

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**Conrado Alencastro Bueno**

**OS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

**Porto Alegre  
2019**

**Conrado Alencastro Bueno**

**OS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Aragon Érico Dasso Júnior

Porto Alegre  
2019

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

**ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

**COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

Bueno, Conrado Alencastro

A constituição das equipes multiprofissionais em saúde nos polos do Programa Academia da Saúde no estado do Rio Grande do Sul / Conrado Alencastro Bueno. – 2019.

38 f.

Orientador: Aragon Érico Dasso Júnior

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR – RS, 2019.

1. Equipes multiprofissionais em saúde. 2. Programa Academia da Saúde. 3. Saúde - Rio Grande do Sul. I. Dasso Júnior, Aragon Érico. II. Título.

**Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Conrado Alencastro Bueno

**OS POLOS DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**Banca Examinadora**

---

---

---

Orientador: Aragon Érico Dasso Júnior

## RESUMO

Introdução: Os polos do Programa Academia da Saúde são espaços de saúde pública recentes surgidos em 2011. Esses espaços pretendem compor, com outros serviços já existentes, práticas de cuidado em saúde com foco na perspectiva de promoção da saúde. Objetivo: caracterizar os polos do Programa Academia da Saúde no Estado do Rio Grande do Sul. Método: foram coletados os seguintes dados oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde: número de polos (por cidade, por Coordenadorias de Região de Saúde, por macrorregiões e pelos Conselhos Regionais de Desenvolvimento), ano de cadastro, profissionais cadastrados por polo, categorias profissionais, tipos e subtipos de vínculos empregatícios. Resultados: observou-se que a quantidade de polos do programa em questão depende da sua relação com as escalas territoriais que são abordadas ao longo do trabalho. Já em relação a constituição das equipes multiprofissionais em saúde, os dados destacam que a constituição de cada equipe destoa de um polo em relação ao outro e que os dados informacionais presentes no portal virtual do CNESNET demonstram certa ambiguidade de informações. Conclusão: Sugestiona-se futuras pesquisas em prol do aprimoramento e otimização do Programa Academia da Saúde em direção a um movimento democrático mais amplo com a população, principalmente os gestores em saúde.

**Palavras-chave:** Equipes multiprofissionais em saúde. Programa Academia da Saúde. CNESNET. Gestão em saúde.

## ABSTRACT

Introduction: The Health Academy Program hubs are recent public health spaces that emerged in 2011. These spaces aim to compose, with other existing services, health care practices focused on the perspective of health promotion. Objective: to characterize the poles of the Academy of Health Program in the state of Rio Grande do Sul. Method: the following data were collected from the National Register of Health Facilities: number of poles (per city, by Health Region Coordination, by macroregion) and by the Regional Development Councils), year of registration, registered professionals by pole, professional categories, types and subtypes of employment relationships. Results: It was observed that the number of poles of the program in question depends on their relationship with the territorial scales that are addressed throughout the work. Regarding the constitution of multiprofessional teams in health, the data highlight that the constitution of each team differs from one pole to the other and that the informational data present on the CNESNET virtual portal show a certain ambiguity of information. Conclusion: Future research is suggested for the improvement and optimization of the Health Academy Program towards a broader democratic movement with the population, especially health managers.

**Keywords:** Multiprofessional health terms. Health Academy Program. CNESNET. Health Management.

## LISTA DE GRÁFICOS

|   |    |
|---|----|
| Gráfico 01 - Polo por Coordenadorias Regionais de Saúde.....  | 20 |
| Gráfico 02 - Polo por Regiões de Saúde.....                   | 21 |
| Gráfico 03 - Polo por Macrorregiões.....                      | 22 |
| Gráfico 04 - Polo por Regiões COREDES.....                    | 23 |
| Gráfico 05 - Cadastramento dos polos por ano via CNESNET..... | 24 |
| Gráfico 06 - Número de profissionais por profissão.....       | 26 |
| Gráfico 07 - Tipos de vínculo empregatício.....               | 27 |
| Gráfico 08 - Subtítulos de vínculo empregatício.....          | 28 |
| Gráfico 09 - As 10 maiores categorias profissionais.....      | 29 |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>  | <b>8</b>  |
| <b>1.1 Objetivos gerais .....</b>  | <b>9</b>  |
| 1.1.1Objetivos específicos .....   | 9         |
| <b>1.2 Justificativa .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>   | <b>11</b> |
| <b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>  | <b>17</b> |
| <b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>   | <b>20</b> |
| <b>4.1 Análises gerais dos dados sobre os polos do Programa Academia da Saúde por escalas regionais .....</b>                          | <b>20</b> |
| <b>4.2. A constituição das equipes multiprofissionais dos polos do Programa Academia da Saúde no estado do Rio Grande do Sul .....</b> | <b>24</b> |
| <b>5 CONCLUSÃO.....</b>  | <b>38</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>40</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho com vistas à conclusão do Curso de Especialização em Gestão em Saúde, vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) traça um panorama recente sobre a composição das equipes multiprofissionais nos polos do Programa Academia da Saúde localizados no estado do Rio Grande do Sul (RS), através do acesso ao portal de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sob domínio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que possibilita o acesso às informações de saúde do sistema público de saúde em território brasileiro, tendo como objetivo principal caracterizar os polos do Programa Academia da Saúde no estado do Rio Grande do Sul.

O programa Academia da Saúde surgiu no ano de dois mil e onze (2011) no âmbito das políticas de promoção da saúde que esgarçam a perspectiva de cuidado em proximidade com as determinantes sociais da saúde, ou seja, as ações que as pessoas e coletivos produzem que interferem no dia-a-dia de seus cotidianos não somente em seus aspectos biológicos. Os polos, nome dado ao espaço que situa o programa em questão, contam, através de financiamento, com infraestrutura e profissionais qualificados para organizarem e atuarem nesses espaços de acordo com as políticas de saúde pública nacional.

De acordo com dados retirados da base de dados virtuais do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNESNET), existem no estado brasileiro aproximadamente dois mil seiscentos e cinquenta e sete (2657) polos cadastrados no portal virtual. De acordo com as regiões geográficas brasileiras que são divididas em cinco (05), a região norte possui duzentos e trinta e sete (237) polos, a região nordeste mil e oitenta e sete (1087) polos, a região centro-oeste duzentos e vinte e quatro (224) polos, a região sudeste seiscentos e trinta e um (631) polos e a região sul conta com quatrocentos e setenta e oito (478) polos cadastrados, aproximadamente em cada região do Brasil.

Em específico, o estado do Rio Grande do Sul é um dos estados que possuem polos do Programa Academia da Saúde. O Rio Grande do Sul está localizado mais ao sul do Brasil, faz divisa com dois países (Argentina e Uruguai) e um estado brasileiro (Santa Catarina). De acordo com dados do Censo Demográfico do ano de dois mil e dez (2010) do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019), o estado

possuía uma população no respectivo ano de dez milhões, seiscentos e noventa e três mil e novecentas e vinte e nove pessoas (10.693.929) com uma densidade demográfica um tanto quanto alta (37,96 hab/km<sup>2</sup>). No último ano de estimativas populacionais (2018), o estado possuía uma população de onze milhões, trezentos e vinte e nove mil e seiscentas e cinco pessoas (11.329.605).

O trabalho traz uma problemática de pesquisa que se dá da seguinte maneira: Como são caracterizados os polos do Programa Academia da Saúde no estado do Rio Grande do Sul?

Ele será desenvolvido da seguinte maneira: primeiramente iremos tratar sobre a criação do Programa Academia de Saúde e as respectivas políticas que atravessam esse espaço em suas esferas políticas internacionais, nacionais e regionais; depois, será explicitado como se deu a metodologia para o encaminhamento do respectivo trabalho, que de antemão se utilizará de uma perspectiva metodológica quantitativa; em seguida, a concretização de dados através de informações colhidas do banco de dados citado no parágrafo anterior de maneira palpável; e logo após uma discussão que problematiza a composição das equipes dos polos, quer seja com exemplos de cada polo em suas singularidades, quer seja a conjunção desses dados a nível estadual e por fim uma conclusão que impulsiona as discussões apresentadas para possíveis pesquisas posteriores.

## **1.1 Objetivos gerais**

- Caracterizar os polos do Programa Academia da Saúde do Rio Grande do Sul.

### **1.1.1 Objetivos específicos**

- Identificar o número de polos por localidade e o seu ano de cadastramento; e
- Identificar a categoria profissional e o vínculo empregatício das equipes.

## 1.2 Justificativa

A justificativa da importância desta pesquisa é a de que os espaços dos polos do Programa Academia da Saúde são espaços recentes já que a portaria que institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS é datada através da Portaria nº 719/GM/MS de 07 de abril de 2011 (BRASIL, 2011a)<sup>1</sup>. Inclinar-se para com uma política de saúde pública que é nova se faz pertinente para o monitoramento e possíveis devolutivas em prol de uma perspectiva transparente para com a população brasileira, investidora e financiadora desses novos serviços públicos através do pagamento de impostos e para com o diálogo acadêmico-científico que discute sobre esse assunto. Também é importante a produção sobre os polos do Programa Academia da Saúde para possível diálogo com os gestores quer sejam gestores alocados por entre as três esferas governamentais (municipais, estaduais e federais) na tentativa de nortear ações direcionadas ao andamento da política de saúde pública em questão.

---

<sup>1</sup> Revogada e substituída pela Portaria/GM/MS nº 2.681 de sete de novembro de 2013.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com a afirmativa de que a saúde é um dever do Estado e um direito do cidadão brasileiro (BRASIL, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir da Lei nº 8.080 de dezenove de setembro de mil novecentos e noventa (BRASIL, 1990a) com o intuito de gerir: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, p. 1). Também importante lei que trata sobre o Sistema, a Lei nº 8.142 de vinte e oito de dezembro de mil novecentos e noventa, especifica sobre o controle social de todo o Sistema no qual emanam as demandas e desejos de um determinado território sobre questões de saúde (BRASIL, 1990b).

Por entre os diversos espaços de saúde, no qual podemos citar: unidades básicas de saúde (UBS), unidades de saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, entre tantos outros, os polos da Academia da Saúde são um desses tantos espaços que compõem com as práticas de saúde preconizadas pelas políticas públicas institucionais presentes no País. Em específico, os polos compõem a rede de Atenção Básica em Saúde (ABS) que também é constituída por outros tantos espaços. A Atenção Básica em Saúde (ABS) é caracterizada por um:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011b).

Eles estão sob o escopo de um programa de saúde que foi criado no ano de dois mil e onze (2011), através da Portaria nº 719/GM/MS de sete de abril de dois mil e onze intitulado Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011a). O programa tem o objetivo de: “[...] contribuir para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, produção de cuidado e modos de vida saudáveis para a população” (BRASIL, 2017, p. 1).

Ainda em Brasil (2017), os polos da Academia da Saúde são sustentados:

Pelas Políticas de Atenção Básica e Promoção da Saúde que orientam o desenvolvimento de ações e serviços nos seguintes eixos previstos: atividades físicas e práticas corporais; promoção da alimentação saudável; práticas integrativas e complementares; práticas artísticas e culturais; educação em saúde; planejamento e gestão; mobilização da comunidade;

produção de cuidado e de modos de vida saudáveis; que ocorrem no espaço do Programa denominado polo, sob a orientação de profissionais de saúde (BRASIL, 2017, p. 1).

Com a redefinição do Programa através da Portaria de Consolidação nº 5 de vinte e oito de setembro de dois mil e dezessete (BRASIL, 2017), tendo como base a Portaria nº 2.681 de sete de novembro de dois mil e treze (BRASIL, 2013a), os polos da Academia da Saúde são compreendidos como um outro e novo ponto de atenção na rede de serviços. Assim ele:

Se configura como uma nova porta de entrada, promovendo novas possibilidades de encontros e aproximações com os usuários. As ações do Programa articuladas com os demais serviços da rede de atenção favorece maior integralidade nos projetos terapêuticos e promovem o estabelecimento de vínculos e corresponsabilização entre a comunidade local e os serviços (SÁ *et al.*, 2016, p. 1850).

Brasil (2016), categoriza as modalidades e suas estruturas físicas em três tipos:

a) a primeira modalidade (básica) deve possuir uma área mínima total de 250 m<sup>2</sup> com espaços específicos de sua modalidade (área coberta de apoio, área descoberta e área de acessos, circulação e paisagismo; b) a segunda modalidade (intermediária) deve possuir uma área mínima total de 263,20 m<sup>2</sup> com espaços e questões específicas de sua modalidade tais como: edificação de apoio, sala de vivência, depósito, sanitário masculino para pessoas com deficiência, sanitário feminino para pessoas com deficiência, paredes e circulação interna, área descoberta e área de acessos, circulação e paisagismo; c) e a terceira e última modalidade (ampliada) deve possuir uma área mínima total de 451,20 m<sup>2</sup> e também com espaços específicos de sua modalidade como por exemplo: edificação de apoio, sala de vivência, sala de orientação, depósito, sanitário masculino adaptado para pessoas com deficiência, sanitário feminino para pessoas com deficiência, depósito de material de limpeza, copa, paredes e circulação interna, área descoberta e área de acesso, circulação e paisagem. Os repasses para a construção dos polos variam entre oitenta e um mil reais (R\$ 81.000,00) e duzentos e dezoito mil reais (R\$ 218.000,00), em consonância com o especificado no I Seminário Estadual das Academias da Saúde: Promoção da Vida e Cultura da Paz (BRASIL, 2018). Cabe citar, que em Brasil (2014a), tanto as terminologias das áreas, o valor de repasse e tamanho das áreas mínima totais eram diferentes das apontadas acima.

Os municípios podem requerer os respectivos financiamentos mediante cadastramento da proposta de construção do polo através do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), logrado pelo Ministério da Saúde para o devido monitoramento de obras na Atenção Básica (BRASIL, 2016).

De Prass (2016), cita que além do financiamento para a construção dos polos existe um valor de custeio que:

O governo federal destina recursos para o custeio mensal das atividades do programa. Este custeio pode ser utilizado para reforma, aquisição de materiais de consumo e despesas de capital (investimento) à construção, ampliação e aquisição de equipamentos e material permanentes ou mesmo pagamento de profissionais (DE PRASS, 2016, p. 2).

Brasil (2014a) incita que para a devida solicitação se faz necessário que o polo esteja cadastrado no CNESNET para assim requerer o custeio através do SAIPS (Sistema de Apoio à Implementação de Política em Saúde).

Com relação ao conceito que sustenta a criação dos polos do Programa Academia da Saúde, ou seja, o conceito de Promoção da Saúde, de acordo com Sá *et al.* (2016), é sustentado como importante conceito orientado pelo documento da Carta de Ottawa redigida na I Conferência Mundial de Promoção da Saúde que aconteceu no ano de mil novecentos e oitenta e seis (1986), na cidade de Ottawa, capital do Canadá, país localizado no continente norte-americano. A carta teve como principal ponto o deslocamento dos conceitos de saúde que focam o aspecto biológico individual e culpabilizante dos indivíduos para com suas existências em direção a uma perspectiva mais societária em suas determinantes que interferem nos modos de ser e estar no mundo, ampliando assim o conceito de saúde para outras esferas além da voltada para a biologia humana (BUSS; FILHO, 2007).

Entre as esferas que caracterizam as determinantes sociais e que são apontadas como questões que interferem na saúde da população, podemos citar: “[...] a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados [...]” (BRASIL, 1988). Ou seja, as condições sociais da população ingerem de maneira veemente nos modos de ser e estar no mundo para com suas existências.

Transversalmente, os polos do Programa Academia da Saúde tem como objetivo primeiro o cuidado para com os possíveis agravos relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), tais como câncer, doenças cardiovasculares (DCVs), doenças respiratórias crônicas, diabetes e doenças mentais (MALTA *et al.*,

2017), idem o cuidado para com a prevenção de violências e acidentes que afetam a saúde dos indivíduos (BRASIL, 2018), ambas abordadas pela redefinida Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), datada do ano de dois mil e quatorze (BRASIL, 2014b) que parte do: “[...] lançamento da Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde em 2003 [...]” (CARVALHO; JAIME, 2015, p. 49). Também o Programa é tomado com uma das: “[...] iniciativas constantes no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT no Brasil de 2011 a 2022, [...]” (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016, p. 1831).

Assim sendo, o Programa em questão foi criado na tentativa de abarcar essas determinantes que fraturam jeitos tradicionais e antigos de atuação em saúde focados no modelo biomédico-hegemônico ancorado numa lógica institucional hospitalocêntrica de cuidado em saúde (LUZ; BARROS, 2013), já que também, antigamente o cuidado em saúde eram quase que exclusiva da prática médica como ocupação profissional capital em espaços institucionais hospitalares, por isso:

O diagnóstico do indivíduo deve ser integral, observando, além do aspecto biológico, o social, o ambiental, o relacional, o cultural e pactuar as mudanças necessárias em todos esses aspectos (...), a partir do cuidado e do acompanhamento (SILVEIRA FILHO, 2008, p. 38)

Portanto, a atenção central das práticas de cuidado em saúde não deve ser direcionada exclusivamente para o indivíduo em si, mas arquitetada juntamente com sua órbita ecológica. Isto posto:

As intervenções necessárias para proporcionar o cuidado à saúde devem se sustentar no conhecimento que contemple as determinações biopsicosocioculturais da saúde-doença e cuidado e na autonomia e responsabilização dos profissionais com os usuários, famílias e comunidade. Nesse, a assistência à saúde passa a ter a característica central de um trabalho coletivo e complexo [...] (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151).

Atualmente, de acordo com a resolução nº 287 de oito de outubro de mil novecentos e noventa e oito, produzida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), o rol de profissionais da saúde existentes para a atuação no Sistema Único de Saúde somam-se quatorze, que são as seguintes: “[...] Assistência Social; Biologia; Biomedicina; Educação Física; Enfermagem; Farmácia; Fisioterapia; Fonoaudiologia; Medicina; Medicina Veterinária; Nutrição; Odontologia; Psicologia; Terapia Ocupacional.” (BRASIL, 1998). Essas profissões estão por entre os espaços de saúde

equipes multiprofissionais de atuação nos territórios com vistas a sustentação das afirmativas de direito à saúde de toda a nação brasileira.

De acordo com Brasil (2013b):

O trabalho multiprofissional em equipe tem se estabelecido como um dos eixos estruturantes para o processo de trabalho (...), focado na prática integrada entre as diversas profissões. O objetivo é proporcionar um atendimento integral, que capte e aplique toda a complexidade envolvida no processo de cuidado em saúde (BRASIL, 2013b, p. 46)

As equipes multiprofissionais situadas nos polos da Academia de Saúde, de acordo com a portaria nº 186 de quatorze de março de dois mil e quatorze (BRASIL, 2014c), podem ser compostas por categorias profissionais tais como: “Profissional de educação física; assistente social; terapeuta ocupacional; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; psicólogo clínico; sanitarista; educador social; musicoterapeuta; arteterapeuta; nutricionista; artistas de dança (exceto dança tradicional e popular); dançarinos tradicionais e populares” (BRASIL, 2014c).

A constituição das equipes multiprofissionais em saúde nos serviços, em específico nos polos do Programa Academia da Saúde é importante na medida que: “[...] Sobre os aspectos do trabalho em equipe os profissionais entendem que esta é uma grande possibilidade de troca de informações e que possibilita a realização de trabalhos coletivos” (SOUZA; LOCH, 2011, p. 5).

A pluralidade de profissionais perspectiva uma gama maior de intervenções para com os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), concomitante a ocupação dos espaços dos polos, na construção de uma clínica que amplia: “[...] a compreensão da saúde como direito e produção social, da proporção entre a ação coletiva e individual, do trabalho transdisciplinar em equipe multiprofissional e do estímulo à participação social” (CARVALHO; JAIME, 2015, p. 52).

Ou seja, essa ampliação:

É a superação da clínica tradicional, fragmentada e focada na doença. Baseia-se na compreensão ampliada do progresso saúde-doença, na construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, na ampliação do objeto de trabalho, na transformação dos meios ou instrumentos de trabalho e no suporte aos profissionais de saúde. (GUARDA *et al.*, 2014, p. 69)

De acordo com Merhy (2013), em relação a gama diversificada de categorias profissionais que esses serviços em específico podem compor, os diferentes

profissionais inseridos nas equipes inclinam pontos de vista distintos em relação para com uma determinada questão de saúde, enriquecendo e fortalecendo as questões colocadas como propositivas para um movimento dialógico entre os integrantes e os usuários do SUS como afirmação de vidas que possam ser efetivamente vividas. Isto é “a entrada de uma distinta vista do ponto desloca as tensões entre os pontos de vista” (MERHY, 2013, p. 97).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com Gil (1999), a metodologia caminhou através de um percurso metodológico com viés descritivo e a coleta de dados se deu através do acesso ao banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) vinculado ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), órgão sob tutela do Ministério da Saúde (MS). Ou seja, cada polo cadastrado no site do portal do CNES vinculado Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) foi considerado como um polo existente, quer seja como um espaço em fase de implantação ou em fase de implementação.

Através do banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNESNET) na *world wide web* intitulado “CNESWeb - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde”, foi acessado os dados a respeito dos polos do Programa Academia da Saúde localizados no estado do Rio Grande do Sul. Através do acesso ao tópico “Relatórios” e conseqüentemente ao subtópico “Tipos de Estabelecimentos”, o site nos direciona a categoria “Consulta” em concomitância com a subcategoria “Tipos de Estabelecimentos”. Na mesma página, se pode lapidar os dados aos quais o motor de buscas direciona ao que interessa acessar.

Assim sendo, as opções da seleção de dados se deram da seguinte maneira: pela escolha do estado (“RIO GRANDE DO SUL”), da competência de vigência temporal do polo (“ATUAL”) e do tipo de estabelecimento de saúde (“POLO ACADEMIA DA SAÚDE”). As categorias “MUNICÍPIO” e “SUBTIPO DE ESTABELECIMENTO” não foram selecionadas. Ao selecionar as opções citadas, apareceram abaixo das categorias a opção selecionada, “POLO ACADEMIA DA SAÚDE” tendo como código identitário do serviço o número “74” e o total de polos do Programa Academia da Saúde existentes até o momento da pesquisa (“207”) que foi o número de polos cadastrados até o segundo semestre do mês de fevereiro do ano de 2019, data na qual foi acessado o portal CNESNET.

Ao clicar na descrição “POLO ACADEMIA DA SAÚDE”, se pode ampliar a pesquisa com o surgimento da lista de cidades que possuem polos da academia da saúde em seu território com seus respectivos códigos CNES, o nome do estabelecimento (por exemplo, o polo de Ijuí se chama “Academia da Saúde Bairro Modelo”) e o CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) da mantenedora desse serviço de saúde no município.

Ao acessar a descrição dos nomes de cada cidade, se pode ampliar ainda mais a pesquisa para com o município selecionado e sobre o estabelecimento de saúde em questão. Algumas cidades possuem mais de um polo, então o nome de algumas se duplica ao longo da lista. Com esse acesso, se pode obter um grande número de informações, as quais as mais importantes para o presente trabalho são a composição das equipes multiprofissionais existentes nos polos pela sua exibição na página do portal CNESNET, que consta no site através do acesso da categoria “Profissionais”.

Ao acessar a descrição dos nomes de cada profissional, se pode ampliar informações a respeito de cada um. Foi selecionado para a pesquisa a categoria profissional pela qual o trabalhador atua, o tipo de vinculação empregatícia e o subtipo de vinculação empregatícia. As vinculações foram inseridas como informações complementares, mas não menos importantes para a análise dos dados. A medida de conhecimento, ao acessar o nome de cada profissional, se pode obter mais informações sobre o percurso trabalhista do mesmo vinculado aos serviços de saúde.

Em concomitância, para obter mais informações dos municípios, foi acessado o documento intitulado “Organização da Saúde no Território Gaúcho - Município, CRS, Região de Saúde, Macrorregião e Coredes”, presente no portal da secretaria estadual de saúde no estado do Rio Grande do Sul, pois os dados acessados sobre cada município eram um tanto quanto limitados no portal do CNESNET, já que não constava as informações as quais esse documento oportuniza.

Com ele se aborda um maior aprofundamento informacional das cidades para com suas coordenadorias regionais de saúde, as suas regiões de saúde, as macrorregiões e as regiões dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES). Assim, a tabulação se tornou mais rica pois a diversidade de dados foi potencializada pelas diferentes escalas territoriais através das categorias selecionadas (“CRS”, “Região de Saúde”, “Macrorregião” e “Coredes”). Desta forma se pôde descobrir quantos polos do Programa Academia da Saúde existem em cada escala, ou seja, em cada CRS (coordenadoria regional de saúde), região de saúde, macrorregião e Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES).

Essas escalas regionais são importantes pois auxiliam os serviços de saúde e suas ações para uma otimização das mesmas para com a população usuária do SUS. As coordenadorias regionais da saúde (CRS), as regiões de saúde e as macrorregiões estão relacionadas às questões de saúde com perspectivas de planejamento regional dos arranjos estruturais dos espaços de saúde de acordo com: “[...] critérios de

regionalização, hierarquização e complexidade dos serviços de saúde oferecidos” (SOUZA e COSTA, 2011, p. 766). Já os COREDES (Conselhos Regionais de Desenvolvimento) traçam um perfil socioeconômico de cada território regional na pretensão de melhorias relacionadas a infraestrutura, aperfeiçoamento das redes logísticas e obviamente do desenvolvimento econômico tendo em conta o ordenamento do território regional (BÜTTENBENDER *et al.*, 2011).

Enfim, a tabulação dos dados se deu através do editor de planilhas virtual alocada no diretor de arquivos virtuais (Google Drive) vinculada ao serviço gratuito de correspondência virtuais (e-mails) da empresa do ramo da informática Google.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

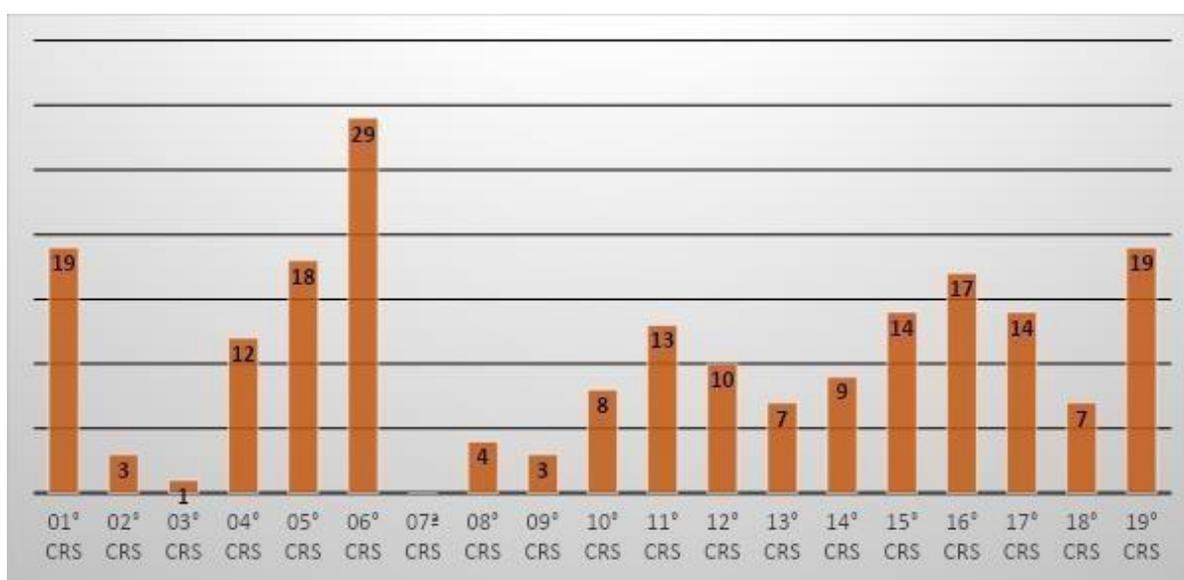
Neste capítulo serão apresentados os dados coletados e as devidas inferências com relação aos mesmos.

### 4.1 Análises gerais dos dados sobre os polos do Programa Academia da Saúde por escalas regionais

Existem no estado do Rio Grande do Sul um total de duzentos e sete (207) polos do Programa Academia da Saúde. As cidades que possuem o maior número de polos são as seguintes: Ijuí - quatro (04) polos, Alegrete - três (03) polos, Esteio - três (03) polos, Itaqui - três (03) polos, Panambi - três (03) polos, Tapera - três (03) polos e Venâncio Aires - três (03) polos.

Primeiramente, em relação aos números de polos por cada CRS (Gráfico 01), a coordenadoria com o maior número de polos é a 6° CRS, com um número de vinte e nove (29) polos, seguida das 1° e 9° CRS com um número de dezenove (19) polos. A coordenadoria com o menor número de polos é a 3° CRS que possui apenas um (01) polo do Programa Academia da Saúde localizada na cidade de Cerrito. A 7° CRS ainda não possui nenhum polo do Programa.

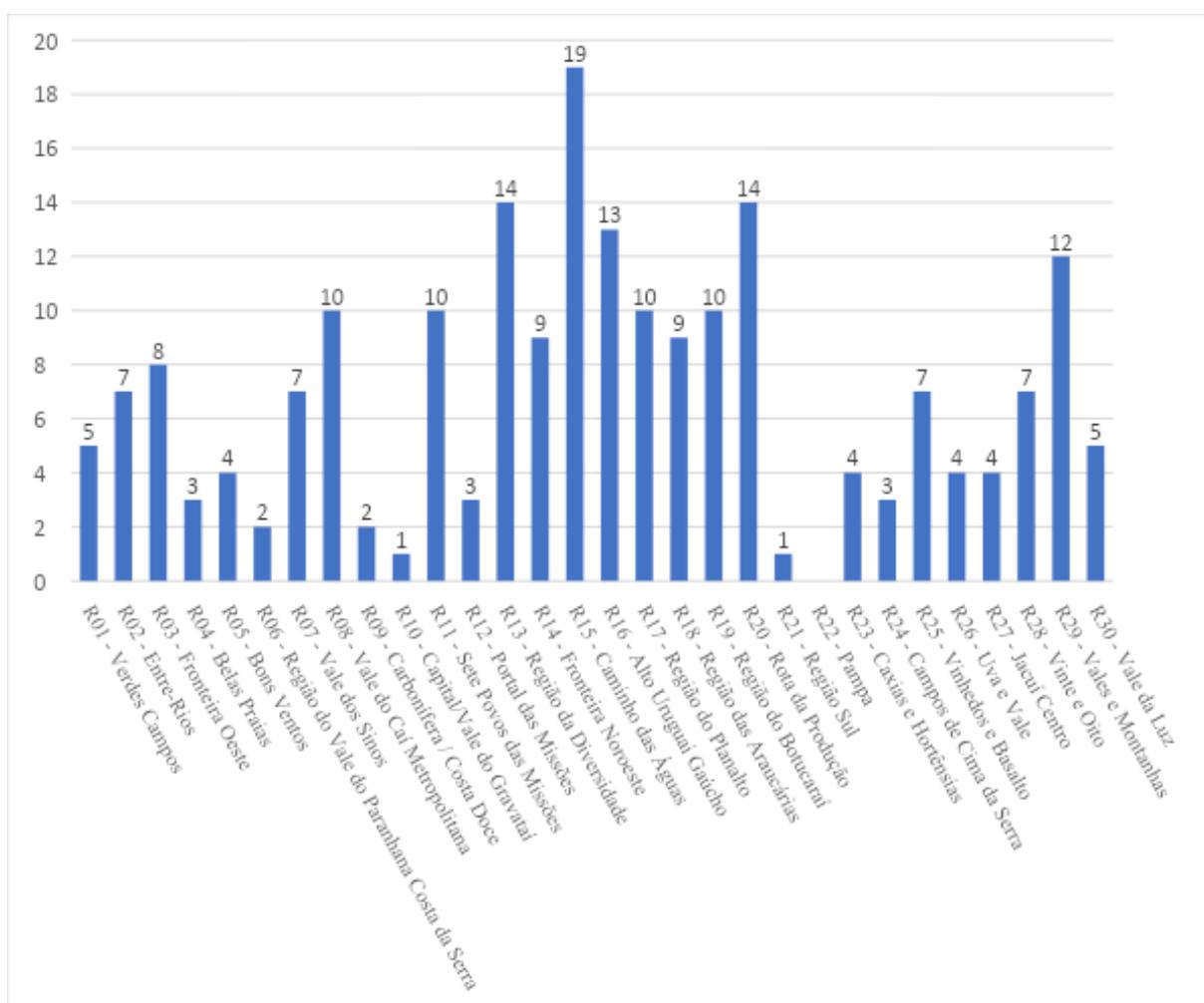
**Gráfico 01** – Polos por Coordenadorias Regionais de Saúde



Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019)

Já em relação às regiões de saúde (Gráfico 02), a região com o maior número de polos é a décima quinta região (R15 - Caminho das Águas), com um total de dezenove (19) polos, seguida da décima terceira (R13 - Região da Diversidade) e da vigésima regiões (R20 - Rota da Produção), ambas com quatorze (14) polos cada. Existem duas regiões com o menor número de polos que são a décima (R10 - Capital/ Vale do Gravataí) e vigésima primeiras regiões (R21 - Região Sul), ambas com um (01) polo cada. A região de saúde que não possui polos do Programa é a vigésima segunda região (R22 - Pampa).

**Gráfico 02 – Polos por Regiões de Saúde**

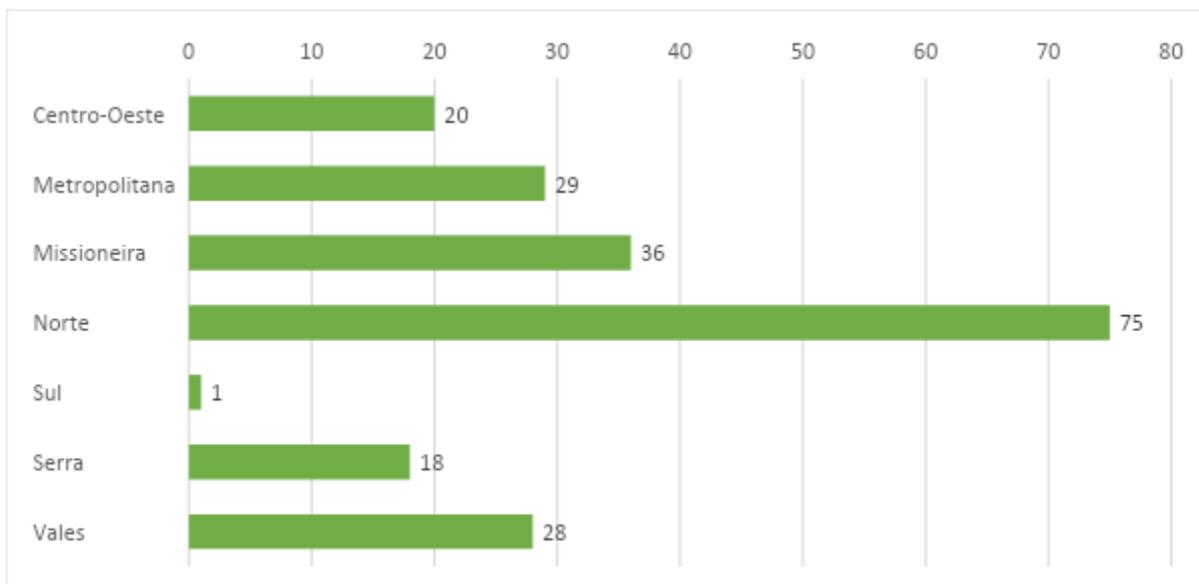


Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019).

Já em relação ao número de polos por macrorregiões (Gráfico 3), a macrorregião com o maior número de polos é a macrorregião Norte, com um total de setenta e cinco (75) polos, seguida da macrorregião Missioneira com um número de trinta e seis (36) polos e a macrorregião Metropolitana com um número de vinte e nove

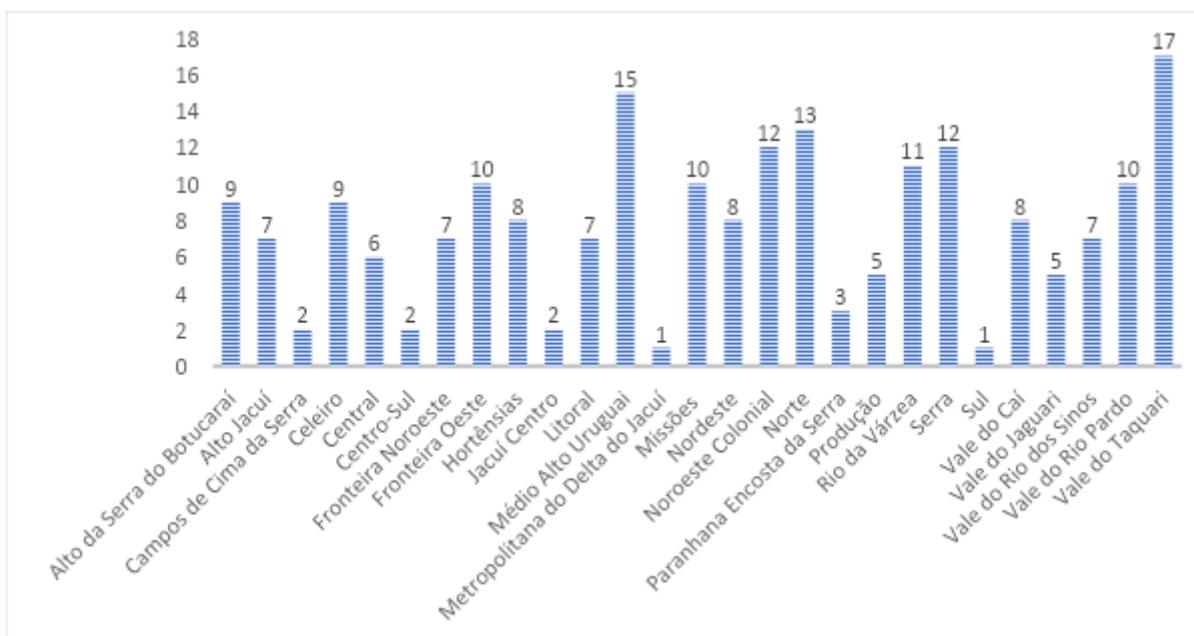
(29) polos. A macrorregião com o menor número de polos é a macrorregião Sul, com apenas um (01) polo do Programa Academia de Saúde. Diferentemente dos outros recortes citados anteriormente, não existe macrorregião com nenhum polo, em suma, todas as macrorregiões possuem polos em seus respectivos territórios de acordo com a atual divisão das macrorregiões de saúde do estado do Rio Grande do Sul.

**Gráfico 03 – Polos por Macrorregiões**



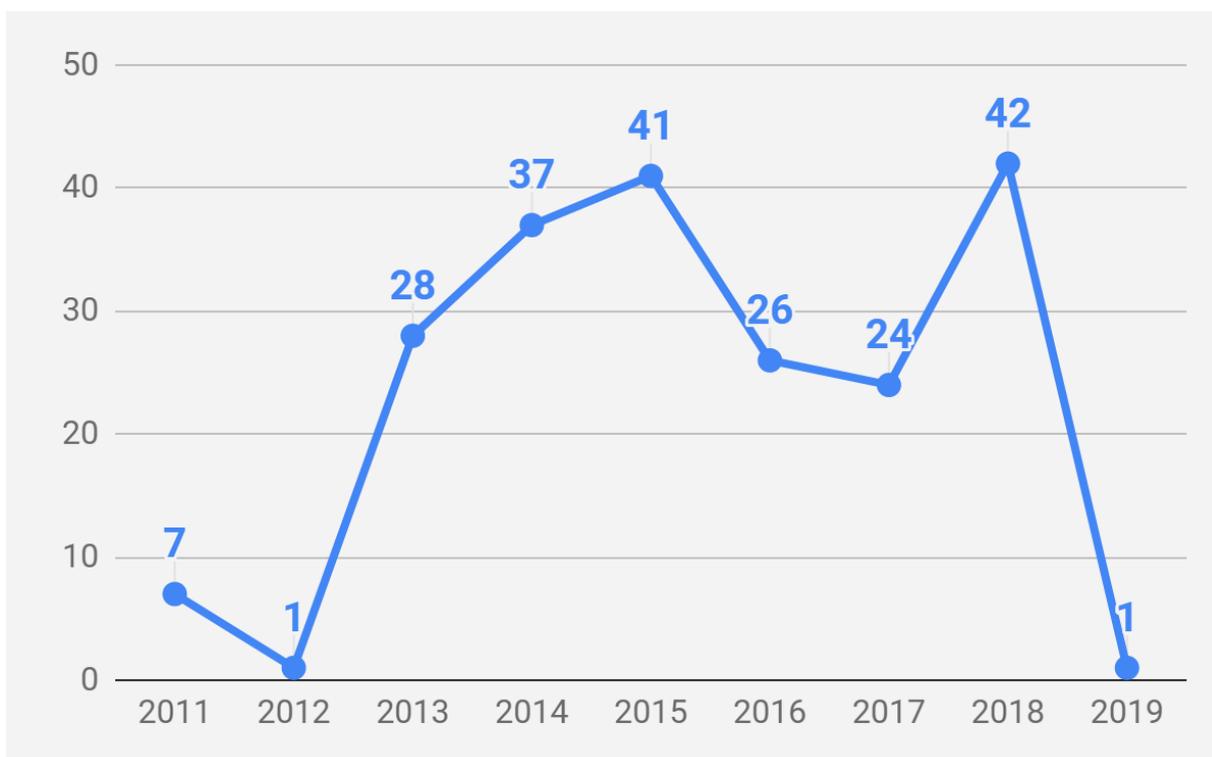
Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019).

Em relação às regiões traçadas pelos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (Gráfico 04), a região COREDES com o maior número de polos é a do Vale do Taquari, com um total de dezessete (17) polos do Programa. Em seguida a região do Médio Alto Uruguai com um número de quinze (15) polos, consecutivamente a região Norte com treze (13) polos. As regiões COREDES com o menor número de polos são as regiões Metropolitana do Delta do Jacuí e Sul ambas com apenas um (01) polo do Programa Academia da Saúde cada.

**Gráfico 04**– Polos por Regiões COREDES

Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019)

Por fim, como medida informacional, o Gráfico 05 apresenta o ano inaugural de cadastro dos polos do Programa Academia da Saúde no portal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNESNET). O ano com o maior cadastramento de polos no CNESNET foi o ano de dois mil e dezoito (2018) com quarenta e dois polos (42) e logo depois dois mil e quinze (2015) com quarenta e um (41) polos cadastrados no banco de dados virtual. Em seguida o ano de dois mil e quatorze (2014), com trinta e sete (37) polos e o ano de dois mil e treze (2013) com vinte e oito (28) polos cadastrados. Os anos com os menores números de polos cadastrados são os anos de dois mil e doze (2012) e dois mil e dezenove (2019), ambos com um (01) polo cadastrado apenas.

**Gráfico 05** – Cadastramento dos polos por ano via CNESNET

Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019)

#### **4.2. A constituição das equipes multiprofissionais dos polos do Programa Academia da Saúde no estado do Rio Grande do Sul**

Nos duzentos e sete (207) polos cadastrados no CNESNET, existem ao todo quatrocentos e dezoito (418) profissionais cadastrados no respectivo portal. São quarenta (40) profissões em suas variâncias: administrador, artesão bordador, artesão tecelão, arteterapeuta, assistente administrativo, assistente social, auxiliar de escritório em geral, avaliador físico, cuidador em saúde, diretor administrativo, diretor de serviços de informática, dirigente do serviço público municipal, educador social, enfermeiro, faxineiro, fisioterapeuta do trabalho, fisioterapeuta geral, fonoaudiólogo, gerente administrativo, gerente de serviços de saúde, ludomotricista, massoterapeuta, médico clínico, musicoterapeuta, nutricionista, orientador educacional, preparador físico, professor de dança, professor de educação física do ensino fundamental, professor de educação física no ensino médio, professor de educação física no ensino superior, profissional de educação física, profissional de educação física na saúde, psicólogo acupunturista, psicólogo clínico, psicólogo do esporte, recreador, técnico de

enfermagem da estratégia de saúde da família, técnico em enfermagem e terapeuta ocupacional.

O polo com o maior número de profissionais cadastrados é o polo do Programa Academia da Saúde do município de Imbé, localizado na décima oitava coordenadoria regional da saúde (18º CRS), na região R05 - Bons Ventos, na macrorregião Metropolitana e na região COREDES chamada Litoral, incluído no CNESNET no ano de dois mil e dezessete (2017). Os profissionais que constam no cadastro são os seguintes: três (03) massoterapeutas, dois (02) nutricionistas, um (01) profissional de educação física na saúde, um (01) psicólogo clínico, um (01) enfermeiro, um (01) terapeuta ocupacional e um (01) assistente social. Ou seja, um total de dez (10) profissionais cadastrados.

O segundo polo com o maior número de profissionais cadastrados é o polo do Programa da Academia da Saúde do município de Planalto, localizado na décima nona (19º) coordenadoria regional da saúde, na região R15 - Caminhos das Águas, na macrorregião Norte e na região COREDES chamada Médio Alto Uruguai, incluído no CNESNET no ano de dois mil e quatorze (2014). Os profissionais que no cadastro são os seguintes: três (03) fisioterapeutas gerais, dois (02) profissionais de educação física na saúde, dois (02) massoterapeutas, um (01) diretor de serviços de informática e um (01) psicólogo acupunturista. Ou seja, um total de nove (9) profissionais cadastrados. Os polos com o menor número de profissionais cadastrados são ao total oitenta e dois (82) polos. Esses polos possuem apenas um (01) profissional cadastrado no CNESNET.

As categorias profissionais com maior número por entre todas as profissões cadastradas são as seguintes: profissionais de educação física na saúde que ao todo somam cento e setenta e quatro (174) profissionais, fisioterapeutas gerais que contabilizam sessenta e cinco (65) profissionais e os nutricionistas que somam um total de trinta e oito (38) profissionais. Os profissionais com o menor número por entre as profissões cadastradas são as mais diversas e que chegam ao número de apenas um (01) profissional inseridos em todos os polos. Entre eles são: artesão tecelão, arteterapeuta, auxiliar de escritório em geral, avaliador físico, diretor de serviços de informática, faxineiro, fisioterapeuta do trabalho, gerente de serviços de saúde, ludomotricista, médico clínico, orientador educacional, preparador físico, professor de dança, professor de educação física do ensino fundamental, psicólogo acupunturista, psicólogo do esporte e técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família,

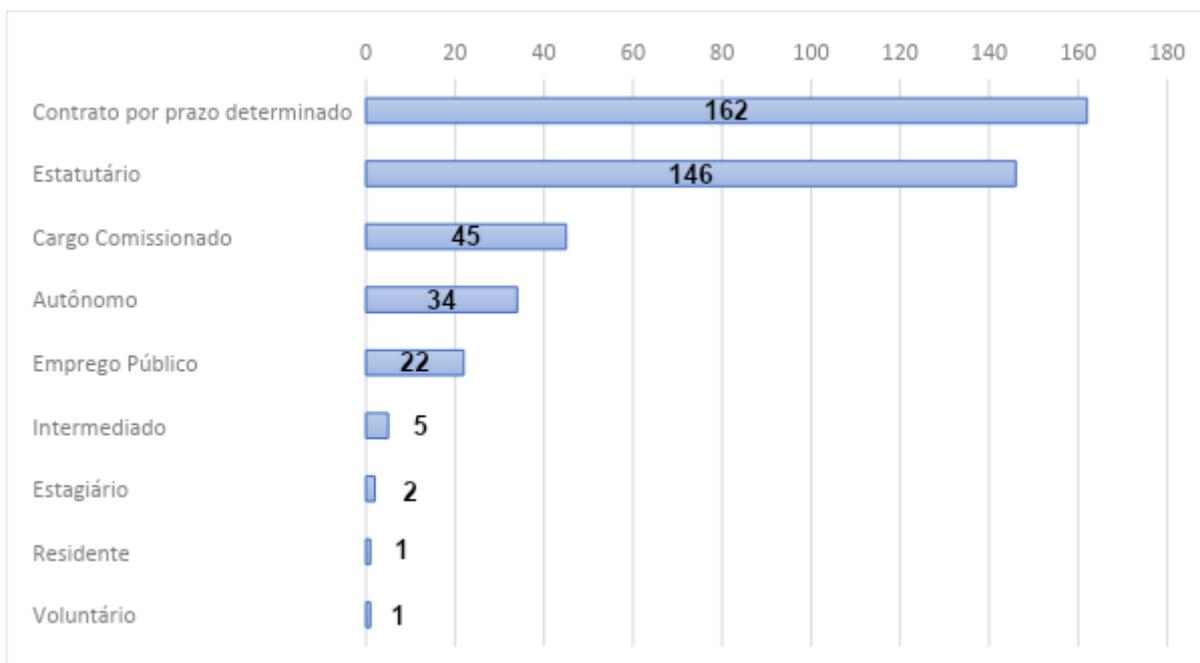
ambas profissões, como citado anteriormente, com apenas um (01) profissional cadastrado em todos os polos do Programa Academia da Saúde localizados no estado.

**Gráfico 06 – Número de profissionais por profissão.**



Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019)

Em relação ao total de quatrocentos e dezoito profissionais cadastrados em todos os polos (207), seus tipos de vínculo empregatício se totalizam em nove (9) tipologias, conforme Gráfico 07, que são as seguintes: autônomos, cargos comissionados, contratos por prazo determinado, empregos públicos, estagiários, intermediados, residentes e voluntários. Os tipos de vínculo empregatício com o maior número de profissionais são os vínculos com contratos por prazo determinado, que são ao todo cento e sessenta e dois (162), seguido do vínculo empregatício estatutário num total de cento e quarenta e seis (146) profissionais. Os vínculos empregatícios com o menor número de profissionais são ao todo dois (02): um (01) vínculo empregatício como residente e um (01) vínculo empregatício como voluntário.

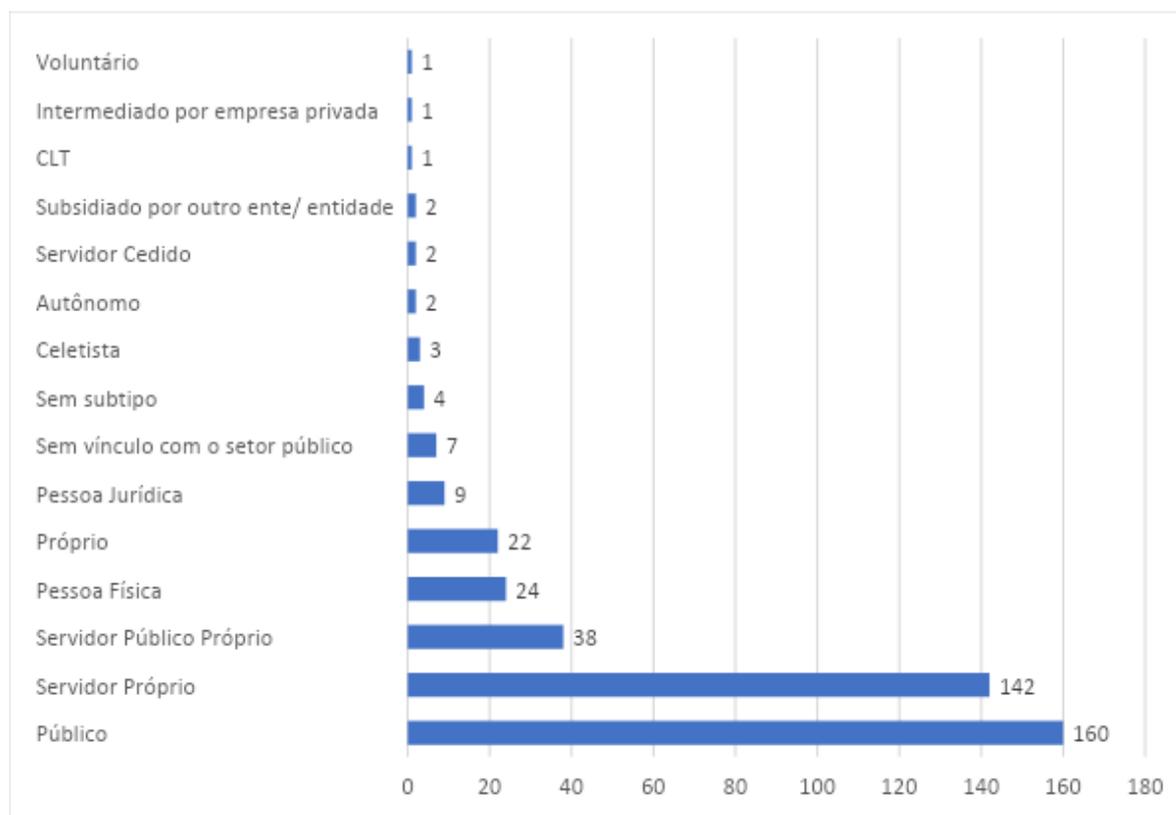
**Gráfico 07 – Tipos de vínculo empregatício**

Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019)

Os subtipos de vínculo empregatício (Gráfico 08) abarcam um total de quinze (15) nos quais são: autônomo, celetista, CLT, intermediado por empresa privada, pessoa física, pessoa jurídica, próprio, público, sem subtipo, sem vínculo com o setor público, servidor cedido, servidor próprio, servidor público próprio, subsidiado por outro ente/ entidade e voluntário.

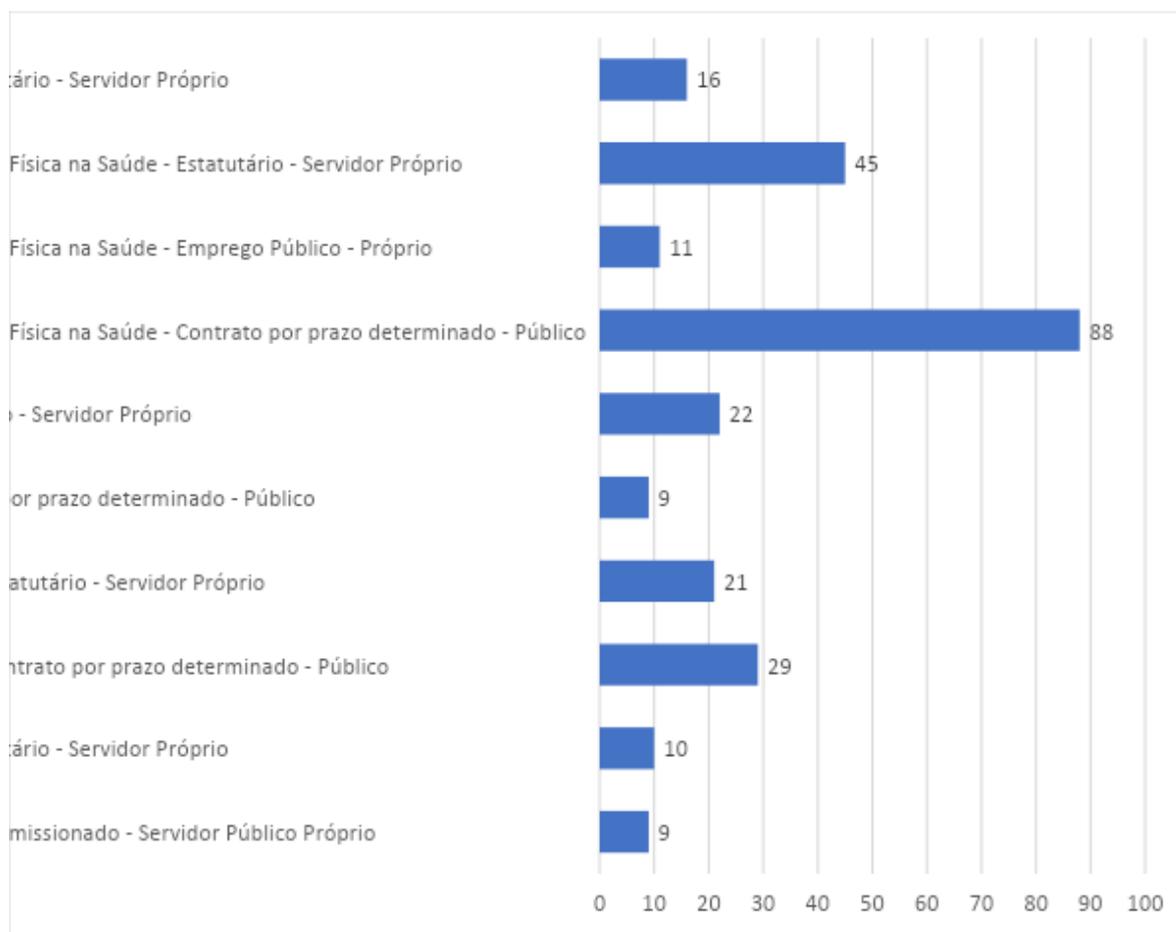
Os subtipos com maior número de profissionais são os subtipos com vínculos empregatícios públicos com um número de cento e sessenta (160) profissionais. Em seguida o subtipo de vínculo empregatício com servidores próprios que somam cento e quarenta e dois (142). Os subtipos com o menor número de vínculos totalizam-se três (03): um (01) subtipo vinculado como CLT, um (01) vinculado como intermediado por empresa privada e um (01) com vínculo empregatício voluntário. Em específico, existe cadastrado no portal um subtipo que se intitula “sem subtipo” aos quais foram registrados quatro (04) subtipos com esse registro.

Em conexão com as três categorias demonstradas acima (profissões, tipos de vínculo empregatício e subtipos de vínculo empregatício), existe uma gama extremamente diversificada de composições que mesclam essas três categorias.

**Gráfico 08 – Subtítulos de vínculo empregatício**

Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019)

Existem cadastrados no portal noventa e oito (98) variações dessas composições. O Gráfico 09 apresenta as 10 maiores categorias profissionais, em que a maior categoria são os profissionais de educação física na saúde com tipo de vinculação empregatícia através de contratos por prazo determinado e subtipo de vinculação empregatícia pública que somam um total de oitenta e oito (88) profissionais. Em seguida, ainda estão os profissionais de educação física na saúde só que com um tipo de vinculação empregatícia estatutária e subtipo de vinculação empregatícia como servidores próprios com um somatório de quarenta e cinco (45) profissionais. Logo após estão os fisioterapeutas gerais com tipo de vinculação empregatícia através de contratos por prazo determinado e subtipo de vinculação empregatícia pública com vinte e nove (29) profissionais.

**Gráfico 09 – As 10 maiores categorias profissionais**

Fonte: Elaborado pelo autor com base no portal virtual CNESNET (2019)

As composições (tipo de vínculo empregatício - subtipo de vínculo empregatício) com menores quantidades cadastradas no portal do CNES também são as mais diversificadas. Elas totalizam um somatório de cinquenta e uma (51) composições em suas variantes e ambas possuem apenas um registro no CNESNET nas quais são as seguintes: administrador - cargo comissionado - sem vínculo com o setor público; administrador - estatutário - servidor próprio; artesão tecelão - contrato por prazo determinado - público; arteterapeuta - autônomo - pessoa física; assistente administrativo - contrato por prazo determinado - sem subtipo; assistente social - contrato por prazo determinado - público; assistente social - emprego público - próprio; auxiliar de escritório em geral - estatutário - servidor próprio; avaliador físico - estatutário - servidor próprio; diretor administrativo - contrato por prazo determinado - público; diretor de serviços de informática - estatutário - servidor próprio; diretor do serviço público municipal - cargo comissionado - sem vínculo; diretor do serviço público municipal - contrato por prazo determinado - público; diretor do serviço público

municipal - estatutário - servidor próprio; educador social - cargo comissionado - servidor público próprio; educador social - contrato por prazo determinado - público; faxineiro - estatutário - servidor próprio; fisioterapeuta do trabalho - contrato por prazo determinado - público; fisioterapeuta geral - cargo comissionado - servidor público próprio; fisioterapeuta geral - intermediado - celetista; gerente administrativo - cargo comissionado - sem vínculo; gerente administrativo - estatutário - servidor próprio; gerente de serviços de saúde - estatutário - servidor próprio; ludomotricista - autônomo - pessoa física; massoterapeuta - voluntário; nutricionista - autônomo - pessoa física; orientador educacional - contrato por prazo determinado - público; preparador físico - estagiário - subsidiado por outro ente/ entidade; professor de dança - intermediado - autônomo; professor de educação física do ensino fundamental - estatutário - servidor próprio; professor de educação física no ensino médio - contrato por prazo determinado - público; professor de educação física no ensino superior - cargo comissionado - servidor público próprio; professor de educação física no ensino superior - emprego público - próprio; profissional da educação física - emprego público - CLT; profissional de educação física - estatutário - servidor próprio; profissional de educação física na saúde - autônomo - intermediado por empresa privada; profissional de educação física na saúde - cargo comissionado - sem vínculo com o setor público; profissional de educação física na saúde - contrato por prazo determinado - sem subtipo; profissional de educação física na saúde - estagiário - subsidiado por outro ente/ entidade; profissional de educação física na saúde - intermediado - autônomo; profissional de educação física na saúde - intermediado - celetista; profissional de educação física - residente - próprio; psicólogo acupunturista - contrato por prazo determinado - público; psicólogo clínico - autônomo - pessoa jurídica; psicólogo clínico - intermediado - celetista; psicólogo do esporte - estatutário - servidor próprio; técnico de enfermagem da estratégia de saúde da família - estatutário - servidor próprio; técnico de enfermagem - emprego público - próprio; terapeuta ocupacional - cargo comissionado - servidor público próprio; terapeuta ocupacional - estatutário - servidor próprio.

O primeiro ponto a destacar é a constituição das equipes multiprofissionais de saúde nos polos do Programa Academia da Saúde. De acordo com a portaria nº 24 de quatorze de janeiro de dois mil e quatorze (BRASIL, 2014d), os polos do Programa são serviços especializados com estruturas físicas próprias ou nos serviços de saúde da atenção básica. Caso o município não possui um Núcleo de Apoio à Saúde da

Família (NASF), os mesmos deverão cadastrar um profissional com carga horária mínima de quarenta horas semanais ou dois profissionais com carga horária mínima de vinte horas semanais. Se o município possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ele deverá também cadastrar juntamente a equipe do NASF um profissional com carga horária mínima de quarenta horas semanais ou dois profissionais com carga horária mínima de vinte horas semanais. Os profissionais precisam ser condizentes com a lista de ocupações citadas na devida portaria. Brasil (2016) destaca que:

As ações desenvolvidas em cada polo do Programa Academia da Saúde deverão somar, no mínimo, 40 (quarenta) horas semanais, com garantia de funcionamento em, pelo menos, 2 (dois) turnos diários, em horários definidos a partir da necessidade da população e do território (BRASIL, 2016, n.p.).

Em continuidade com Brasil (2014d), o núcleo com um polo deve compor com outras ocupações em uma carga horária total de quarenta horas a mais em relação à carga horária mínima exigida para o NASF em questão, já o núcleo com dois polos deve compor com outras ocupações em uma carga horária total de oitenta horas a mais em relação à carga horária mínima exigida para o mesmo NASF e por fim o núcleo com três polos deve compor com outras ocupações em uma carga horária total de cento e vinte horas a mais em relação à carga horária mínima exigida para o mesmo serviço de saúde limitando o NASF com essa máxima de três polos, independente da modalidade do polo do Programa (BRASIL, 2014d).

Ou seja, os profissionais advêm e compõem de e com outros serviços de saúde da rede de atenção básica do município, como por exemplo as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasfs), entre outros, com foco: “[...] à integralidade do cuidado aos usuários do SUS.” (BRASIL, 2018), já que as redes de atenção em saúde:

São os arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas, que integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado (CARVALHO; JAIME, 2015, p. 56)

Então, não necessariamente os profissionais cadastrados no CNESNET são personagens exclusivas dos respectivos polos, mas sim transitam e estão alocados por entre outros espaços tendo em conta as práticas intersetoriais (CAMPOS, 2003)

de acordo com os arranjos e fluxos das estruturas da rede dos territórios. Carvalho e Jaime corroboram a explicitação proposta na medida que:

É desejável que diversos trabalhadores da AB desenvolvam atividades nos polos, tais como os profissionais da enfermagem e da medicina, integrantes da equipe mínima da AB, que não fazem parte desse rol (CARVALHO; JAIME, 2015, p. 55) .

Essa pode ser uma das justificativas do porquê da constituição das equipes multiprofissionais dos polos de acordo com os profissionais cadastrados no CNESNET se demonstrou bastante diversa. Uns polos possuem apenas profissionais da área administrativa, outras possuem uma quantidade razoável de profissionais em sua mescla administrativa e da saúde e outros poucos possuem uma destacável quantidade de profissionais presentes nos serviços de saúde.

Ponto importante é a perspectiva da hiperespecialização (MORIN, 2005) sob a figura do profissional de educação física nos polos do Programa. Esse ponto se evidencia principalmente por meio da quantidade de profissionais de educação física presentes na saúde que ao todo somam cento e setenta e seis (176) profissionais. Essa categoria profissional se torna bem marcante cadastrada no CNESNET por entre esses espaços de saúde.

De Prass (2016), em relação aos polos do Programa Academia da Saúde da Macrorregião de Saúde Missioneira do estado do Rio Grande do Sul, chegou a dados semelhantes sobre o destacamento dos números de profissionais de educação física presente nos polos dessa Macrorregião, na medida que:

Constatou-se que 77,77% dos municípios, optou por cadastrar no CNES, profissionais de educação física, sejam eles formados ou estagiários, sendo que 61,11% optou exclusivamente por este, 11,11% o fez concomitantemente com o cadastro do nutricionista e 5,5% em conjunto com o fisioterapeuta (DE PRASS, 2016, p. 03).

Dados próximos aos deste trabalho e aos que De Prass (2016) abarcou, o Panorama Nacional de Implementação do Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2018) explicitou também em seu monitoramento anual o alto número de profissionais de educação física presentes nos polos. De acordo com esse panorama dos 6.538 profissionais: “[...] o Programa conta com mais de 2 mil educadores físicos presentes em 89% dos polos [...]” (BRASIL, 2018, p. 37).

Ainda em De Prass (2016), a autora justifica que os estereótipos e crenças relacionadas às práticas e conceitos sustentados pelo Programa engessam outros modos de atuar do profissional de educação física e outras composições que poderiam surgir em relação a constituição das equipes multiprofissionais de saúde. De acordo com ela, um exemplo de estigma e preconceito atrelado a personagem do profissional de educação física estaria relacionado ao termo “academia”. A autora incita que o termo “academia” é corriqueiramente entendido como um espaço para a prática sistemática de ginásticas (campo usual da educação física) o que acaba por favorecer a inserção dos profissionais de educação física no contexto do SUS [...]” (DE PRASS, 2016, p. 04).

Ceccim e Bilibio (2007) ratificam o trecho exposto acima, dado que as crenças e estereótipos reforçam determinadas práticas de cuidado em saúde com foco exclusivo nas práticas corporais bem como na aptidão física das pessoas. Os autores incitam que:

A educação física passa a revelar a saúde como prática corporal e o corpo como aptidão física (habilitação ou reabilitação de capacidades físicas por meio de práticas corporais), em um novo engendramento da dissociação mente e corpo: captura da subjetividade pela serialização dos corpos e estereotipia da corporeidade pelos hábitos saudáveis do exercício físico (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 49).

No entanto, a atuação do profissional pode e deve se direcionar a perspectivas de práticas de cuidado em saúde que desloquem essas crenças e estereótipos em busca da enaltecida clínica ampliada (GUARDA *et al.*, 2014). A retomar Ceccim e Bilibio (2007), os autores explicitam que:

A educação física caracteriza-se menos por seu papel de aplicação terapêutica sobre quadros clínicos específico e mais sobre a produção de saúde mediada por condutas de natureza relacional e educativa que têm em vista a *autonomia encarnada*, numa utilização de recursos profissionais próprios da interação corporal, corpo que se reconhece corpo pelo contato com os corpos e explora *o que pode*, corpos que se reconhecem mundo e *autórias de mundos*. [...] O trabalho da educação física não é a motricidade ou o movimento, é a corporalidade, a produção de uma corporeidade virgem e vivaz (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 48).

A constituição das equipes multiprofissionais de saúde nos polos do Programa Academia da Saúde se faz de suma importância para esse ponto, pois no convívio com outras categorias profissionais no cotidiano dos serviços de saúde, os profissionais integram disciplinas de suas respectivas categorias pela relação no trabalho em equipe. Assim, não necessariamente em relação aos profissionais de

educação física, mas para com as outras categorias, esse convívio pode ser potente rasurador de disciplinas e amputador de saberes (DAMICO, 2011), já que: [...] é na perspectiva interprofissional que se instituem os apoios matriciais, oportunidade aos profissionais de aprenderem e de ensinarem uns aos outros, ampliando seus referenciais cuidadores. [...] (CECCIM; BILIBIO, 2007, p. 59), corroborando com isso De Azevedo *et al.* (2019), relata que: “[...] a produção de conhecimento é fruto do encontro entre diferentes posições teóricas e a heterogeneidade de atuações práticas que envolvem o trabalho em saúde” (DE AZEVEDO *et al.*, 2019, p. 3).

Interessante ponto a ser frisado estaria relacionado aos tipos e subtipos de vínculos empregatícios que envolvem os profissionais para com seus compromissos e responsabilidades trabalhistas. Existem como tipos de vínculo cadastrado um importante número de profissionais com contratos de prazo determinado (162). Os contratos de trabalho por prazo determinado são dispostos pela lei nº 9.601 de vinte e um de janeiro de mil novecentos e noventa e oito (1998) (BRASIL, 1998), sendo que os mesmos estipulam que as relações entre empregador e empregado são acordadas principalmente pelo período de tempo de vigência do contrato, que é de dois anos, podendo ser prorrogado por mais um período de dois anos.

Essa lei sazonaliza as relações de trabalho na medida que a estabilidade do vínculo trabalhista perde sua sustentação. Em consequência e simultânea concomitância, o vínculo de trabalho se fragiliza não somente em relação às questões trabalhistas, mas também instabiliza práticas de cuidados em saúde e conjunções vinculativas e referenciais para com os usuários dos serviços, já que o planejamento, a execução e as avaliações das ações em saúde ficariam sob o auspício das intempéries contratuais dos profissionais de saúde. Brasil (2018), ratifica a explanação acima pois o vínculo fragilizado:

Relaciona-se com a elevada rotatividade de profissionais e isso representa um desafio para a sustentabilidade das atividades do Programa impactando, por exemplo, a formação e a capacitação daqueles que atuam nos polos e a continuidade dos serviços oferecidos (BRASIL, 2018, p. 38).

Idem para com os tipos de vínculos autônomos em seus subtipos como pessoa física ou pessoa jurídica e tipos de vínculos caracterizados como cargos comissionados, que também são distantes de relações trabalhistas estáveis, relações estas que sustentam também uma vinculação empregatícia menos esgarçada temporalmente.

Mesmo assim, os tipos de vínculos empregatícios estatutários são ainda a grande maioria das relações trabalhistas (146). Obviamente que a preocupação exclusiva com o vínculo não é a condição única para a sustentação de práticas e projetos de saúde que sejam interessantes e pertinentes para a população, mas ela possui uma enorme contribuição para que esses interesses e pertinências se sustentem saudáveis nos consensos e conflitos constantemente presentes no cotidiano da gestão em saúde que em algum momento são incertas, rígidas e duras e que se prolonguem temporalmente (MERHY, 2014).

Cabe frisar o baixíssimo número de estagiários (02) e de residentes (01), ambos envoltos com a figura do profissional de educação física, nos polos do Programa. O estágio (quer seja obrigatório, quer seja não-obrigatório) e as residências em saúde são importantíssimos processos de formação nos cursos de graduação e pós-graduação, não somente em educação física, mas em outras diversas profissões da saúde na tentativa de costurar habilidades e competências com destaque na educação em saúde para a intervenção dos futuros profissionais no sistema de saúde público brasileiro (SUS) e assim sendo para o reforço das ações nos e dos polos. O monitoramento do Programa Academia da Saúde para o Brasil e Rio Grande do Sul (2015), realça que:

A articulação intrasetorial e intersetorial e, particularmente, as parcerias com universidades, por meio de programas de integração ensino-serviço, são alternativas que podem vir ao encontro dessas dificuldades, fortalecendo as ações do Programa no território (BRASIL, 2015, p. 28).

Tendo como interface formativa universitária o ensino, a pesquisa e a extensão (TAVARES, 2007), os futuros profissionais poderiam desenvolver conhecimentos, saberes, fazeres e agires de maneira íntima com um espaço de saúde pública que, sendo de recente existência, demanda inclinações cada vez mais contínuas para uma articulação positiva dos polos com o território.

Por isso a multiplicação das redes de cooperação entre gestões municipais, estaduais, federal e as instituições de ensino superior, o incentivo dos estudantes para atuação nos respectivos serviços de saúde público, a criação de residências profissionais em saúde, o lançamento de editais de concursos públicos que valorizem os trabalhadores, entre outros, podem ser potentes disparadores para um engajamento maior dos diferentes atores e atrizes sociais em favor de uma construção cidadã em defesa e proteção do SUS como sistematizador e afirmador da saúde como direito de toda a população e dever do estado.

Por fim, o ponto que conclui a problematização está relacionado com as capacidades operacionais e funcionais do portal virtual do CNESNET. A versão do CNESNET que foi utilizada para a pesquisa foi a segunda versão criada no ano de dois mil e cinco (2005) no qual utiliza o sistema gerenciador de banco de dados chamado Firebird. Na versão recente do cadastro virtual, o sistema de gerenciador de banco de dados utilizado é o Oracle que potencializa as interatividades da pessoa e seu layout (plano que é usufruído para o desenvolvimento de conteúdos na rede mundial de computadores) em comparação com a versão antiga. Porém, de acordo com o website Wikisaúde (2019a), o mesmo está em fase de adaptação sendo que as funções que ainda não foram devidamente inseridas na versão atual se encontram na versão anterior do portal.

Mas em relação à versão anterior, com vistas a sugestões para o aprimoramento da versão atual do cadastro virtual, se faz necessário fortalecer possíveis modificações que possibilitem oportunizar o reconhecimento de preferências de busca de quem navega virtualmente sobre um determinado assunto ou conhecimento e que essa busca pudesse ser satisfatória através da otimização das molduras hipertextuais e dos motores de busca na possibilidade de que essas ferramentas pudessem fazer conexões com outras redes informacionais e comunicacionais como por exemplo: IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Portal de Saúde do Cidadão, entre outros, no intuito de abordar com maior abrangência as informações de interesse. Em suma, que o portal pudesse ser uma importante base de suporte a tantos outros sistemas informacionais e comunicacionais.

Também se deve incitar o estímulo criacional de terminologias que facilitem a busca pelas informações de interesse. O site Wikisaúde (2019b) explicita que as: “terminologias são um conjunto de termos (palavras) e seus respectivos conceitos nos sistemas de informação” (WIKISAÚDE, 2019b). No caso da pesquisa sobre os polos, algumas informações não são muito clarificadas, como por exemplo: se o polo possui estrutura física própria ou não, se possui vinculação ou não com um NASF ou UBS, como se dá a constituição da equipe gestora do polo e se os tipos e subtipos de vinculação empregatória são de fato correspondentes em vias de mão-dupla de acordo com as leis, regras e normas trabalhistas tornando-se assim como está, até certo ponto, estranha. De Prass (2016), corrobora com a explicitação acima pois, dados insuficientes podem visibilizar conhecimentos insuficientes dos municípios para

a implantação e implementação do programa sendo que podem existir: “dados cadastrados que na prática não se concretizam, bem como situações irregulares, [...] de acordo com as determinações das portarias” (DE PRASS, 2016, p. 4).

Ainda em Wikisaúde (2019b), se destaca a importância das constantes revisões dessas terminologias e que elas pudessem ser discutidas e dialogadas por entre os diferentes atores e atrizes sociais e que pudessem ser espalhadas para outros sistemas de banco de dados com preocupação na facilitação do consumo dos dados obtidos por quem navega pelos portais. A probabilidade de investir processos de educação continuada para com as bases de dados virtuais do SUS deve ser encarada como uma outra sugestão oportuna em prol de um gerenciamento informacional e comunicacional mais favorável dos dados inseridos nos sistemas.

É significativo esse último ponto destacado em relação às tecnologias da informação e comunicação, pois com a devida escuta das sugestões aspirando a possíveis reajustes do portal, o CNESNET pode ser considerado, se não já é, uma poderosíssima ferramenta de gestão e de pesquisa sobre o Sistema Único de Saúde e que essas apreciações devem ser analisadas como críticas construtivas a favor de uma melhoria no cuidado em saúde direto com a população. Na divergência entre os sistemas informacionais e os dados que cada instituição gera, a dispersividade das informações que as instituições produzem podem restringir análises mais aprofundadas para com as determinantes sociais em saúde e suas possíveis desigualdades, por isso a importância da compatibilização e da otimização dos dados em prol de um aproveitamento oportuno que cada instituição coleta (DRACHLER *et al.*, 2003).

## 5 CONCLUSÃO

Esse trabalho que se debruça sobre os dados cadastrais presentes no sistema virtual de banco de dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos em Saúde (CNESNET) sob domínio do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) até o presente ano corrente (2019) é uma análise parcial de uma política pública (Programa Academia da Saúde) que é bastante recente, criada no ano de dois mil e onze (2011), de uma série histórica curta de dados cadastrais perante terminologias de termos, palavras e conceitos que ainda estão em fase de maturação por entre as mais diversas instituições e movimentos.

Assim sendo, se conclui que a quantidade de polos do Programa Academia da Saúde depende da sua relação com as escalas territoriais que são abordadas de acordo com cada perspectiva territorial. Cidades com um número maior de polos do que em outras, coordenadorias regionais de saúde idem com um número maior de polos do que em outras, idem para com as regiões de saúde, macrorregiões de saúde e as regiões dos Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES). Outro destaque a frisar é a quantidade altíssima de polos cadastrados no CNESNET nos anos de dois mil e dezoito (2018) e dois mil e quinze (2015) e apenas um (01) polo cadastrado nos anos de dois mil e doze (2012) e dois mil e dezenove (2019).

Em relação aos dados informacionais presentes no CNESNET relacionados a constituição das equipes multiprofissionais em saúde presentes nesse espaço de saúde em questão, os dados demonstram uma certa ambiguidade de informações, como por exemplo, em relação a composição das categorias profissionais para com seus vínculos e subtipos de vínculos empregatícios pois as terminologias criadas pelo DATASUS não clarificam totalmente essa composição e também os conceitos propostos por essas terminologias não são demonstradas em primeira mão pelo sistema.

Além do mais a constituição das equipes destoa bastante de um polo em relação a outro. Existem equipes com apenas um profissional de saúde ou um profissional administrativo cadastrado no sistema, equipes com um número pertinente de profissionais que abarcam o rol de profissionais citados pelas portarias em suas definições e equipes que compõem com as mais diversas categorias profissionais que beiram a um espraiamento das possíveis categorias profissionais indicadas pelas políticas.

Se suscita também uma questão relacionada a hiperespecialização presentificada através do alto número de profissionais de educação física situados nesse espaço de saúde público que poderia ser analisada de forma profunda.

Ações que podem ser consideradas como passos próximos a seguir como por exemplo, sugestões de futuras pesquisas, entrevistas e diálogos com gestores, trabalhadores e usuários dos polos, acompanhamentos *in loco* dos respectivos espaços de saúde, costura dos dados obtidos com outros dados que possam disparar novos processos de discussão, financiamento e custeio da continuidade da pesquisa, entre outros, são ações que devem ser destacadas nessa guisa conclusiva e marcadas como possibilidades futuras.

Na tentativa de dialogar com produções científicas e documentos dos governos, federal e estadual, se indica que se faz necessário discussões mais imersivas que giram pelo entorno do programa com a intenção de multiplicar as discussões que tratam sobre o assunto num processo democrático, principalmente com os gestores em saúde. O diálogo com as diferentes personagens deve ser incessantemente estimulado com a perspectiva de propor um aprimoramento e otimização da organização do programa em busca das diretrizes (descentralização, regionalização, hierarquização e o controle/ participação social) e princípios (universalidade, integralidade e equidade) que o Sistema Único de Saúde sustenta e sustentou ao longo dos seus mais de trinta anos.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 5, n.9, p. 150-153, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 287**, de 8 de outubro de 1998. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287\\_08\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html). Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL. (Constituição, 1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Senado Federal, 1988. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em: 13 maio 2019.

BRASIL. Casa Civil - Subchefia de assuntos jurídicos. **Decreto n. 100**, de 16 de abril de 1991. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1990-1994/D0100.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0100.htm). Acesso em: 13 maio. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/?fbclid=IwAR3zgCz2Vo6L8kidx6ykWRZf7WQJ2WiwXqAp uYK3M-jFA8UJIZeRu5jfd9k> . Acesso em: 27 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o Programa Academia da Saúde**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/sismob2/pdf/Novos%20Gestores%20-ENTENDENDO%20O%20PROGRAMA.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2019.

BRASIL. **Lei n. 9601**, de 21 de janeiro de 1998. Brasília, 1998.

BRASIL. **Lei n. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei n. 8142**, de 28 de setembro de 1990. Brasília, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Informativa do Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2014a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia\\_saude\\_cartilha.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/academia_saude_cartilha.pdf). Acesso em: 8 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Monitoramento do Programa Academia da Saúde - Brasil e Rio Grande do Sul**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/devolutivas/DEVOLUTIVA-NACIONAL---cen--rio-RIO-GRANDE-DO-SUL--2015-FINAL.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama Nacional de Implementação do Programa Academia da Saúde - Ciclo 2017**. Brasília, 2018. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama\\_academia\\_saude\\_monitoramento\\_programa.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf). Acesso em: 11 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2019.

BRASIL. **Portaria de Consolidação n. 5**, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html). Acesso em: 4 maio 2019.

BRASIL . **Portaria n. 24**, de 14 de janeiro de 2014. Brasília, 2014d. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024\\_14\\_01\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0024_14_01_2014.html). Acesso em: 4 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 186**, de 14 de março de 2014. Brasília, 2014c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0186\\_14\\_03\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0186_14_03_2014.html). Acesso em: 16 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 376**, de 3 de outubro de 2000. Brasília, 2000. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/cnes/portarias/PT-376-2000.htm>. Acesso em: 12 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 719**, de 7 de abril de 2011. Brasília, 2011a. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_academia\\_saude\\_719.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_719.pdf). Acesso em: 4 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1707**, de 23 de setembro de 2016. Brasília, 2016. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707\\_23\\_09\\_2016.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1707_23_09_2016.html). Acesso em: 4 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.681**, de 7 de novembro de 2013. Brasília, 2013a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681\\_07\\_11\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html). Acesso em: 12 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 4 maio 2011.

BUSS, P.M.; FILHO, A.P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [online]., vol.17, n.1, p.77-93, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0103-7331. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 26 maio 2019.

BÜTTENBENDER, P. *et al.* Conselhos Regionais de Desenvolvimento (COREDES) RS: articulações regionais, referenciais estratégicos e considerações críticas.

**DRd - Desenvolvimento Regional Em Debate**, vol. 1, n. 1, p. 81-106, 2011.

Disponível em:

<https://doi.org/10.24302/drd.v1i1.66>. Acesso em: 4 maio 2019.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, F.F.B.de.; JAIME, P.C. O Programa Academia da Saúde - um estabelecimento de saúde da atenção básica. **Journal of Management and Primary Health Care** [online], vol.6, n.1, pp.47-64, 2015.

CARVALHO, F.F.B.de.; NOGUEIRA, J.A.D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, Jun. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601829&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601829&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 maio 2019.

CECCIM, R.B.; BILIBIO, L.F. Singularidades da educação física na saúde: desafios à educação de seus profissionais e ao matriciamento interprofissional. *In*: FRAGA, A.B.; WACHS, F. (org). **Educação Física e Saúde Coletiva**. Políticas de Formação e Perspectivas de Intervenção. Porto Alegre: UFRGS, 2007. p. 47-62.

DAMICO, J.G.S. Rasuras disciplinares e amputação de saberes. **Revista Movimento**. vol. 17, n. 3, jul./set. 2011. Porto Alegre, 2011.

DE AZEVEDO, A.B.; LIBERMAN, F.; MENDES, R. Pesquisa qualitativa e a perspectiva da Cartografia em Deligny e Deleuze/Guattari. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. vol. 14, n.1, São João del-Rei, p. 1-13, jan./mar. 2019.

DE PRASS, P.B.B. Retrato das academias de saúde na região macromissionária do Rio Grande do Sul. JORNADA DE PESQUISA, 21, Ijuí, RS 2016. **Anais [...]**. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaokonhecimento/article/view/6958>. Acesso em: 13 maio 2019.

DRACHLER, M. L. *et al.* Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 461-470, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 maio 2019.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUARDA, F.R.B. da *et al.* Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Rev Pan-Amaz Saude**, Ananindeua, v. 5, n. 4, p. 63-74, dez. 2014. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2176-62232014000400008&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000400008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 18 maio 2019.

LUZ, M.T.; BARROS, F.B. Racionalidades médicas e práticas integrativas e complementares em saúde: estudos teóricos e empíricos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 29, n. 4, 833-835, abr. 2013.

MALTA, D.C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, vol. 51, p. 1-10, jun. 2017. Suplemento.

MERHY, E. As vistas dos pontos de vista. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, ano 14, p. 1-7, maio/dez. 2013.

MERHY, E. **Capitalismo e a Saúde Pública**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

REVISTA BRASILEIRA SAÚDE DA FAMÍLIA. BRASÍLIA, 2013b. 1999-. ISSN 1518-2355.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Organização da Saúde no Território Gaúcho** - Município, CRS, Região de Saúde, Macrorregião e Coredes. Porto Alegre. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20190107/29150758-municipio-regiao-crs-macro-corede.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

SÁ, G.B.A.R. de *et al.* O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Ciência saúde coletiva**, vol.21, n.6, p.1849-1860, jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>. Acesso em: 15 maio 2019.

SILVEIRA FILHO, A.D. A saúde bucal nas esferas da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M. A. **Atenção básica no sistema único de saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo: Letras, 2008. p. 31-49.

SOUZA, L.L. de; COSTA, J.S.D. da. Interações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 765-772, ago. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000400017&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 maio 2019.

SOUZA, S.C.; LOCH, M. R. Intervenção do profissional de educação física nos núcleos de apoio à saúde da família em municípios do norte do paraná. **Revista brasileira de atividade física e saúde**[online]. vol.16, n.1, p. 5-10., 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.16n1p5-10>. Acesso em: 15 maio 2019.

TAVARES, D. M. S. *et al.* Interface ensino, pesquisa, extensão nos cursos de graduação da saúde na universidade federal do Triângulo Mineiro. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1080-1085, dez. 2007.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000600004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 maio 2019.

WIKISAÚDE. Categoria: **Contexto Histórico**. Brasília, DATASUS, 2019b. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Categoria:Contexto\\_Hist%C3%B3rico](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/Categoria:Contexto_Hist%C3%B3rico). Acesso em: 12 maio 2019.

WIKISAÚDE. **WIKI CNES**. Brasília, DATASUS, 2019a. Disponível em: [https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina\\_principal](https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal). Acesso em: 12 maio 2019.