

Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho

Characterization of physical activity program teams and their work process

Flávio Renato Barros da Guarda^{1,2}

Rafaela Niels da Silva³

Wallacy Milton do Nascimento Feitosa^{1,4}

Pedro Miguel dos Santos Neto¹

José Luiz do Amaral Correia de Araújo Júnior¹

Rev Bras Ativ Fís Saúde p. 638-649

DOI

<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.20n6p638>

1 Fundação Oswaldo Cruz / Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - Recife/PE - Brasil

2 Universidade Federal de Pernambuco - Centro Acadêmico de Vitória - Vitória de Santo Antão/PE - Brasil

3 Universidade Federal de Pernambuco - Departamento de Educação Física - Recife/PE - Brasil

4 Faculdade ASCES

RESUMO

O Programa Academia da Saúde é uma importante estratégia de articulação das ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária. O objetivo deste artigo é conhecer as características das equipes que atuam no programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife, e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho. Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa com 18 profissionais de educação física. A maior parte dos profissionais é do sexo feminino, graduou-se há mais de cinco anos e não cursou disciplinas de saúde coletiva durante a formação inicial. Seus processos de trabalho caracterizam-se pela precariedade do material utilizado nas aulas de ginástica, participação ineficiente da coordenação do programa no planejamento, execução e avaliação das ações e dificuldades de articular as atividades do programa às demais ações e serviços na rede de Atenção Primária. Evidencia-se a necessidade de maiores investimentos na formação inicial e em serviço, de modo a qualificar as atividades nos polos e no território.

PALAVRAS-CHAVE

Educação Física; Sistema Único de Saúde; Recursos humanos em saúde; Pessoal de saúde.

ABSTRACT

The aim of this paper was to learn the characteristics of teams that operating in Academia da Saúde program from Recife Metropolitan Region (Pernambuco State-Brazil), and identifying its difficulties in the work process. We conducted an exploratory-descriptive study, with quantitative and qualitative approaches with 18 physical education professional. Most professionals are female, graduated more than five years and didn't perform disciplines of public health during the initial training. Their work processes characterized by poor material used in fitness training, inefficient participation of program coordination in planning, implementation and evaluation of actions and difficulties to linking program activities to other programs and services in the Primary Care Network. Highlights the need for greater investment in initial training and in-service training, in order to qualify the activities of the program.

KEYWORDS

Physical Education; Unified Health System; Health Manpower; Work Process.

INTRODUÇÃO

O Programa Academia da Saúde (PAS) foi instituído em 2011 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de implantar polos com infraestrutura e pessoal qualificados para contribuir com a promoção da saúde e a produção do cuidado¹.

Nesse sentido, o PAS vem sendo apontado como importante elemento de ampliação e articulação de ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), visando a composição e o fortalecimento de redes de atenção¹⁻³, podendo ser desenvolvido nos municípios brasileiros a partir da construção de espaços públicos ou da incorporação de programas preexistentes de atividades físicas que atendam aos critérios de similaridade estabelecidos pelo Ministério da Saúde⁴. Com base nesses critérios, o estado de Pernambuco tornou-se um dos primeiros a implantar programa Academia da Saúde no território nacional, credenciando polos do Programa Academia da Cidade, desenvolvido no Recife desde 2002, e do Programa Academia das Cidades-PACID desenvolvido em todas as Regiões do estado desde 2007 pela Secretaria das Cidades de Pernambuco¹. Nesse sentido, a Região Metropolitana do Recife (RMR), passou a concentrar 45% dos polos do PAS existentes em Pernambuco, com cerca de 150 profissionais de educação física (PEF) em cinco municípios⁵, ocupando, assim, o segundo lugar em número de polos e profissionais em todo o Brasil⁶.

Entre os princípios e diretrizes do programa destaca-se a perspectiva de configurá-lo como um elemento integrador das ações na busca pelo cuidado integral com foco na promoção da saúde e na interdisciplinaridade, sobretudo nos territórios de abrangência das unidades da APS^{1,2,4}.

Nesse sentido, o PAS passa a ocupar um lugar de destaque na APS e na busca pela ampliação do escopo das ações de promoção nesse nível de atenção^{3,4}, o qual demanda o envolvimento de diversos trabalhadores e grupos profissionais nas atividades coletivas de manutenção da estrutura institucional⁷, e que tem sua eficácia relacionada, entre outras coisas, ao trabalho em equipe e à interação organizada de indivíduos com competências e habilidades distintas⁸.

Essa integração das ações voltadas ao cuidado demanda a redefinição de processos de trabalho, que são caracterizados pela predominância do trabalho vivo em ato, de base relacional⁷, o qual prioriza a autonomia e a interação entre profissionais, comunidade e família, além das relações e articulações entre os diferentes atores nas equipes da APS e de outros serviços⁹.

Considerando que o PAS é uma política pública capilarizada, cujo processo de construção de polos ou implementação das ações alcançou mais de 2.660 municípios em todos os estados até outubro de 2015¹⁰ e que os princípios do SUS e as políticas de saúde propõem a reorganização das ações com vistas à interdisciplinaridade¹⁻³, torna-se importante descrever as características dos profissionais que atuam nesse programa, bem como as dificuldades por eles encontradas no seu processo de trabalho.

Essa descrição justifica-se por: a) tratar-se de um programa pioneiro no SUS e cujas atividades se iniciam em Pernambuco, antes mesmo da construção dos polos em alguns municípios brasileiros⁵; b) o programa configurar-se como uma política estratégica de articulação das ações no âmbito da APS¹⁻³; c) o trabalho desses atores configurar-se como elemento capaz de contribuir para alterar o curso nas ações na APS, ampliando seu escopo e contribuindo para o alcance da integralidade¹¹.

Além disso, o PAS é considerado como um programa estratégico, contemplado na linha de programação orçamentária específica para Promoção da Saúde e integre o conjunto de ações previstas no Plano Plurianual e no Plano Nacional de Saúde⁴. Logo, a experiência e lições aprendidas com a descrição desses processos de trabalho na RMR poderá subsidiar estratégias de avaliação e (re) adequação, tanto do programa, quanto da formação acadêmica e em serviço, visando a melhorar o atendimento à população em todo o território nacional.

Embora o PAS esteja implantado na RMR desde 2011 e seja apontado como um importante elemento para a ampliação do escopo das ações da Atenção Primária⁴, até o presente momento, não existem na literatura, estudos que descrevam as características ou os processos de trabalho dos PEF no âmbito deste programa.

O objetivo deste artigo é descrever as características das equipes que atuam nos polos do programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife, e identificar as dificuldades enfrentadas no seu processo de trabalho.

MÉTODOS

Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com 18 PEF que atuam em quatro dos cinco municípios da Região Metropolitana do Recife (Abreu e Lima, Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Recife) que possuem polos do Programa Academia da Saúde.

Para a seleção dos municípios e dos informantes-chave foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a) municípios que possuíssem polos do PAS em funcionamento há, no mínimo, um ano; b) profissionais que atuassem no PAS há mais de um ano nos polos, e; c) realizar atividades regulares no polo, pelo menos três vezes durante a semana. O município de Jaboatão dos Guararapes não foi incluído neste estudo por não atender a esses critérios.

Considerando que a cidade do Recife possui 37 polos, distribuídos em seis Distritos Sanitários, realizou-se um sorteio (proporcional ao número de polos por distrito) de 14 profissionais, contemplando, no mínimo dois por distrito sanitário, em diferentes turnos de funcionamento (manhã e tarde), de modo a garantir um mínimo de aleatoriedade na escolha dos entrevistados, mesmo tratando-se de um estudo qualitativo.

Os dados foram coletados durante os meses de julho e agosto de 2014, através de uma entrevista semiestruturada, a qual possibilita a compreensão do tema em profundidade¹², além de um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, visando identificar o perfil dos PEF.

Para as entrevistas utilizou-se um roteiro com perguntas a respeito da existência ou não de dificuldades no processo de trabalho, além de questões relativas a: a) os insumos para a execução do trabalho e avaliação das ações; b) articulação do trabalho no polo com as equipes da Atenção Primária; c) articulação com a coordenação do programa para o planejamento, execução e avaliação das ações. O questionário contemplou variáveis sociodemográficas, de formação e relativas às formas de contratação (idade, sexo, tempo de formado, titularidade, participação em disciplinas ou estágios na área da saúde coletiva durante a graduação; forma de contratação e tipo de vínculo com o programa).

A análise dos dados das entrevistas utilizou a técnica da Condensação de Significados¹³. Essa analisa segmentos das falas dos entrevistados que tenham

relação com questões do estudo. Os segmentos relevantes são condensados em um quadro onde se identificam *unidades naturais* dos significados das respostas, os temas centrais inerentes a essas unidades e a descrição essencial da questão analisada.

Optou-se por realizar todas as entrevistas, mesmo havendo saturação das respostas, buscando-se encontrar diferentes percepções, mesmo nas últimas entrevistas.

Todos os entrevistados foram identificados por códigos. Esses foram informados sobre os procedimentos da pesquisa e assinaram o Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido. O projeto obteve aprovação do Comitê de Ética na Pesquisa da Fiocruz Pernambuco, através do Parecer nº 688.676.

RESULTADOS

A seguir são apresentadas as características dos participantes e a percepção dos mesmos em relação ao processo de trabalho no PAS.

Caracterização dos indivíduos entrevistados

Verificou-se que a maioria de mulheres (55,5%), e o predomínio de profissionais com idade acima de 30 anos (88,9%), graduados há mais de cinco anos (78,9%). Grande parte dos profissionais (88,9%) informou não ter cursado disciplinas de Saúde Coletiva ou Saúde Pública, ou não realizou estágios nessas áreas (83,3%) durante a graduação.

Quase a metade (44,4%) dos profissionais possuía curso especialização. Entre esses, predominava a formação em Fisiologia do Exercício ou Atividades Físicas Adaptadas (62,5%).

A maior parte dos entrevistados (83%) tem contrato de trabalho estatutário, devido ao fato de os municípios do Cabo de Santo Agostinho e Recife terem realizado concurso público para o PAS.

A tabela 1 apresenta a caracterização dos PEF que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife.

Caracterização do Processo de Trabalho

Os profissionais entrevistados foram questionados sobre a existência ou não de dificuldades no processo de trabalho nos polos do PAS. Os resultados foram categorizados e estão apresentados na Tabela 2.

Características e Dificuldades do Processo de Trabalho

Problemas relativos à infraestrutura foram apontados como as dificuldades que mais comprometem a execução das atividades do polo.

[...] Já aconteceu de não ter energia! Há problemas periódicos, sendo que a questão física do polo está muito precária de tudo! De coisas básicas, até de higiene: uma pia que precisamos e não temos! Um banheiro limpo, não temos! [PEF 15].

Em relação aos insumos para a execução das ações no PAS, os profissionais relataram utilizar aparelhos de som, garrafas pet cheias de areia (em substituição aos halteres), *steps*, colchonetes e bastões como os principais materiais para a realização do seu trabalho. Contudo, ressaltam a precariedade, improvisação e falta de material para o desenvolvimento das atividades, conforme se observa nos trechos de entrevistas a seguir:

TABELA 1 – Caracterização dos profissionais de educação física que atuam nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife (Continuação)

Variável	N	%
Participação em Estágio Saúde Pública/Coletiva (graduação)		
Sim	3	16,6
Não	15	83,3
Titulação		
Apenas Graduação	10	55,5
Especialização	8	44,4
Residência	-	-
Mestrado	-	-
Doutorado	-	-
Área de estudos da pós-graduação (Especialização)		
Educação Física Escolar	1	12,5
Atividade Física Adaptada	2	25,0
Fisiologia do Exercício	5	62,5
Forma de Seleção para atuar no programa		
Concurso Público	15	83,3
Contratação a convite de pessoa ligada à gestão municipal	1	5,5
Contratação através e Seleção Pública para a Vaga	2	11,1
Tipo de Contrato de Trabalho		
Estatutário	15	83,3
Contratação Temporária	3	16,6

Nota: Elaborado pelos autores.

TABELA 2 – Principais dificuldades enfrentadas pelos PEF no processo de trabalho nos polos do Programa Academia da Saúde na Região Metropolitana do Recife*, PE - 2014.

Dificuldades Apontadas	N*	%
Infraestrutura e insumos inadequados	13	92,85
Ausência de protocolos para a avaliação das ações	6	42,85
Falta de articulação com as equipes da Atenção Primária	10	71,42
Atuação incipiente da coordenação nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações.	11	78,57
Formação Acadêmica e em serviço insuficientes para a atuação no campo da saúde	8	57,14
Falta de investimento público no programa	12	85,71
Pouca participação do controle social	5	35,71

Nota: Elaborado pelos autores. * Os profissionais podiam apontar mais de uma dificuldade

[...] a gente fica muito limitado com a questão de material: às vezes a gente não tem som! A gente podia fazer muito mais se agente tivesse mais condições[...] [...] esta semana a gente passou uns 4 dias sem som, então são os alunos que vão, pegam o som, trocam, ai a gente fica sem graça [...]. (PEF 17).

[...] não adianta a gente fazer uma atividade com um bastão que a pessoa usou o ano todo. Não tem variação de carga, as garrafas são velhas, enfim, não tem nem peso mais. (PEF 12).

Além da falta de infraestrutura e insumos, os PEF apontaram a ausência de protocolos para a realização da avaliação das ações, o que faz com que esses trabalhadores utilizem exclusivamente critérios subjetivos para verificar o cumprimento dos objetivos e os resultados das suas intervenções:

Infelizmente hoje a gente só tem como avaliar diariamente nas ações que a gente propõe e que a gente vê de retorno dos alunos. Como a avaliação física tá parada, o último retorno que a gente tem é no dia a dia dos alunos. (PEF 11).

Outra dificuldade no processo de trabalho no PAS foi a falta de articulação com as equipes da APS, tanto no NASF, quanto nas Unidades de Saúde da Família do território. [...] Não tem uma articulação! [...] tem algumas próximas daqui, mas a gente não consegue ter nenhum tipo de articulação com elas. (PEF 4).

A gente gostaria muito de ter ajuda dos parceiros da saúde né? A gente consegue ter contato com o pessoal do NASF (nutricionista), mas a nutricionista! O fisioterapeuta não! Ele às vezes vem dar palestra, mas é muito difícil, o pessoal reclama muito do horário que a gente dá aula porque se for uma aula muito cedo eles não querem vir nesse horário [...]. (PEF 6).

[...] isso tá muito distante de acontecer, porque ainda existe uma coisa muito falha porque a gente não tá conseguindo fazer essa articulação. [...] [...] com o PSF a gente não tá conseguindo fazer essa articulação com o polo, principalmente por conta de incompatibilidade de horários entre o polo e o PSF. (PEF 13).

Entre os quatro municípios analisados neste estudo, apenas o Recife tem uma coordenação exclusiva para o PAS. Neste, o programa tem uma gerência operacional e seis coordenadores (um por distrito sanitário). Nos demais municípios, o coordenador do PAS acumula essa atribuição com outras funções na gestão da secretaria de saúde. Os entrevistados relataram a atuação incipiente da coordenação nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações como importante dificuldade no processo de trabalho:

A gente passa pra coordenação principalmente planejamento de eventos [...] [...] para as atividades diárias, comuns, não existe essa relação com a coordenação! É mais para as atividades de eventos pontuais.... (PEF 11).

Praticamente não existe! E avaliação quase nunca a gente tem. Nunca tem esse retorno não! Até de como a gente fez, como se sentiu... É difícil [...] (PEF 12).

Os profissionais também apontaram a formação acadêmica e em serviço como insuficientes para a atuação no campo da saúde:

[...] A formação é fundamental né? A gente tem uma dificuldade muito grande na graduação [...] a gente não tinha disciplina de atenção de saúde pública, de atenção à saúde, essa coisa toda. E aí quando você vem pra o serviço, você encontra um ambiente também que não te proporcione essa formação, que te proporcione informação para melhorar tua prática... (PEF 7).

Talvez a formação acadêmica ela precise se adequar. Não sei como estão hoje as universidades, mas elas precisam se adequar um pouco mais sobre a realidade do mercado de trabalho em Educação Física, ou seja, a gente percebe que tem crescido bastante essa área de atuação na área de saúde e a universidade não tem dado suporte, base para que você saia pelo menos com uma noção para trabalhar nessa área. (PEF 18).

A falta de investimentos públicos no programa também foi descrita como um problema que compromete do desenvolvimento das ações:

[...] eles poderiam entrar com recursos pra melhorar os materiais pra a gente parar de trabalhar com garrafinhas de areia, sabe? E parar de trabalhar com caixas de tomate fingindo que é step! (PEF 6).

O último problema relatado foi a dificuldade de envolver os usuários nas

ações de manutenção dos polos, de exercício do controle social, reivindicação de direitos e participação no planejamento, execução e avaliação das ações.

DISCUSSÃO

Embora informações acerca do perfil dos PEF que atuam no setor saúde ainda sejam incipientes na literatura¹⁴, nossos achados se aproximam dos encontrados em estudos com outros trabalhadores do SUS, os quais revelam o predomínio de profissionais jovens e do sexo feminino^{14,15}.

No que cabe ao tempo de formação, embora o fato de os entrevistados estarem graduados há mais de cinco anos contribua para aumentar o acervo de experiências para atuação profissional, pode implicar em um distanciamento entre as transformações ocorridas no mercado de trabalho em saúde e as adaptações das instituições formadoras para atender a essa demanda. O status profissional da Educação Física foi garantido a partir da sua inclusão na Classificação Brasileira de Ocupações em 2002¹⁴, e a incorporação formal da categoria ao sistema público de saúde se dá a partir da criação dos NASF em 2008¹⁶ e da implantação do PAS em 2011^{1,16}. Nesse sentido, é possível que as instituições que formaram PEF até 2009 (há mais de cinco anos), não tenham adaptado seus currículos para atender a esse novo perfil, o que pode justificar, inclusive, a quantidade de profissionais que não cursou disciplinas e/ou estágios no campo da Saúde Coletiva.

No que cabe à baixa participação em disciplinas e estágios no campo da Saúde Coletiva é importante destacar que essa característica dos PEF dificulta a atuação no contexto do PAS²⁰, tendo em vista que essas duas atividades configuram-se como importantes cenários de aprendizagem no processo de formação de profissionais de saúde¹⁷. Oportunizar essas vivências durante a graduação proporciona a identificação dos espaços concretos onde as mudanças podem acontecer, atribuindo novos sentidos às práticas das instituições formadoras, dos estudantes e dos serviços¹⁷. Além disso, a falta de imersão do estudante na rotina dos serviços dificulta a reflexão sobre a produção do cuidado naquele espaço e como se organizam os processos de trabalho e gestão naqueles serviços¹⁷.

A formação de pós-graduação nas áreas da fisiologia do exercício e da atividade física adaptada fundamenta uma parte da atuação do PEF, principalmente no que se refere à prescrição de exercícios e adequação de atividades para diferentes grupos populacionais¹⁸. Entretanto, nenhum dos entrevistados possui curso de pós-graduação em Saúde Coletiva. O conhecimento no campo da saúde coletiva é fundamental para o entendimento da organização e funcionamento dos serviços, identificação de condicionantes e determinantes do processo saúde-doença e possibilidades de atuação em equipes multiprofissionais^{19,20}, sendo, portanto, fundamentais à atuação do PEF no Programa.

O predomínio de profissionais selecionados através de concurso público, com contrato de trabalho estatutário assegura os direitos trabalhistas e pode contribuir para a continuidade das ações e para o estabelecimento de vínculos do profissional com os usuários e com o serviço de saúde²¹. Essa estabilidade, entretanto, não é uma característica tão comum entre os trabalhadores do sistema público de saúde, sobretudo, na APS, onde o vínculo precário ainda é uma realidade em vários municípios²¹, contribuindo para a rotatividade de profissionais^{21,22}.

No tocante à caracterização do processo de trabalho, verifica-se que os insumos citados pelos PEF são utilizados em outros programas comunitá-

rios de atividades físicas, tais como: bastões, garrafas PET, colchonetes^{23,24}, contudo, os entrevistados afirmam que os mesmos encontram-se obsoletos e, em algumas situações, impróprio para o uso. Embora a disponibilidade de equipamentos e materiais necessários à garantia da resolutividade da Atenção Básica esteja prevista na própria política nacional que estabelece as diretrizes para esse nível de assistência², alguns estudos têm apontado essas deficiências como recorrentes, prejudicando o planejamento e execução das ações, bem como a continuidade do trabalho^{25,26}. A falta ou inadequação da infraestrutura interfere diretamente no desenvolvimento das ações e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços prestados à população, podendo apresentar, inclusive, reflexos sobre a motivação e responsabilização dos trabalhadores^{22,26}.

A ausência de protocolos para a realização da avaliação das ações também foi apontada como elemento que interfere negativamente no processo de trabalho. Esses, embora não apresentem respostas a todas as demandas, são recomendações baseadas em critérios científicos, técnicos ou da rotina dos serviços, elaboradas para auxiliar no manejo de situações cotidianas²⁷. Além disso, embora a autonomia seja um elemento fundamental para o desenvolvimento efetivo de qualquer processo de trabalho e as práticas gerenciais burocráticas, centralizadoras e excessivamente baseadas em normas limitem essa autonomia²⁷, a falta de padronização das ações pode denotar uma fragilidade gerencial e administrativa, contribuindo para grandes variações no processo de trabalho²⁷ e resultados diferentes dos propostos para o programa.

A falta de articulação com a APS relatada pelos entrevistados já foi verificada em estudo com profissionais de educação física que atuam nos NASF²⁸, evidenciando um importante distanciamento das diretrizes previstas nas políticas nacionais de Atenção Básica, de Promoção da Saúde, das propostas do PAS e dos NASF, as quais preveem o compartilhamento de práticas entre equipes da APS^{1,2}. Considerando que a intervenção do PEF nesse nível de atenção constitui um importante avanço na busca pela integralidade no cuidado, contribuindo para o desenvolvimento e aumento dos níveis de atividade física da população, melhorando os níveis de saúde e qualidade de vida¹⁶, esse distanciamento pode comprometer o alcance de vários objetivos e metas do programa na APS. Além disso, a ausência de articulação se contrapõe à própria lógica do trabalho em saúde como uma atividade coletiva, pois a falta de interação para o planejamento, execução e avaliação das ações contribui para a fragmentação do cuidado e compromete diretamente o princípio da integralidade²⁵.

Embora os PEF protagonizem as atividades do programa junto à população, e a autonomia seja um elemento fundamental para o trabalho em saúde²⁷ o distanciamento da coordenação do PAS do planejamento, execução e avaliação das ações caracteriza-se como uma importante dificuldade no processo de trabalho. Apesar de alguns estudos criticarem a fragmentação do trabalho em saúde dentro de uma lógica Taylorista que separa planejadores e executores^{7,8}, ou na perspectiva da Atenção Gerenciada, na qual a decisão clínica desloca-se e é substituída pela decisão administrativa⁷, a ausência da coordenação do programa nas ações desenvolvidas no território denota fragilidades no monitoramento e pode comprometer o planejamento e a avaliação das atividades. Por outro lado, a gestão compartilhada permitiria qualificar o trabalho nos polos a partir da interação dos saberes de todos os atores envolvidos.

Dificuldades relacionadas à formação profissional já foram apontadas em estudos sobre a atuação do PEF no setor saúde^{16,20,28}. A formação inicial e em serviço são fundamentais para o entendimento da organização, funcionamento, características e peculiaridades dos modelos de atenção, bem como da realidade das comunidades, contribuindo diretamente para a articulação das ações na rede de atenção à saúde e para a integralidade^{20,19}. Além de ampliar o conhecimento técnico-científico, o aperfeiçoamento profissional contribui para o aumento da criatividade, capacidade de planejamento e gerenciamento e da qualidade da assistência prestada à população²⁹ sobretudo em um programa em fase de expansão e cujas atividades se iniciaram recentemente no âmbito do SUS.

No que cabe à falta de investimentos públicos no programa, cabe ressaltar que essas dificuldades estão presentes em outras ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde^{25,26}, e exigem a implementação de políticas e projetos governamentais mais amplos, visando a reversão desse quadro³⁴. Essa falta de investimentos compromete a motivação e responsabilização dos profissionais de saúde para a execução das ações, interferindo diretamente sobre o processo de trabalho²⁶ e conseqüentemente sobre a qualidade da atenção prestada.

O baixo engajamento da população com programas e políticas públicas já foi identificado em outros estudos no âmbito da APS³. Marqui et al (2010)²⁵ apontam que entre as possíveis explicações para este fato estão a não-politização da população, o não conhecimento dos seus direitos de cidadão e a carência ou inexistência de atividades de sensibilização e educação em saúde.

Esta última explicação requer dos PEF a habilidade para buscar parceiros no território, tais como: lideranças comunitárias, conselho de saúde e outras instituições que efetivem o controle social³⁰. Por outro lado, esse empoderamento da comunidade e a busca pela corresponsabilização e cogestão do programa depende de habilidades e do nível de conhecimento que os PEF têm sobre a organização do sistema e do próprio controle social.

Este estudo buscou identificar as características dos profissionais e do processo de trabalho no Programa Academia da Saúde, de modo a ampliar o corpo de conhecimento acerca desse espaço emergente de atuação no campo da atividade física e saúde, bem como contribuir para o aperfeiçoamento do PAS, não só no âmbito da RMR, mas também nas esferas estadual e federal.

Embora as características sociodemográficas dos PEF não se distanciem significativamente das apresentadas por outros profissionais da saúde, esses encontram-se em uma situação privilegiada em relação aos demais trabalhadores do setor no que se refere à formalidade do vínculo de trabalho, visto que a grande maioria foi selecionada mediante concurso público. Essa estabilidade favorece o estabelecimento de vínculos, principalmente com a comunidade e os demais serviços de saúde, porém este não se operacionaliza nos processos de trabalho devido à falta de articulação do programa com os demais atores no território.

A formação profissional caracteriza-se pela ausência de disciplinas e estágios no campo da saúde coletiva durante a graduação, bem como falta de treinamentos em serviço acerca da atuação no sistema público de saúde. Essas características de formação podem ser semelhantes em outros municípios brasileiros que implantaram o programa e podem refletir uma necessidade de ajustes dos currículos, demandar estratégias de educação permanente em âmbito local e nacional, além de representar um potencial risco às ações e objetivos do programa.

Além disso, a descrição dos processos de trabalho revela a ausência de protocolos de ação e avaliação das tarefas, pouca articulação com as demais ações e serviços da Atenção Primária e distanciamento da coordenação do programa no que se refere ao planejamento, execução e avaliação do trabalho nos polos e no território. Embora essas características tenham se apresentado no contexto da RMR, apontam a necessidade do estabelecimento de estratégias que auxiliem os demais municípios brasileiros a implantar o PAS de forma integrada e efetiva na APS e facilitem os processos de monitoramento e avaliação das ações, tanto no nível local, quanto nas demais esferas de gestão do programa.

Em relação à avaliação física dos usuários e das atividades dos polos, observa-se a necessidade do estabelecimento de objetivos claros e específicos, tanto nas diretrizes locais, quanto nas nacionais, bem como a definição de metas a serem alcançadas a partir do trabalho desenvolvido pelos PEF nos polos. Essas metas e objetivos podem e devem ser flexibilizadas e adaptadas à realidade de cada município, porém, cabe ao gestor federal do Programa estabelecer diretrizes e critérios mínimos para essas atividades.

Soma-se a essa insuficiência de diretrizes o distanciamento entre as ações do programa e as demais atividades das equipes da APS, o qual descaracteriza as propostas de compartilhamento de práticas (que fundamentam as ações de promoção da saúde) e compromete a integralidade do cuidado. Além disso, a existência de um programa que não se integra às demais ações e serviços da rede pode promover questionamentos quanto à sua real necessidade e compromete tanto a sua credibilidade, quanto a dos profissionais que nele atuam.

Os processos de trabalho podem ser influenciados por questões relativas ao contexto e ao ambiente onde a ação acontece, e esses podem revelar nuances que complementam a percepção dos profissionais envolvidos nas atividades. Nesse sentido, aponta-se como limitação deste estudo a impossibilidade de verificar, *in loco*, como elementos estruturais e relacionais interferem na rotina dos polos do PAS.

Por outro lado, considerando que a Região Metropolitana do Recife foi uma das primeiras a implantar o programa e concentra uma grande parte dos polos e profissionais que nele atuam, os achados deste estudo poderão subsidiar a tomada de decisão da gestão local em outros municípios da federação quanto à implantação, organização das atividades e estabelecimento de estratégias de articulação do PAS com as demais ações, serviços e atores na Atenção Primária e no território. Servirão ainda como elementos para alertar o gestor federal do programa acerca da necessidade de criação/aperfeiçoamento de instrumentos que auxiliem estados e municípios nos processos de planejamento, execução e avaliação das ações do programa, com vistas a garantir a efetividade da promoção da saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF 07 nov. 2013.
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
3. Malta DC, Silva Júnior JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):151-64.

4. 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. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(11):4301-11.
5. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Gerência de Expansão e Qualificação da Atenção Primária. Relação do Municípios Contemplados ao Custeio das Ações do Programa Academia da Saúde. Postagem em 30 de outubro de 2013. Disponível em: <http://geqap.blogspot.com.br/2013/10/monitoramento-nacional-do-programa.html>. Acesso em 10 de novembro de 2013.
6. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Distribuição dos polos do Programa Academia da Saúde. Disponível em: (http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=310620&VComp=201412&VUni=74). Acesso em: 10 ago. 2015.
7. Merhy, E.E. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.
8. Shimizu HE; Carvalho Júnior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc saúde coletiva*. 2012;17(9):2405-14.
9. Faria HX, Araújo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc*. 2010;19(2):429-39.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/12-academia-da-saude-svs/13816-sobre-o-programa>. Acesso em: 10 mar. 2015.
11. Silva KL, Sena RR, Belga SMME, Silva PM, Rodrigues AT. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. *Rev Saúde Públ*. 2014;48(1):76-85.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8a. ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
13. Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Sage, 1996.
14. Wermelinger M, Machado MH, Tavares MFL, Oliveira ES, Moysés MNM. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulg saúde debate*. 2010;45:55-71.
15. Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(sup 1):193-201.
16. Rodrigues JD, Ferreira D, Silva P, Caminha I, Farias Junior JC. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2013;18(1):05-15.
17. Henriques RLM. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: Pinheiro R, Mattos RA orgs. *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2005.
18. Forjaz CLM, Tricoli V. A fisiologia em educação física e esporte. *Rev bras educ fis esporte*. 2011;25 (spe):7-13.
19. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, GWS, et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006.
20. Anjos TC, Duarte ACGO. A Educação Física e a estratégia de saúde da família: formação e atuação profissional. *Physis*. 2009;19(4):1127-44.
21. Taveira ZZ, Souza RA, Machado MH. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: Revisão de literatura. *Divulg saúde debate*. 2012;47(1),102-10.
22. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2010;15(Suppl 1):1521-31.
23. Guarda FRB, Silva RN, Silva SM, Santana PR. A atividade física como ferramenta de apoio às ações da Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2014;19(2):265-70.

24. Silva DMS, Silva RMV, Guarda FRB, Arruda SGB, Petribu MMV. Projeto Cintura Fina: prevenção e controle da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2014;9(6):785-6.
25. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. Rev Esc Enferm USP. 2010;44(4):956-61.
26. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da Atenção Básica em Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(3):7-18.
27. Werneck MAF. Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço / Marcos Azeredo Furkim Werneck. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
28. Souza SC, Loch MR. Intervenção do profissional de educação física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em municípios do norte do Paraná. Rev Bras Ativ Fis Saúde. 2011;16:5-10.
29. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciênc saúde coletiva. 2010;15(3):757-62.
30. Silva EC, Pelicioni MCF. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. Ciênc saúde colet. 2013;18(2):563-72.

**ENDEREÇO PARA
CORRESPONDÊNCIA**

FLÁVIO RENATO BARROS DA GUARDA
Rua Cassilândia, nº 331, apto 304 – Várzea,
Recife – PE. CEP: 50.740-370
fones: [81] 9984-1556 / 8629-5329
E-mail: flaviodaguarda@yahoo.com.br

RECEBIDO 19/10/2015
REVISADO 20/10/2015
23/10/2015
26/10/2015
APROVADO 26/10/2015
