



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Tusset, Dalila; Lacerda, Deborah Aline de Matos; Magalhães, Lorena Lima; Cavalcante, Fabiana Vieira Santos Azevedo; Silva, Juliana Rezende Melo da; Santana, Daniely da Silva
Programa Academia da Saúde: adaptações nos polos durante a pandemia da Covid-19
Saúde em Debate, vol. 46, núm. 8, Esp., 2022, pp. 62-74
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E805>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406375212006>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais informações do artigo
- ▶ Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Programa Academia da Saúde: adaptações nos polos durante a pandemia da Covid-19

Health Gym Program: adaptations in the centers during the COVID-19 pandemic

Dalila Tusset¹, Deborah Alline de Matos Lacerda¹, Lorena Lima Magalhães¹, Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante¹, Juliana Rezende Melo da Silva¹, Daniely da Silva Santana¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E805

RESUMO A pandemia da Covid-19 implicou a reorganização de serviços e processos de trabalho no Sistema Único de Saúde e trouxe limitações e desafios para os serviços da Atenção Primária à Saúde. O objetivo deste artigo foi apresentar as adaptações ocorridas na oferta de atividades do Programa Academia da Saúde (PAS) durante o período de março/2020 a julho/2021. Para tanto, foi realizado um estudo descritivo transversal por meio de dados coletados em questionário on-line. Participaram da investigação 1.373 polos em funcionamento. Observou-se que a suspensão da oferta de ações do PAS ocorreu em 70% dos polos, sendo que os estados do Amazonas e do Rio de Janeiro tiveram a maior prevalência de polos na situação de suspensão. Considerando os 411 polos com manutenção das atividades, em 313 deles houve a oferta de ações remotas, prevalecendo a disponibilização de vídeos por intermédio de aplicativos de mensagens instantâneas. Foi observado que em 41% dos polos houve a oferta de atendimento às pessoas com condições pós-Covid-19 e que as práticas corporais e as atividades físicas foram o principal tipo de atendimento. Os resultados obtidos podem subsidiar os gestores e os profissionais da saúde na implantação, implementação e sustentabilidade do PAS nos territórios.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Promoção da saúde. Sistema Único de Saúde. Pandemia.

ABSTRACT The COVID-19 pandemic implied the reorganization of the services and work processes in the Unified Health System and raised limitations and challenges to Primary Health Care services. This study aims to present the adaptations in the offer of activities of the Health Gym Program from March/2020 to July/2021. A cross-sectional descriptive study was carried out. Data were collected through an online questionnaire. A total of 1,373 operating poles were included in the analysis. The suspension of the actions offered in the Health Gym Program occurred in 70% of the poles. The states of Amazonas and Rio de Janeiro had the highest prevalence of poles in the suspension situation. Considering the 411 poles that maintained the activities, in 313 of them, there was the offer of remote actions, prevailing the availability of videos through instant messaging applications. In 41% of the poles, there was an offer of care to people with post-COVID-19 conditions, and body practices and physical activities were the main type of care. The results can support managers and health professionals in the implantation, implementation, and sustainability of the Health Gym Program in the territories.

KEYWORDS Primary Health Care. Health promotion. Unified Health System. Pandemic.

¹Ministério da Saúde (MS)
- Brasília (DF), Brasil.
dalilatuset@gmail.com



Introdução

A pandemia da Covid-19 implicou a reorganização de serviços e processos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). A emergência apresentada por essa pandemia, associada aos desafios técnicos e de gestão, ocasionou a priorização do atendimento hospitalar e ambulatorial¹ e a diminuição de outros de serviços públicos básicos de saúde². No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), houve um estímulo para o atendimento de casos leves e moderados de Covid-19, inclusive mediante incentivos para a criação de Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19³. Tal situação trouxe limitações e desafios para os serviços da APS, em especial, para a atenção às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), repercutindo em diminuição na prevenção e controle de determinadas condições⁴. Um dos programas da APS que contemplam o cuidado das pessoas com DCNT é o Programa Academia da Saúde (PAS), o qual está sendo implementado desde 2011 em diversos municípios brasileiros⁵⁻⁸.

O desenho teórico do PAS, ancorado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)⁹ e na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹⁰, foi delineado de modo a contribuir para a promoção da saúde, a produção do cuidado e os modos de vida saudáveis, por meio de práticas corporais e atividades físicas, ações de promoção da alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, entre outras possibilidades⁷.

O funcionamento do PAS ocorre em estabelecimentos de saúde da APS, tais como Unidades Básicas de Saúde (UBS) e polos, estabelecimentos com infraestrutura específica cuja construção nos municípios é viabilizada por intermédio de investimento federal, por emendas parlamentares e orçamento do setor de saúde. Desde o seu início, o PAS contemplou a construção de 4.081 polos em todos os estados, representando um investimento financeiro de cerca de R\$ 522 milhões de

reais. O Ministério da Saúde (MS) também financia o custeio para o funcionamento dos polos credenciados, atingindo, em 2022, o custeio de 1.829 polos do PAS com R\$ 3 mil reais mensais, mediante o cumprimento de critérios normatizados.

A implementação do PAS é monitorada mediante dois mecanismos: o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), cujo preenchimento é indispensável para fins de repasses do recurso de custeio mensal; e o formulário de 'Monitoramento Anual do PAS', que é utilizado pelo MS desde 2015 e foi idealizado para suprir necessidades de monitoramento, haja vista que o sistema oficial não dispunha de informações de natureza organizacional e gerencial. A edição do monitoramento de 2020, em razão da pandemia da Covid-19, foi adaptado e conduzido no segundo semestre de 2021.

Na perspectiva da gestão federal do PAS, a condução desse monitoramento é crucial para o acompanhamento longitudinal e tomada de decisão, pois possibilita conhecer a situação da implementação do programa, as limitações e os desafios enfrentados em nível estadual/distrital e local. Portanto, este artigo teve como objetivo apresentar as adaptações ocorridas na oferta de atividades do PAS nos polos participantes do monitoramento supracitado, no período de março/2020 a julho/2021. Diante do contexto pandêmico, as adaptações que alguns dos polos fizeram com o intuito de manter a continuidade das ações demonstram a resiliência desse tipo de serviço e dos profissionais e gestores responsáveis pela oferta de práticas nesses estabelecimentos de saúde da atenção primária.

Material e métodos

Realizou-se um estudo descritivo transversal por meio de dados coletados pela Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física (CGPROAF), do Departamento de Promoção da Saúde (Depros), da Secretaria

de Atenção Primária à Saúde (Saps) do MS. Como referência para as respostas, estipulou-se o período de março/2020 a julho/2021; e a coleta de dados foi realizada de 17 de novembro a 31 de dezembro de 2021.

O questionário eletrônico foi formulado pela equipe da CGPROAF, responsável pela gestão do PAS no nível federal, com a utilização do Microsoft Forms®. A formulação foi embasada em perguntas do formulário de monitoramento anual realizado desde 2015^{11,12}, porém, diversas adaptações e novos enfoques foram necessários em decorrência do contexto pandêmico e do fato de os respondentes serem técnicos ou gestores de Secretarias Municipais de Saúde (SMS) envolvidos com os polos em funcionamento, tanto aqueles que recebem custeio mensal do MS quanto os que são mantidos pela gestão local e/ou estadual/distrital. Além disso, em caso de haver mais de um polo no município, o questionário foi delineado de modo a serem coletadas informações individualizadas de cada um deles.

Houve rodadas internas de análise das perguntas e testes de respostas das versões preliminares antes do envio do *link* de acesso da versão final. O formulário foi composto de blocos comuns e de blocos específicos (para os casos de manutenção do funcionamento de polos durante a pandemia, no período de referência da coleta). Todas as perguntas foram objetivas, sendo, na maioria, respostas de múltipla escolha. Os blocos comuns foram relativos às perguntas sobre características dos respondentes, dos polos, do processo de trabalho dos profissionais e da suspensão de atividades. Já os blocos específicos centraram-se na

oferta de ações remotas e presenciais durante a pandemia e no atendimento às pessoas com condições pós-Covid-19.

O *link* para acesso ao questionário foi enviado para técnicos das Secretarias Estaduais e Distrital de Saúde que atuam na gestão do PAS, os quais, por sua vez, repassaram-no às SMS. Ressalta-se que o preenchimento foi voluntário e que não foram coletados dados acerca de obras dos polos, pois o enfoque centrou-se nos polos em funcionamento, informação autorreferida pelos respondentes. A análise quantitativa dos dados foi realizada por meio de frequência absoluta e relativa.

Resultados

Participaram da análise, 1.373 polos em funcionamento (*tabela 1*), segundo informação do respondente do questionário, sendo que, desses, 1.186 foram construídos com recursos federais e 187 são os reconhecidos como polos similares. Os estados com maior número de polos participantes foram Minas Gerais (n=304), Rio Grande do Sul (n=111) e Pernambuco (n=106).

A suspensão da oferta de ações do PAS em decorrência da pandemia da Covid-19 ocorreu em 70% (n=962) dos 1.373 polos participantes do monitoramento (*tabela 1*). Os estados do Amazonas (100%) e do Rio de Janeiro (96,2%) tiveram a maior parcela de polos na situação de suspensão; por outro lado, os estados de Minas Gerais (54,6%) e do Tocantins (58,1%) foram os estados com menor parcela de polos na referida situação (*tabela 1*).

Tabela 1. Situação dos polos participantes do monitoramento do Programa Academia da Saúde no período de março/2020 a julho/2021 por unidade da federação, Brasil, 2022

UF	Polos participantes	Suspensão das atividades		Manutenção das atividades	
		n	%	n	%
AC	16	15	93,8	1	6,3
AL	22	14	63,6	8	36,4
AM	6	6	100,0	0	0,0
BA	43	32	74,4	11	25,6
CE	54	40	74,1	14	25,9
DF	0	0	0	0	0
ES	11	10	90,9	1	9,1
GO	100	70	70,0	30	30,0
MA	11	9	81,8	2	18,2
MG	304	166	54,6	138	45,4
MS	35	24	68,6	11	31,4
MT	28	21	75,0	7	25,0
PA	43	31	72,1	12	27,9
PB	83	66	79,5	17	20,5
PE	106	78	73,6	28	26,4
PI	56	37	66,1	19	33,9
PR	77	59	76,6	18	23,4
RJ	26	25	96,2	1	3,8
RN	34	26	76,5	8	23,5
RO	5	4	80,0	1	20,0
RR	12	10	83,3	2	16,7
RS	111	74	66,7	37	33,3
SC	68	56	82,4	12	17,6
SE	21	15	71,4	6	28,6
SP	58	49	84,5	9	15,5
TO	43	25	58,1	18	41,9
Total	1.373	962	70,1	411	29,9

Fonte: elaboração própria.

A utilização do espaço dos polos do PAS, nos casos de suspensão das atividades previstas no Programa, está apresentada na *tabela 2*. Tratando-se de polos construídos com recursos do MS, a maioria (77%) apenas ficou fechada, mas também houve polos cuja destinação do espaço foi deslocada para centro de atendimento ou testagem de Covid-19

(10%) ou para procedimentos das UBS (13%) – orientações, triagens, acolhimento, vacinação, curativo, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, entre outras. Nos polos similares, em 71%, não houve cessão; 8% foram destinados para centro de atendimento ou testagem de Covid-19; e 21%, para procedimentos de UBS.

Tabela 2. Cessão do espaço físico do Programa Academia da Saúde, nos casos de suspensão de atividades previstas no Programa, para outros serviços durante a pandemia da Covid-19, por algum período entre março/2020 e julho/2021, Brasil, 2022

Forma de adesão	n	%
Polo construído mediante financiamento federal (n=880)		
Centro de atendimento ou testagem de Covid-19	86	10
Procedimentos UBS*	115	13
Não houve cessão do espaço	679	77
Polo similar (n=82)		
Centro de atendimento ou testagem de Covid-19	7	8
Procedimentos UBS*	17	21
Não houve cessão do espaço	58	71

Fonte: elaboração própria.

*Orientações, triagens, acolhimento, vacinação, curativo, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento etc.

Considerando os polos com manutenção das atividades, em 313 deles, houve a oferta de ações remotas, cujas características constam na *tabela 3*. Prevaleceu a disponibilização de vídeos por intermédio de aplicativos de mensagens instantâneas (73,8%), seguido de atendimento on-line com atividades coletivas (63,9%). A menor parcela de atividade remota foi de palestras realizadas por meio de emissoras de rádio, grupos de aplicativos

de mensagens instantâneas ou outras mídias digitais (17,6%). As principais formas de acesso da população a tais atividades foram por interesse individual (81,8%) e encaminhamento por equipes da APS (48,2%). Os temas mais comuns das ações remotas foram práticas corporais e atividades físicas (86,3%), orientações sobre como se proteger da Covid-19 (61%) e aconselhamento sobre comportamentos saudáveis (53,4%).

Tabela 3. Número e percentual de polos (n=313) segundo características das ações remotas ofertadas em algum período entre março/2020 e julho/2021, Brasil, 2022

Características das ações remotas	n	%
Meio de realização		
Disponibilização de vídeos por meio de grupos de aplicativos de mensagens instantâneas ou outras mídias digitais	231	73,8
Atendimento on-line com atividades coletivas	200	63,9
Reuniões (rodas de conversas e ações de educação em saúde) realizadas por meio de aplicativos de mensagens instantâneas ou outras mídias digitais	116	37,1
Palestras realizadas por meio de emissoras de rádio, grupos de aplicativos de mensagens instantâneas ou outras mídias digitais	55	17,6
Outras	84	26,8
Forma de acesso		
Acesso livre por interesse do usuário	256	81,8
Encaminhamento por equipes da Atenção Primária	151	48,2
Encaminhamento por profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família	132	42,2
Encaminhamento por profissionais de outros pontos da Rede de Atenção à Saúde	35	11,2

Tabela 3. Número e percentual de polos (n=313) segundo características das ações remotas ofertadas em algum período entre março/2020 e julho/2021, Brasil, 2022

Características das ações remotas	n	%
Temas das ações		
Práticas corporais e atividades físicas	270	86,3
Orientações sobre como se proteger da Covid-19	191	61,0
Aconselhamento sobre comportamentos saudáveis	167	53,4
Promoção do autocuidado	147	47,0
Atendimento para suspeita de Covid-19	74	23,6
Práticas Integrativas e Complementares (meditação, yoga, terapia comunitária integrativa etc.)	39	12,5
Outros	65	20,8

Fonte: elaboração própria.

O atendimento de pessoas com condições pós-Covid-19 também foi investigado. Entre os polos participantes do monitoramento, 41% (n=560)

realizaram atendimento com esse enfoque, sendo que, em 19,3% dos polos, houve atendimento exclusivo para tais condições (tabela 4).

Tabela 4. Oferta de atividades para o cuidado de pessoas com condições pós-Covid-19 em polos do Programa Academia da Saúde (n=560), Brasil, 2022

Características da oferta	n	%
Atendimento exclusivo		
Sim	108	19,3
Não	452	80,7
Tipos de atendimento		
Reabilitação motora	306	54,6
Reabilitação respiratória	310	55,4
Reabilitação cardiovascular	137	24,5
Atendimento psicológico	178	31,8
Práticas corporais e atividade física	462	82,5
Práticas integrativas e complementares	153	27,3
Referenciamento dos usuários ao polo		
Por equipes da APS (ESF, EAP)	461	82,3
Por equipes multiprofissionais da APS	278	49,6
Por profissional do serviço de atenção domiciliar	44	7,9
Por profissional do nível secundário ou terciário após alta hospitalar	97	17,3
Por profissionais de outros pontos da rede	131	23,4
Usuário buscou diretamente o serviço	230	41,1

Fonte: elaboração própria.

O cuidado para pessoas com condições pós-Covid-19 contemplou, em maiores proporções, reabilitação motora (54,6%), reabilitação respiratória (55,4%) e práticas corporais e atividades físicas (82,5%); e, em menores

proporções, reabilitação cardiovascular (24,5%), atendimento psicológico (31,8%) e práticas integrativas e complementares (27,3%) (tabela 4). Ainda, sobre a forma de acesso dos usuários aos atendimentos, sobressaiu-se o

referenciamento realizado pelas equipes da APS – equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Primária (82,3%) e pelas equipes multiprofissionais (49,6%). A busca direta dos usuários pelo atendimento também foi expressiva (41,1%) ao passo que o encaminhamento por serviços dos outros níveis de atenção representou percentuais inferiores (atenção domiciliar: 7,9%; nível secundário e terciário: 17,3%; outros pontos da rede: 23,4%).

Discussão

Os resultados encontrados forneceram informações sobre as adaptações ocorridas no âmbito do PAS, em nível local e durante a pandemia, no que tange a: manutenção ou suspensão da oferta das atividades; cessão do espaço de funcionamento do PAS para outros serviços; oferta de atividades remotas; abordagem de temas relativos à Covid-19 no cotidiano das práticas; e incorporação de atendimento para pessoas com condições pós-Covid-19 como atividade do PAS.

O número de polos alcançados no monitoramento atingiu um percentual esperado pela gestão federal do Programa de 87%, visto que, até o início da coleta de dados, havia cerca de 1.579 polos, construídos e similares, com custeio mensal do MS aprovado para fins de manutenção do funcionamento dos polos, de acordo com as portarias de credenciamento e de descredenciamento do PAS publicadas pelo MS de 2011 a julho de 2022. Houve representação de todas as unidades da federação, com exceção do Distrito Federal, o qual possui apenas um polo em funcionamento e que não respondeu ao monitoramento analisado.

Os estados com participação mais expressiva nesse monitoramento foram Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Pernambuco, que possuem maiores números de polos em funcionamento e que recebem custeio mensal do MS para sua manutenção. Para o estado de Minas Gerais, alguns fatores podem influenciar o engajamento de atores envolvidos com a implementação

do PAS, como a maior concentração de polos do PAS em funcionamento e custeados pelo governo federal em comparação aos demais estados, o histórico de participação dos municípios desse estado nos monitoramentos anuais do PAS^{5,8,12} e a existência da Política Estadual de Promoção da Saúde, mediante a qual as ações do PAS são fortalecidas.

A natureza das ações previstas para o PAS é, principalmente, de caráter coletivo e voltada para o enfrentamento das DCNT. Sabe-se que o horário de funcionamento dos polos e as atividades comumente ofertadas acabam por atrair a participação de pessoas mais vulneráveis no cenário pandêmico, como idosos, atualmente os principais usuários do PAS¹², e pessoas com DCNT. Desse modo, durante o contexto pandêmico, as atividades coletivas foram comprometidas devido ao risco de contágio, e, portanto, suspensas ou demandaram adaptação na forma de oferta, como a ocorrência por meio remoto. Outro estudo revelou também a diminuição de atividades de grupo na APS, ao exemplo daquelas previstas no PAS¹³.

O estado do Amazonas foi o único com suspensão total dos polos em funcionamento no período estudado. Esse resultado pode ter vinculação à complexa situação que o Amazonas enfrentou, sendo o estado com a situação mais grave de óbitos e casos nas duas ondas da pandemia¹⁴. Adicionalmente, os estados do Rio de Janeiro e de Minas Gerais, os quais, respectivamente, estão entre os estados com maior e menor percentual de polos com atividades suspensas, apresentaram piores índices de casos na segunda onda¹⁴. Apesar de índices críticos de Covid-19, a situação verificada em Minas Gerais pode ser compreendida pelo fato de as gestões estadual e municipais terem logrado êxito na reorganização e nas adaptações inerentes ao contexto da pandemia para a manutenção do funcionamento de polos do PAS.

Quanto à cessão do espaço dos polos para o abrigar outros serviços relacionados com a pandemia, entende-se que isso representa os

esforços de reorganização dos serviços e da otimização dos estabelecimentos de saúde para fortalecer o enfrentamento da Covid-19. Houve um percentual maior de realização de procedimentos das UBS nos polos similares, como orientações, triagens, acolhimento, vacinação, curativo e consultas. Isso pode ter ocorrido pela questão de o PAS, em alguns polos similares, funcionar na estrutura física das UBS, o que favorece a integração entre os serviços e os profissionais envolvidos em cada um deles.

Em relação às ações remotas, observou-se a predominância da utilização de aplicativos de mensagem instantânea, do envio de vídeos, e da temática de práticas corporais e atividades físicas. Outros estudos corroboram com esses resultados. Guimarães et al.¹⁵, ao investigar as estratégias tecnológicas para atividade física, incluindo a forma coletiva de oferta, mostram que vídeos e utilização de aplicativos de mensagens, tanto para homens quanto para mulheres, foram os mais utilizados no trabalho de profissionais de educação física. Nóbrega et al.¹⁶ elaboraram protocolos de oferta de atividade física remota para usuários da APS, com incorporação de vídeos e outras ferramentas tecnológicas, cuja avaliação mostrou a permanência dos usuários aderidos ao PAS ao longo da pandemia. Todavia, os autores destacaram que a adesão ao formato remoto do PAS foi menor para pessoas com baixa renda, baixa escolaridade e idosos, em função da restrição de acesso e/ou dificuldade com recursos tecnológicos.

Nesse sentido, as adequações realizadas nas práticas ofertadas nos polos do PAS, como a disponibilização das ações remotas, demonstraram a capacidade de resiliência dos profissionais e gestores que buscaram formas de se adaptarem às demandas da APS no momento pandêmico, com a manutenção do vínculo com os usuários e a garantia do cuidado em saúde, mesmo diante de situações adversas e inesperadas como as que foram causadas pela pandemia da Covid-19. Cabe destacar que a capacidade de superar adversidades é uma

característica dos profissionais e gestores do SUS¹⁷, que necessitou ser potencializada em meio ao contexto pandêmico. De acordo com Medina et al.¹⁸, a pandemia exigiu rápidas e assertivas respostas dos serviços de saúde que tiveram que ser reorganizados em todos os seus componentes. No que diz respeito à APS, destaca-se que, além da necessidade de preservação das atividades de rotina, a inserção de novas modalidades de cuidado a distância minimizou as restrições no acesso aos serviços de saúde.

Quanto aos temas das atividades remotas, os mais prevalentes (atividade física, autocuidado, prevenção) estão em consonância com o cenário pandêmico, o qual demandava a adoção de autocuidado e medidas protetivas. A atividade física, como tema mais prevalente, tem sido historicamente também a principal atividade ofertada nacionalmente no âmbito do PAS¹². Ademais, a prática de atividade física ganhou destaque durante a pandemia, já que evidências científicas demonstraram a importância da atividade física como fator de proteção na prevenção de formas graves da doença^{19,20}, bem como seus benefícios para a saúde mental da população durante a pandemia²¹.

Acerca das formas de acesso dos usuários do PAS às ações remotas, observou-se que o interesse individual e o encaminhamento por profissionais da APS foram as formas mais prevalentes. Os polos do PAS constituem-se um ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), inseridos na APS, a principal porta de entrada do SUS^{5,11}. Nesse sentido, o acesso ao serviço por meio do interesse individual dos usuários pode ser considerado um ponto positivo de um serviço acessível ao passo que os encaminhamentos por intermédio dos profissionais da APS e dos profissionais de equipes multiprofissionais podem representar a interlocução entre os pontos da RAS e um cuidado integral em saúde. Todavia, tal resultado precisa ser interpretado com cautela, pois não se investigou o processo de referência e contrarreferência a partir do polo. Estudos

apontam a dificuldade de articulação dos serviços da RAS, interferindo nesse mecanismo barreiras comunicacionais e de responsabilização de profissionais envolvidos^{22,23}.

No que se refere ao cuidado de pessoas com condições pós-Covid-19, os estudos ainda são incipientes na literatura. Em uma revisão rápida cujo objetivo foi identificar as manifestações das condições pós-Covid-19 na literatura mundial, o estudo apontou que as manifestações respiratórias como fadiga, dispnéia e tosse apresentaram maior prevalência²⁴. Manifestações neurológicas, psicopatológicas, cardiovasculares e musculoesqueléticas também foram identificadas. Outro estudo sobre as manifestações e a reabilitação no período pós-Covid-19 demonstrou que intervenções que contemplam o manejo postural e a prescrição de exercícios físicos apresentaram efeitos potencialmente positivos na reabilitação de doenças e transtornos respiratórios e na melhora de indicadores fisiológicos e metabólicos²⁵.

Nessa direção, os resultados dos estudos supracitados corroboram os achados identificados na oferta do cuidado às condições pós-Covid-19 nos polos do PAS, sendo as práticas corporais e as atividades físicas, a reabilitação motora e a reabilitação respiratória as atividades mais comumente ofertadas. Ainda, além da demanda por tais cuidados, destaca-se o papel dos profissionais de educação física e dos fisioterapeutas como categorias profissionais mais frequentes nos polos do PAS e, por vezes, responsáveis pela oferta e coordenação do cuidado¹². Cabe destacar também o quantitativo de polos que tiveram atendimento exclusivo para tais condições, o que pode ter ocorrido por causa da alta demanda comunitária por esse tipo de cuidado e da convergência dos atendimentos e das atividades contidas na rotina dos serviços dos polos. Ademais, o atendimento de usuários com condições pós-Covid-19 nesses estabelecimentos, além de ter sido influenciado pela situação sanitária vivenciada com a pandemia da Covid-19, reforça um dos objetivos do PAS, que é ser

um ponto da RAS que atua na produção do cuidado prestado no SUS²⁶.

Ainda que a capacidade de adaptação às demandas ocasionadas pela pandemia seja um ponto positivo demonstrado pelo monitoramento analisado, o fato de 70% dos polos terem suspenso as ações tradicionalmente desenvolvidas no PAS pode estar relacionado com alguns fatores, como o desconhecimento de como seria a evolução da pandemia e o risco de contágio na realização das atividades coletivas. Além disso, de acordo com os monitoramentos do PAS, ciclo 2017 e ciclo 2019, são dificuldades que permeiam a gestão do PAS: a elevada rotatividade dos gestores municipais; a dificuldade de articulação interna com outras áreas e a construção de parcerias intersetoriais; a articulação com os profissionais das equipes de saúde da família e multiprofissionais; a insuficiência de recursos financeiros; a disponibilidade de materiais e apoio; e o vínculo temporário de contratação dos profissionais^{8,12}. Essas dificuldades podem fragilizar os polos na RAS e influenciar o fortalecimento e a sustentabilidade das ações do PAS.

A oferta das práticas integrativas e complementares foram referidas em menor proporção no cuidado às condições pós-Covid-19 nos polos do PAS apesar de essas práticas estarem entre as principais ofertadas no âmbito do PAS¹² e constituírem os principais serviços no cuidado pós-Covid-19, conforme descrito em um mapeamento de abrangência internacional de estudos sobre reabilitação de condições pós-Covid-19 e suas possíveis sequelas²⁵.

Considerações finais

O presente artigo teve como objetivo apresentar a reorganização da oferta de atividades nos polos do PAS considerando o contexto da pandemia da Covid-19. O questionário disponibilizado aos gestores municipais e profissionais dos polos teve um expressivo alcance de respondentes em todas as unidades da federação, com exceção do Distrito Federal.

Destaca-se que a contribuição desses atores nos monitoramentos anuais subsidia na implantação, implementação e sustentabilidade do PAS nos territórios.

De modo geral, os resultados mostraram o impacto da pandemia para esses estabelecimentos de saúde uma vez que a suspensão da oferta de ações ocorreu em 70% dos polos. Para aqueles estabelecimentos com manutenção das atividades, os resultados reforçam a relevância do PAS na RAS por configurar-se como equipamento de saúde com capacidade de adaptar-se às distintas realidades sanitárias, absorvendo temáticas relativas à Covid-19 e à atenção às condições pós-Covid-19. Além disso, demonstraram a resiliência dos profissionais e gestores do SUS na formulação das readequações que foram necessárias pelo período pandêmico.

Ainda, no que diz respeito ao cuidado de pessoas com condições pós-Covid-19, observou-se que as práticas corporais e atividades físicas foram o principal tipo de atendimento, reforçando a importância da atividade física e sua inserção no âmbito da promoção da saúde, da prevenção e da reabilitação.

Por fim, reitera-se a necessidade de estudos que aprofundem outros aspectos do PAS visando à qualificação das ações nos polos e da gestão em todos os níveis de organização.

Colaboradoras

Tusset D (0000-0002-2710-2184)* contribuiu para a concepção da ideia, condução do estudo, análise dos dados e redação do artigo. Lacerda DAM (0000-0003-1978-8304)* contribuiu para a concepção da ideia, condução do estudo, análise dos dados, redação e revisão final do artigo. Magalhães LL (0000-0002-3860-7591)* contribuiu para a concepção do questionário da coleta de dados e revisão da redação final do artigo. Cavalcante FVSA (0000-0003-1409-8662)* contribuiu para a concepção do trabalho, aquisição, análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada. Silva JRM (0000-0002-0357-9631)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Santana DS (0000-0002-8129-4789)* contribuiu para a revisão final do artigo. ■

Referências

1. Giovanella L, Martufi V, Mendoza DCR, et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. *Saúde debate*. 2020. [acesso em 2022 jun 13]; 44(4):161-176. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LTxlz5prtrLwWLzNJZfQRy/?format=pdf&lang=pt>.
2. Mendes EV. O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da covid-19 ou o paciente invisível. 2020. [acesso em 2022 jun 13]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020. Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à Covid-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). *Diário Oficial da União*. 1 Jun 2020. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.445-de-29-de-maio-de-2020-259414867>.
4. Chisini LA, Castilhos ED, Costa FS, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on prenatal, diabetes and medical appointments in the Brazilian National Health System. *Revista Bras Epidemiol*. 2021 [acesso em 2022 jun 12]; (24):E210013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/XFbBvgSPLDWS98vpcS3TRQ/?format=pdf&lang=en>.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016. Brasília, DF: MS; 2017. [acesso em 2022 jun 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/panorama_nacional_academia_saude_2016.pdf.
6. Petermann XB, Bocourek S, Battistella LF. Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil: um estudo sobre o Programa Academia da Saúde como estratégia para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica. In: VIII Encontro Brasileiro de Administração Pública; 2021 nov 3-5; Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Administração Pública; 2021. p. 1-15. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <https://sbap.org.br/ebap/index.php/home/article/view/188/12>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Academia da Saúde: Caderno técnico de apoio à implantação e implementação. Brasília, DF: MS; 2019. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ0MQ==>.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017. Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2022 jun 12]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 22 Set 2017. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/doi-10.1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF: MS; 2018. [acesso em 2022 jun 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.
11. Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, et al. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2016. [acesso em 2022 jun 13]; 21(6):1849-1859. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GKJqmfSpNC3kxb9PbyL3Gqf/?format=pdf&lang=pt>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Monitoramento do Programa Academia da Saúde – Ciclo 2019. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 jul 12]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/monitoramento_academia_saude_2019.pdf.
13. Santos MCS, Oliveira NR, Barros DRRE, et al. Adaptações nos serviços de atenção primária à saúde frente ao covid-19: vivências multiprofissionais. *Estudos Avanç. sobre Saúde e Natu.* 2021. [acesso em 2022 jul 13]; (1):30-45. Disponível em: <https://www.periodicojs.com.br/index.php/easn/article/view/246>.
14. Siqueira CAS, Freitas YNL, Cancela MC, et al. COVID-19 no Brasil: tendências, desafios e perspectivas após 18 meses de pandemia. *Rev Panam Salud Publica.* 2022 [acesso em 2022 jun 13]; 46(74):1-9. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56146/v46e742022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Guimarães JAC, Guerra PH, Ueno DT, et al. Estudo transversal sobre uso de ferramentas virtuais para orientar a atividade física durante a COVID-19. *Rev Bras Atividade Física e Saúde.* 2020 [acesso em 2022 jun 5]; 25(e0150):1-8. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14410/11086>.
16. Novaes CRMN, Wanderley FAC, Falcão IM, et al. Protocolo de atividade física remoto para grupos de Academia da Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Atividade Física e Saúde.* 2020 [acesso em 2022 jun 5]; 25(e0167):1-6. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/14370/11097>.
17. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet.* 2019 [acesso em 2022 jul 1]; 394(10195):345-56. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanour/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/fulltext).
18. Medina MG, Giovanella L, Bousquat A, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2022 jul 10]; 36(8):1-5. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-36-08-e00149720.pdf>.
19. Souza FR, Santos DM, Soares DS, et al. Association of physical activity levels and the prevalence of COVID-19-associated hospitalization. *J. Scien. Med. Sport.* 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 9(24):913-8. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/sdfe/reader/pii/S1440244021001365/pdf>.
20. Tavakol Z, Ghannadi S, Tabesh MR, et al. Relationship between physical activity, healthy lifestyle and COVID-19 disease severity; a cross-sectional study. *J Public Health (Berl.): From Theory to Practice.* 2021 [acesso em 2022 jun 10]; (2023)31:267-275. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10389-020-01468-9.pdf>.
21. Wolf S, Seiffer B, Zeibig JM, et al. Is Physical Activity Associated with Less Depression and Anxiety During the COVID-19 Pandemic? A Rapid Systematic Review. *Sports Medicine.* 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 51:1771-1783. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40279-021-01468-z.pdf>.
22. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. *Cogitare Enferm.* 2016 [acesso em 2022 jun 10]; 21(1):01-8. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27700>.
23. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, et al. Referência e contrarreferência na Saúde da Família: percepção dos profissionais de saúde. *Rev. APS.* 2013 [acesso em 2022 jun 10]; 16(3):287-93. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15213/8028>.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Manifestações clínicas e laboratoriais pós-covid: Quais são as manifestações clínicas persistentes, sequelas ou complicações da covid-19? *Revisão Rápida.* Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2022 jun 12]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/02/1358553/27_rr_depos_pos-covid.pdf.

25. Miranda RAR, Ostolin TLVP. Mapa de Evidências sobre sequelas e reabilitação pós-Covid-19: relatório completo. São Paulo: OPAS; 2022. [acesso em 2022 jul 5]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/05/1366821/mapa-de-evidencias-covid-sequelas-relatorio-completo-30mar22.pdf>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de

saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 5 Set 2007. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0005_03_10_2017.html.

Recebido em 31/07/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve