema precisa ser descrito. Para isto, são utilizados **indicadores** que desvendarão as características e a magnitude do problema. Na Saúde, temos vários indicadores que podem ser

utilizados: mortalidade, prevalência de violência, escolaridade da população etc. Também há indicadores de outras áreas da gestão pública que possuem grande intersecção com as questões de saúde. O quadro a seguir apresenta alguns sistemas e programas que podem fornecer indicadores úteis à descrição do problema.

Quadro 8 – Fontes de informações para a construção de indicadores

Nome do sistema ou portal	Objetivo	Utilidade
Sistema de Agravos de Notificação (Sinan)	Reunir informações sobre casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória e na lista própria do município.	Fornece informações para análise do perfil da morbidade no município.
Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab)	Reunir informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.	Principal instrumento de monitoramento das ações do Saúde da Família, possibilita identificar a cobertura total e da população adstrita às equipes, acesso aos serviços de saúde, situação de saúde da população, entre outros.
Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família (PBF) na Saúde	Reunir informações sobre as famílias com o perfil saúde acompanhadas.	Quantidade de famílias beneficiárias do PBF, perfil antropométrico (peso e altura) e nutricional de crianças menores de 7 anos e mulheres acompanhadas, acesso de mulheres gestantes aos serviços de pré-natal da Atenção Primária, localização das famílias no município, população vulnerável (indígenas, quilombolas).
Portal do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)	Identificar o número de alunos matriculados, quantidade de escolas e níveis de ensino existentes no município.	Acessar informações sobre a rede de educação básica do município, número de alunos matriculados e sua situação em relação ao curso da formação no nível de ensino matriculado.

Fonte: Elaboração própria.

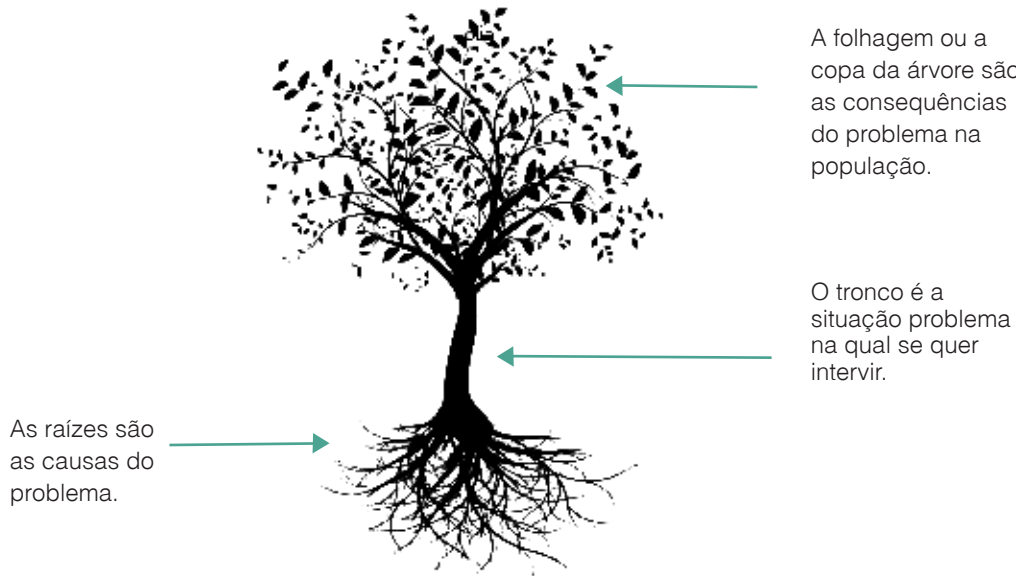
Até aqui, o problema foi escolhido e descrito. Agora vamos para terceira e última subetapa do **momento explicativo**:

3ª
SUBETAPA

Construção da Rede de Causalidade do problema – O que causa o problema? Esta é a pergunta que deve ser respondida neste momento. As causas diretas do problema, bem como aquelas indiretas que influenciam o seu aparecimento, devem ser identificadas e apontadas no planejamento.

Para este momento, Matus utiliza a **árvore de problemas**, que nada mais é que a representação em forma de esquema da sistematização necessária ao entendimento total do problema, suas causas e os nós críticos que precisam ser desmanchados. A “árvore” contém três estruturas básicas. Veja na figura ilustrativa a seguir:

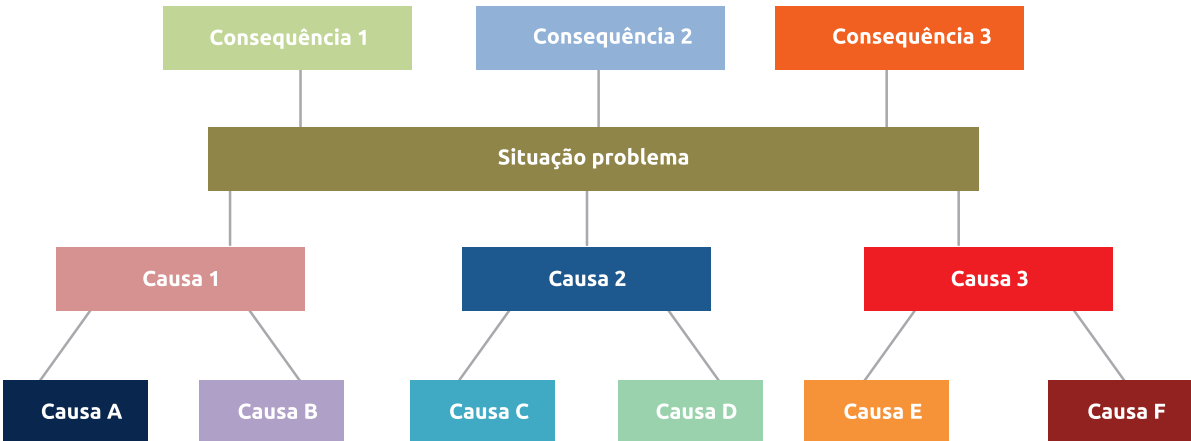
Figura 31 – Árvore de problemas



Fonte: Elaboração própria.

Abaixo das raízes podem ter mais raízes/causas, que são as causas das causas. É importante alcançar esse nível também para a descrição do problema ficar completa. Pensando num nível mais abaixo das causas principais, é possível fazer agrupamentos. Vamos ver agora a “árvore” transformada em um esquema completo, incluindo as causas das causas:

Figura 32 – Esquema da árvore de problemas



Fonte: Elaboração própria.

Para identificar o que é uma causa de determinado problema é importante perguntar: se intervirmos nessa causa, o problema será modificado?

Os nós críticos são as causas do problema e possuem três características:

- 1. Causa cuja solução terá impacto na solução ou na minimização do problema.
- 2. Causa cuja solução haja disponibilidade de recursos políticos, administrativos e técnicos.
- 3. Causa cuja solução contribui para a solução de outras causas problemas. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, 2016).

Para Matus (1985), os problemas estratégicos estão sempre entrelaçados com outros problemas, podendo-se identificar causas que são comuns a vários problemas que se manifestam inclusive em diferentes setores. Por isso, é fundamental explicação intersetorial. As causas que dependem de outros setores (atores) estariam localizadas no espaço-fronteira e, às vezes, no espaço fora do problema.

Vamos ao exemplo:

O principal problema de saúde em Ipês Altos é a alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis na população de 30 a 60 anos e mais.

Consequências: alto índice de consumo de medicamentos, internações, aumento dos gastos em saúde, aumento da mortalidade precoce.

Causas: são conhecidas na literatura. Englobam fatores de saúde – como colesterol alto; de comportamento – consumo de alimentos ultraprocessados (enlatados, biscoitos recheados, refrigerantes etc.); econômicos – baixa renda; sociais – baixa escolaridade; e acrescentamos o fator da subjetividade, moldado, por exemplo, pelas propagandas que incitam o consumo de alimentos e produtos danosos à saúde, entre outros, que se traduz no comportamento pouco favorável ao bem-estar do indivíduo.

Vamos consolidar o conhecimento?



ATIVIDADE

Pensando no problema que você quer modificar, construa um esquema no modelo da Figura 32. Depois, analise se o que você elaborou expressa um conjunto explicativo, que proporciona elementos para iniciar um planejamento. Em caso positivo, parabéns. Você já começou a entender a lógica do PES.

O **MOMENTO NORMATIVO**: trata da elaboração das ações que atinjam as causas do problema, ou seja, os Nós Críticos (BRASIL, 2015). É o momento no qual se define a situação desejada.

É composto por três etapas:

1ª

SUBETAPA

Definição da situação-objetivo – Trata-se de elaborar aonde se quer chegar. Uma dica é transformar os descritores do problema em resultados esperados.

O momento anterior forneceu informações suficientes para vislumbrarmos o que desejamos com o planejamento. Utilize os descritores do problema identificados na explicação dele e construa a situação-objetivo a partir da leitura positiva deles. Por exemplo: (causa) alto consumo de alimentos ultraprocessados pela população. O desejado é o aumento de consumo de alimentos mais saudáveis pela população. Então, é recomendável desenvolver ações que tornem disponíveis para o consumo, com valor acessível, alimentos mais saudáveis. Entre a imagem real e a desejada, estão as ações/estratégias para alcançá-las a contento. Estas farão parte do plano de intervenção, que é um dos produtos do momento normativo do PES.

2ª

SUBETAPA

Definição das propostas de intervenção – Trata-se do que será feito para alcançar a reversão ou a diminuição do problema. Estão relacionadas com nó crítico (causa), com pelo menos uma escrita para cada nó. Necessitam de recursos governamentais (econômicos e políticos) e técnicos (capacidade técnica de operacionalização, conhecimento técnico).

Um nó crítico para o exemplo que estamos trabalhando é “alto consumo de alimentos ultraprocessados pela população”. Uma proposta de intervenção pode ser a criação de incentivos para o pequeno agricultor produzir mais e disponibilizar seus produtos para compra direta. O ideal é definir pessoas responsáveis por cada proposta de intervenção.

3ª

SUBETAPA

Desagregação das propostas de intervenção (operações)
– Trata-se do detalhamento, dos passos que deverão ser dados para a proposta de intervenção se concretizar. A desagregação deve ser realizada para cada proposta de intervenção.

Continuando com o exemplo do nó crítico “alto consumo de alimentos ultraprocessados pela população”, propõe-se como intervenção a criação de incentivos para aumentar a produção do pequeno agricultor e a disponibilidade do seu produto para consumo da população.



NA SUA OPINIÃO, PARA ESTA PROPOSTA SE TORNAR FACTÍVEL, QUAIS PASSOS DEVERÃO SER REALIZADOS?

Verifique se o que você pensou está contemplado a seguir. Caso não, por favor, acrescente na sua listagem.

1. Contextualizar a situação do alto consumo de alimentos ultraprocessados e os problemas que podem gerar na saúde das pessoas. Utilizar a Análise de Situação de Saúde (Asis) e justificativas na literatura científica.
2. Identificar e quantificar a existência de agricultores familiares com potencial para produção em maior escala e escoamento.

3. Indicar uma proposta de normativa (decreto, portaria, projeto de lei) que crie o incentivo.
 4. Apresentar proposta que favoreça a venda dos alimentos: feiras semanais ou permanentes, por exemplo.
- c) **O MOMENTO ESTRATÉGICO:** trata-se da construção da viabilidade do plano. A pergunta a ser feita é: há condições econômicas, políticas, organizacional e cognitiva para realização das propostas de intervenção? A importância do que foi planejado até aqui exige que as condições de viabilidade, quando ausentes, devam ser construídas. Por isso, é imprescindível a identificação dos atores que exercem poder sobre as estruturas ou elementos que formam a base das propostas de intervenção. No nosso exemplo, dos alimentos ultraprocessados, quem será o principal ator? Que outros atores podem ser identificados que possam interferir positivamente no sucesso da proposta? Uma vez identificados, é necessário verificar a motivação desses atores. O não interesse pode deixar a proposta inviável, sendo recomendável sua exclusão ou a dispensa de esforços para convencer o ator.

SAIBA MAIS



Comumente as pessoas sentem dificuldade em definir os componentes do planejamento, causando confusão entre eles.

Vamos tentar dirimir algumas dúvidas com a sistematização a seguir. O planejamento deve ser claro, compreensível por qualquer pessoa que o lê.

Problema ou situação: elemento motivador do planejamento. Deve ser bem descrita com natureza, temporalidade, características, grupo vulnerável, situação atual e mais detalhes que possam fortalecer a necessidade de um planejamento.

Objetivo: escrito no infinitivo com verbos que expressam ação: reduzir, superar, modificar, expandir etc. Podem ser de ordem geral ou geral e específico.

Estratégias: ligadas aos objetivos, diz o que será organizado ou viabilizado para alcance dos objetivos.

Por exemplo: formar colegiado intersetorial; publicar portaria; divulgar na comunidade etc.

Metas: expressam o que se quer alcançar. Podem significar o próprio resultado ou compor um resultado mais complexo. Geralmente, exigem tempo

Você sabe identificar um ator, seja político, econômico ou social?

Basicamente, são aqueles que exercem controle ou influência sobre situações, elementos, componentes ou pessoas determinantes para o sucesso de alguma ação. Por exemplo: prefeitos(as), secretários(as), líderes comunitários, diretor(a) de escola, pastor(a), padre, freira, pai ou mãe de Santo, vereador(a).

Geralmente organizado em associação, um grupo de pessoas pode ser um ator social.

Nem sempre ao mesmo ator caberão todas as propostas de intervenção. Com a característica de intersetorialidade do PES, certamente outros atores aparecerão. Fique atento: para cada proposta de intervenção, liste o(s) ator(s), mesmo que se repita.

- d) **Momento tático-operacional:** relacionado à gestão do plano ou planejamento. O primeiro movimento é colocá-lo na pauta do(s) gestor(es) maior(es), orientando o foco nas ações de intervenção propostas, e, assim, evitar que outras ações pontuais desvirtuem a atenção dele(a). Uma forma de manter a atenção é a prestação de contas sobre o andamento do planejamento (metas alcançadas, recursos empregados e o que foi gerado com os investimentos financeiros ou técnicos, resultados preliminares). Para tanto, é necessário estabelecer a forma e a frequência com as quais o planejamento será monitorado. O gestor principal de um planejamento, mesmo que não realize diretamente as ações, vai querer saber sobre o andamento do plano e os resultados já alcançados.

Parabéns, você acaba de conhecer ou rever o PES. Espera-se que os conhecimentos apresentados sejam úteis para instrumentalização do processo de trabalho pautado no planejamento.

Lembre-se:

“O planejamento de longo prazo não lida com decisões futuras, mas com o futuro de decisões presentes.”

Peter Drucker,
pai da Administração moderna

O planejamento em saúde é uma ação permanente e deve ser descentralizada e radicalmente ascendente, envolvendo os principais atores da gestão pública e da sociedade civil organizada. Um planejamento bem feito ajuda no desenvolvimento das ações e dos serviços, além de otimizar tempo e recursos financeiros. Tenha o planejamento como uma prática cotidiana no seu trabalho, na sua vida

e quantidade ou, pelo menos, um dos dois na sua descrição. Aqui, o cuidado é para não tomarmos como resultado final aqueles que são intermediários ou vice-versa. Os objetivos serão guias para isto não acontecer.

POLÍTICA é a ciência que cuida da organização dos coletivos, dos bens comuns. Nasceu porque gregos e romanos não dispunham de modelos prévios que pudessem seguir e tiveram de inventar a sua própria maneira de lidar com os conflitos coletivos e as divisões sociais. A política foi inventada quando surgiu a figura do poder público. O SUS é uma política para o setor Saúde com diversos campos de atuação e estratégias de efetivação, buscando sua consolidação por meio de programas, seguindo linhas de cuidado, como Programa de Saúde da Criança, Programa de Saúde da Mulher,

Programa de Saúde do Idoso; e de projetos pontuais, como Programa de Combate à Dengue, Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes, entre outros.

PROGRAMA é o instrumento que visa à concretização dos objetivos pretendidos e se presta à organização de atuações. No Programa, articula-se um conjunto de ações que concorre para um objetivo comum preestabelecido, mensurado por indicadores definidos em um plano ou política, visando à solução de um problema ou ao atendimento de uma necessidade ou demanda da sociedade.

PROJETO é um empreendimento único, com início e fim definidos, que faz uso de recursos limitados, que visam atingir metas e objetivos previamente estabelecidos dentro de parâmetros de prazo, custo e qualidade.

PLANO DE AÇÃO é o conjunto de ações, com os respectivos prazos, indicando as pessoas responsáveis e os recursos necessários para chegar a um resultado proposto.

Vimos que planejar não é tão simples quanto se pensa, mas que existem métodos para possibilitá-lo na gestão pública. Diz-se que aquele(a) que não planeja não sabe aonde vai chegar. Esta incerteza deve ser diminuída no processo de implementação de políticas, programas ou projetos, pois há recursos públicos, demandas coletivas e compromissos éticos envolvidos.



AVALIAÇÃO COMO
COMPONENTE DA GESTÃO
DO PROGRAMA
ACADEMIA DA SAÚDE

8

Avaliar é parte do processo de gestão de um projeto, programa ou política. Deve ser pensada desde a concepção da iniciativa e incluída no planejamento.

A literatura sobre avaliação traz muito conceitos sobre essa prática, desde sua concepção em si – o ato de avaliar – até incrementos do arcabouço teórico relacionados a programas sociais (JANUZZI, 2014).

Segundo Contandiopoulos et al. (1997), avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Portanto, trata-se de obter conhecimento suficiente sobre algo que possam resultar em valorização, ajustes ou finalização de uma iniciativa de forma responsável.

Sabe-se que a avaliação expande as medidas do monitoramento para determinar valores e méritos à iniciativa avaliada (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, 2016). Capta a maioria ou todos os aspectos do objeto avaliado identificando problemas, potencialidades, barreiras, necessidades a serem suprimidas, entre outros, de forma a traçar interrelações entre eles.

Para avaliar uma política, um programa ou um projeto, até mesmo a efetividade de plano de ação, é imprescindível conhecer o objeto que se avalia. Vamos falar disso mais na frente. Por agora, vamos entender conceitos e elementos fundamentais da avaliação.

Os três E:

Eficiência

Relação entre os recursos utilizados e os resultados produzidos. É fazer mais com menos.

Efetividade

Resultados concretos. Relação entre resultados, objetivos e o alcance de metas.

“Difícil não é fazer o que é certo, é descobrir o que é certo fazer.”
(Robert Henry Srouer).

Eficácia

Cumprir a função, chegar ao objetivo proposto. Relação entre resultados pretendidos e alcançados. Fazer a coisa certa.

Vamos ao exemplo

O município de Ipês Altos recebeu duas Emendas Parlamentares no valor de R\$ 81 mil cada para construir dois polos na modalidade básica. O prazo estabelecido para finalização e entrega das obras foi de 15 meses, incluindo o período de licitação. Sabe-se que o recurso total de R\$ 162 mil é o único disponível, não havendo possibilidade de contrapartida municipal. Então, o município procedeu com as etapas que antecedem o início das obras e designou pessoas para acompanhar o andamento das mesmas, com o objetivo de identificar, oportunamente, os problemas e evitar atrasos no cronograma, que venham a encarecê-las ao ponto de inviabilizá-las ou prejudicar a entrega à comunidade. Ao final de 15 meses os dois polos foram finalizados. Houve uma economia de R\$ 14 mil do valor total destinado.

Parabéns!O município foi eficiente, pois conseguiu realizar o planejado abaixo do custo previsto. Caso tivesse usado o valor total, também seria eficiente, pois o recurso previsto foi suficiente para alcançar o objetivo. Foi eficaz, pois o processo estabelecido desde a escolha da modalidade do polo até a agilidade na contratação da empresa de construção permitiram alcançar o objetivo no tempo previsto. E, finalmente, alcançou a efetividade, o que foi planejado foi executado com competência, sem ampliação do cronograma das obras, produzindo exatamente a meta estabelecida: construir dois polos da modalidade básica em 15 meses.

Os três E são apenas alguns dos conceitos que devemos conhecer quando pensarmos em avaliar algo. Cabe destacar que medidas de efetividade em pesquisas requerem desfechos, ou seja, produtos finais. Exemplo: aulas de ginástica, orientação para alimentação saudável e Yoga, realizadas



ATENÇÃO

O conceito de eficiência aplicado à administração pública pressupõe o uso do recurso programado, ou seja, se foi planejado o uso de 100 mil reais, executar a atividade com 60 mil reais denota equívoco no planejamento, pois parte do recurso ficou represado em uma ação que poderia ser desenvolvida com menor valor.

Eficiência é diferente de racionalidade: a primeira é a maximização da utilização dos recursos disponíveis para a produção de bons e ótimos resultados, enquanto a segunda está relacionada à diminuição de custos (SANCHO; DAIN, 2012).

sistematicamente para um grupo de pessoas com hipertensão. Alguns desfechos possíveis em determinado tempo:

1) controle da hipertensão; 2) satisfação do usuário; 3) melhoria do sono; 4) aumento da aptidão física; 5) mudanças positivas na alimentação.

O principal objetivo dos elementos da avaliação será a busca pela qualidade, seja para um projeto ou programa de saúde, seja na racionalidade de utilização dos recursos disponíveis.

Existem vários tipos de avaliação, que tratam sobre o que avaliar, como avaliar, quem participa da avaliação, etc. A seguir, será apresentada uma tipologia de avaliação elaborada por Rossi, Freeman e Lipsey (2004) e discutida por Januzzi (2016). A proposta é harmonizar a avaliação com o estágio de implantação e implementação do Programa Academia da Saúde para evitar distorções, resultados ou ausência deles atribuídos de forma inapropriada.

Os autores anteriormente mencionados defendem que a avaliação deve acompanhar todo o ciclo de um programa, desde sua elaboração até sua implementação e produção de efeitos.

Nesse sentido, a primeira delas é a avaliação da pertinência do Programa na Agenda das políticas públicas. A pergunta central seria: o programa responde a uma demanda social efetivamente existente. Aproximando do Academia da Saúde e tomando as DCNT como exemplo: a morbimortalidade pelas DCNT é uma questão pertinente e legítima à política de saúde? Já existe algo implantado no município para essa questão? Este momento se caracteriza pela avaliação diagnóstica.

Caso a demanda seja pertinente, a avaliação seguinte propõe responder se o programa Academia da Saúde é a melhor proposta e o melhor desenho lógico para o problema apontado. Para tanto, faz-se necessário ter o desenho lógico do programa elaborado. As observações nesta etapa tratam sobre a correlação positiva entre os recursos, as articulações internas e intersetoriais, as atividades e ações e a produção de resultados para mitigar ou solucionar o problema. Esta etapa se caracteriza pela avaliação de desenho do programa.

A terceira etapa centra-se na avaliação da implantação do programa, ou seja, a avaliação de processo. Aqui são considerados motivos de atrasos nas obras, as dificuldades de organizar as atividades, contratar ou definir os profissionais e prestar o serviço adequado e com qualidade, atrasos em repasses de incentivos financeiros e outros elementos que afetam diretamente os objetivos traçados para o programa.

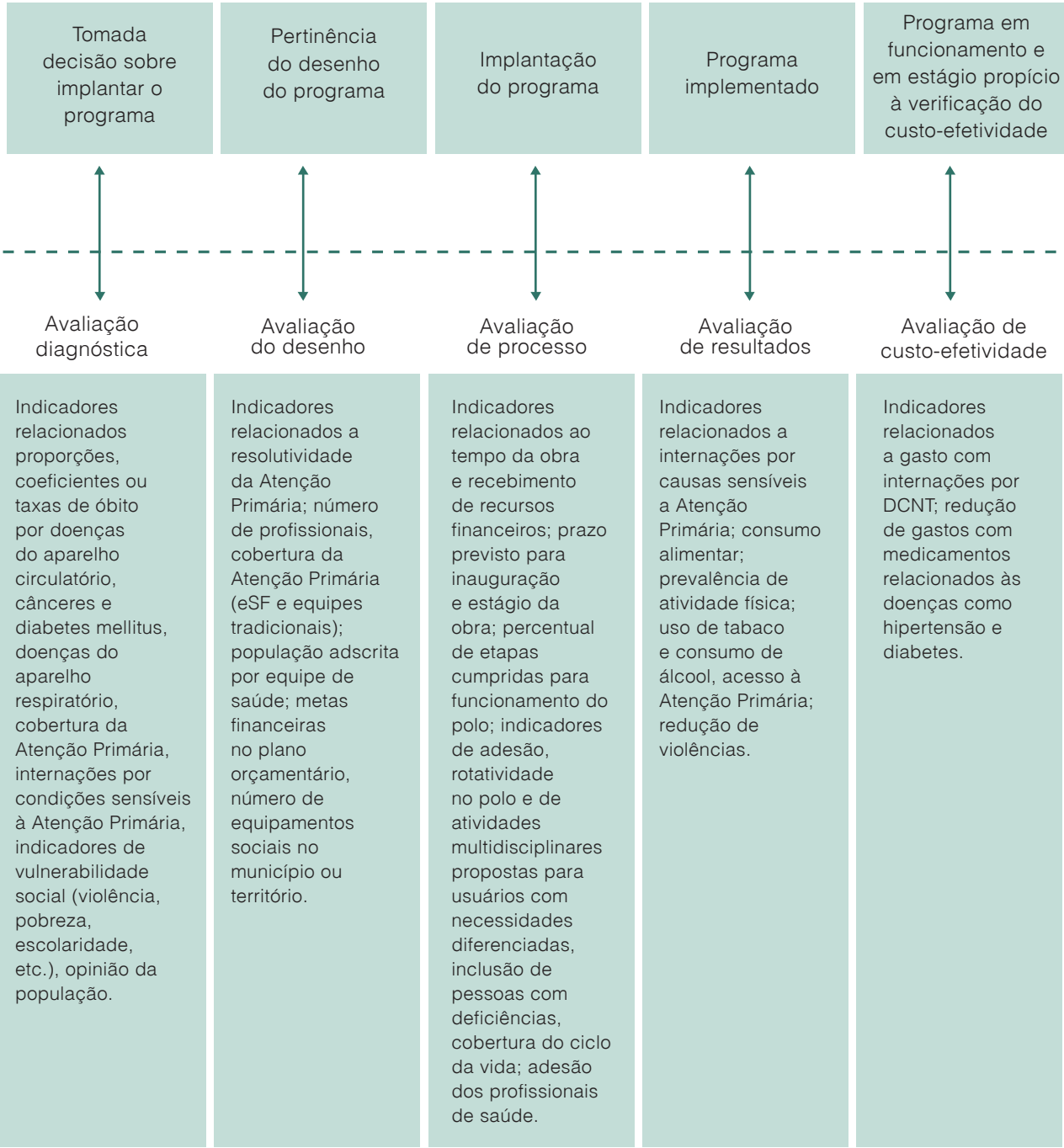
O processo avaliativo seguinte a esta etapa trata de verificar os resultados e impactos do programa. Identificar o que o programa está produzindo de resultados à luz dos seus objetivos e metas traçados na etapa de planejamento para implantação.

Por fim, propõe-se uma avaliação de custo-efetividade do programa. O objetivo é responder se os custos do programa favorecem sua expansão para outras localidades, se os resultados obtidos são maiores do que os de outras iniciativas com a mesma proposta ou similares e se os recursos financeiros empregados produziram bons ou ótimos resultados se comparados a outras iniciativas com o mesmo objetivo, nas quais foram empregados valores semelhantes ou maior valor.

A proposta de ciclo de avaliação apresentada traz a ideia de um plano de avaliação abrangente, que estuda o programa em todas as suas etapas e fornece informações para ajustes no tempo certo. Além disso, informará, oportunamente, o estágio de maturidade do programa, o que evita a realização de uma avaliação com todos estes componentes, em um só tempo, quando não se tem certeza do estágio de maturidade do programa que se quer avaliar.

Utilizando o Programa Academia da Saúde e o problema da morbimortalidade por DCNT como exemplos, a Figura 32 sistematiza a correlação entre o estágio do programa e o tipo de avaliação a ser empregado, além de sugestão de indicadores pertinentes à etapa.

Figura 33 - Correlação entre o tipo de avaliação e etapa do desenvolvimento em que se encontra o Programa.



Fonte: elaboração própria.

Na etapa de tomada de decisão, os indicadores analisados, somados à pesquisa com a população que forma o público da iniciativa, podem servir como linha de base e, assim, ser possível comparar, no processo avaliativo, o antes e o depois da implementação do Programa. Lembre-se que, elegendo o método PES para planejar, é necessário incluir outros atores além dos que compõem o quadro da gestão pública. A população precisa ser escutada no processo.

Como vimos, a avaliação é uma ação da gestão pública. Para sua realização, faz-se necessária a construção de indicadores. Os indicadores são peças centrais no processo avaliativo. Cada etapa descrita anteriormente utiliza um ou mais indicadores, não necessariamente reutilizados entre elas. Quanto mais estruturado o sistema de informação e outras formas de captação de informação desenvolvidas e aplicadas pelo município, melhor para o desenho avaliativo.

Anterior a todo esse processo, deve-se prever a avaliação no planejamento.

Quadro-resumo: vamos fixar a diferença entre monitoramento e avaliação

Quadro 11 – Diferença entre monitoramento e avaliação

Monitoramento	Avaliação
Atividade de gestão interna e contínua.	Atividade interna ou externa.
Acontece durante a implementação do programa ou projeto.	Pode acontecer antes, durante ou depois da implementação de um programa ou projeto.
Compara o que está sendo realizado com o que foi planejado.	Com base em dados levantados pelo monitoramento e outras fontes, julga o desempenho de um projeto de acordo com critérios preestabelecidos, tais como: eficácia, eficiência, efetividade, sustentabilidade, entre outros.

Fonte: Secretaria de Planejamento da Bahia, 2005.

Vamos aprofundar a leitura em avaliação?

Aqui estão algumas dicas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Brasília, 2007. 230 p.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA À SAÚDE. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – Ripsa. 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

AKERMAN, Marco, FURTADO, Juarez. (org.). Práticas de avaliação em saúde no Brasil – Diálogos. Porto alegre: rede Unida, 2015. 374 p.

Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida. Ligia de Salazar. Centro para el Desarrollo Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública. Colombia, 2004. 20 p.

O MODELO LÓGICO
COMO COMPONENTE DA
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA
ACADEMIA DA SAÚDE

9

Agora vamos juntar as peças. Para tanto, vamos começar reforçando que não se avalia ou monitora o que não se conhece.

Conhecer o que se quer avaliar é condição básica para desencadear esse processo. Parece óbvio, mas não é raro se deparar com pessoas que coordenam um projeto, mas pouco conhecem sobre seu funcionamento. Quando é solicitado que apresente os objetivos, as ações e suas resultantes, descobre-se que o projeto estava vivo nas ideias, mas não na prática. Já ocorreu isso com você?

Para estruturarmos a ideia e as intencionalidades do programa que queremos implantar ou qualificar – no caso, o Academia da Saúde –, escolhemos a estratégia do Modelo Lógico.

O Modelo Lógico busca configurar um desenho do funcionamento do Programa para resolver os problemas identificados. É uma ferramenta interativa que serve como quadro de referência durante todo o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação da iniciativa. A sua elaboração envolve as partes interessadas, servindo, simultaneamente, como orientação durante o desenvolvimento e a avaliação do programa. Há vários tipos de modelos lógicos. Utilizaremos aqui a estrutura proposta pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (Ipea), desenvolvido para apoiar os gestores de políticas e programas.

- O Modelo Lógico ajuda a:
- Estabelecer a estratégia do programa.
- Justificar por que o programa funcionará.
- Avaliar a eficácia potencial de uma abordagem específica.
- Definir objetivos adequados.
- Estabelecer prioridades para distribuição de recursos.
- Incorporar os resultados obtidos por pesquisas e projetos de demonstração.
- Fazer ajustes e melhorias durante o andamento do programa.

- Identificar diferenças entre o 'programa ideal' e o seu funcionamento na prática.
- Especificar os tipos de perguntas que devem ser feitas na avaliação.
- Fazer com que as partes interessadas prestem contas com relação aos processos e resultados do programa.
- Desenvolver um programa melhor.

Um bom modelo lógico começa com a explicação do problema, ou seja, um esclarecimento do que originou a necessidade de se fazer algo para mudar a situação. A explicação do problema vem seguida das referências básicas do programa escolhido, a saber: objetivos (geral e específicos) e o público beneficiário. Essas informações geram a árvore de explicações que organiza os elementos numa relação de implicação entre eles.

Vamos exemplificar esta discussão utilizando a implementação do Programa Academia da Saúde no município fictício de Ipês Altos. Lembramos que ele construiu dois polos básicos.

Mas, antes, algumas informações:

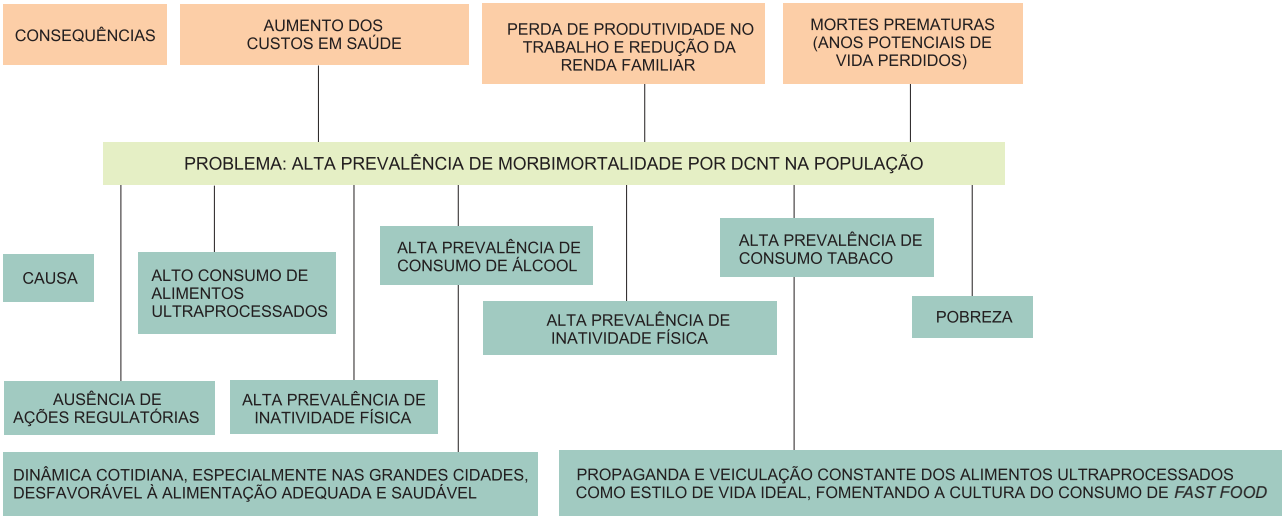
MUNICÍPIO DE IPÊS ALTOS POPULAÇÃO: 53 mil/ habitantes IDH-M: 0,431
ECONOMIA: extrativismo vegetal, comércio (microempresa)
FUNDO DE PARTICIPAÇÃO DOS MUNICÍPIOS (FPM): 3.456.061,03
TRANSFERÊNCIA TOTAL NO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE (ÚLTIMO ANO): 10.472.960,03

A decisão de implementar o Programa Academia da Saúde veio pelo interesse da gestão em incrementar com outros serviços e ações o cuidado na APS. Além disso, como o Programa Academia da Saúde trabalha com os fatores de proteção contra as DCNT, torna-se oportuno para contribuir na solução ou diminuição do problema que foi definido como prioritário para a saúde local:

Problema identificado: alta prevalência de diabetes e hipertensão na população.

Sabemos que abordar as DCNT é uma questão complexa, que exige vários arranjos com diferentes atores, pois o desenvolvimento delas está fortemente ligado aos Determinantes Sociais da Saúde. Então, a árvore de explicações precisa refletir esta complexidade.

Figura 34 – Modelo de árvore de explicações



Fonte: Elaboração própria, 2018.

A relação de causalidade foi explicada na figura 34. A partir dela foi definido que o Programa Academia da Saúde será desenvolvido nos polos e em outras áreas do território para garantir ampliação da cobertura com mais gente participando.

Então, inicia-se o desenho do modelo lógico do Programa.

Os componentes a serem definidos e apresentados são:

Objetivo do Programa Academia da Saúde no município de Ipês Altos relacionado ao problema identificado e definido como prioridade: Ofertar ações e serviços na Atenção Primária para a prevenção de DCNT e promoção da saúde da população.

Objetivos específicos:

- Fortalecer as ações de prevenção das DCNT na APS;
- Aumentar a prevalência de atividade física na população, especialmente entre escolares;
- Aumentar a prevalência do consumo de frutas e hortaliças na população;
- Diminuir o consumo de álcool e de tabaco por menores de 18 anos;
- Construir rede intersetorial de prevenção dos fatores de risco para as DCNT.

Público: população de 6 a 80 anos do município de Ipês Altos.

Agora que temos os elementos iniciais que descrevem as intenções do Programa Academia da Saúde para este problema específico, vamos continuar o desenho do Modelo Lógico, agora desenvolvendo seus componentes: Recursos/insumos; Ações, Produtos e Resultados.

Mas, por qual componente começar?

O indicado é começar pelas Ações, depois os respectivos produtos, seguidos dos recursos e insumos necessários para alcançá-los.

Então, vamos conhecer cada um dos componentes, iniciando pelas Ações e Produtos.

Ações – São os processos que, combinando apropriadamente os recursos adequados, produzem bens e serviços com os quais se pretende atingir os objetivos.

Produtos – Bem ou serviço resultante do processo de produção de uma ação. Recomenda-se que cada ação deva corresponder apenas a um produto.

Pois bem, a pergunta que se segue é: quais ações devem ser desenvolvidas para solucionar ou dirimir o problema? Aqui, é preciso muita atenção. Não são as ações ideais, mas as que são ou serão realmente desenvolvidas a partir da estrutura ou dos insumos existentes e disponíveis para implementação do Programa Academia da Saúde. As ações geram produtos que são resultantes diretos delas. Não confunda produto com resultado. Por exemplo: o produto da ação ‘impressão e distribuição de dois mil panfletos’ é: dois mil panfletos impressos e distribuídos.

Quadro 12 – Ações e respectivos produtos gerados

AÇÃO	PRODUTOS
Desenvolver 10 cursos para os profissionais de saúde, da gestão e gerência dos serviços de saúde, profissionais de secretarias parceiras	10 cursos realizados
Contratar 2 profissionais para o Programa Academia da Saúde	2 profisisonais contratados
Realizar reuniões técnicas para elaborar linha de cuidado para DCNT	Reuniões realizadas
Elaborar protocolos na APS para o cuidado em DCNT	Protocolos elaborados
Realizar reuniões com gestores da área de infraestrutura, esporte e educação	Reuniões realizadas
Realizar reuniões com lideranças comunitárias para mapear a demanda da população em relação aos cuidados e à prevenção das DCNT	Reuniões realizadas e demandas mapeadas
Incluir o Programa Academia da Saúde no Plano Municipal de Saúde (PMS)	Programa Academia da Saúde incluído no PMS
Realizar reuniões para elaborar legislação municipal para regulação da oferta de alimentos nas cantinas da rede escolar pública e privada	Reuniões realizadas e portaria elaborada elaborada
Elaborar material informativo para a população	Material elaborado e distribuído
Aderir 100% das escolas públicas ao Programa Saúde na Escola (PSE)	100% das escolas aderidas ao PSE
Implementar ações para a população relativas à prevenção de DCNT	Ações implementadas
Elaborar indicadores do Programa Academia da Saúde	Indicadores elaborados
Criar o Grupo de Apoio à Gestão do Polo	Grupo criado e em funcionamento

Fonte: elaboração própria.

Pensando nisso, a equipe de Ipês Altos identificou e correlacionou as seguintes Ações e Produtos apreentadas no quadro a seguir:

Agora que as Ações e os Produtos foram definidos, o passo seguinte é identificar Insumos/Recursos.

Recursos/insumos – são investimentos ou recursos necessários ao planejamento, à implementação, à gestão e à avaliação da proposta de ação. Inclui materiais, equipamentos, bens móveis e imóveis, profissionais, legislação (portarias, decretos) e parceiros (outras secretarias, ONG, universidades etc.).

A equipe identificou no município os seguintes insumos/recursos:

70 profissionais de saúde da APS (incluindo NASF-AB e Programa Academia da Saúde)

01 Conselho Municipal de Saúde

01 Comissão Intergestora Regional (CIR)

01 Câmara Legislativa

50 escolas públicas da Rede de Educação

Recursos do Tesouro Municipal
(pode ou não informar valor. Quanto mais detalhes, melhor).

Recursos do Ministério da Saúde
(pode ou não informar valor. Quanto mais detalhes, melhor).

02 Programas da Secretaria (ou correlato) de Esporte

01 programa da Secretraia de Educação

01 Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola

02 Polos do Programa Academia da Saúde

01 Plano de revitalização da cidade na secretaria de Obras e infraestrutura

Até agora temos Ações e respectivos produtos e os insumos/recursos disponíveis. Antes de continuar, verifique se este último é suficiente para promover as ações propostas. Caso não esteja disponível algum insumo/recurso imprescindível para realização de determinada ação, esta deve ser imediatamente revista ou retirada.

A relação direta é: colocar dentre as ações a oferta de acupuntura requer profisisonal(ais) com este conhecimento e habilidade disponível(eis) no município. Caso não disponha e não tenha como contratar, não inclua nas Ações.

O passo seguinte é a definição dos resultados.

Resultados – são mudanças e benefícios associados à implementação das operações do projeto. São mudanças específicas no comportamento, no conhecimento, nas habilidades, status ou nível de desempenho do participante do programa, que podem incluir melhoria nas condições de vida, aumento da capacidade e/ou mudanças na área política (IPEA, 2010).

Aqui, a atenção é redobrada. Os resultados podem ser organizados em iniciais, intermediários e finais. O Modelo Lógico (ML) que utilizamos permite flexibilizações para resumir resultados em intermediários e finais.

O Modelo Lógico é um encadeamento. Então, os insumos previstos definem as possibilidades de atividades e serviços possíveis; e estes, por sua vez, geram os produtos que contribuem com os resultados. Portanto, cuidado para não prever resultados impossíveis de serem alcançados com o que está disponível e realizado pelo Programa.

Os resultados desenhados para o Programa Academia da Saúde frente ao problema priorizado foram:

- Capacidades técnicas da gestão, dos profissionais de saúde e das áreas parceiras ampliadas para a prevenção de DCNT;
- Serviços e ações voltadas para a promoção dos fatores de proteção às DCNT implementados nos polos do Programa Academia da Saúde;
- Linha de cuidado para DCNT implantada;
- Consumo de frutas e hortaliças aumentado na população;
- Rede pública de educação básica com ações de atividade física para a saúde implantadas;

- Prevalência de atividade física na população aumentada;
- Conhecimento da população sobre a prevenção das DCNT aumentado;
- Consumo de álcool e tabaco entre menores de 18 anos diminuído;
- Ações de prevenção dos fatores de risco para as DCNT implementadas nos programas da Secretaria (ou correlato) de Esporte
- Área de lazer para a população ampliada;
- Informações sobre as ações de prevenção de DCNT geradas e disseminadas para a população;
- Ampliação dos recursos financeiros para o custeio das ações e serviços dos polos do Programa Academia da Saúde.



ATIVIDADE

Dentre os resultados listados acima, você consegue identificar quais são os curtos, intermediários e os finais? Faça uma nova leitura e classifique-os utilizando as siglas (INIC), (INT) e (FIN).

compare suas respostas com as do final do caderno e, caso esteja em grupo, faça uma discussão.

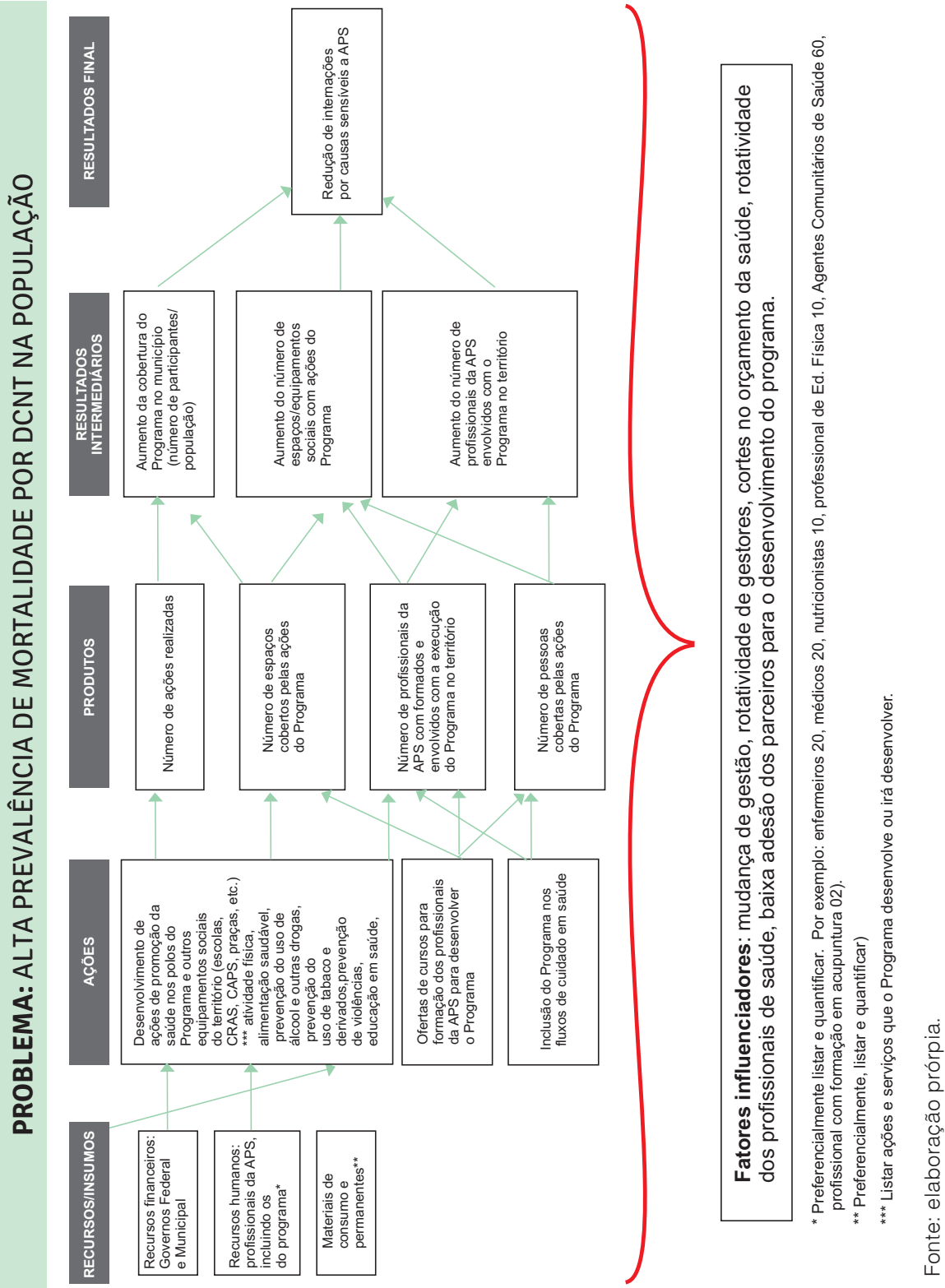
Faz parte do desenho do Modelo Lógico identificar os fatores influenciadores, ou seja, externalidades que podem influenciar no modelo a ponto de modificá-lo um pouco ou por completo. Para o exemplo escolhido, podem ser apontados alguns fatores influenciadores:

- a) Redução dos recursos financeiros para a APS;
- b) dissolução ou fusão de secretarias;
- c) mudança de gestores;
- d) rotatividade dos profissionais.

Os fatores externos precisam compor o Modelo Lógico.

As estruturas do ML conectam-se por setas ou linhas que informam a relação direta entre elas. Não há restrição de conexões, desde que sejam lógicas e pertinentes. Assim, várias ações podem se ligar a um produto; um insumo pode ligar-se a produtos e resultados. Veja o exemplo do Modelo Lógico elaborado com o objetivo de ilustrar sua composição e forma.

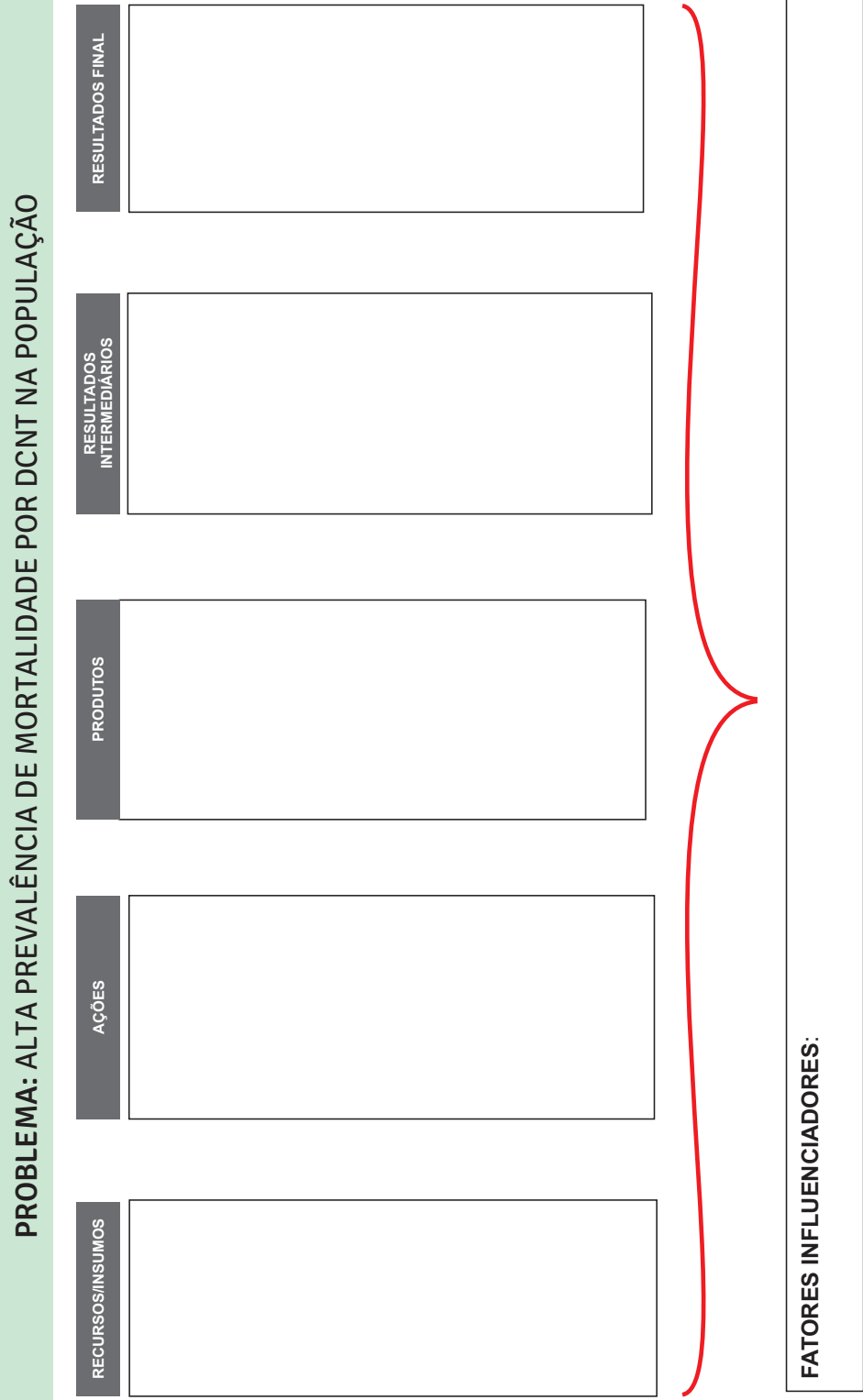
Figura 35 – Modelo Lógico do município fictício de Ipês Altos



ATIVIDADE

Objetivo: consolidar conhecimentos sobre o modelo lógico.

Metodologia: com base no exemplo apresentado, elabore o modelo lógico do município de Ipês Altos. Utilize a estrutura a seguir. Não se esqueça de fazer as ligações entre os componentes das estruturas.



Resumindo...

A Unidade III abordou o planejamento como função da gestão pública, engendrado na realidade local e subsidiado com métodos para sua realização.

O Planejamento Estratégico Situacional foi escolhido por traduzir as intencionalidades de um programa que se propõe como iniciativa de promoção da saúde no município, por primar pela participação de atores para além da gestão pública, ser dinâmico e prospectivo.

Operacionalizado para a implantação e a implementação do Programa Academia da Saúde, confere proximidade dessa iniciativa com os anseios da população e da gestão, correlação entre a capacidade técnica instalada e o alcance dos objetivos propostos e da identidade própria, que representa a tradução de uma iniciativa nacional no contexto municipal.

De forma recorrente, enfatizou-se a elaboração e a utilização de indicadores para subsidiar processos avaliativos, que possuem o objetivo de aprofundar as nuances do programa avaliado e produzir conhecimentos que subsidiem a tomada de decisão.

A avaliação foi abordada como um dos pilares da gestão pública. Sua aplicação foi recomendada para o Programa Academia da Saúde, destacando-se o tipo de avaliação e o momento certo de aplicá-la (maturidade do programa).

A unidade finaliza com a apresentação dos conceitos, dos componentes e da estrutura do Modelo Lógico, ferramenta importante para orientar avaliações futuras e ajustes presentes do programa. O Modelo Lógico é a fotografia do programa.

No entanto, não cristaliza a iniciativa. Ao contrário, fotografa para ser possível correlacioná-la à realidade e antecipar-se aos fatores influenciadores. Por isso, faz-se necessário revê-lo conforme o programa amadurece.

A Unidade III finaliza o caderno técnico do Programa Academia da Saúde. Nas referências bibliográficas, os principais documentos estão com endereços eletrônicos para serem acessados na íntegra.

Parabéns por chegar até o final do caderno. Esperamos que esta leitura tenha sido útil para o seu trabalho e crescimento profissional.

QUIZ

Veja aqui o quanto você está ‘antenad@’ com as tecnologias no desenvolvimento e divulgação das ações e serviços no Programa Academia da Saúde.



Respondeu SIM para apenas duas questões:

Você ainda está ‘engatinhando’ no uso dos recursos tecnológicos para o desenvolvimento e divulgação das ações do Programa Academia da Saúde. Procure alguém que possa te apresentar aplicativos e canais de vídeos de fácil manuseio e que te ajude nos primeiros passos.



Respondeu SIM para até cinco questões:

Você está antenad@ com as tecnologias. Já pode pensar em expandir ou diversificar o uso dos recursos para alcançar mais pessoas e captá-las para as ações do polo. Reforce a divulgação do Programa.



Respondeu SIM para todas as questões:

Você é a própria antena!!! Parabéns. Está avançado no emprego de tecnologias para o desenvolvimento do Programa. Não perca o ânimo. Todo dia tem novidades que pode fortalecer ainda mais o vínculo e as estratégias que você já implementa para o sucesso do Programa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUXTER, D et al. **Principles and Methods of Adapted Physical Education and Recreation**. New York, NY: McGraw-Hill, 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050**: acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2004. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf>.

ASSOCIAÇÃO DE MORADORES DO CÓRREGO D'ANTAS. **Breve apresentação do bairro Córrego d'Antas e de seus desafios**. Nova Friburgo, 2011. 4 p. Disponível em: <<https://corregodantas.files.wordpress.com/2011/05/apresentacao-do-bairro1.pdf>>.

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

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Guia de orientações metodológicas gerais**. [Brasília], 2001a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/guia_orient.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.190, de 14 de julho de 2005**. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. 2005a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1190_14_07_2005.html>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo financeiro para a construção de Polos da Academia da Saúde. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401_15_06_2011.html>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011**. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1402_15_06_2011.html>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. 2016b. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/setembro2016/dia26/portaria1707.pdf>>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 183, 22 set. 2017a. Seção 1, p. 68-76.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.608/GM, de 28 de dezembro de 2005**. Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. 2005b. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria2608_28_12_05.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. 2001b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013a. 28 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília, 2006b. 148 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006c. (Série Pactos pela Saúde, v. 4). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014a. 156 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Ouvidoria-geral do SUS**: um espaço de cidadania. 2. ed. Brasília, 2014b.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011d. 148 p.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2016c.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores**: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Brasília, 2007. 233 p.

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

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

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2011e.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília, 2012. 48 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS**. Brasília, 2006e. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____.Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Curso de extensão em Promoção da Saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2013. 144 p.

_____.Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Asis - Análise de Situação de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/asis_analise_situacao_saude_volume_1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2017.

_____.Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria-Geral da União. **Licitações e contratos**. c2017b. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/sobre/licitacoes-e-contratos>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

_____.Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Gestão Pública. **Manual de orientação para a gestão do desempenho**. 2013a. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/gestao-publica/arquivos-e-publicacoes/manual_orientacao_para_gestao_desempenho.pdf/view>.

_____.**Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 14 ago. 2017.

_____. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>.

_____. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

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

CAMPOS, G. W. de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, Goiânia, v. 3, n. 1-2, p. 51-74, jan./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/703/70312129004.pdf>>.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

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

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

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

Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, jul./ago. 2004b. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/upload/d/Os_multiplos_sentidos_da_categoria_empowerment_no_projeto_da_promocao_da_saude.pdf>.

Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005. 174 p.

CASPERSEN, C. J.; POWELL, K. F.; CHRISTENSON, G. M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, [S.l.], v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CEBALLOS, A. G. da C. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: UFPE, 2015. 20 p.

CIDADE, R. R.; FREITAS, P. S. Educação Física e Inclusão: Considerações para a prática pedagógica na escola. **Revista Integração – MEC**, v. 14. Edição Especial-Educação Física Adaptada, Brasília, 2002.

COSTA, J. M. R. S. A. inclusão de estudantes com necessidades educacionais especiais na Educação Física Escolar. In: LORENZINI, A. R. et al (Orgs). **Inclusão e Educação Física Escolar: realidades e possibilidades**. Recife: EDUPE, Editora Universidade de Pernambuco, 2015.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. In: ____ **Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. [Brasília], 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Previdência e Assistência Social. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **A gestão do SUS**. Brasília, 2015a. 133 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>>.

Contrato organizativo de Ação Pública da Saúde. Brasília, 2015b. **Nota Técnica**. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2015/01/NT-03-2015-COAP.pdf>>.

CONTANDIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3zcft/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>>.
 CRUZ, D. K. A. **Da promoção à prevenção**: o processo de formulação da política nacional de promoção da saúde no período de 2003 a 2006. 2010. 118 f. Dissertação (Mestrado)– Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
 Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010cruz-dka.pdf>>.

MALTA, D. C. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In: BENEDETTI, T. R. B. et al. (Org.). **A formação do profissional de educação física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014. p. 23-50.

SANTOS, M. A.; OLIVEIRA, M. L. O Programa Academia da Saúde e educação ao longo da vida. In: BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Coletânea de textos CONFINTEA Brasil+6**: tema central e oficinas temáticas. Organizado por Paulo Gabriel Soledade Nacif, Arlindo Cavalcanti de Queiroz, Lêda Maria Gomes e Rosimere Gomes Rocha. Brasília: MEC, 2016.

CUNILL, N. G. **La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social**. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., 2005, Santiago. **Anais...** Santiago, 2005.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**: Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. [2011]. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>.

DIAS, D. F.; LOCH, M. R.; RONQUE, E. R. V. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3339-3350, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n11/1413-8123-csc-20-11-3339.pdf>>.

DINIZ, E. Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: os desafios da construção de uma nova ordem no Brasil dos anos 90. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 385-415, 1995.

FIGUEIREDO, E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família**: diretrizes e fundamentos. São Paulo: UNIFESP, 2015. Curso de Especialização em Saúde da Família. Módulo Político Gestor. Unidade 5. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/417/44>>.

FREE, C., PHILLIPS, G. et al. **The Effectiveness of Mobile-Health Technology-Based Health Behaviour Change or Disease Management Interventions for Health Care Consumers**: A Systematic Review. *Journal PMED*, 2013.

GASKELL, G.; BAUER, W. M. **Pesquisa qualitativa com texto**: imagem e som: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/bauer-martin-w-gaskell-george-ed-pesquisa-qualitativa-com-texto-imagem-e-som.html>>.

GONÇALVES, A. **O conceito de governança**. 2005. Disponível em: <https://social.stoa.usp.br/articles/0016/1432/GovernanA_a100913.pdf>.

HAESER, L. M.; BÜCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/11.pdf>>.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 2, p. 104-114, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/761/771>>.

HAUSER, E. et al. Motivo de desistência em um programa de atividade física para idosos. **Revista Kairós**: Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 43-56, 2014.

INEP. **Censo escolar**. 2016. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/censo-escolar>>. Acesso em: 15 ago. 2017.

IPEA. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Martha Cassiolato, Simone Guerresí. Brasília, 2010. Nota técnica, n. 6. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100924_notatec6disoc.pdf>.

JANUZZI, P. M. Avaliação de programas sociais: conceitos e referenciais de quem a realiza. **Estudos em Avaliação Educacional**, São Paulo, v. 25, n. 58, p. 22-42, maio/ago. 2014. Disponível em: <<https://www.uniceub.br/media/994310/art.pdf>>.

Monitoramento e avaliação de programas sociais: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Alínea, 2016. 164 p.

JUNQUEIRA. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA-PUC-SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

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

LIDA, I. Planejamento estratégico situacional. **Production**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 113-125, jul./dez. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65131993000200004>.

LIMA, O. M. B. **A trajetória de inclusão de uma aluna com NEE, Síndrome de Down, no Ensino Superior**: um estudo de caso. 2007. 87f. Dissertação (Mestrado Educação) – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007

LOPES, M. A. et al. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 76- 83, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0101328915001092>>.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/29601/31469>. Acesso em: 16 ago. 2017.

MATUS, C. **O Método PES**: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP, 1997.

MELO, M. C. de H.; CRUZ, G. de C. Roda de conversa: uma proposta metodológica para a construção de um espaço de diálogo no ensino médio. **Imagens da Educação**, Maringá, v. 4, n. 2, p. 31-39, 2014. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ImagensEduc/article/viewFile/22222/pdf_5>.

MELLO, Guilherme A. et al. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde** – Origens e diferenças conceituais. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009. p. 204-2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDONÇA, B. C. A. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física Programa Academia da Cidade de Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas, v. 14, n. 3, p. 211-216, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/776>>.

MICHAELIS. Academia. In: **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. c2017a. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=academia>>. Autonomia. In: Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. c2017b. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=autonomia>>.

Integralidade. In: **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. c2017c. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=INTEGRALIDADE>>.

MONTEIRO, M. C. **Adesão de idosos a programa de exercício físico em unidade de atenção primária à saúde**. 82 f. 2014. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/124031/000831463.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>.

NEVES, T. C. C. L.; MONTENEGRO, L. A. A.; BITTENCOURT, S. D. A. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 756-770, out./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0756.pdf>>.

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

OTAWA. **A Resource for Community Agencies**: Egit & Inclusion Lens: Handbook, 2015. Disponível em: <<http://www.cawi-ivtf.org/sites/default/files/publications/ei-lens-community-agencies-2015-en.pdf>>.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1999. p. 489-503.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à Saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, jan./ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595>.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Indicadores e Dados Básicos para a Saúde no Brasil (IDB)**. 2012. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/>>.

RIBEIRO, R. M.; TRIBESS, S.; SANTOS, A. S. Barreiras no engajamento de idosos em serviços públicos de promoção de atividade física. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 739-749, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00739.pdf>.

ROCHA, D. G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4313.pdf>>.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E.; LIPSEY, M. W. **Evaluation**: a systematic approach. 6. ed. Londres: Sage Publications, 2004.

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

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a24.pdf>>.

SANTOS, M. H. de C. Governabilidade, Governança e Democracia: criação da capacidade governativa e relações executivo-legislativo no Brasil pós-constituente. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

SANTOS, M. S. et al. Prevalência de barreiras para a prática de atividade física em adolescentes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 94-104, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n1/09.pdf>>.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, [S.l.], p. 61-74, maio 2011. Disponível em: <http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf>.

SILVA, I. C. et al. Physical activity and safety from crime among adults: a systematic review. **Journal of Physical Activity & Health**, [S.l.], v. 13, n. 6, p. 663-670, June 2016. DOI: 10.1123/jpah.2015-0156. Epub 2015 Dec 21. Disponível em: <<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2431007/EkelundJPhysActivHealth2016.pdf?sequence=1>>.

SIMOES, E. J. et al. Effects of a Community-Based, Professionally Supervised Intervention on Physical Activity Levels Among Residents of Recife, Brazil. **American Journal of Public Health**, [S.l.], v. 99, n. 1, p. 68-75, Jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636600/>>..

SOUSA, M. F. de. **Conceitos básicos em monitoramento e avaliação**. [Brasília]: Enap, 2013. 26 slides, color. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/992/1/SOUSA%2C%20Marconi%20Fernandes%20-%20Conceitos%20B%C3%A1sicos%20de%20Monitoramento%20e%20Avalia%C3%A7%C3%A3o.pdf>>.

STARFIELD, B. Primary Care. **Balancing Health Needs, Services, and Technology**. New York: Oxford University Press, 1998.

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

TAFFAREL, C. N. Z.; ESCOBAR, M. O.; FRANÇA, T. L. Organização do tempo pedagógico para a construção do conhecimento na área de educação física & esporte. **Motrivivência**, Aracaju, n. 8, p. 124-132, 1995. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/22603/20597>>.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/05.pdf>>.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. **Tiras da Mafalda**. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL. **Os momentos do planejamento estratégico situacional**. 2016. Módulo 1. Disponível em: <<http://virtual.ufms.br/objetos/Unidade2/obj-un2-mod1/5.html>>.

VIEGAS, S. M.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140275.pdf>>.

VIEIRA, E.; VOLQUIND, L. **Oficinas de ensino? O quê? Por quê? Como?**. 4. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

ISBN 978-85-334-2718-1



9 788533 427181

DISQUE SAÚDE



Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



**PÁTRIA AMADA
BRASIL**
GOVERNO FEDERAL