






-  Carolina da Silva Caram¹
 Raquel de Deus Mendonça²
 Rayane Jeniffer Rodrigues Marques³
 Maria José Menezes Brito¹
 Aline Cristine Souza Lopes⁴

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Núcleo de Pesquisa Administração e Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Universidade Federal de Ouro Preto, Escola de Nutrição, Departamento de Nutrição Clínica e Social. Grupo de Pesquisa e Estudo em Nutrição e Saúde Coletiva. Ouro Preto, MG, Brasil.

³ Prefeitura de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Saúde, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Nutrição. Grupo de Pesquisa de Intervenções em Nutrição. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Correspondência

Aline Cristine Souza Lopes
alinelopesenf@gmail.com

Fonte de Financiamento:
Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (CDS APQ – 0376-4.08/07).

Redução da desigualdade de acesso às ações de promoção da saúde na Atenção Primária brasileira: Programa Academia da Saúde

Reducing unequal access to health promotion actions in Primary Care in Brazil: Health Academy Program

Resumo

Introdução: A situação de saúde marcada pela elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis revela a necessidade de reestruturar a atenção à saúde. Nesse sentido, serviços como o Programa Academia da Saúde (PAS) foram implantados na Atenção Primária à Saúde (APS) brasileira. **Objetivo:** Analisar, sob a perspectiva dos usuários, o PAS como oportunidade de redução das desigualdades de acesso às ações de promoção da saúde na APS. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo realizado na primeira unidade do PAS implantada em Belo Horizonte-MG, com ingressantes no serviço entre 2007 a 2011. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista semiestruturada. Realizaram-se descrição dos dados sociodemográficos e análise de conteúdo do tipo temática. **Resultado:** Ingressaram no PAS, entre 2007 e 2011, 1.059 usuários, a maioria mulheres, adultos de meia idade, com baixa renda e elevadas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis. Na perspectiva dos usuários, o PAS possibilitou o acesso às ações de promoção da saúde na APS, oportunizando a construção de escolhas mais saudáveis e mudanças nos modos de viver, sobretudo relacionados à atividade física e alimentação adequada e saudável, promovendo o empoderamento dos usuários. No entanto, foram identificadas limitações na integração do PAS com a Unidade Básica de Saúde adstrita. **Conclusão:** O PAS tem potencial para favorecer o acesso às ações de promoção da saúde na APS, embora ainda seja necessária maior integração com os demais pontos de atenção à saúde visando fortalecer o cuidado integral em rede e as ações de promoção da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Promoção da Saúde. Integralidade em Saúde.

Abstract

Introduction: The health situation outlined by a high prevalence of chronic non-communicable diseases reveals the need for restructuring health care. In this sense, services such as the Health Academy Program (herein PAS) were implemented in Brazilian Primary Health Care (PHC). **Objective:** To analyze, from the perspective of users, PAS as an opportunity to reduce unequal access to health promotion actions in PHC. **Method:** This is a qualitative study carried out at the first PAS unit implemented in Belo Horizonte-MG, with participants who started using the service between 2007 and 2011. Data collection was carried out through semi-structured interviews. Sociodemographic data were described, and a thematic content analysis was carried out. **Results:** From 2007-2011, 1,059 users started attending PAS, most of them women, middle-aged adults with low income and high prevalence of chronic non-

communicable diseases. From the users' perspective, PAS allowed accessing health promotion actions in PHC, making it possible to develop healthier choices and changes in the way of life, mainly those related to physical activity and healthy eating, empowering users. However, limitations were identified in the integration between PAS and the assigned Basic Health Unit. **Conclusion:** PAS has the potential to foster access to health promotion actions in PHC, although greater integration with other health care points is still needed in order to strengthen integral care networking and health promotion actions.

Keywords: Primary Health Care, Access to Health Services, Health Promotion, Health Integrality.

INTRODUÇÃO

O contexto atual de saúde, marcado pelo aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, alerta para a necessidade urgente de incrementar as ações de promoção da saúde, sobretudo em territórios mais vulneráveis.^{1,2} A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda reformas estruturais nos serviços públicos de saúde que garantam cidades saudáveis, com o atendimento das necessidades básicas; acesso universal aos cuidados de saúde-doença e alto nível de saúde pública.³ Essas características podem ser favorecidas mediante a ampliação do acesso às ações de promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na atuação sobre os determinantes sociais da saúde.⁴

Entretanto, o acesso às ações de promoção da saúde ainda é desigual. Destaca-se que as desigualdades em saúde são as diferenças mensuráveis e percebidas que existem nas condições de saúde relacionadas às distinções no acesso aos serviços de promoção, prevenção ou tratamento da saúde.⁵ A desigualdade de acesso aos serviços públicos é ainda mais evidente nas áreas vulneráveis, onde há escassez de espaços direcionados às demandas de cuidados à saúde dessa população.³

Um estudo que avaliou o perfil alimentar de usuários da APS que residiam em áreas de vulnerabilidade social em uma metrópole brasileira mostrou que esses usuários apresentavam inadequação no consumo de hortaliças e de alimentos ultraprocessados (doces, refrigerantes, sucos artificiais e embutidos), e elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.⁶ A população fica, assim, exposta aos “os efeitos cruéis e danosos sobre a própria existência”, o que pode resultar no aumento do sedentarismo, na má alimentação, na elevada prevalência de doenças e na redução da expectativa de vida.⁵

Nesse sentido, o governo brasileiro tem investido na ampliação das ações de promoção da saúde, prevenção e controle de agravos nos serviços públicos de saúde.⁷ Uma das estratégias adotadas foi a criação de um novo ponto de atenção à saúde, o Programa Academia da Saúde (PAS), estruturado como espaço e equipamento da APS e instituído no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2011.^{7,8} O PAS objetiva fortalecer, integrar e ampliar o acesso da população às ações de promoção da saúde. Para tanto, ele se propõe a gerir suas ações de forma a assegurar o acesso a todos os cidadãos, devendo, para isso, ser organizado e localizado próximo à Unidade Básica de Saúde (UBS), serviço de saúde responsável pela ordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.⁸

O acesso aos serviços de saúde é a direção que o usuário segue em busca de respostas para seus problemas, sendo a APS a porta de entrada preferencial na rede.⁹ Nesse contexto, o PAS pode contribuir de forma inovadora com a UBS no auxílio à população na solução de suas carências, resolução dos seus problemas e na continuidade da atenção com vistas à promoção de sua saúde.¹⁰

Tendo como foco a importância do acesso à população às ações de promoção da saúde e a ainda recente implantação do PAS no Brasil, este estudo objetivou analisar o PAS como oportunidade de redução das desigualdades de acesso às ações de promoção da saúde na APS brasileira na perspectiva de seus usuários.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo realizado em Belo Horizonte-MG, o sexto maior município do Brasil, com população de 2.479.165 habitantes,¹⁰ índice de desenvolvimento humano de 0,810 e GINI de 0,6106.¹¹

A unidade do PAS investigada foi a primeira do município, inaugurada em 2006, e uma das inspirações para a criação do programa no nível nacional. Ela está localizada em área de elevada vulnerabilidade e próxima à UBS, motivações que foram decisivas para ser a primeira unidade instalada no município.^{12,13} A unidade conta com infraestrutura e profissionais de Educação Física qualificados para ofertar atividades que objetivam melhorar a

consciência corporal, flexibilidade, força e coordenação motora geral, como danças, jogos e caminhada orientada. O ingresso do usuário no serviço é por demanda espontânea ou encaminhamento dos serviços da Rede de Atenção à Saúde. Em seu primeiro contato com o serviço, o usuário participa de avaliação física visando orientar as atividades segundo suas necessidades de saúde e condição física.¹³ Assim como no ano de realização do estudo, atualmente as atividades ofertadas pelo PAS em Belo Horizonte são focadas principalmente na oferta de exercício físico, disponibilizado para os usuários três vezes por semana, durante uma hora. Adicionalmente, são ofertadas ações de promoção da alimentação adequada e saudável, entre outras ações de promoção da saúde.¹⁴

Para a coleta dos dados deste estudo, procedeu-se inicialmente à caracterização do perfil de todos os usuários do PAS. Foram considerados elegíveis aqueles que ingressaram no programa entre janeiro de 2007 e dezembro de 2011, e que participaram das atividades ofertadas pelo serviço no último mês.

Os dados para caracterização dos ingressantes foram obtidos a partir da análise do protocolo utilizado no serviço, constando das seguintes variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, renda *per capita* em salários mínimos do ano corrente e escolaridade em anos), condições de saúde (presença de doenças crônicas não transmissíveis autorreferida e uso de medicamentos) e estado nutricional (Índice de Massa Corporal-IMC= $\text{peso}/\text{altura}^2$). Realizou-se análise descritiva dos dados quantitativos, incluindo distribuição de frequências e cálculo de mediana e intervalo interquartilico.

Após a caracterização dos ingressantes, foram selecionados aleatoriamente os sujeitos participantes da pesquisa qualitativa de acordo com o seu ano de ingresso no PAS (2007 a 2011). Tal escolha decorreu do entendimento que os usuários com maior vivência das práticas ofertadas no serviço poderiam contribuir de forma diferenciada.

As entrevistas foram realizadas no próprio espaço do PAS em março de 2012. Os entrevistados foram aleatorizados, com auxílio do software Excel, a partir dos dados da listagem de todos os frequentes no PAS, sendo excluídos aqueles com limitações cognitivas que impedissem de responder à entrevista. Os participantes foram estratificados segundo o ano de ingresso no serviço (2007 a 2011), sendo sorteados seis sujeitos por ano, totalizando 30 indivíduos potencialmente participantes do estudo. Não houve delimitação prévia do número total de entrevistados, sendo definido no transcorrer da pesquisa, em conformidade com o critério de saturação dos dados. Dessa forma, foram entrevistados 19 usuários. Na pesquisa qualitativa, não é necessário classificar uma amostra a partir do critério numérico, haja vista que a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado.¹⁵

Para a coleta de dados qualitativos, foi aplicada a técnica de entrevista individual utilizando roteiro semiestruturado.¹⁶ A entrevista é entendida como um procedimento metódico, com finalidade científica, mediante a qual o entrevistado fornece informações verbais por uma série de perguntas intencionais ou de estímulos comunicados. O pesquisador se coloca diante do participante para quem faz perguntas com o objetivo de obter informações que contribuam para a investigação. Trata-se de um diálogo assimétrico em que o pesquisador busca coletar dados e o interlocutor se apresenta como fonte de informação.^{16,17}

Os dados qualitativos foram tratados e analisados pela técnica de análise de conteúdo seguindo os polos cronológicos propostos por Bardin,¹⁵ a saber: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Primeiramente, as entrevistas foram transcritas na íntegra, segundo o roteiro de semiestruturado, realizando-se a releitura incessante do material e a organização dos relatos. A seguir, procedeu-se à codificação do material e à definição do *corpus* do estudo, compondo as categorias temáticas. Procedeu-se então ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação a partir da discussão com a literatura.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade (103/2007) e da Prefeitura Municipal (087/2007), e todos os participantes foram orientados quanto aos benefícios e riscos da pesquisa, assinando voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar o PAS como oportunidade de redução das desigualdades de acesso às ações de promoção da saúde na APS na perspectiva de seus usuários. Para tanto, foi importante conhecer a população atendida pelo Programa para então, compreender a atuação do PAS no contexto de um sistema de saúde, especificamente, suas potencialidades e limitações na percepção dos usuários.

População estudada

De 2007 a 2011, isto é, desde a inauguração do PAS no serviço até a coleta de dados, ingressaram no PAS 1.059 usuários, em sua maioria mulheres, adultos de meia idade, com baixa renda e portadores de doenças crônicas não transmissíveis (tabela 1)

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde dos ingressantes no Programa Academia da Saúde de 2007 a 2011. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Amostra	Total (n=1059)	2007 (n=353)	2008 (n=170)	2009 (n= 210)	2010 (n=196)	2011 (n=130)
<i>Sexo (%)</i>						
Feminino	89	89,2	88,2	92,4	88,3	84,6
Masculino	11	10,8	11,8	7,6	11,7	15,4
Idade (anos)^a	49,3 (13,4)	49,7 (13,8)	48,8 (12,3)	49,0 (13,1)	49,7 (13,7)	51,3 (14,0)
<i>Renda per capita (%)</i>						
<1sm	66,2	NA	70,1	67,3	64,5	61,7
1a<3sm	32,4	NA	27,5	31,7	34,4	37,5
3a<5sm	1,2	NA	2,4	1	1,1	0
≥5sm	0,1	NA	0	0	0	0,8
Escolaridade (anos)^b	8,0 (4,0;11,0)	NA	7,0 (4,0;11,0)	8,0 (4,0;11,0)	9,0 (4,0;11,0)	9,0 (5,0;11,0)
<i>Número de doenças crônicas (%)</i>						
0	41,1	36,8	41,2	48,3	42,9	37,7
1 a 3	54,8	56,8	54,7	48,8	54,1	60,8
4 ou mais	4,1	6,4	4,1	2,9	3,1	1,5
<i>Morbidade (%)</i>						
Hipertensão arterial	44,3	47,9	43,5	38,9	40,3	50,8
Hipercolesterolemia	29,6	32,1	22,6	30,3	31,6	27,9
Hipertrigliceridemia	15,1	16,1	14,6	12,5	15,7	16
Diabetes	11,6	15,6	8,9	6,4	13,5	10,2
Uso de medicamentos (%)	69,5	NA	67,6	64,6	71,4	76,9
<i>Estado nutricional (%)</i>						
Baixo peso	1,6	1,7	1,2	0,5	2,7	1,7
Eutrofia	25,5	21,0	31,0	30,7	23,5	25,8
Excesso de peso	72,9	77,3	67,9	68,8	73,8	72,5

Nota: NA: não se aplica, ausência de informações sobre ingressantes de 2007; sm: salário-mínimo.^aMédia (desvio-padrão). ^bMediana (P25; P75).

Dadas as características de desigualdade do território (elevada vulnerabilidade à saúde) e dos usuários (maioria de mulheres e com baixa renda familiar) do PAS, mostrou-se a pertinência de sua implantação, sobretudo ao considerar a escassez de iniciativas que ampliem as práticas e vivências de promoção da saúde na população.¹⁸ A presença do PAS nessa comunidade pode contribuir para a ampliação do acesso às ações de promoção da saúde,^{19,20} além de corroborar princípios preconizados pelas políticas públicas de saúde que buscam reduzir as desigualdades em saúde entre indivíduos e comunidades.²¹ Sabe-se que ações direcionadas para a promoção da saúde, por sua relação intrínseca com o território, possuem potencial para reduzir desigualdades.²² Nesse sentido, a inserção do PAS na comunidade em estudo igualmente possui essa potencialidade.

A redução no número de novos usuários no PAS ao longo dos anos (tabela 1) pode estar relacionada à própria capacidade de atendimento do serviço (média de 300 indivíduos) decorrente da retenção de participantes ao longo do tempo. Embora o PAS seja um serviço com grande capacidade de atendimento, há limitações estruturais para sua ampliação (espaço físico e equipamentos),²³ sendo necessário expandir unidades desse serviço em todo o município, com vistas a aumentar sua abrangência e efeitos positivos produzidos. Corroborando esta perspectiva, em 2019 identificou-se a existência de 78 unidades em funcionamento, atendendo a cerca de 19.000 indivíduos.¹⁴

O PAS foi delineado no SUS como uma oportunidade para ampliar o acesso às ações de promoção da saúde. Contudo, a condição preponderante da presença de doenças e uso de medicamentos entre os seus ingressantes pode reforçar a hipótese de que os sujeitos acessam os serviços de saúde, principalmente, pela perspectiva de tratamento e cura, uma vez que as diretrizes para o tratamento das doenças crônicas não transmissíveis preconizam mudanças na atividade física e na alimentação.⁷ Dessa forma, a viabilidade do PAS como uma estratégia de promoção da saúde pode ficar enfraquecida.

Aparentemente, a APS brasileira ainda atua sob a lógica de tratar doenças em detrimento de prevenir ou promover a saúde. A mudança dessa lógica depende da reorientação dos serviços, mas sobretudo da organização da população para a discussão dos serviços e projetos de saúde. A criação de espaços comunitários de trocas geracionais entre pessoas de diferentes profissões e condição social com vistas à articulação das necessidades de saúde, dos equipamentos disponíveis no território, sejam públicos ou privados (escolas, serviços de saúde, segurança pública, igrejas, clubes, entre outras), pode contribuir bastante para a organização da participação social da comunidade.³

Já para a análise qualitativa do estudo, foram entrevistados 19 usuários de acordo com os diferentes anos de ingresso (2007-2011), atendendo aos critérios de saturação dos dados. A partir da análise dos relatos, foram identificadas as seguintes categorias temáticas: O acesso às ações de promoção da saúde; As potencialidades do PAS para os usuários; e O PAS no contexto de um sistema de saúde: limitações.

O acesso às ações de promoção da saúde

O PAS, uma vez concebido segundo os pressupostos da promoção da saúde e como espaço promotor de escolhas e ambientes saudáveis,^{7,19} prevê a realização de diferentes atividades, incluindo as físicas, de lazer, de educação alimentar e nutricional por profissionais de saúde,⁶ como pôde ser verificado nas falas dos usuários:

Ah, além dos exercícios físicos, temos oficinas... As oficinas de orientação alimentar, de higiene... Tem tanta coisa boa! (E2)

Aqui tem várias atividades. Ficar no estepe é melhor. Todos são bons... Tem festas muito boas. Nutricionista, de lá vêm e falam do modo de alimentação, ajuda muito a gente. (E10).

Tem os exercícios de peso, levantamento de peso, aeróbica, corrida, caminhada. Quando é época de festa de carnaval, a gente faz dinâmica, brincadeira, festa junina, até nos dias das crianças a gente vira criança de novo, então são atividades variadas. (E13).

Os usuários relataram realizar atividades de promoção à saúde no PAS, mas esta oferta não era homogênea entre os participantes. A maioria (42,0%) relatou participar apenas da prática de exercício físico e momentos de lazer, como passeios e festas; 16,0% citaram o exercício físico, atividades de lazer e de alimentação e nutrição; e 11,0%, exercício físico e atividades de alimentação e nutrição.

Uma das hipóteses para a oferta preponderante de exercício físico é o fato de o município contratar apenas educadores físicos para atuar diretamente no serviço, sendo os demais profissionais da APS responsáveis pelo apoio matricial às atividades. Outra possibilidade pode ser a influência da cultura prescritiva e da visão preventivista de promoção da saúde, tanto por parte dos usuários, quanto dos profissionais e gestores, limitando-se às ações de promoção da saúde do serviço a dois eixos: exercício físico e alimentação.²³

Resquícios da lógica tradicional, pautada em ações preventivas e terapêuticas, podem estar presentes no serviço. Dessa forma, atividades educativas pautadas nos fatores de risco (inatividade física e alimentação inadequada) podem ser prioridade, não contemplando a amplitude da determinação social da saúde. Adicionalmente, o modelo no qual se pauta o serviço - oferta de prática regular de exercícios físicos com a realização de controle diário de frequência - pode contribuir para a fidelização do usuário e a construção da percepção desta prática como fundamental para a promoção, manutenção e recuperação de sua saúde.^{13,23}

Contudo, é inegável a importância do PAS na redução de barreiras que impedem que os usuários que vivem em territórios vulneráveis acessem a prática regular de exercício físico, atividades de lazer e de alimentação e nutrição, seja pela falta de espaços públicos adequados ou pelas desigualdades sociais vivenciadas.^{7,13,23} Ratificando a importância da inserção de um programa de promoção da saúde como o PAS, em áreas vulneráveis, um estudo com usuários de UBS de São Paulo mostrou inadequações nas condições dos programas de atividade física, incluindo horário de atendimento insuficiente e centralidade no processo de adoecer.²⁴ Apesar das barreiras de infraestrutura, a implantação do PAS constitui uma ação importante para a redução da desigualdade do acesso às ações de promoção da atividade física frente à urbanização desordenada que prejudica a prática do movimento nos grandes centros urbanos.⁴

No Brasil, as ações de promoção da prática da atividade física e da alimentação adequada e saudável têm integrado as agendas de promoção de saúde por meio da "Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS)",²⁵ e de manejo das doenças crônicas não transmissíveis com estabelecimento de várias ações na APS.²⁶ Uma revisão sistemática sobre programas de promoção de atividade física no SUS mostrou que 47% deles contavam com equipe multiprofissional. Eles objetivavam promover a saúde e o estilo de vida saudável, bem como elevar os níveis de atividade física e melhorar a qualidade de vida e, geralmente, funcionavam em espaços públicos, como praças, parques, avenidas, ciclovias, praias e escolas.²⁷

As ações de promoção da alimentação adequada e saudável também são foco da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), segundo a qual cabe às equipes da APS realizar ações educativas e de aconselhamento nas consultas individuais ou em grupos, apoiadas nas diretrizes oficiais contidas no *Guia Alimentar para a População Brasileira*. Neste sentido, destacam-se diferentes estratégias, entre elas o PAS.²⁸ De fato, neste estudo identificou-se a oferta de ações de promoção da alimentação adequada e saudável como uma das principais atividades realizada no PAS em estudo.

Além de citarem as atividades de promoção da saúde relacionadas à questão física e biológica, os entrevistados também relataram a influência positiva do programa nos aspectos sociais. Na perspectiva deles, o PAS

se configura como espaço de relações e de trocas e aprendizados, no qual o convívio social ganha destaque, interferindo positivamente na saúde e na qualidade de vida. Essas questões são pouco relatadas nas experiências vivenciadas em outros serviços de saúde:

A Academia da Saúde para mim é tudo. Depois de Deus é tudo. Porque eu me sinto muito bem aqui, eu sinto que eu estou mais interativo e mais participativo. É a melhor coisa que aconteceu na minha vida... é uma parte de realização para mim. (E1)
Pro bem-estar... É tipo um lazer. (E8)

Pra mim sentir bem. Pra eu ter uma motivação pra viver! Por que eu tava muito triste, eu tava com início de depressão e agora melhorou. (E19)

É um incentivo, de alimentação, de como é necessário fazer um exercício físico, uma caminhada e um alongamento. E agora eu não fico sem, não consigo... (E19).

O PAS, dessa forma, atinge o objetivo de promover a saúde ao desenvolver competências individuais, reforçar ações coletivas e propiciar ambiente favorável para os usuários, principalmente para o autocuidado,^{2,4} em consonância com os princípios da promoção da saúde. E por ser instalado no território da comunidade, ele também se revela como estratégia capaz de contribuir para a ampliação do acesso às ações de promoção da saúde, sobretudo em locais cujas desigualdades sociais são prevalentes, reforçando vínculos entre e com os sujeitos na busca pela construção autônoma da saúde.

Dessa forma, o PAS se apresenta como espaço comunitário capaz de atender às demandas de saúde, cultura e lazer da comunidade;³ e uma estratégia para o enfretamento dos problemas de saúde⁵ e de acesso às atividades de promoção da saúde, o que, conseqüentemente gera melhoria da qualidade de vida. Destaca-se que a qualidade de vida está associada não só ao acesso aos serviços de saúde, mas também a ambientes saudáveis, redes de apoio e ao controle de estigmas segundo as demandas de cada parcela da população e suas referências socioculturais.³

As potencialidades do PAS para os usuários

A percepção positiva que os usuários possuem sobre o PAS parece ser um determinante para que eles mantenham o vínculo com o serviço, incluindo como vivenciar um ambiente agradável e as amizades, ter um momento de lazer e se sentir "bem tratado" pelos profissionais. Entretanto, também relataram motivações relacionadas ao alcance de metas, emagrecer, normalizar parâmetros de saúde (pressão arterial, glicemia e níveis de colesterol) e de construção do empoderamento:

Eu me sinto muito bem, tenho muitas amizades e sou reconhecido. Isso aqui para mim é muito importante. (E1)

E eu me sinto corajosa, eu me sinto mais mulher, me sinto aquela pessoa que: "eu posso, eu consigo", sabe!? Nossa, e me sinto poderosa! rs... (E7)

Ah eu me sinto bem, gostoso demais, às vezes você está com um problema dentro de casa aí você vem aqui e começa a fazer um exercício, começa a bater papo, faz o negócio todo, aí você até esquece. É como se você saísse do mundo lá de fora, aí na hora que você tá voltando para casa, aí você: Opa... voltei pro meu mundo... (E13)

Olha, é porque eu me sinto bem, eu chego em casa alegre, satisfeita, feliz e com ânimo de trabalhar. (E11)

Para manter minha forma, porque eu vi que foi muito bom para mim. Porque, devido eu ter perdido bastante quilos e está com mais ânimo para a vida! (E1)

Olha, porque eu tinha glicose muito alta, pressão alta... Aí eu comecei a frequentar e tudo normalizou. (E2).

Como visto nas falas dos entrevistados, o PAS também é um espaço para reflexão dos problemas vivenciados e de empoderamento, com os usuários chegando a se sentirem inatingíveis e sem problemas a resolver. O programa, além de ofertar atividades que estão de acordo com as necessidades de saúde, como visto nos depoimentos sobre o controle da pressão arterial, da glicose e do peso, também aborda questões relacionadas ao contexto vivenciado pelos usuários, permeado pela presença de doenças crônicas não transmissíveis e das desigualdades de acesso às ações de promoção da saúde, em especial da prática regular e orientada de exercício físico. Nesse sentido, o PAS é uma estratégia que visa incluir a população de territórios vulneráveis em um sentido mais amplo, possibilitando aos indivíduos e coletividades lidarem com as limitações e obstáculos sociais e de saúde, empoderando-os.²⁹

Nessa perspectiva, percebe-se que o PAS também fortalece a relação entre profissional-usuário e propicia o empoderamento,³⁰ como pode ser visto na fala a seguir:

Sabem, converso com eles (médicos), porque antes quando eu ia ao médico, ele falava assim: “você faz alguma atividade física?” E eu não tinha, e ficava com vergonha de falar que não tinha. Agora, hoje tenho atividade, diária praticamente, e eu falo com muito orgulho. Nossa eles falam pra continuar, pra manter, elogiam muito. (E12).

Quando indagados sobre os motivos que deixaram de frequentar o serviço, eles relataram questões particulares, como viagem, ou motivos de saúde que exigiram repouso, conforme também verificado em outro estudo.³¹ No entanto, todos retornaram ao PAS assim que os problemas foram solucionados, o que evidencia as potencialidades do PAS em atender às necessidades de saúde da população usuária e promover a adesão ao serviço:

Eu parei há uns quinze dias por conta dessa tendinite, o médico mandou eu parar para ver o que ia da no exame. Aí quando saiu ele me deu alta e falou que eu podia fazer, falou que era pra eu fazer bastante alongamento com o pé, passou remédio...aí eu voltei rápido, no outro dia eu voltei. (E16).

Não negamos as limitações de infraestrutura e abrangência relacionadas ao programa, que, por exemplo, limita o ingresso de outros usuários no serviço. Entretanto, ao considerar a escassez de oportunidades de lazer, prática regular de exercício físico, convívio social e de promoção da alimentação adequada e saudável em territórios vulneráveis, o PAS se configura como oportunidade única, que na visão dos usuários deve ser continuamente usufruída.

O PAS no contexto de um sistema de saúde: limitações

Como estratégia de promoção da saúde do SUS, o PAS é ofertado na comunidade de forma universal e gratuita, absorvendo inclusive a população usuária de serviços de saúde suplementar. A esse respeito, metade dos entrevistados (57,9%) possuía plano de saúde, evidenciando a capacidade do PAS em absorver de forma ampla diferentes necessidades negligenciadas da população.

Embora o serviço seja ofertado gratuitamente na comunidade, quando os participantes foram perguntados sobre os serviços do SUS que conhecem, a maioria citou diferentes especialidades médicas e distribuição de medicamentos pela UBS, bem como vacinação, realização de exames, consultas especializadas e pronto-socorro, não tendo o PAS destaque nesse cardápio de atividades.

O serviço do SUS que eu conheço é só distribuição de medicamento. Porque, eu tenho um plano de saúde e, eu uso mais o serviço do meu plano. (E1)

Oh, eu graças a Deus eu quase não uso. Usava quando minhas meninas eram pequenas só para vacinar... (E4)

Ah tem vários, tem cardiologia, endocrinologista, pneumologista, ginecologista e pediatra, que eu conheço só. (E9)

Pronto socorro, posto médico, eu tenho plano sabe? Eu não frequento posto de saúde não, pego remédio lá, uma vez eu tive que tomar injeção, a gente vem e toma. (E11).

Apenas um usuário citou o PAS como um serviço ofertado pelo SUS.

Posto de saúde, né? A Academia da Saúde e tem fisioterapia. (E6).

Por outro lado, quando perguntados diretamente se o PAS era parte integrante do SUS, 84,0% das respostas foram afirmativas. Os relatos abrangeram aspectos, tais como a efetividade do serviço em reduzir o uso de medicamentos e os atendimentos na UBS, ser conveniado com a Prefeitura e por seus profissionais realizarem encaminhamento para a UBS.

Considero. Porque é a Academia é um convênio, é conveniado com o SUS. Porque vai, faz a consulta, faz o tratamento lá e continua fazendo o tratamento na Academia também, porque é o bem estar que a Academia te faz e do outro lado do SUS, tem os remédios né!? Então, os dois andam juntos. (E11)

Quando a gente começou aqui com a Academia, o próprio gerente dá época (UBS), veio aqui aí ele comentou como que diminui o número de pessoas que buscava remédio pra colesterol, pra hipertensão. (E13).

Os usuários associaram o PAS ao SUS pelo fato de o serviço estar ligado, de alguma forma, à UBS, afirmação que está em alinhamento com o preconizado pelas Redes de Atenção à Saúde. Ademais, percebe-se nos depoimentos que o PAS parece também facilitar o acesso dos usuários à UBS. Entretanto, os argumentos, na maioria das vezes, não evidenciam o PAS como parte integrante de uma rede complexa e minuciosamente planejada para atender às demandas de saúde da população, em articulação com os demais serviços do SUS.³²⁻³⁴

Primeiramente, quanto ao acesso, o PAS, como um serviço do SUS, deve assegurar o acesso universal a todos os cidadãos, de forma ordenada e organizada. Na unidade pesquisada, o ingresso do usuário era realizado principalmente por indicação de conhecido (79,0%), por residir próximo do serviço (16,0%), sendo que apenas 5,0% relataram o encaminhamento por profissional da Rede de Atenção à Saúde. Tal resultado parece sugerir que a contribuição dos profissionais da APS para o acesso ao PAS era incipiente, assim como verificado em outro município brasileiro.³¹

Através de uma amiga minha. Ela comentava comigo que era muito bom, que eu tinha que vim e tal e eu acabei empolgando... (E7)

Porque eu moro aqui perto e, de lá eu via o movimento aqui e eu resolvi vir aqui para saber o que estava acontecendo aqui. (E1)

A atuação dos profissionais de saúde na articulação da Rede de Atenção, acompanhando e incentivando a participação do usuário no PAS, pareceu frágil. Na percepção dos usuários, a participação dos profissionais da UBS nas atividades ofertadas no PAS e vice-versa é insuficiente, estando distante do preconizado pelo cuidado integral em rede.³³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo trata da análise do PAS em sua implementação, bem como sua relevância para reduzir as desigualdades de acesso às ações de promoção da saúde em território vulnerável. Tais características o tornam relevante, principalmente devido à necessidade de se investigar o potencial do PAS na promoção da saúde no âmbito do SUS. Os resultados podem ainda auxiliar o município no planejamento do serviço, incluindo as atividades ofertadas à comunidade, com especial atenção para as doenças crônicas não transmissíveis, e para a necessidade de ampliação da integração do programa com demais pontos de atenção à saúde.

Entretanto, este estudo também apresenta limitações. Requer cautela quanto à extrapolação dos resultados, pois o serviço em estudo é, sobretudo, direcionado para a oferta de prática regular de exercício físico, o que pode diferir de outras unidades do PAS do país. Além disso, o estudo foi desenvolvido na primeira unidade do PAS instalada no município, o que pode ter influenciado os resultados. Por outro lado, os resultados mostraram a importância de entender as ações ofertadas nos serviços de saúde como possíveis caminhos para enfrentar os desafios enfrentados pelo SUS.

Apesar das dificuldades dos usuários em compreenderem as ações do PAS no contexto do SUS, eles identificaram o programa como uma forma de acesso facilitado e humanizado ao SUS e às ações de promoção da saúde, proporcionando a melhoria da equidade na atenção à saúde ofertada na APS, principalmente em áreas desfavorecidas, vulneráveis e com baixo nível socioeconômico, como a aqui estudada. Entretanto, no PAS, apesar de ser denominado como um serviço de promoção da saúde, as demandas curativas têm ocupado espaço importante de suas ações, prejudicando alcançar sua finalidade principal. Ao mesmo tempo, o serviço também preenche uma lacuna importante da APS, que é ofertar ações coletivas efetivas para recuperação da saúde, ou seja, de centrar nas tecnologias leves para a prevenção e o tratamento de doenças, especialmente as crônicas não transmissíveis, que requerem cuidado contínuo.

Outro importante aspecto identificado neste estudo, a partir das falas dos entrevistados, é que o PAS parece ultrapassar a lógica biologicista da promoção da saúde, recaindo sobre o aspecto socioambiental, com potencial para promover o empoderamento dos usuários na vida cotidiana. Dessa forma, os resultados aqui apresentados constituem indícios para a continuidade do investimento no PAS pelo governo brasileiro, bem como apontam suas potencialidades e oportunidades de melhorias, embora sua maior integração na APS seja fundamental para a articulação com a Rede de Atenção à Saúde, visando fortalecer o cuidado integral. Além disso, aponta-se a necessidade de ampliar o cardápio de ações de promoção da saúde ofertadas para além da prática de exercício físico.

Por fim, ao questionar se o PAS reduz as desigualdades de acesso às ações de promoção da saúde na APS brasileira na perspectiva de seus usuários, este estudo sugere que sim. Destaca-se que aqui se discute a redução

de desigualdade de acesso às ações de promoção da saúde, em especial a prática de exercício físico, que eram até então pouco acessíveis à população antes da implantação do PAS no território. Entretanto, para que sejam de fato ações que promovam a saúde, é fundamental que elas ocorram integradas em rede no sistema de saúde de forma a construir a autonomia dos usuários para a busca da redução das desigualdades vivenciadas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Burden: mortality, morbidity and risk factors. In: World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO 2011. p. 9-32.
2. Suárez-Herrera JC, O'shanahan JJJ, Serra-Majem L. La participación social como estrategia central la nutrición comunitaria para afrontar los retos asociados a la transición nutricional. *Rev Esp Salud Publica* 2009;83(6):791-803. [Acesso 15 Agosto de 2020]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600004&Ing=es.
3. Pilon AF. Nem Tudo Que Dói Cura. *Jornal da USP* [Internet] [Acesso 15 Agosto de 2020]. Disponível em: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2003/jusp656/pag02.htm>
4. World Health Organization. Closing the Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008.
5. Barreto ML. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. *Cien Saude Colet* 2017;22(7):2097-2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
6. Mendonça RD, Horta PM, Santos LC, Lopes ACS. The dietary profile of socially vulnerable participants in health promotion programs in a brazilian metrópolis. *Rev. bras. Epidemiol* 2015;18(2):454-65. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500020013>
7. Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cien Saude Colet* 2014;19(11):4301-11. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014>.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde;2011.
9. Jesus WLA, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Cien Saude Colet* 2010;15(1):161-170. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>.
10. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão & Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde 2016. Rede Interagerencial de Informações para Saúde. B.9 Índice de Gini da renda domiciliar per capita. [Internet] [Acesso 05 Maio de 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/b09capc.htm>.
12. Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M, Lopes ACS. Academia da Saúde: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* 2013;18(1):95-102. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100011>

13. Lopes ACS, Ferreira AD, Mendonça RD, Dias MAS, Rodrigues RCLC. Estratégia de Promoção à Saúde: Programa Academia da Cidade de Belo Horizonte. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2016;21(4):379-84. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n4p%25p>
14. Prefeitura de Belo Horizonte. Academia da Cidade. Belo Horizonte, 2019. [Internet] [Acesso 12 Julho de 2019]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/promocao-da-saude/academia-da-cidade>
15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
16. Veiga L, Gondim SMG. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. *Opin Pública* 2001;7(1):1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-62762001000100001>.
17. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. organizadores. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. 244 pp.
18. Tesser CD. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. *Interface - Comunic, Saúde, Educ* 2006;10(20):347-362. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200006>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
20. World Health Organization. Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Geneva: WHO; 2009.
21. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. p. 12-49. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
22. Oliveira RTQ, Ignacio CF, Moraes Neto AHA, Barata MML. Matriz de avaliação de programas de promoção da saúde em territórios de vulnerabilidade social. *Cien Saude Colet* 2017;22(12):3915-3932. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24912017>
23. Silva KL, Sena RR, Matos JA, Lima KMS, Silva PM. Acesso e utilização da Academia da Cidade de Belo Horizonte: perspectiva de usuários e monitores. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2014;19(6):700-710. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n6p700>
24. Carvalho YM, Manoel EJ. A survey of body practices and primary health care in a district of São Paulo, Brazil. *Motriz: rev. educ. fis.* 2015;21(1):75-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-65742015000100010>
25. Malta DC, Silva M, Albuquerque G, Amorim R, Rodrigues G, Silva T, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2014;19:286-99. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n3p286>
26. Malta DC, Silva JB. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2014;23(3):389-395. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742014000300002>
27. Becker L, Gonçalves P, Reis R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2016;21(2):110-22. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n2p110-122>

28. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e39. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.39>
29. Carvalho S, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Cien Saude Colet* 2008;13(Sup2):2029-2040. <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200800090000>
30. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Cien Saude Colet* 2012;17(11):2923-2930. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>.
31. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saude Publica* 2010;26 (1):70-78. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100008>
32. Sá GBAR, Dornelles GC, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP, Silva MMA et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Cien Saude Colet* 2016;21(6):1849-1859. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>
33. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet* 2011;15(5): 2297-2305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>
34. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.

Colaboradoras

Caram CS e Mendonça RD, participaram da análise e interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; Marques RJR Análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, aprovação final da versão a ser publicada e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra; Brito MJM e Lopes ACS participaram da revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, concepção e no projeto, aprovação final da versão a ser publicada e garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Conflito de Interesses: As autoras declaram não haver conflito de interesses.

Recebido: 18 de fevereiro de 2020

Aceito: 22 de outubro de 2020