

Programa academia da saúde: enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis

*Health gym program: coating with
non-communicable chronic diseases*

Xavéle Braatz Petermann¹

Sheila Kocourek²

Luciana Flores Battistella³

Resumo

A história da promoção da saúde na gestão pública teve início a partir de 1970, em decorrência dos gastos excessivos com a assistência médica, diagnósticos e tratamento de doenças, que não tinham efeitos positivos esperados na saúde das pessoas. Como parte integrante desse movimento, emerge no Canadá a proposta das “Cidades Saudáveis”, a partir de 1978. Esse modelo se difundiu pelo mundo e se tornou um movimento internacional de promoção da saúde no âmbito da gestão pública. No Brasil, o Programa Academia da Saúde, inspirado no modelo das “Cidades Saudáveis”, foi implantado, em 2011, como uma das principais estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica. Esse programa público de saúde contempla recursos humanos qualificados e estrutura física implantada nas comunidades, para desenvolver ações para a adoção de estilos de vida saudáveis. Dessa maneira, o estudo em tela tem como objetivo discutir, no âmbito da Administração Pública, o Programa Academia da Saúde e sua relação com a estratégia do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica, como política pública no Brasil. O Programa, caracterizado como o maior

¹ Mestra em Gestão de Organizações Públicas pela Universidade Federal de Santa Maria. Atualmente, é fisioterapeuta na Prefeitura Municipal de Arroio do Tigre/RS. *E-mail*: xavelepetermann@gmail.com

² Doutora e Mestra em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Atualmente, é professora da Universidade Federal de Santa Maria/RS. *E-mail*: sheilakocourek@gmail.com

³ Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente, é professora Titular da Universidade Federal de Santa Maria/RS. *E-mail*: lutti@ufsm.br

programa de promoção da saúde já implantado no Brasil, permanece como uma das principais iniciativas governamentais, como parte integrante da atenção básica para garantir a equidade e universalidade no acesso no Sistema Único de Saúde à política de promoção da saúde.

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

Abstract

The history of health promotion in public administration began in 1970 as a result of excessive spending on medical care, diagnosis and treatment of diseases, which had no expected positive effects on people's health. As an integral part of this movement, the "Healthy Cities" proposal emerged in Canada, from 1978 onwards. This model spread throughout the world and became an international movement for health promotion in the scope of public administration. In Brazil, the Health Gym Program, inspired by the 'Healthy Cities' model, was implemented in 2011 as one of the main strategies of the Strategic Action Plan for Confronting Chronic Non-Communicable Diseases in Primary Care. This public health program includes qualified human resources and physical structure implemented in communities, to develop actions for the adoption of healthy lifestyles. Thus, the study in question aims to discuss, in the scope of Public Administration, the Health Gym Program and its relationship with the strategy of the strategic action plan for coping with chronic non-communicable diseases in primary care, as a public policy in Brazil. The Program, characterized as the largest health promotion program ever implemented in Brazil, remains one of the main government initiatives, as an integral part of primary care to ensure equity and universal access to the promotion policy in the Unified Health System of health.

Keywords: Unified Health System. Primary Health Care. Chronic Disease. Public Policy. National Health Promotion Policy.

Data de submissão: 31 de janeiro de 2022

Data de aprovação: 27 de setembro de 2022

INTRODUÇÃO

Este estudo traz para discussão no âmbito da área de Administração Pública, uma das políticas públicas de promoção à saúde delineada pela esfera federal, a partir de 2011, como forma de incentivar os cuidados com saúde por meio de sua promoção e não como forma de remediar situações previsíveis.

O presente estudo tem como objetivo discutir o Programa Academia da Saúde (PAS) como umas das principais estratégias do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis na Atenção Básica (BRASIL, 2011a).

Disponer de uma política pública que contemple atacar causas e não somente consequências do adoecimento para os 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. Enquanto a Atenção Especializada consumiu 62% do orçamento de 2020 na esfera federal, a Atenção Primária levou algo em torno de 17% desse (BRASIL, 2020a).

Quanto ao PAS, o Ministério da Saúde prevê o repasse mensal de recursos de custeio para o financiamento das ações e recurso de investimento para a construção de polos. O recurso do tipo custeio é repassado de forma regular, no valor mensal de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por polo para os municípios. Entretanto, o Ministério da Saúde deixa evidente que tal repasse consiste apenas em um incentivo, devendo o programa contar também com financiamento dos estados e municípios. O recurso do tipo investimento é destinado à construção dos polos, com valor definido de acordo com uma das três modalidades (Básica, Intermediária, Ampliada) que os municípios podem optar. 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 do PAS pelo Ministério da Saúde, a insuficiência de recursos financeiros foi apontada como um dos principais entraves do PAS (BRASIL, 2018).

Em consonância com o objetivo de Desenvolvimento Sustentável “Boa Saúde e Bem-Estar”, até 2030 se pretende reduzir em um terço a mortalidade prematura por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT)

Dispor de uma política pública que contemple atacar causas e não somente consequências do adoecimento para os cidadãos compreende partir de um pressuposto básico de saúde e de uma premissa que visa à desoneração do Estado.

com a prevenção e tratamentos adequados, bem como atingir a cobertura universal de saúde, por meio do acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade (ONU, 2015).

As intervenções para prevenção e controle das 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.

1 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICO-LEGAIS

A história da promoção da saúde, no âmbito da gestão pública, teve início a partir de 1970 em decorrência dos gastos excessivos com a assistência médica, diagnósticos e tratamento de doenças, que não tinham efeitos positivos esperados na saúde das pessoas (STARFIELD, 2002). Assim, a promoção da saúde surgiu, principalmente, como uma reação a intensa medicalização da saúde, propondo uma visão de saúde ampliada para os determinantes e condicionantes de saúde da população (BUSS; CARVALHO, 2009).

Como parte integrante desse movimento da promoção da saúde, emerge no Canadá a proposta das “Cidades Saudáveis”. Esse processo iniciou-se com o Relatório Lalonde, no Canadá em 1974, e foi formulado na Carta de Ottawa (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). Possui 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 (WHO, 1986).

A partir de 1990, a OMS incluiu mais de mil cidades em uma rede que perpassa todos os continentes (MOYSES, 1999). 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 Sistema Único de Saúde (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). Dois anos depois, é promulgada a Constituição Federal de

Com a criação do SUS, o Estado brasileiro legitima os esforços para se pensar a saúde como um direito universal

1988, caracterizada como “Constituição Cidadã”, pois 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 da saúde e a inter-relação da política de saúde com as políticas de outras áreas, como a social e econômica (BRASIL, 1988).

Paim (2013) descreve que grandes desafios continuam postos para a Reforma Sanitária no Brasil e para a consolidação do SUS como um sistema de saúde público, universal, equitativo, integral e de qualidade. Considerando os princípios do SUS, a universalidade prevê que todos os brasileiros tenham acesso igualitário aos serviços de saúde, sem qualquer obstáculo de natureza legal, econômica, física ou cultural. A equidade permite a concretização da justiça, com a prestação de serviços e ações de saúde, destacando um grupo ou categoria essencial, alvo especial das intervenções. E a integralidade reforça as ações intersetoriais e a construção de uma nova governança na gestão de políticas públicas (PAIM; SILVA, 2010). Esses três princípios compreendem a base do SUS e todas as ações, serviços e políticas de saúde devem ser guiadas pela universalidade, equidade e integralidade.

Apesar de preconizada no princípio da integralidade (BRASIL, 1990), a promoção da saúde entrou na agenda do Ministério da Saúde apenas em 1998. A primeira iniciativa foi realizada, em 2002, quando o Ministério da Saúde elaborou um documento para discussão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e, depois de um longo e conflituoso debate a PNPS foi aprovada, apenas em 2006 (SILVA; BAPTISTA, 2014). O objetivo principal da PNPS foi promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados 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 contexto brasileiro, foi a expansão da atenção básica que se iniciou, em 1992, por meio do Programa Saúde da Família. 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 e reabilitação 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 doenças crônicas não transmissíveis (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 (QUADRO 1).

QUADRO 1 – Descrição das experiências exitosas que culminaram na criação do PAS

Cidade	Descrição da experiência
Recife/PE	Programa Academia da Cidade que, desde 2002, contava com espaços públicos para atividades físicas de lazer supervisionadas, educação nutricional e monitoramento de saúde (SIMÕES et al., 2009; HALLAL et al., 2010).
Vitória/ES	Serviço de Orientação ao Exercício implantado, em 1990, como um programa de práticas corporais e atividades físicas supervisionadas, contando com ambientes localizados na orla, parques e praças do município (VIEIRA et al., 2021; VENTURIM et al., 2005).
Aracaju/SE	Programa Academia da Cidade adotado, em 2004, com o objetivo de promover a adoção de um estilo de vida mais ativo a partir de uma prática regular de atividade física em polos localizados próximos das unidades básicas de saúde (OLIVEIRA et al., 2020).
Belo Horizonte/MG	Programa Academia da Cidade foi implantado, em 2005, com a finalidade de promover um estilo de vida saudável (atividade física e alimentação saudável) mediante intervenções interdisciplinares, prioritariamente coletivas, que ampliassem a autonomia dos sujeitos, respeitando a diversidade cultural da comunidade (LOPES et al., 2016).

FONTE: Simões et al. (2009, adaptado); Hallal et al. (2010, adaptado); Vieira et al. (2021, adaptado); Venturim et al. (2005, adaptado); Oliveira et al. (2020, adaptado); Lopes et al. (2016, adaptado)

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, 2021c).

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 Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2014a) e a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2017) 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).

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.

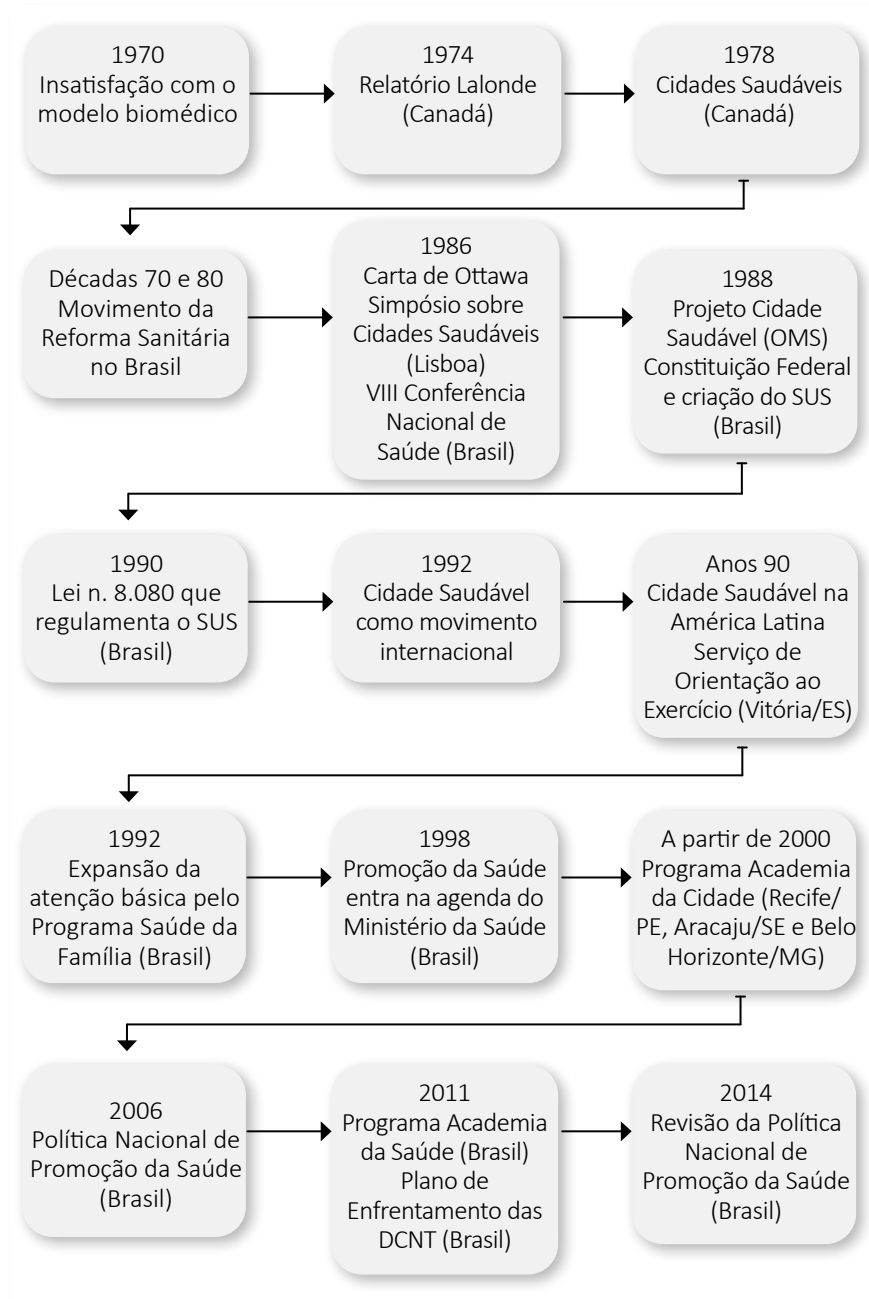
Diversas são as atividades realizadas nos polos e/ou em outros espaços comunitários do PAS – práticas corporais e a atividade física; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; e, mobilização da 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 (BRASIL, 2017). Tais incentivos variam conforme a modalidade de polo a ser instalado. A propósito, o PAS pode ser desenvolvido em diferentes modalidades – modalidade básica (espaço de vivência, espaço com equipamentos e espaço multiuso, somando 250 m²); modalidade intermediária (espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso, somando 263,2 m²); modalidade ampliada (espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso, somando 451,2 m²) (BRASIL, 2017).

Com isso, o PAS configura-se 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 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (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, a incapacidade e a 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). A FIG. 1 ilustra o percurso histórico que culminou na criação do PAS no contexto brasileiro.

FIGURA 1 – Linha do tempo, que resultou na criação do PAS, no Brasil



FONTE: As autoras (2021)

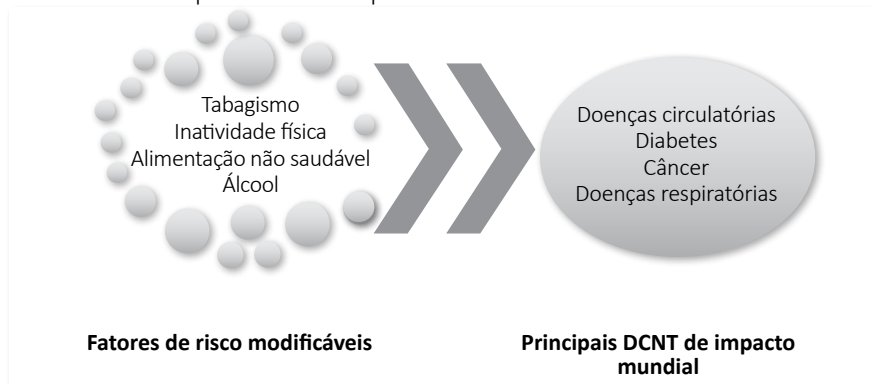
Considerando esse percurso histórico, o PAS foi adotado como uma estratégia da atenção básica para a prevenção e controle das DCNT no território brasileiro. Esse programa público de saúde tem como objetivo principal a promoção de hábitos de vida saudáveis, assim atuando sobre os fatores de risco modificáveis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

2 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. As ações direcionadas para as DCNT, para serem efetivas, envolvem 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 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 álcool (FIG. 2) (BRASIL, 2011a).

FIGURA 2 – Principais DCNT de impacto mundial e fatores de risco



FONTE: Brasil (2011a, adaptado)

As intervenções para prevenção e controle das 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). Conforme a OMS (WHO, 2011), apenas no Brasil, doenças relacionadas ao sedentarismo matam 300 mil pessoas por ano e, no mundo, são aproximadamente 3,2 milhões de mortes anuais em decorrência desse comportamento prejudicial à saúde da população.

As DCNT constituem a principal causa de morte, principalmente em países de baixa e média renda, sendo um terço delas em pessoas com menos de 60 anos. 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).

No Brasil, as principais causas de óbitos de pessoas com idade maior que 20 anos, em 2018, foram as DCNT do aparelho circulatório, neoplasias e do aparelho respiratório, respectivamente. Das doenças circulatórias que ocupam o primeiro lugar como causa de óbito prevaleceram o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Cerebral e a Insuficiência Cardíaca, respectivamente (BRASIL, 2021a).

Quanto aos dados de morbidade hospitalar no Brasil, as principais causas de internações no SUS, em 2019, considerando pessoas com idade maior que 20 anos – não incluindo as internações por gravidez, parto e puerpério – compreenderam as doenças crônicas do aparelho circulatório (BRASIL, 2021b). A partir desses dados, percebe-se que as doenças circulatórias foram a principal causa de morbimortalidade na população do País, no contexto atual. Frente a isso, o Ministério da Saúde tem direcionado esforços para monitorar os fatores de risco e as respostas dos sistemas de saúde no cuidado às doenças crônicas (BRASIL, 2011a).

Malta et al. (2015) descrevem que a carga de morbidade das DCNT no País é elevada, cerca de 45% da população declara ter pelo menos uma doença crônica. 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%).

Considerando os fatores de risco modificáveis, os benefícios da atividade física para a saúde são inúmeros. 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 atividades físicas como estratégia de promoção da saúde (WHO, 2020). Estudos recentes destacam que a inatividade física possui efeitos prejudiciais à saúde da população (KIM; LEE, 2019). Destaca-se, portanto, a necessidade de se manter um bom nível de atividade física como medida para a prevenção e controle das doenças crônicas. Adicionalmente, o exercício físico está associado ao aumento da imunidade, podendo ser utilizado na prevenção de infecções (LADDU et al., 2021; SIMPSON et al., 2020).

FIGURA 3 – Efeito da prática de atividade física regular na saúde

Efeito da prática regular de atividade física na saúde

- Melhora da capacidade cardiovascular e respiratória
- Aumento da resistência física e muscular
- Melhora da densidade óssea e mobilidade das articulações/prevenção osteoporose
- Diminuição da pressão arterial
- Melhora da tolerância a glicose e ação da insulina
- Diminuição riscos de cânceres
- Aumento autoestima
- Diminuição da depressão
- Aumento do bem-estar
- Redução do isolamento social
- Aumento da imunidade/prevenção de infecções

FONTE: Brasil (2014b, adaptado); Laddu et al. (2021, adaptado); Simpson et al. (2020, adaptado)

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 primários de saúde em todo o território nacional na atualidade. Sendo assim, percebe-se que o exercício físico aliado a outras estratégias como a alimentação saudável, tendo como um dos cenários o PAS, atua na prevenção e controle das DCNT e de seus fatores de risco modificáveis.

Um estudo que analisou a correlação entre internações por DCNT e adesão nos municípios brasileiros ao PAS, no período de 2011-2017, comprovou que municípios com piores indicadores socioeconômicos e de DCNT apresentaram menor adesão ao PAS (TUSSET et al., 2020). 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 contribui 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 adequada 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).

3 PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: CENÁRIO ATUAL

O PAS, caracterizado como o maior programa de promoção da saúde já implantado no Brasil, completou seus 10 anos em meio à pandemia de Covid-19. 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 (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. Dentre esses, 77% dos municípios contemplados com o PAS possuem menos de 30 mil habitantes. Das regiões, observe na TAB. 1 que o maior percentual de municípios com PAS se localiza na região Norte do País (BRASIL, 2018), a região com o menor número de idosos (10,8% da população total). Em contrapartida, a região Sul possui a maior proporção de idosos (17,4% da população total) (IBGE, 2019).

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.

TABELA 1 – Municípios com PAS por macrorregiões, 2017

Região	Total de municípios	Municípios com PAS	Percentual de municípios com PAS (%)
Sul	1.191	565	47,4
Sudeste	1.668	632	37,9
Centro-Oeste	1.467	247	52,9
Nordeste	1.794	981	54,7
Norte	450	249	55,3
Total	5.570	2.678	48

FONTE: Brasil (2018, adaptado)

A maioria dos polos do PAS desenvolveram atividades com adultos e idosos, e cerca de três em cada quatro polos também desenvolvem atividades com adolescentes. Por outro lado, atividades desenvolvidas com crianças ainda são menos frequentes. Praticamente, todos os polos (99%) oferecem práticas corporais e atividades físicas, 89% realizam práticas de educação em saúde e 82% desenvolvem ações de alimentação saudável. Em 42% há atividades para o enfrentamento ao uso do tabaco e em 29% para o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Um baixo percentual de polos desenvolveu práticas integrativas e complementares (18%) (BRASIL, 2018).

Quanto ao vínculo dos profissionais que atuam no PAS, a maioria dos polos possuem profissionais contratados com vínculo temporário. A fragilidade do vínculo se relaciona com a elevada rotatividade de profissionais e isso representa um desafio para a sustentabilidade das atividades do PAS (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. No cenário em tela, destaca-se, também a necessidade de qualificação de profissionais e a disponibilidade de materiais de apoio para o desenvolvimento das atividades do programa (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 à 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 que não eram 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 desestabilizarem e a aumentar sua gravidade e a causarem mortes.

O PAS, como uma estratégia de promoção da saúde vinculado às 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.

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.

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 (BRASIL, 2020b) 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

O PAS, caracterizado como um programa público de saúde, implantado em um País com dimensões continentais, como o Brasil, possui inúmeras fragilidades que ainda precisam ser corrigidas.

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 condições crônicas e idosos.

Estudos com atividades do PAS, durante a pandemia de Covid-19, ainda são experiências incipientes e pontuais. Novaes et al. (2020) descreveram um contexto sem data prevista de volta à normalidade. Diante disso, considera-se que os indivíduos em distanciamento social podem se beneficiar da prática de atividade física, mesmo realizada em domicílio. Desse modo, 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 o 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. Mielke et al. (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.

CONCLUSÃO

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 dez 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.

O PAS, um programa público de promoção da saúde, 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.

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.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, Jaime R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 53-62, jan. 2000. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S141381232000000100006>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Lei n. 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**, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatísticas vitais: mortalidade. **DATASUS**, 2021a. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&%20id=6937>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2021c. Disponível: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia/sobre>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde**: monitoramento do programa academia da saúde – ciclo 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informações hospitalares: morbidade hospitalar do SUS. **DATASUS**, 2021b. Disponível: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6926>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Portal da Transparência. Controladoria Geral da União. **Despesas**: áreas de atuação – função específica saúde. Brasília: 2020a. Disponível: <http://www.portaltransparencia.gov.br/funcoes/10-saude?ano=2020>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Portaria de Consolidação n. 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2017. Disponível: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolida----o-n---5--de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 mar. 2014a. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Portaria n. 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jul. 2011b. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1401_15_06_2011.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Portaria n. 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 set. 2016. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Portaria n. 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, DF, v. 183, n. 1, p. 68-68, set. 2017. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 31 jan. 2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica n. 10/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS. Considerando a ocorrência de casos do novo coronavírus (COVID-19) no território brasileiro e a necessidade de orientar os profissionais de saúde quanto às atividades realizadas nos polos do Programa Academia da Saúde, encaminhamos algumas recomendações do Ministério da Saúde com o objetivo de evitar a disseminação desse vírus. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde**, Brasília, DF, 2020b. Disponível: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/03/nota_tecnica_CGPROFI_DEPROS_COVID19_26mar2020.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan. 2000. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-8123200000100014>. Acesso em: 31 jan. 2022.

BUSS, Paulo M. CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez. 2009. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>. Acesso em: 31 jan. 2022.

FERREIRA, Maycon Junior et al. Vida fisicamente ativa como medida de enfrentamento ao Covid-19. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 114, n. 4, p. 601-602, abr. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.36660/abc.20200235>. Acesso em: 31 jan. 2022.

FERREIRA NETO, João L. et al. Procesos de construcción de la Política Nacional de Promoción de la Salud. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1997-2007, out. 2013. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00032912>. Acesso em: 31 jan. 2022.

HALLAL, Pedro C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, jan. 2010. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000100008>. Acesso em: 31 jan. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**, 2019. Disponível: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>. Acesso em: 31 jan. 2022.

KIM, Yujeong; LEE, Eunmi. 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, jul. 2019.

LADDU, Deepika R. et al. Physical activity for immunity protection: inoculating populations with healthy living medicine in preparation for the next pandemic. **Progress in Cardiovascular Diseases**, v. 64, n. 20, p. 102, jan. 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2020.04.006>. Acesso em: 31 jan. 2022.

LIMA, Rita de Cássia Franciele et al. Impacto do Programa Academia da Saúde sobre gastos com internações hospitalares por doenças cerebrovasculares. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 25, e0166, p. 1-8, dez. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0166>. Acesso em: 31 jan. 2022.

LOPES, Aline et al. Estratégia de promoção à saúde: programa academia da cidade de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 381-386, dez. 2016. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n4p%25p>. Acesso em: 31 jan. 2022.

MALTA, Deborah 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**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, jun. 2016. Disponível: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>. Acesso em: 31 jan. 2022.

MALTA, Deborah C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 03-16, dez. 2015. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060002>. Acesso em: 31 jan. 2022.

MENDES, Eugenio V. **O lado oculto de uma pandemia**: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível. Brasília: CONASS, 2020. p. 92.

MOYSES, Samuel Jorge. **Oral health and healthy cities**: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation to "healthy cities" policies in Curitiba, Brazil. 1999. 24 f. Thesis (Doctorate in Philosophy) – Department of Epidemiology and Public Health The Royal Free and University College Medical School, University of London, University College London, London, 1999.

NOVAES, Cinthya Rafaella 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**, Florianópolis, v. 25, e0176, p. 1-6, dez. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0167>. Acesso em: 31 jan. 2022.

OLIVEIRA, Antônio César C.; MENDONÇA, Braulio Cesar de A.; TOSCANO, José Jean de Oliveira. Do diagnóstico à ação: Programa Academia da Cidade de Aracaju: promovendo saúde por meio de atividade física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 211-2016, set. 2009. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.14n3p211-216>. Acesso em: 31 jan. 2022.

OLIVEIRA, Gledson da S. et al. Implementation of the remote activities of the Programa Academia da Cidade in times of Covid-19. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v. 25, e0158, p. 1-6, dez. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0158>. Acesso em: 31 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030**: objetivos do desenvolvimento sustentável. 2015. Disponível: <http://www.agenda2030.org.br/>. Acesso em: 31 jan. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1927-1936, out. 2013. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>. Acesso em: 31 jan. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva; S.; Lúgia Maria V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. BIS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 109-114, ago. 2010.

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Maria Amélia de 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. v. 109.

PETERMANN, Xavéle B.; KOCOUREK, Sheila. Pandemia de Covid-19 e promoção da saúde do idoso na perspectiva de trabalhadores da saúde. **Revista de Políticas Públicas**, São Luiz, v. 25, n. 1, p. 199-211, jul. 2021. Disponível: <http://dx.doi.org/10.18764/2178-2865.v25n1p199-211>. Acesso em: 31 jan. 2022.

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

SILVA, Caroline O. et al. Consumo alimentar segundo o recebimento de orientação nutricional em participantes do Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 25, e0137, p. 1-8, nov. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0137>. Acesso em: 31 jan. 2022.

SILVA, Patrícia F. A.; BAPTISTA, Tatiana W. F. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 441-465, jun. 2014. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312014000200007>. Acesso em: 31 jan. 2022.

SIMOES, Eduardo 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**, São Paulo, v. 99, n. 1, p. 68-75, jan. 2009.

SIMPSON, Richard J.; KATSANIS, Emmanuel. The immunological case for staying active during the Covid-19 pandemic. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, n. 6, p. 6, jul. 2020.

STARFIELD, Barbara et al. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2006.

TUSSET, Dalila 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**, Brasília, v. 29, n. 5, p. e2019453, dez. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500013>. Acesso em: 31 jan. 2022.

VARELA, Andrea Ramirez et al. O Observatório Global de Atividade Física: um panorama sobre duas pandemias. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 26, e0205, p. 1-3, jun. 2021. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.26e0205>. Acesso em: 31 jan. 2022.

VENTURIM, Lara Marina de V. P.; MOLINA, Maria D. C. B. Mudanças no estilo de vida após as ações Realizadas no serviço de orientação ao exercício –Vitória/ES. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 4-16, set. 2005. Disponível: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.10n2p4-16>. Acesso em: 31 jan. 2022.

VIEIRA, Leonardo Araújo et al. 30 anos do serviço de orientação ao exercício em Vitória/ES: pioneirismo nas práticas corporais e atividades físicas no sistema único de saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 26, e26086, dez. 2021. Disponível: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.103142>. Acesso em: 31 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical inactivity: a global public health problem**. Geneva, 2020. Disponível: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3416#:~:text=Insufficient%20physical%20activity%20is%20the,attributable%20to%20insufficient%20physical%20activity>. Acesso em: 31 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH PROMOTION, 1., 1986. **Proceedings...**, Geneve, 1986.