



VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública

ISSN: 2594-5688

Sociedade Brasileira de Administração Pública

ARTIGO

**POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
BRASIL UM ESTUDO SOBRE O PROGRAMA ACADEMIA
DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O
ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO BÁSICA**

XAVÉLE BRAATZ PETERMANN, SHEILA KOCOUREK, LUCIANA FLORES BATTISTELLA

GT 2 ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS

VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública, Brasília/DF, 3 a 5 de novembro de 2021.
Sociedade Brasileira de Administração Pública (SBAP)
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP)
Brasil

Disponível em: <https://sbap.org.br/>

Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil: Um estudo sobre o Programa Academia da Saúde como estratégia para o enfrentamento de Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica

Resumo

A partir de 1978 emergiram no Canadá programas denominados Cidades Saudáveis como proposta de promoção da saúde. No Brasil, inspirado nesse modelo, foi implantado em 2011 o Programa Academia da Saúde como uma das principais estratégias para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica. Esse programa possui recursos humanos e estrutura física implantada nas comunidades para promover a adoção de estilos de vida saudáveis. Assim, o estudo em tela tem como objetivo discutir, no âmbito da Administração Pública, o Programa Academia da Saúde e sua relação com o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica, como política pública de promoção à saúde no Brasil. O Programa Academia da Saúde permanece como uma das principais iniciativas governamentais na Atenção Básica para garantir a equidade e universalidade no acesso à política de promoção da saúde no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Política Pública. Política Nacional de Promoção à Saúde.

Introdução

Este estudo traz para discussão no âmbito da Administração Pública, o Programa Academia da Saúde (PAS), uma das políticas públicas de promoção à saúde delineada pela esfera federal, a partir de 2011, como forma de incentivar os cuidados em saúde por meio de sua promoção e não como forma de remediar situações previsíveis. O PAS se caracteriza como uma das principais estratégias governamentais do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

Dispor de uma política pública que contemple atacar causas e não somente consequências do adoecimento dos cidadãos, compreende partir de um pressuposto básico de saúde e de uma premissa que visa à desoneração do Estado. Em se tratando de saúde pública, cujo orçamento somado nas esferas federal, estaduais e municipais orbita em trilhões de recursos investidos, pensar a promoção de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS) é necessariamente refletir sobre a melhor relação custo-benefício para os investimentos no País (BRASIL, 2020a).

Enquanto a Atenção Especializada consumiu 62% do orçamento de 2020 na esfera federal, a Atenção Básica levou algo em torno de 17% (BRASIL, 2020a). Para o PAS, integrante da Atenção Básica, o Ministério da Saúde prevê o repasse mensal de recurso de custeio para o financiamento das ações e recurso de investimento para a construção de polos. Ambos os recursos, custeio ou investimento, são transferidos do

Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde (BRASIL, 2017). Entretanto, em 2017, através do monitoramento realizado pelo Ministério da Saúde, a insuficiência de recursos financeiros foi apontada como um dos principais entraves do PAS (BRASIL, 2018).

As intervenções para prevenção e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) incluem diversas ações, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em um esforço de divulgação apontou intervenções recomendadas, dentre elas estão os programas comunitários de atividade física e a construção de ambientes que promovam essas práticas (WHO, 2011). Neste contexto, o PAS se caracteriza como uma estratégia da Atenção Básica com recursos humanos qualificados e estrutura física implantada nas comunidades, para desenvolver ações de promoção da saúde para a adoção de estilos de vida saudáveis (BRASIL, 2011b).

Este estudo busca realizar uma análise dessa política para que seja possível acompanhar seus resultados futuros por meio de pesquisas longitudinais e transversais, também servir de subsídios para discussões sobre a política na Administração Pública e em outros países, tendo a experiência do Brasil em tela.

Programa Academia da Saúde: aspectos histórico-legais

A história da promoção da saúde, no âmbito da Administração Pública, teve início a partir de 1970 em decorrência dos gastos excessivos com o tratamento de doenças, que não tinham efeitos esperados na saúde das pessoas (STARFIELD, 2002). Como parte integrante desse movimento, emergiu no Canadá a proposta das Cidades Saudáveis. Esse processo iniciou com o Relatório Lalonde, no Canadá em 1974, e foi formulado na Carta de Ottawa, de 1986 (WHO, 1986). Com isso, o Canadá se destacou como o primeiro país a utilizar a estratégia das Cidades Saudáveis a partir de 1978, bem como se tornou difusor desse modelo (ADRIANO et al., 2000).

Uma Cidade Saudável foi definida como aquela que articula um grande conjunto de seus atores sociais (governos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, famílias e indivíduos, entre outros), tendo como objetivo de propor ações e programas de saúde para melhorar a qualidade de vida da população (ADRIANO et al., 2000).

Entre as décadas de 1980 e 1990 ocorreu um significativo aumento de proposições centradas na promoção da saúde como um item essencial das políticas

públicas, fundamentada em ambientes saudáveis e sustentáveis, denominados Cidades Saudáveis. Esse modelo foi lançado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) quase simultaneamente com a Carta de Ottawa, em 1986 (BUSS, 2000).

A OMS iniciou esse projeto, oficialmente, no Simpósio sobre Cidades Saudáveis em Lisboa (1986) com a seleção inicial de 11 cidades para acolher a proposta. Posteriormente, a OMS, em 1988, promoveu o trabalho de um grupo de especialistas em promoção da saúde, no intuito de planejar o projeto Cidade Saudável, enquanto estratégia de promoção da saúde da OMS (OMS, 1986).

A partir de 1990, a OMS incluiu mais de 1000 cidades em uma rede que perpassa todos os continentes (MOYSÉS, 2000). Rapidamente, esse projeto ganhou força em algumas cidades da Europa, apoiadas pela OMS. No sétimo Simpósio Anual de Cidade Saudável, realizado em 1992, em Copenhague, já existiam 35 adesões Europeias e muitos projetos no Canadá, nos Estados Unidos e na Austrália, difundindo-se por redes de cidades, países e regiões do mundo, transformando-se, assim, em um movimento internacional.

Na América Latina, esse projeto foi adotado, nos anos 90, pela Organização Mundial de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS), como uma das estratégias para orientar os trabalhos de cooperação técnica (ADRIANO et al., 2000). Depois disso, inúmeras foram as iniciativas na América Latina, formando uma rede de municípios em países como México, Costa Rica, Panamá, Colômbia e Chile (RIGHETTI, 2004).

No Brasil, o paradigma da promoção da saúde começa a se concretizar com o movimento da Reforma Sanitária, nas décadas 70 e 80, tendo como marcos a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), a publicação da Constituição Federal e a criação do SUS, em 1988, o qual atua com os princípios da promoção da saúde (PEREIRA; OLIVEIRA, 2014).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, se caracterizou como marco histórico da saúde pública no Brasil, pois esse evento envolveu uma grande participação popular, ocorrendo dentro do contexto da redemocratização e norteou as bases da reforma sanitária, que culminou na Constituição Federal, de 1988, e na criação do SUS (FERREIRA NETO et al., 2013). A Constituição Federal de 1988, caracterizada como ‘Constituição Cidadã’, reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação por meio do SUS (BRASIL, 1988).

Por sua vez, o SUS se caracteriza por estabelecer o acesso universal, equitativo e com integralidade às ações e serviços de saúde para a promoção, prevenção e recuperação da saúde, organizado de maneira regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com gestão única em cada ente federado, de base local e com participação social (BRASIL, 1990). Com a criação do SUS, o Estado brasileiro legitima os esforços para se pensar a saúde como um direito universal, instituindo um novo conceito e um novo arcabouço jurídico-institucional para a sua garantia, reconhecendo os múltiplos determinantes e condicionantes saúde e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas, como a social e econômica (BRASIL, 1988).

Apesar de preconizada no princípio da integralidade (BRASIL, 1990), a promoção da saúde entrou na agenda do Ministério da Saúde apenas em 1998 e, depois de um longo e conflituoso debate a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi aprovada em 2006. O objetivo principal da PNPS foi promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos a saúde relacionada aos determinantes e condicionantes da saúde dos indivíduos e coletivos (BRASIL, 2006).

Outro fato que contribuiu para a consolidação da promoção da saúde no SUS, no Brasil, foi a expansão da Atenção Básica que se iniciou, em 1992, por meio do Programa Saúde da Família. Esse foi o primeiro programa que agiu com os preceitos da promoção da saúde como forma de reorientar o modelo assistencial com enfoque na promoção da saúde dos indivíduos e coletivos e, não apenas, no tratamento de doenças (BUSS; CARVALHO, 2009).

Naquela época (2011), a preocupação do Ministério da Saúde com o fortalecimento da promoção da saúde na Atenção Básica por meio de programas de atividades físicas se justificou pela grande prevalência de inatividade física e DCNT na população brasileira. Nesse contexto, algumas iniciativas vinham sendo desenvolvidas em diversos municípios brasileiros, como Recife/PE, Curitiba/PR, Vitória/ES, Aracaju/SE e Belo Horizonte/MG.

Essas experiências tinham em comum a prática da atividade física e outras ações de promoção da saúde, a presença de profissionais orientadores, o uso e a potencialização de espaços públicos como espaços de inclusão, de participação, de lazer e de promoção da cultura da paz, além de serem custeadas e mantidas pelo poder

público. A avaliação positiva dessas experiências reforçou a ideia do fortalecimento de iniciativas semelhantes em todo o País na forma de um programa nacional no âmbito do SUS (BRASIL, 2021).

Diante disso, foi lançado em 2011 o Programa Academia da Saúde (PAS) pelo Ministério da Saúde, após essas experiências locais que tinham em comum a prática de atividade física e outras práticas corporais, a presença de profissionais orientadores e o uso de espaços públicos custeados pelo poder público (BRASIL, 2011b).

A PNPS e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) são as duas principais políticas públicas que orientam o PAS. A PNPS tem como objetivo principal promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos determinantes e condicionantes com ênfase na Atenção Básica (BRASIL, 2014a). A PNAB caracteriza a Atenção Básica como a principal porta de entrada e centro de comunicação da rede de atenção à saúde e, ainda, define a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas ofertada de maneira integral a todas as pessoas, conforme as suas necessidades e demandas, considerando os determinantes e condicionantes de saúde, com enfoque na promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Considerando a PNPS e a PNAB como guias e, assim, adotando um conceito ampliado de saúde e reconhecendo o impacto das condições sociais, econômicas, políticas e culturais na saúde dos sujeitos, o PAS tem como objetivos ampliar o acesso e fortalecer as ações de promoção da saúde, promover o cuidado integral, potencializar a educação em saúde, as ações intersetoriais e a Atenção Básica, incentivar as atividades multiprofissionais, ampliar a autonomia das pessoas com destaque para a adoção de um estilo de vida saudável, aumentar o nível de atividade física da população, promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis, mobilizar as redes sociais de apoio, potencializar o conhecimento popular e contribuir para o uso de espaços públicos na promoção da saúde da população (BRASIL, 2017).

Diversas são as atividades realizadas nos polos e/ou em outros espaços comunitários do PAS - práticas corporais e a atividade física; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e, mobilização da comunidade. Para realizar essas ações, é considerado apto para atuar os profissionais - educador físico na saúde, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta geral, fonoaudiólogo geral,

nutricionista, psicólogo, sanitarista, educador social, musicoterapeuta, arteterapeuta, artistas de dança, dançarinos tradicionais e populares (BRASIL, 2016).

Para implantar o PAS e desenvolver as atividades nos polos é necessária a adesão do município que, a partir disso, conta com incentivo financeiro. Tais incentivos variam conforme a modalidade de polo a ser instalado (básico, intermediário ou ampliado) (BRASIL, 2017).

Com isso, o PAS se configura como uma estratégia da Atenção Básica com recursos humanos qualificados e estrutura física implantada nas comunidades, que desenvolve ações de promoção da saúde para a adoção de estilos de vida saudáveis. Sendo esse programa uma das estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, no Brasil, para o período de 2011 a 2022 (BRASIL, 2011a).

O objetivo do Plano de Enfrentamento das DCNT é promover e implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT, bem como seus fatores de risco. Ainda, esse plano tem por intuito reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, por meio de um conjunto de ações de prevenção e promoção da saúde, associadas à detecção precoce e tratamento oportuno, com destaque para a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e para a participação da comunidade (BRASIL, 2011a).

Considerando esse percurso histórico, o PAS foi adotado como uma estratégia da Atenção Básica para a prevenção e controle das DCNT no território brasileiro. Esse programa público de saúde tem como objetivo principal a promoção de hábitos de vida saudáveis, assim, atuando sobre os fatores de risco modificáveis para as DCNT.

Programa Academia da Saúde: atenção às DCNT na Atenção Básica

A prevenção e controle das DCNT constituem um grande desafio para as equipes de saúde, em especial para a Atenção Básica. Essas doenças são muito prevalentes, multifatoriais e coexistem com determinantes biológicos e socioculturais e seu cuidado, para ser efetivo, envolve diversas categorias profissionais, exigindo protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade (BRASIL, 2014b).

As DCNT se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado, possuem origem não infecciosa e podem resultar em graves incapacidades funcionais (BRASIL, 2008). As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças do aparelho circulatório,

diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e alcoolismo.

As DCNT constituem a principal causa de morte, principalmente em países de baixa e média renda. No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte, atingindo pessoas de todas as camadas sociais, mas de forma mais intensa os grupos mais vulneráveis como idosos, pessoas com deficiências e pessoas de baixa escolaridade e renda. A repercussão dessas doenças é traduzida em qualidade de vida prejudicada, limitada participação no cotidiano e resulta em inserção precária no trabalho, redução dos períodos de lazer, internações hospitalares frequentes, além de mortes prematuras. Além disso, o tratamento, geralmente, realizado por longos períodos causa impactos econômicos significativos nas famílias, na sociedade e nos sistemas de saúde (BRASIL, 2011a).

Malta et al. (2015) descreveram que a carga de morbidade das DCNT no Brasil é elevada, cerca de 45% da população declara ter pelo menos uma DCNT. Ainda, a Região com maior prevalência de indivíduos com DCNT foi a Sul, com 52,1%, seguida pelas Regiões Sudeste (46,1%), Centro-Oeste (43,9%), Nordeste (42,2%) e Norte (37,2%).

Petermann e Kocourek (2021) ao investigarem a política de promoção da saúde na percepção de trabalhadores das equipes de Atenção Básica, destacaram que em meio à pandemia de COVID-19 ocorreu um aumento na procura de atendimento nas unidades de saúde por usuários com DCNT descompensadas, como Hipertensão Arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Ferreira et al. (2020) destacaram que esse período com maior reclusão domiciliar e comportamento sedentário decorrente do isolamento social pode ser associado com o surgimento e agravamento de comorbidades agregadas a um maior risco cardiovascular, como obesidade, aumento da pressão arterial, intolerância à glicose, bem como transtornos psicossociais como a ansiedade e a depressão.

As intervenções para prevenção e controle das DCNT incluem diversas ações, a OMS em um esforço de divulgação apontou intervenções recomendadas, dentre elas estão os programas comunitários de atividade física e a construção de ambientes que promovam essas práticas (WHO, 2011). A prática regular de atividade física está relacionada com a melhoria da capacidade cardiovascular e respiratória, da resistência física e muscular, da densidade óssea e da mobilidade das articulações, da pressão arterial em hipertensos, do nível de colesterol, da tolerância à glicose e da ação da insulina, do sistema imunológico, da diminuição do risco de cânceres de cólon e de

mama nas mulheres, entre outros benefícios, como o controle do peso, a prevenção de osteoporose e diminuição de lombalgias, aumento da autoestima, diminuição da depressão, alívio do estresse, aumento do bem-estar e redução do isolamento social (BRASIL, 2014b).

Em meio à pandemia de COVID-19, a OMS incentiva a manutenção da prática regular de atividade física como estratégia de promoção da saúde (WHO, 2020). Estudo recente aponta que a inatividade física possui efeitos prejudiciais à saúde da população (KIM; LEE, 2020). Destaca-se, portanto, a necessidade de se manter um bom nível de atividade física como medida para a prevenção e controle das DCNT. Adicionalmente, o exercício físico está associado a aumento da imunidade, podendo ser utilizado na prevenção de infecções (SIMPSON; KATSANIS, 2020; LADDU et al., 2020).

Com esse elenco de atividades abordadas na proposta do PAS, tal política se configura como uma das principais estratégias de promoção da saúde por meio da atividade física nos serviços de Atenção Básica em todo o território nacional na atualidade. Sendo assim, percebe-se que o exercício físico aliado a outras estratégias como de promoção da saúde, tendo como um dos cenários o PAS, atua na prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco modificáveis.

Tusset et al. (2020) analisaram a correlação entre internações por DCNT e adesão nos municípios brasileiros ao PAS, no período de 2011-2017, e, assim, comprovaram que municípios com piores indicadores socioeconômicos e de DCNT apresentaram menor adesão ao PAS. Lima et al. (2020) demonstraram a relação entre a implantação PAS e a diminuição dos gastos com internações hospitalares por doenças cerebrovasculares de maneira significativa. Rodrigues et al. (2020) analisaram o impacto do PAS sobre a mortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica no Estado de Pernambuco e concluíram que o PAS se mostrou efetivo para diminuir a taxa de mortalidade nos municípios tratados, indicando que ele contribuiu para controlar o avanço das DCNT.

Percebe-se, a partir dos estudos supracitados, que o PAS se configura como um programa público de saúde com impacto positivo sobre o controle e prevenção das DCNT no Brasil, por meio de ações de estímulo à atividade física, alimentação saudável e promoção da saúde. Entretanto, após 10 anos de criação do PAS e com o contexto da pandemia causada pela COVID-19, permanecem muitos desafios ao desenvolvimento de políticas públicas efetivas. Na abordagem das DCNT, além da necessária organização do setor público de saúde - SUS - para garantir a vigilância, promoção da

saúde, prevenção e assistência aos usuários, é essencial articular ações intersetoriais e, especialmente, empenhar-se na redução das iniquidades em saúde (MALTA et al, 2016).

Programa Academia da Saúde: cenário atual

O PAS, caracterizado como o maior o maior programa de promoção da saúde já implantado no Brasil completou seus 10 anos. Esse programa público está distribuído por todo o País, com diferentes cenários de implantação. Sendo assim, diante do progressivo aumento das DCNT na população brasileira, o PAS permanece como uma das principais iniciativas governamentais como parte integrante da Atenção Básica para garantir a equidade e universalidade no acesso no SUS à política de promoção da saúde (TUSSET et al., 2020).

Dados de 2017 apontam que, o PAS estava presente em 2.678 secretarias municipais de saúde, perfazendo 48% dos municípios brasileiros. Sendo que, 77% dos municípios contemplados com o PAS possuem menos de 30 mil habitantes. Das regiões, o maior percentual de municípios com PAS se localiza na região Norte do País (BRASIL, 2018).

A insuficiência de recursos financeiros foi apontada como um dos principais entraves do PAS, bem como a dificuldade para o desenvolvimento de atividades para crianças, homens e adolescentes, além da qualificação de profissionais e a disponibilidade de materiais de apoio (BRASIL, 2018).

Esse cenário de implantação do PAS supracitado foi de 2017. Atualmente, a população enfrenta uma pandemia de COVID-19 e, ao mesmo tempo, segue convivendo com uma carga elevada de DCNT. Varela et al. (2021) apontam que a atividade física é um forte protetor contra o vírus e contra as DCNT, as principais causas de morte na atualidade e, possivelmente, no futuro. Assim, o PAS se configura como um programa público de saúde relevante no cenário atual, por meio do aumento do acesso a promoção de um estilo de vida saudável.

Nessa perspectiva, Mendes (2020) descreveu a ‘terceira onda’ ou a onda do ‘paciente invisível’ que atinge pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não COVID-19 durante o período da pandemia. Além de ter um enorme impacto econômico e financeiro nos sistemas de saúde, a desassistência provocada pelas restrições de acesso ou pelo medo

das pessoas em buscarem os serviços de saúde, as condições crônicas, dentre elas as DCNT, tendem a se instabilizarem, a aumentar sua gravidade e a causarem mortes.

O PAS como uma estratégia de promoção da saúde vinculado as equipes de Atenção Básica, poderá contribuir para o enfrentamento das DCNT na população brasileira em meio à pandemia de COVID-19. Em especial, por meio da prática regular de atividade física associada a outras ações de promoção da saúde previstas no programa, descritas como de fundamental importância para a qualidade de vida da população.

Em nota técnica, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b) recomenda algumas medidas com o objetivo de evitar a disseminação da COVID-19 nas ações do PAS, sendo que essas orientações podem ser adaptadas pelos gestores estaduais e municipais, em consonância com a realidade local. Sendo assim, os municípios possuem liberdade para o planejamento e realização das ações do PAS no contexto de pandemia de COVID-19.

As medidas indicadas pelo Ministério da Saúde para evitar a disseminação da COVID-19 nas ações do PAS envolvem: realizar as atividades em espaços ao ar livre ou em locais fechados, sempre que possível, manter portas e janelas abertas; evitar aglomerações durante as atividades, de modo que as pessoas possam manter-se afastadas; evitar atividades de contato físico ou toque; orientar as pessoas quanto à higienização das mãos; desinfetar os materiais e equipamentos e limpar os ambientes e as superfícies tocadas; não compartilhar objetos pessoais; instruir que os usuários sintomáticos procurem os serviços de saúde; e, dedicar atenção especial aos portadores de DCNT e idosos (BRASIL, 2020b).

Estudos com atividades do PAS, durante a pandemia de COVID-19, ainda são experiências incipientes e pontuais. Nóbrega et al. (2020) descreveram que um contexto sem data prevista de volta à normalidade e, considerando que os indivíduos em distanciamento social podem se beneficiar da prática de atividade física, mesmo realizada em domicílio, os gestores e profissionais de educação física que integram as Academias de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) criaram um protocolo de prescrição de atividades físicas para indivíduos assistidos pelo PAS de forma remota por meio de vídeos de atividade física. Oliveira et al. (2020) relataram que devido à pandemia da COVID-19, as intervenções presenciais do PAS em Recife foram suspensas e um plano de atividades remotas foi elaborado e, já apontaram que algumas dessas ações remotas serão mantidas após o retorno das atividades presenciais.

O PAS, caracterizado como um programa público de saúde, implantado em um País com dimensões continentais, como no Brasil, possui inúmeras fragilidades que ainda precisam ser corrigidas, em especial, em meio a uma pandemia de COVID-19 que impactou diretamente no funcionamento do programa. Malta e Mielke (2020) apontam que, os principais pontos estão relacionados à sustentabilidade do programa com garantia de financiamento, a universalização da prática e a continuidade nos processos de capacitação, monitoramento e avaliação do PAS.

Conclusões

O presente estudo teve como objetivo discutir o PAS e sua relação com o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica, como política pública de promoção à saúde no Brasil. Para isso, foram discutidos os aspectos histórico-legais da promoção da saúde no contexto internacional e brasileiro, que culminou na criação e adoção do PAS no Brasil em 2011 como uma das principais estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica. O cenário atual desse programa público de saúde foi abordado considerando que estamos em meio a uma pandemia de COVID-19, que influenciou diretamente no funcionamento do PAS no cenário brasileiro.

A literatura utilizada demonstrou que o PAS caracterizado como o maior programa de promoção da saúde já implantado no Brasil e, provavelmente no mundo, permanece como uma das principais iniciativas governamentais como parte integrante da Atenção Básica para garantir a equidade e universalidade no acesso no SUS à política de promoção da saúde. No entanto, após 10 anos de criação do PAS e com o contexto da pandemia causada pela COVID-19, permanecem muitos desafios, principalmente, relacionados à sustentabilidade do programa com garantia de financiamento, a universalização da prática e a continuidade nos processos de capacitação, monitoramento e avaliação do PAS.

Considera-se relevante que mais estudos sobre o PAS sejam realizados no âmbito da Administração Pública, estudos *ex-post* permitindo entender o impacto desse programa na saúde dos brasileiros, bem como entender as relações custo-benefício de sua adoção. Certamente, serão necessários estudos longitudinais e transversais, para

entender as implicações da política adotada sobre a Administração Pública no Brasil e em outros países.

Fontes de financiamento

O estudo recebeu recursos da Chamada Decit/SCTIE/MS-CNPq-FAPERGS Nº 08/2020 - PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS.

Referências bibliográficas

ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 53-62, 2000.

BRASIL. 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. Diário oficial da União, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 10/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS. 2020b. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096483/nota_tecnica_cgprofi_depros_covid19_26mar2020.pdf>. Acesso em 17 de jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do programa academia da saúde, ciclo 2017. 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf>. Acesso em 24 de jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 687, de 30/03/2006, que institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário oficial da União, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 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. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. 2014a.

_____. Portal da transparência. Despesas. Áreas de atuação. Função específica Saúde. 2020a. Disponível em: <<http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10saude?ano=2020>>. Acesso em 24 de jun. 2021.

_____. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde, 2017.

_____. Portaria nº 1.707, de 23 de setembro de 2016. Diário Oficial da União, nº 185, 2016.

_____. Portaria nº 1401, de 15 de junho de 2011. Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde. 2011b.

_____. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Academia da Saúde. Sobre o programa. Disponível em: <<https://aps.saude.gov.br/apc/academia/sobre>>. Acesso em 24 de mai. 2021.

_____. Supremo Tribunal Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF), 1988.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**, v.5. n.1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, p. 2305-2316, 2009.

FERREIRA NETO et al. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, p. 1997-2007, 2013.

FERREIRA, M. J. et al. Vida fisicamente ativa como medida de enfrentamento ao COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 114, n. 4, p. 601-602, 2020.

KIM, Y.; LEE, E. The association between elderly people's sedentary behaviors and their health-related quality of life: focusing on comparing the young-old and the old-old. **Health and quality of life outcomes**, v. 17, n. 1, p. 1-9, 2019.

LADDU, D.R. et al. Atividade física para proteção da imunidade: inoculando populações com medicamentos para uma vida saudável em preparação para a próxima pandemia. **Progresso em doenças cardiovasculares**, v. 64, p. 102, 2021.

LIMA, R. C. F. et al. Impacto do Programa Academia da Saúde sobre gastos com internações hospitalares por doenças cerebrovasculares. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-8, 2020.

MALTA, D.C. et al. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 373-390, 2016.

MALTA, Deborah C.; MIELKEI, Gregore Iven. Avaliação e Futuro do Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v.25, n.1, 2020.

MENDES, E.V. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. In: O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível. 2020.

MOYSES, S. J. Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to "healthy cities" policies in Curitiba, Brazil. University of London, University College London (United Kingdom), 1999.

NÓBREGA, C. R. M. N. et al. Protocolo de atividade física remoto para grupos de Academia da Saúde e Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-6, 2020.

OLIVEIRA, G. S. et al. Implementation of the remote activities of the Programa Academia da Cidade in times of COVID-19. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, p. 1-6, 2020.

PEREIRA, I. C.; OLIVEIRA, M. A. C.. Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

PETERMANN, X. B.; KOCOUREK, S. Pandemia de COVID-19 e promoção da saúde do idoso na perspectiva de trabalhadores da saúde. **Revista de Políticas Públicas**, v. 25, n. 1, p. 199-211, 2021.

RIGHETTI, S. Condições ambientais e bem estar social são fatores que influenciam saúde da população. **Ciência e Cultura**, v. 56, n. 2, p. 06-07, 2004.

SIMPSON, R.J.; KATSANIS, E. The immunological case for staying active during the COVID-19 pandemic. **Brain, behavior, and immunity**, v. 87, p. 6, 2020.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TUSSET, D. et al. Programa Academia da Saúde: correlação entre internações por doenças crônicas não transmissíveis e adesão nos municípios brasileiros, 2011-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2019453, 2020.

VARELA, A.R. et al. O Observatório Global de Atividade Física: um panorama sobre duas pandemias. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p. 1-3, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 Nov. 1986. Geneve; 1986.

World Health Organization. WHO GUIDELINES ON PHYSICAL ACTIVITY AND SEDENTARY BEHAVIOUR. 2020.