UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
REGIONAL JATAÍ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

AMARI OLIVEIRA SILVA

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA
APROXIMAÇÕES ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

JATAÍ-GO
2017

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: ☒ **Dissertação** ☐ **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: Amauri Oliveira Silva

Título do trabalho: Programa Academia da Saúde: Contribuições para aproximação entre Promoção da Saúde e Educação

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento ☒ SIM ☐ NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.

Assinatura do(a) autor(a)

Ciente e de acordo:

Assinatura do(a) orientador(a)

Data: 20 / 09 / 2017

AMARI OLIVEIRA SILVA

**PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES PARA
APROXIMAÇÕES ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal de Goiás - Regional Jataí para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Cultura e Processos de Ensino e Aprendizagem.

Orientadora: Professora Dra. Cátia Regina Assis Almeida Leal

**JATAÍ-GO
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Silva, Amauri Oliveira

Programa Academia da Saúde: contribuições para
aproximações entre Promoção da Saúde e Educação / Amauri
Oliveira Silva. - 2017.
clxiii, 163 f.

Orientador: Prof. Cátia Regina Assis Almeida Leal.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás,
Unidade Acadêmica Especial de Educação, Programa de Pós-
Graduação em Educação, Jataí, 2017.

À Sistema Único de Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3.
Programa Academia da Saúde. 4. Educação. I. Leal, Cátia
Regina Assis Almeida, orient. II. Título.

CDU 37

**Universidade Federal de Goiás
Regional Jataí
Programa de Pós-Graduação em Educação**

Ata de Defesa Pública de Dissertação de Mestrado

Área de Concentração: Educação

Linha de Pesquisa: Cultura e Processos de Ensino e Aprendizagem

Ano de Ingresso: 2015

Aos dezoito dias do mês de Agosto de 2017, às 13h30min, na sala de defesas dos Programas de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás/Regional Jataí, Estado de Goiás, iniciaram-se os trabalhos referentes à Defesa Pública de Dissertação de Mestrado do candidato **AMAURI OLIVEIRA SILVA** com o trabalho intitulado: **"PROGRAMA ACADEMIA DA SAUDE: CONTRIBUIÇÕES PARA APROXIMAÇÕES ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO"**. A Comissão Examinadora, constituída pelos membros Prof.^a Dr.^a Cátia Regina Assis Almeida Leal, presidente; Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista e a Prof.^a Dr.^a Ângela Rodrigues Luiz, considerou o candidato **AMAURI OLIVEIRA SILVA: APROVADO (X) REPROVADO ()**. Foi concedido um prazo de 30 dias, para o candidato efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

Prof.ª Dr.ª Cátia Regina Assis Almeida Leal
Orientadora /Presidente /PPGE/REJ/UFG

Prof. Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista
Membro Externo/FEFD/REG/UFG

Prof.ª Dr.ª Ângela Rodrigues Luiz
Membro Externo/EF/REJ/UFG

Aos meus pais Almari José de Oliveira e Vera Uilda Silva Oliveira.

A minha esposa Fabiane Silva Alves e minha filha Isabela Caroline Alves Oliveira

Agradecimentos

À minha orientadora Prof^a Dr^a Cátia Regina Assis Almeida Leal por todo amor e paciência, com que, conduziu todo o processo de orientação. Minha eterna gratidão, por todos os momentos de aprendizagem.

À Prof^a Dr^a Angela Rodrigues Luiz e Ao Prof. Dr. Tadeu João Ribeiro Baptista pela disponibilidade e prontidão com que atenderam ao nosso convite, bem como a suas orientações, apontamentos e correções que ampliam nosso conhecimento.

À meus pais pelo que me ensinaram durante toda minha vida, com destaque ao amor pelo que fazem e aos seus.

À meus amigos professores e colegas de mestrado pelos grandes momentos que passamos em sala de aula e por tudo que construímos “amizade para sempre”.

Aos amigos e irmãos em Cristo que me sustentam em oração e são motivo de alegria.

Ao meu irmão e amigo Gabriel pela amizade e pela ajuda constante e fiel.

À minha esposa Fabiane e filha Isabela por serem minhas mulheres que tanto amo, me dão motivação, alegria, contentamento, felicidade e quantos outros adjetivos mais que descrevem uma família centrada no amor de DEUS “Amo vocês”.

À DEUS pela vida, direção, sustento e alegria de conhecê-lo e servi-lo.

“Deus tem, em si mesmo, e de si mesmo, toda vida, glória, bondade, e bem-aventurança. Ele é todo suficiente em si mesmo e para si, pois não precisa das criaturas que trouxe a existência, não deriva delas glória alguma, mas somente manifesta a sua glória nelas, por elas, para elas e sobre elas. Ele é a única origem de todo ser; dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas e sobre elas tem Ele soberano domínio para fazer com elas, para elas e sobre elas tudo quanto quiser”.

Confissão de Fé de Westminster.

RESUMO

SILVA, Amauri Oliveira Silva. *Programa Academia da Saúde: contribuições para aproximações entre Promoção da Saúde e Educação*. 2017. 163f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2017.

O trabalho resulta de uma investigação sobre como a Educação no Sistema Único de Saúde (SUS) norteia as ações de Promoção da Saúde no Programa Academia da Saúde (PAS). Os objetivos são: analisar como o Programa Academia da Saúde constitui-se em elemento de Promoção e Educação em Saúde no SUS; identificar, descrever e averiguar os seus nexos constitutivos; compreender e examinar os documentos referentes às bases de sua criação e estruturação; realizar o mapeamento e a descrição das condições atuais de sua implementação no país; e analisar suas bases teóricas, identificando as suas mediações com a educação. Procurando analisar de forma minuciosa, cuidadosa e comprometida com o objeto, evitando o que estava posto no imediato, buscando compreender seu movimento, essência, complexidade, totalidade e história, optou-se pelo método do materialismo histórico-dialético. Nele, as análises são guiadas pelo entendimento de que, o que está posto na realidade só poderá ser compreendido, sem risco de reducionismo, por meio da compreensão das relações materiais que lhe deram origem, observando no objeto toda a sua dinâmica sócio-histórica, dos condicionantes históricos que o influenciam. Contribuindo com a pesquisa, foi realizada uma pesquisa documental de políticas públicas de saúde e portarias sobre o Programa e uma pesquisa bibliográfica em base de dados, artigos de revistas, banco de dissertações e teses, entre outros. Os resultados mostraram o quanto as ações de Promoção da Saúde carecem de práticas educativas pautadas no paradigma da Saúde Coletiva, para não incorrer de reproduzir no PAS atividades de educação sanitária pautadas no paradigma biomédico. A educação em Saúde do PAS tem suas bases teóricas fundamentadas na educação popular, fundamental no processo de consolidação do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Promoção da Saúde; Programa Academia da Saúde e Educação.

ABSTRACT

SILVA, Amauri Oliveira. Health Academy Program: contributions for approximations between Health Promotion and Education. 2017. 163f. Dissertation (Master of Education) - Federal University of Goiás, Jataí, 2017.

The work results from an investigation about how education in the Single Healthcare System (SUS - Sistema Único de Saúde) guides the actions of Health Promotion in the Health Gym Program (PAS – Programa Academia da Saúde). The objectives are: to analyse how the Health Gym Program consist in na element of Health promotion in SUS; identify, describe and ascertain their contituent links; perceive and examine the documents referring to bases of creation and structuring; execute the maping and description of the current conditions of the irimplementation in the country; and construe their theoretical bases, identifying their mediations with education. Trying to make a meticulous analysis, carefully and committed with the object, avoiding what was immediate, searching to understand its movement, essence, complexity, totality and history, was chosen the historical-dialetical materialism method. In it the analysis are guided by the knowlegde that what is put in the reality only can be understood without risk of reducionism through compreenention of the materials relations that gave origins, observing in the object all its socio-historical dynamics, of the historical conditioning that influenced it. Contributing to the study, a documentary research of public health policies and ordinance was carried out on the program and a bibliographical research in database, magazines articles, Banks of theses and others. The results showed that the actions of the Health Program needs of educational practices based on the Collective Health paradigm, in order to not incurreproducing in the PAS health education activities based on the biomedical paradigm. The Health education from PAS has its fundamental theoretical bases based on popular education, fundamental in the process of consolidation of SUS.

Keywords: Single Healthcare System; Health Promotion; Health Gym Program and Education.

LISTA DE TABELAS

Tabela	1	Programação Arquitetônica dos Pólos básicos, 2011-2016.	77
Tabela	2	Programação Arquitetônica dos Pólos intermediários, 2011-2016.	78
Tabela	3	Programação Arquitetônica dos Pólos ampliados, 2011-2016.	80
Tabela	4	Investimento Financeiro do MS para a Construção dos Polos, 2011-2016	87

LISTA DE QUADROS

Quadro	1	Diferenças conceituais entre os termos Promoção da Saúde e prevenção de doenças.	49
Quadro	2	Aspectos históricos e concepções de educação em saúde.	105

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico	1	Mapeamento das propostas de implantação do PAS 2012-2016	82
Gráfico	2	Distribuição dos polos do PAS por modalidade e região.	85
Gráfico	3	Funcionamento dos Polos pelo SAGE, SCNES e Portarias.	88

LISTA DE FIGURA

Figura	1	Mapa da distribuição de Projetos de Promoção da Saúde - 2009.	65
Figura	2	Perspectiva do Polo de Modalidade Básica.	77
Figura	3	Perspectiva do Polo de Modalidade Intermediária.	79
Figura	4	Perspectiva do Polo de Modalidade Ampliada.	81

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva.
ABRES - Associação Brasileira de Economia em Saúde. AMPASA - Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde.
APS - Atenção Primária em Saúde.
APSP - Associação Paulista de Saúde Pública.
AT - Área Total.
AU - Área Unitária.
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.
Cap. - Capítulo.
CBOs - Cadastro Brasileiro de Ocupações.
CDC - Centro de Controle e Prevenção de Doenças.
CEBES - Centro Brasileiros de Estudos em Saúde.
CELAFISCS - Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul.
Cenepi - Centro de Epidemiologia.
CIPS - Conferência Internacional de Promoção da Saúde.
CIT - Comissão de Intergestores Tripartite.
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
CNS - Conselho Nacional de Saúde.
CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.
DATASUS - Departamento de Informática do SUS.
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis.
DeCS - Descritores em Ciências da Saúde.
DEVDPNTPS - Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.
DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias.
DIC - Doenças Infecto Contagiosas.
ESF - Estratégia de Saúde da Família.
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.
FMI - Fundo Monetário Internacional.
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado.
MS - Ministério da Saúde.
OMS - Organização Mundial de Saúde.
ONU - Organização das Nações Unidas.
PAC - Programa Academia da Cidade.
OPAS - Organização Pan Americana de Saúde.
PABV - Piso de Atenção Básica Variável.
PAS - Programa Academia da Saúde.
PEMS - Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde.

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica.
PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde.
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares.
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde.
PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
PPGE - Programa de Pós Graduação em Educação.
PS - Promoção da Saúde.
PSF - Programa de Saúde da Família.
PUCPR - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
Qt. - Quantidade.
RAS - Redes de Atenção à Saúde.
REJ - Regional Jataí.
RNAF - Rede Nacional de Atividade Física.
SAS - Secretaria de Atenção à Saúde.
SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégia.
SBB - Sociedade Brasileira de Bioética.
SBME - Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte.
SciELO - *Scientific Electronic Library Online*.
SILOS - Sistemas Locais de Saúde.
SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras.
SMS - Secretaria Municipal de Saúde.
SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde.
UBS - Unidade Básica de Saúde.
UFBA - Universidade Federal da Bahia.
UFG - Universidade Federal de Goiás.
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais.
UFPEL - Universidade Federal de Pelotas.
UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas.
UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.
USP - Universidade de São Paulo.

SUMÁRIO

Introdução	13
<i>Delineando a pesquisa</i>	<i>15</i>
 1 Criação, constituição e estruturação do PNPS	 23
1.1 <i>Relação Saúde-Doença: um debate em construção</i>	24
1.2 <i>Relação Saúde-Doença: as DCNT e a epidemiologia como elementos potencializadores do debate</i>	31
1.3 <i>Promoção da Saúde e a constituição da relação saúde-doença</i>	38
1.3.1 Cartas de Promoção da Saúde	43
1.3.2 Cidades Saudáveis e a Promoção da Saúde	45
1.4 <i>Promoção da Saúde e o SUS</i>	48
1.4.1 Promoção da Saúde e a PNPS	53
1.4.2 Promoção da Saúde e a PNAB	58
 2 Promoção da Saúde e o PAS	 62
2.1 <i>Programas de Promoção da Saúde: precursores do PAS</i>	64
2.1.1 Programa de Orientação ao Exercício em Vitória (1990)	66
2.1.2 Programa Agita São Paulo (1996)	67
2.1.3 Programa CuritibaAtiva (1998)	69
2.1.4 Programa Academia da Cidade (2002)	71
2.2 <i>Implantação e implementação do PAS</i>	73
2.2.1 Estruturação dos polos e modalidades	76
2.2.2 Caracterização das propostas do PAS	82
2.2.3 Distribuição dos polos	84
2.2.4 Investimentos e funcionamento dos polos	86
2.2.5 Eixos prioritários do PAS	94
2.2.5.1 Eixo educação em saúde	104
 3 Educação e Saúde no PAS: da concepção estrita a concepção ampliada	 108
3.1 <i>Educação: contradições entre a concepção estrita e a concepção ampliada</i>	108
3.2 <i>Educação em saúde: no contexto brasileiro</i>	115
3.2.1 Educação Popular em Saúde	118
3.2.2 Educação em Saúde no SUS	123
3.2.2.1 Educação em Saúde no Paradigma da Saúde Coletiva (Promoção da Saúde)	127
3.2.2.2 Educação em Saúde no PAS	131
 Considerações Finais.	 145
 Referências.....	 149

Introdução

Levantar de manhã e seguir os passos do pai e da mãe nas atividades rurais diárias não significariam muita coisa até o momento de entender que essa seria uma das formas mais legítimas de educação, a essência da formação humana passada entre gerações. O ensinar ali parecia tão fácil, sem imposições, sem necessidade de contrapartida e as avaliações se fundamentavam no sustento coletivo da família. O conhecimento se materializava numa troca entre o trabalho humano sobre a natureza e as respostas da natureza sobre esse trabalho. As tarefas eram penosas. Independentemente se com sol, chuva, calor ou frio, o trabalho representava o princípio básico de uma boa educação facilmente entendida como forma de cooperação e sobrevivência coletiva e familiar.

Uma das características mais surpreendentes nessa forma de educar é entender que nem todas as pessoas a reconhecem como educação e ela, normalmente, passa despercebida. Destaco¹ que, em uma das disciplinas do curso de mestrado em Educação do Programa de Pós-Graduação da Regional Jataí, Universidade Federal de Goiás (PPGE/REJ/UFG), compareceram, durante relatos de alunos, suas concepções de educação, normalmente relacionadas ao ambiente escolar tido como ambiente de educação formal. Até então, essa também era minha concepção de educação. No entanto, ao começar as rotinas de atividades no PPGE, passei a ter contato com outras formas e situações em que a educação se dá. Assim, neste texto, procuro dar espaço a essa concepção ampliada de educação. Pensar nos espaços educativos existentes e nas diversas formas de ensinar e aprender me fez caminhar com maior confiança na compreensão do conceito de educação e, principalmente, entender a sua relação com o conceito ampliado de saúde.

Essa percepção de educação e saúde ampliada era então recente para mim e, por isso, é importante destacar a relevância do processo de vivência no PPGE/REJ/UFG, que contribuiu para o aprimoramento da minha visão crítica sobre a realidade. O objeto de estudo, Programa Academia da Saúde (PAS), que me fez ingressar no programa de Mestrado, está intimamente ligado à minha formação acadêmica, que apresento a seguir.

Minha primeira formação foi em Licenciatura Plena em Educação Física, no ano de 2004, curso que, a princípio, me contrariou em razão de estar voltado para o aperfeiçoamento educativo e teórico e não para o aprimoramento puramente técnico por mim pretendido à época. A segunda formação deu-se como Bacharel em Fisioterapia no ano de 2008, que me

¹Nesse momento inicial da introdução, utilizarei o tempo verbal na primeira pessoa do singular, pois relatarei algumas experiências pessoais. Depois, será utilizado o tempo verbal impessoal.

trouxo um aperfeiçoamento técnico sobre as disfunções fisiológicas do corpo humano, mas deixou a desejar quanto às disciplinas de humanas e sociais.

Nesse contexto, realizei ainda uma Especialização na perspectiva biologicista enquanto desenvolvia a função de fisioterapeuta em uma clínica privada. Em 2010, passei a compor como professor substituto, o quadro de docente do Curso de Educação Física da Universidade de Rio Verde e, em 2011, do Curso de Fisioterapia da mesma universidade. Essa mudança de aluno para profissional da saúde e professor universitário me trouxe várias experiências diferentes e a necessidade de buscar novos saberes para lidar com a diversidade de problemas sociais que foram, com frequência, surgindo nas rotinas da clínica e da Universidade.

Na sequência, também realizei uma Especialização em Ciências da Educação, com professores brasileiros e portugueses cuja bibliografia incidia sobre autores das ciências humanas e sociais, obras de Paulo Freire, Boaventura de Souza Santos e Pierre Bourdieu. Essa foi uma experiência que mudou minha forma de ministrar aulas, trocando a característica da aula conteudística por uma mais dialogada, muito embora ainda sentisse dificuldade com as diversas formas de preleção que fui elegendo. Foi quando percebi que a dificuldade não estava só em mim ou nos alunos, mas era algo bem mais complexo.

Como aluno e como professor substituto, continuei a desenvolver ações e serviços de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS), mas, só posteriormente, identifiquei que não conhecia a história, os documentos, os programas e as políticas nacionais que compõem sua estrutura e organização. Os poucos conteúdos clínicos trabalhados se voltavam puramente para as orientações técnicas de avaliação física, exame físico, medidas corporais, orientação e prescrição de exercícios físicos, cinesioterapia, reabilitação fisioterapêutica, entre outras.

As últimas experiências de docência entre 2013 e 2015 como professor substituto no curso de Educação Física – modalidade bacharelado, da UFG/REJ, cuja ênfase em saúde pública e coletiva assume destaque no projeto de formação, principalmente como coordenador de Estágio, foram significativas para que um novo passo fosse dado em relação à busca de conhecimento principalmente voltado para o SUS.

Ainda nesse período, em 2014, ingressei no serviço público de saúde como fisioterapeuta e o local que me foi destinado para trabalhar foi o PAS, da Secretaria Municipal de Jataí, estado de Goiás. O PAS é programa do governo federal em parceria com o estado e o município, desenvolvido como parte dos serviços da Atenção Básica em Saúde. Até então, o SUS era para mim um sistema que deveria dar condições de trabalho aos profissionais de saúde para que estes pudessem exercer suas profissões com eficiência na resolução dos

problemas de saúde da população. Esse sentido, no entanto, foi impactado por uma nova visão, ainda preliminar, produzida pelas primeiras leituras das Políticas Nacionais de Promoção da Saúde (PNPS) e de Atenção Básica (PNAB).

A formação em saúde de que eu participava não contemplava todas as demandas da saúde, o que me dificultou a compreensão da proposta do PAS, que prezava por uma participação social no planejamento, na gestão e nas ações de Promoção da Saúde a serem desenvolvidas no Polo, demonstrando a limitação da formação em fisioterapia direcionada para a prevenção, tratamento e reabilitação de patologias do corpo humano.

As leituras sobre o PAS me colocaram, então, em reflexão e me inquietaram ao ponto de elegê-lo como meu objeto de estudo ao procurar o Mestrado em Educação do PPGE/REJ/UFG. E o entendimento de que, na educação, eu conseguiria fazer análises mais críticas da realidade a partir da compreensão das múltiplas determinações a ela relacionadas foi a minha motivação principal para a escolha do Mestrado em Educação e não em Saúde.

De modo que ingressei na PPGE/UFG/REJ, com o projeto inicial “Academia da Saúde: representações sociais de usuários do Programa na região Sudoeste de Goiás”, objetivando verificar as representações sociais dos usuários da Atenção Básica participantes do PAS.

Entretanto, ao cursar as disciplinas no PPGE/UFG/REJ e participar de um grupo de estudo sobre as obras de Marx, percebi que as representações dos usuários sobre o PAS não seriam o melhor caminho para entender as múltiplas determinações nele existentes. A forma como estão postas e estabelecidas as determinações em nossa sociedade de certa forma não consegue revelar os nexos constitutivos da realidade: a realidade pode ser real na sua aparência, mas é falsa na sua essência. A realidade não é transparente, exigindo que o pesquisador apreenda a verdade do objeto, que tem a ver com os seus nexos nas suas mais variadas formas fenomênicas.

A partir dessas reflexões, modifiquei meu propósito de pesquisa sobre o PAS, que ficou como se segue.

Delineando a pesquisa

O objeto de pesquisa, o PAS, se apresenta no concreto real como um elemento fundamental na proposta de ampliar as ações de Promoção da Saúde na Atenção Básica, responsável por melhorar o acesso aos serviços de saúde, fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) dos municípios brasileiros (BRASIL, 2015a).

O PAS foi criado em 2011 como uma estratégia de Promoção da Saúde e produção do cuidado e funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do PAS. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados e correspondem a um dos pontos de Atenção à Saúde no território integrado a Rede de Atenção à Saúde (RAS)² nos municípios. Contribuem para o cuidado integral dos usuários e fortalecem as ações de Promoção da Saúde, em articulação com outros programas e ações de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Vigilância em Saúde.

Assim, as indagações que nortearam a organização da pesquisa partiram, sobretudo, da temática sobre a educação no SUS, presente mesmo antes de sua criação e em todas as suas ações, e foram as seguintes: Como o PAS constitui-se como elemento potencializador das ações de promoção e de educação em saúde no SUS?

O objetivo geral deste trabalho é, portanto, analisar como o Programa Academia da Saúde constitui-se em elemento de promoção e educação em saúde no SUS. E seus objetivos específicos: identificar, descrever e analisar os seus nexos constitutivos; compreender e analisar os documentos referentes às bases de sua criação e estruturação; realizar o mapeamento e a descrição das condições atuais de sua implementação no país; e analisar suas bases teóricas, identificando as suas mediações com a educação.

Na definição epistemológica e metodológica do estudo, sobre como e onde encontrar dados, como proceder à sua coleta e como analisá-los, consideram-se os elementos que não estão postos na realidade abstrata em relação ao objeto, quanto ao seu movimento, essência, complexidade, totalidade e história, ou seja, opta-se pelo método do materialismo histórico dialético.

Nesse método, as análises são realizadas de forma minuciosa, cuidadosa e comprometida com o objeto, buscando evitar que o que está posto como imediato, sem mediação, na sua forma aparente, prevaleça. As mediações constitutivas do objeto são complexas e suas complexidades não são transparentes na sua essência. Por isso, o objetivo do pesquisador está em chegar além da aparência fenomênica, imediata e empírica, lugar em que se inicia o conhecimento, considerando a aparência apenas um nível da realidade, para apreender a essência (a estrutura e a dinâmica) do objeto. Ao alcançar essa essência, “o pesquisador a reproduz no plano do pensamento, isto é, mediante a pesquisa, viabilizada pelo

² A Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Rede de Atenção à Saúde - são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010)

método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou” (NETTO, 2011, p. 22).

A realidade só poderá ser compreendida, sem risco de reducionismo ou de superficialidade, por meio da compreensão das relações materiais que lhe deram origem, ou seja, não se pode separar o objeto da dinâmica sócio-histórica que definiu seus contornos, dos condicionantes históricos que influenciaram as relações sociais entre os homens na produção material da existência (STHAL, 2016, p. 15).

A dinâmica sócio-histórica do objeto favorece a identificação de seus nexos constitutivos, que são os elementos que propiciam o entendimento da sua essência, correspondendo à passagem do imediato para o mediado.

Quando Marx (1982, p. 14) enfatiza que “o concreto é concreto, porque é a síntese de múltiplas determinações” quer dizer que o método dialético é uma constituição da unidade no diverso ao articular as determinações, que são mediações da realidade que evidenciam as totalidades históricas, transitórias e abertas. A totalidade no método dialético é uma totalidade ordenada de acordo com determinações da história, não pelo pensamento, mas no pensamento.

Para que esse movimento dialético aconteça, Marx (1982) estabelece o caminho para a análise, que começa pelo concreto real (material) para alcançar o concreto pensado: “consiste em elevar-se do abstrato³ ao concreto não é senão a maneira de proceder do pensamento para se apropriar do concreto, para reproduzi-lo como concreto pensado” (p. 14).

A abstração para Marx representa a capacidade intelectual do pesquisador, que permite extrair de uma totalidade um elemento, para, então, isolá-lo e examiná-lo, procedimento intelectual fundamental para realizar uma análise. Esses elementos podem caracterizar as categorias ontológicas reais ou teóricas, portanto históricas e transitórias e, por isso, a necessidade de conhecer a gênese histórica de cada uma delas (NETTO, 2011).

Para que esse processo seja compreendido, necessita-se diferenciar o método de pesquisa do método de exposição, pois os resultados só serão apresentados expositivamente na conclusão da pesquisa. Para Marx, em ambos, os pontos de partida são opostos: na

³ Em primeira aproximação, o abstrato designa um conceito, produzido pelo chamado método da abstração, que consiste em extrair da realidade perceptível - como representação mental - uma parte ou aspecto específico. É neste sentido que Marx utiliza o termo. O abstrato é, portanto, um produto do pensamento e consiste na representação mental de um elemento isolado da realidade empírica, tal como esta se reflete de modo direto no pensamento. Neste sentido, o abstrato constitui uma fase elementar do conhecimento, mas não é o próprio conhecimento, pois este não se reduz à representação de um ou diversos aspectos isolados da realidade (GEMER, 2003).

investigação, o pesquisador parte das indagações e questionamentos; na exposição, parte dos resultados obtidos na investigação (NETTO, 2011).

No projeto de pesquisa, a investigação se deu, inicialmente, por uma revisão integrativa, com descritores selecionados por meio de busca no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Promoção da Saúde, Atividade Motora, Sistema Único de Saúde, Atenção Primária à Saúde e Política Nacional de Promoção da Saúde - dados coletados em novembro de 2016, com referência inicial de 2011, ano de instituição do PAS.

Em nenhuma das pesquisas investigadas nas bases de dados pôde-se observar uma preocupação com os nexos que constituem o Programa e sua relação com a educação, o que significa que este estudo pode favorecer e reforçar os princípios da educação em saúde como um dos elementos fundamentais para a construção de novos saberes para uma vida saudável.

Construir novos saberes é inovar ou tornar crítica uma atividade que já existe. Corresponde à concepção de Baptista (2010), quando aborda a aquisição do bom senso pelo sujeito, que seria a superação do senso comum pela concepção ampliada de educação em Gramsci, quando o bom senso é elaborado de forma crítica e consciente, e, apesar de acontecer dentro de limites restritos, consegue participar conscientemente da produção da história do mundo. O sujeito, então, passa a compreender sua posição no grupo social e passa a se sentir protagonista da produção da história.

Após a revisão integrativa, realizou-se a pesquisa documental para entender as bases de criação e estruturação do PAS bem como as interlocuções entre a saúde e a educação. As leituras iniciais se deram nos documentos oficiais do PAS e nas políticas que o contextualizam, destacando-se: PNPS (BRASIL, 2015b); documento introdutório da PNPS (BRASIL, 2002); PNAB (BRASIL, 2012a), Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (BRASIL, 2015c); Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2012b); Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS) (BRASIL, 2012); cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (CIPS); portarias: 719/2011; 1.401/2011; 1.402/2011; 2.681/2013; 2.684/2013; 1.707/2016, entre outras.

As políticas e portarias são amplas e dão margem a múltiplos significados e interpretações, não estabelecendo normas e padrões a serem seguidos, o que favorece a construção de saberes por diferentes formas de opinião e não pela imposição de uma ou outra forma de pensar. Percebem-se reformulações dessas políticas e portarias para sua

aproximação com as diretrizes e princípios do SUS, que, por mais que estejam descritos, não se apresentam acabados ou esgotados, mas em constante movimento e construção.

A análise documental direcionou a pesquisa bibliográfica nas bases de dados em saúde da BVS e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Teses e Dissertações da USP, UNICAMP, UFBA, UFMG; FIOCRUZ; e em revistas sobre saúde pública, Saúde Coletiva, educação e saúde, ciência e Saúde Coletiva. Foram utilizados termos e palavras-chave, como: Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Educação Popular; Educação Popular em Saúde; SUS; Cidades Saudáveis; Conceito Ampliado de Saúde; Programa Academia da Saúde; Epidemiologia; entre outros.

Todos os documentos, artigos, textos, teses e dissertações que se aproximaram da temática pesquisada foram sendo arquivados por assunto e analisados conforme o tema em discussão.

O referencial teórico serviu de base para a construção do primeiro capítulo. A partir dele, os nexos foram sendo desvelados. Por isso realizou-se um delineamento histórico, que culminou com uma sequência cronológica sobre o entendimento do processo saúde-doença do final do século XIX, para entender as influências da e sobre a epidemiologia na manutenção do paradigma biomédico como modelo hegemônico da saúde, constituindo-se como um elemento-chave para as ações de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Nesse sentido, os dados epidemiológicos apontaram para o crescimento das DCNT e diminuição das Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP). Prata (1992) relata que a porcentagem total de óbitos por DIC, em 1930, era de 46%, passando para 7% em 1985, no Brasil, enquanto que as doenças do aparelho circulatório, principal das DCNT, representavam 12% em 1930, passando para 33% do total de óbitos no Brasil em 1985.

Impressiona nas pesquisas sobre as DCNT o direcionamento dos dados epidemiológicos que reforçam questões puramente quantitativas e de enfrentamento de fatores de risco associados ao comportamento (MALTA, 2006; MALTA *et al.*, 2013; DUNCAN, *et al.*, 2012; GOULART, 2011; PRATA, 1992). As pesquisas com enfoque na perspectiva das determinações sociais da saúde constituem um baixo percentual de publicações, principalmente fora dos países da América Latina, como explica Breilh (2010), ao caracterizar o descaso da Organização Mundial de Saúde (OMS) com as pesquisas latino-americanas, principalmente no paradigma da Saúde Coletiva.

Esse contraponto entre paradigmas “biomédico/biologicista/funcionalista” versus “saúde coletiva/promoção da saúde (SUS)⁴/progressista” versa por todo o texto e representa o equilíbrio de propostas na construção dos nexos constitutivos do PAS. As contradições estão presentes na criação e remodelamento da Promoção da Saúde, visualizadas nas cartas das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (CIPS) e no projeto Cidades Saudáveis, bem como na criação e remodelamento do SUS, que passa por reformulações constantes em suas políticas, programas e projetos.

As bases utilizadas para fazer o contraponto ao paradigma biomédico no primeiro capítulo foram: a epidemiologia crítica proposta por Breilh (2010; 2013), que se fundamenta nas determinações sociais da saúde e da vida; a visão de saúde em Batistella (2007) e Czeresnia (1997; 2009), com a perspectiva de um conceito ampliado de saúde; a contribuição da Reforma Sanitária Brasileira via Conferência Nacional de Saúde em Cohn (1989), conforme Paiva, Teixeira (2014); Paim e Pinto (2013), que afirmam a importância desse movimento na criação, formulação e defesa do SUS, observando uma luta contra-hegemônica e contra ideológica ao sistema assistencialista anterior.

Na Promoção da Saúde destacam-se Ferreira, Castiel e Cardozo (2009; 2011); Westphal (1997; 2000); Buss (2009); Porto e Pivetta (2009), que defendem a criação de ambientes saudáveis de saúde como forma de melhoria da qualidade do cuidado em saúde e de maiores oportunidades de envolvimento social; e o SUS e suas políticas, com Paim (2009; 2015); Rivera e Artimann (2009); Freitas (2009), que caracterizam os princípios e diretrizes do SUS como fundamentais na superação do modelo biomédico.

Esse caminho culminou na PNPS, que, juntamente com a PNAB, passa a ser um ponto importante de apoio ao SUS na luta contra as diversas determinações sociais, econômicas, culturais que influenciam diretamente na saúde da população e na sustentabilidade do SUS. Pensar na Atenção Básica como um local que comporta a implementação de programas e projetos de espaços saudáveis, fortalece a ampliação de ações de Promoção da Saúde que confrontam as condições desiguais de saúde e de vida da população (WESTPHAL, 1997).

A porta de entrada do SUS é a Atenção Básica, e a Promoção da Saúde é uma das ações que podem estabelecer estratégias de criação e desenvolvimento de ambientes saudáveis, conseqüentemente de Cidades Saudáveis.

⁴ Promoção da Saúde no SUS: a perspectiva de Promoção da Saúde aqui adotada, representa uma vertente de aproximação com a saúde coletiva e com o pensamento progressista, entendendo que, para ocorrer uma modificação na Atenção Básica que a priori persiste maior intervenção na prevenção, tratamento e reabilitação, é necessário maiores ações de Promoção da Saúde que observem os princípios do SUS.

O segundo capítulo apresenta as políticas que subsidiaram e fundamentaram as propostas de criação, implantação e estruturação do PAS. Em um primeiro momento, identifica-se que o PAS surgiu a partir de um projeto-piloto realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em conjunto com municípios brasileiros que possuíam projetos de Atividade Física e Alimentação Saudável e que passaram a receber incentivo financeiro do MS. Em seguida, é realizado um levantamento a partir de dados disponibilizados pelo MS em sua plataforma *online*, que favoreceu o detalhamento da situação atual do PAS no Brasil. Foram extraídos dados relacionados: ao acompanhamento da implantação e implementação dos polos – Sistema de Monitoramento das Obras (SISMOB) do Programa, encontrado na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) do MS; ao cadastro do estabelecimento – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); ao Departamento de Atenção Básica (DAB), *site* que contém as informações sobre as portarias de criação, regras para construção e custeio do PAS, além de informações de monitoramento anual.

As análises facilitaram a compreensão de como foram implantados e implementados os polos; como estão distribuídos no país; como se apresenta o funcionamento do PAS; como as ações podem ser desenvolvidas pelas equipes do NASF, ESF e PAS; e como os eixos temáticos podem ser trabalhados dentro de um componente de destaque à educação em saúde.

No terceiro capítulo, é realizada uma análise sobre as concepções estrita e ampliada de educação, pensando a partir de Gramsci (2000); Gohn (2006); Loures; Baldino; Carneiro (2014); Brandão (2006; 2007; 2013); e, Sthal (2016). Essa compreensão do conceito ampliado de educação conduz ao melhor entendimento de como a educação em saúde recebe influências da concepção estrita de saúde desde a adoção da educação sanitária no Brasil, pontuada e questionada por Alves (2005); Pelicioni; Pelicioni (2007); Vasconcelos (2001); e Sthal (2016).

Em contraposição a educação sanitária a educação popular em saúde traz consigo uma proposta ampliada de educação, que fornece subsídios para o conceito ampliado de saúde ratificado pelo SUS, e estabelece entre as áreas da saúde e educação, um forte elo na tentativa de superar o paradigma biomédico, trazendo elementos fundamentais de fortalecimento do paradigma da Saúde Coletiva, para isso foram utilizadas fontes como Brandão (2006); Vasconcelos (2001; 2004); Brasil (2007; 2012).

A influência da educação popular constitui um dos elementos potencializadores do paradigma da Saúde Coletiva no Brasil, com suas contribuições e lutas permanecem constantes no processo de consolidação do SUS, com destaque para a criação da PNEPS que estabelece influência a adesão da educação em saúde do PAS tomada pela perspectiva dos

princípios da Promoção da Saúde, apontando para uma maior aproximação com o paradigma da Saúde Coletiva, consequentemente os referenciais teóricos aqui apresentados buscam sustentar que o Programa seja um dos instrumentos de superação do paradigma biomédico no SUS. A contribuição para essa compreensão vem com autores como Schall; Struchiner (1999); Gomes; Merhy (2011); Carvalho; Coccim (2009); Nunes (2009); Carneiro et al (2012); Mascarenhas; Melo; Fagundes (2012); Oliveira (2005); Pinafo; Nunes; González (2012); Carvalho; Jaime (2015); e, Brasil (2009; 2017b).

A aproximação da Promoção da Saúde com a educação ampliada constitui elemento fundamental para conquistas do sistema de saúde brasileiro, portanto programas como da Academia da Saúde devem contribuir para que a educação em saúde esteja fundamentada nos princípios da SUS. O PAS possui uma estrutura organizacional que pode garantir melhoras significativas nas condições de saúde da população, ao caracterizar-se como um programa de Promoção da Saúde que tem como estratégia a educação como forma de enfrentar as determinações sociais da saúde e da vida.

1 Criação, constituição e estruturação do PNPS

O delineamento histórico de um objeto desvela os caminhos percorridos para a construção do que está posto na realidade e também desvela como as aparências nem sempre revelam a essência desse mesmo objeto. A contextualização histórica teve como ponto de partida o processo saúde-doença, o entendimento das influências da e sobre a epidemiologia, com características de manutenção do paradigma biomédico e de superação pelo paradigma da Saúde Coletiva, culminando com ações específicas de enfrentamento das DCNT.

Esse contraponto entre paradigmas segue em tensão durante o texto, representando o choque de ideias proposto na construção dos nexos constitutivos do PAS. As contradições são apresentadas desde a constituição da Promoção da Saúde, tanto nas cartas elaboradas nas CIPS como no projeto Cidades Saudáveis. Persiste em todo processo de criação e reformulação do SUS bem como de suas políticas, programas e projetos.

O contraponto ao paradigma biomédico está proposto pela Epidemiologia Crítica, fundamentada nas determinações sociais da saúde e da vida bem como na visão de saúde com ênfase no seu conceito ampliado, criado a partir da Reforma Sanitária Brasileira, tendo como referência a contribuição do Centro de Estudos Brasileiros em Saúde (CEBES) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) como movimentos em razão do SUS.

As políticas de Promoção da Saúde e da Atenção Básica são determinantes na luta contra as diversas determinações sociais, econômicas, culturais que influenciam diretamente na saúde da população e na sustentabilidade do SUS. Fazer do SUS sustentável demanda ações constantes de luta, pois, quando se herda algo culturalmente, as mudanças se tornam difíceis de serem conquistadas.

O SUS com seus quase 30 anos, está em processo de consolidação, apesar de vários avanços permanece historicamente atrelado ao modelo de atenção tradicional, biologicista, biomédico. As marcas de longos anos de modelos assistenciais, como os do médico-assistencial privatista e do sanitarista, baseados no assistencialismo individual, hospitalocêntrico e curativo, permanecem presentes em práticas profissionais voltadas principalmente para o aspecto da doença do indivíduo em oposição aos valores em torno da saúde.

Silva, Machado e Lima (2014) defendem que o SUS

[...] busca atender aos interesses da população, desencadeando ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças e com isso

melhora as condições de saúde da população e diminui a demanda a toda uma gama de produtos e serviços oferecidos pelo “mercado da saúde”, ou para manter aquecida essa demanda mantem-se a população menos saudável (p. 21).

Dessa forma, é importante verificar como esse cenário foi-se constituindo ao ponto de dificultar a implementação de propostas que marcam a consolidação do SUS, partindo da relação saúde-doença.

1.1 Relação Saúde-Doença: um debate em construção

O processo saúde-doença tem sido entendido como complexo e dinâmico no decorrer da história. Diferentes olhares sobre esse objeto de conhecimento reforçam as suas múltiplas e diversificadas determinações. Neste texto, pretende-se apanhar as mediações da constituição histórica do conceito de saúde-doença, tendo como marco a consolidação do paradigma biomédico e a influência da epidemiologia⁵ como arcabouço teórico-metodológico da ciência moderna, que justifica a implementação de programas e de políticas públicas de saúde (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016).

Foucault (2008) destaca que, a partir do século XIX, a medicina não se constitui de tradições, observações e receitas heterogêneas, mas de um *corpus* de conhecimento com uma mesma visão, mesma análise do fato patológico, mesmo sistema de transcrição do que se percebe e do que se diz.

Esse destaque demonstra características que consolidariam o paradigma biomédico no século XX, ao estabelecer o modelo unicausal da doença. As descobertas experimentais da bacteriologia indicavam que apenas uma causa ou um agente era responsável pelo agravo ou pela doença. Essa descoberta determinou a substituição da subjetividade pela objetividade na definição de doenças e subordinou a abordagem qualitativa às análises quantitativas (BATISTELLA, 2007).

O advento da bacteriologia com base em práticas médicas curativas e biologicistas foi responsável pela desqualificação de explicações sociais utilizadas para esclarecer as relações entre o “adoecer humano e as determinações econômicas, sociais e políticas” (BATISTELLA,

⁵ A epidemiologia foi criada pelo médico inglês John Snow (1813-1858) a partir do estudo pioneiro do cólera em Londres, que se enquadrava num contexto de “contabilidade da doença” (SCLIAR, 2007). A epidemiologia nessa época não se constituiu como disciplina autônoma, ficando essa constituição a serviço dos sanitaristas (modelo biomédico) (ALMEIDA FILHO, 1986).

2007, p. 45), ou seja, ocorreu o deslocamento do “pensamento causal em saúde do ambiente físico e social para agentes patogênicos concretos” (WESTPHAL, 2006, p. 638).

A objetividade e as análises quantificáveis da epidemiologia passaram a fundamentar o princípio da centralidade do paradigma biomédico da doença. Os discursos desse modelo, sejam científicos, de especialidade ou de organizações institucionais sobre práticas em saúde, passaram a seguir conceitos objetivos da doença e não da saúde (CZERESNIA, 2009).

O agente etiológico da doença deslocou-se para o centro da preocupação da medicina experimental, produzindo mudanças significativas, como: a “adoção de ações terapêuticas cada vez mais centradas na técnica; a especialização clínica e semiológica; e a relação hierarquizada de saberes voltados para a instrumentalização das práticas em saúde” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 56).

A medicina criou meios para o combate das doenças transmissíveis, estabeleceu técnicas terapêuticas possíveis, implementou clínicas de especialidades no diagnóstico e tratamento das doenças e aumentou seu *status* de detentora do saber sobre as doenças, conseqüentemente sobre o corpo doente ou anormal. As ações em saúde constituíram princípios que deram sustentação ao paradigma biomédico de saúde: o mecanicismo, a unicausalidade, o biologicismo e o individualismo (WESTPHAL, 2006).

Pagliosa e Dal Ros (2008) afirmam que, nesse contexto, final do século XIX e início do século XX, um fator torna-se determinante para o paradigma biomédico: o crescimento da indústria farmacêutica, com ênfase na compra de espaços para propaganda nas publicações. Além disso, ocorre a criação de associações entre corporações médicas, grandes empresas e universidades, garantindo a expansão da medicina científica.

A concretização dessa parceria receberia impulso para sua consolidação com o Relatório Flexner⁶, de 1910, que redirecionou o ensino médico e fortaleceu o ideário hegemônico da saúde. Esse processo conduziu a saúde pública norte-americana e mundial para uma relação de interdependência com a assistência hospitalocêntrica e um imaginário coletivo de discurso sobre saúde limitado à doença (WESTPHAL, 2006).

A medicina tende a reforçar que a doença tem um sentido de afastar o indivíduo do seu estado aceito como normal (CZERESNIA, 1997). Sua explicação baseia-se na observação e na experimentação, detalhando as mudanças morfológicas, orgânicas e estruturais, constituindo, portanto, uma oposição entre saúde e doença (BATISTELLA, 2007).

⁶Sugestão de leitura - O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal (PAGLIOSA; DAL ROS, 2008).

Em relação a essa oposição, Caguilhem (2009), ao analisar a identidade real entre os fenômenos vitais normais e patológicos, afirma que suas aparências são distintas e lhe são atribuídos valores opostos. Essa identidade de saúde e doença tornou-se dogma durante o século XIX, cientificamente garantido e determinado pela autoridade de biólogos e médicos.

A visão biomédica, quando busca a definição para a saúde como princípio de normalidade, parte da ideia de que, quanto maior a frequência de um fenômeno, mais comum ele se torna e, conseqüentemente, determina o que é mais saudável. Esse pensamento científico “tende à redução, à objetividade e à fragmentação do conhecimento, traduzindo os acontecimentos por meio de formas abstratas, demonstráveis e calculáveis” (BACKES *et al.*, 2009, p. 113).

Numa visão contrária, a saúde seria a avaliação do ser humano pela identificação de distintas variáveis que influenciam na oscilação dos estados de normalidade: situações que envolvem descanso, exercícios, idade, sexo, raça, cultura, ambiente, moradia, saneamento básico, entre outras. Essas variáveis não determinam padrões de anormalidade e nem tudo que é incomum é anormal (BACKES *et al.*, 2009).

A dificuldade do modelo unicausal de explicar a associação das doenças a múltiplos fatores de risco favoreceu a criação do modelo multicausal, conhecido por história natural da doença ou tríade ecológica, em que a explicação etiológica da doença se baseia na relação de interdependência entre o indivíduo, o ambiente e o agente.

Essa transição do modelo unicausal para o modelo multicausal ocorreu em detrimento da transição epidemiológica⁷, que apontou para a diminuição e o controle dos casos de doenças transmissíveis e o aumento dos casos de doenças degenerativas, acentuando as recomendações e as classificações de estilos de vida saudáveis e não saudáveis (BATISTELLA, 2007; MINUZZI; AMARAL, 2012; MALTA *et al.*, 2015).

No cenário de constituição dos conceitos saúde-doença, o modelo biomédico constituiu-se como hegemônico e está fundamentado no conceito negativo da saúde, ou seja, na doença;

⁷ A teoria da transição epidemiológica surge na tentativa de explicar as complexas mudanças dos padrões saúde-doença e as interações entre esses padrões, seus determinantes demográficos, econômicos e sociais, e suas conseqüências. Proposições centrais incluídas na teoria destacam-se: (i) existe um processo longo de mudanças nos padrões de mortalidade e adoecimento, em que as pandemias por doenças infecciosas são gradativamente substituídas pelas doenças degenerativas e agravos produzidos pelo homem; (ii) durante essa transição, as mais profundas mudanças nos padrões de saúde-doença ocorrem nas crianças e nas mulheres jovens; (iii) as mudanças que caracterizam a transição epidemiológica são fortemente associadas às transições demográfica e socioeconômica que constituem o complexo da modernização; e (iv) as variações peculiares no padrão, no ritmo, nos determinantes e nas conseqüências das mudanças na população diferenciam três modelos básicos de transição epidemiológica, o modelo clássico ou ocidental, o modelo acelerado e o modelo contemporâneo ou prolongado (DUARTE; BARRETO, 2003).

e o modelo das determinações sociais constitui-se como contra-hegemônico e está fundamentado no conceito positivo de saúde, ou seja, na busca pela saúde.

Canguilhem (2009) explica que a concepção negativa da saúde, além de fragmentar o indivíduo, pode afastá-lo da condição de entendedor do seu corpo ao ponto de desprezar seu conhecimento e depositá-lo todo no profissional da saúde, tendo como consequência o distanciamento da relação médico-paciente. Esse aspecto tem demonstrado a incapacidade da prática médica de lidar com as complexidades subjetivas do processo saúde-doença-cuidado.

A tendência do paradigma biomédico é a de impor uma cultura das práticas em saúde cujos objetivos são: reduzir o corpo humano a constantes morfológicas e funcionais; dotar a doença e não a pessoa como o interlocutora da sua condição de saúde; e alcançar com precisão e objetividade a tradução para todo e qualquer acontecimento relacionado ao processo patológico (CZERESNIA, 2009).

A concepção de saúde centrada na doença estabelece um mecanismo de controle ao propagar modelos, estabelecer normas e padrões de condutas saudáveis e prescrever comportamentos desejáveis. A observância desses preceitos impõe uma condição de capacidade de se evitarem doenças, direcionando, consequentemente, a responsabilidade pelo adoecimento exclusivamente aos indivíduos (BATISTELLA, 2007).

Carvalho e Nogueira (2016) reforçam que a responsabilização e a culpabilização dos indivíduos por seu adoecimento ocorrem pela simplificação na compreensão dos fenômenos e pela descontextualização das práticas em saúde, próprias da visão positivista e perpetuadas pelos discursos do senso comum.

Essa visão de que a doença é tema central na saúde se torna modelo na saúde pública brasileira, sendo fortemente influenciada pelos seus princípios negativos. O paradigma biomédico dessa perspectiva possui, nas suas bases de sustentação, organizações mundiais conceituadas, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). A ONU exerce influência sobre as diversas áreas do conhecimento via agências reguladoras sob sua subordinação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) a agência responsável por direcionar a elaboração de políticas públicas no âmbito da saúde, que, pela lógica de mercado a que se submete, favorece as necessidades do sistema hegemônico de produção, o capitalismo.

Em contraposição a essa lógica, é necessário compreender a saúde em seu sentido positivo. Mas, contraditoriamente, o que ocorre é um reforço ao pensamento hegemônico, pelo conceito de saúde criado pela OMS em 1946, que a define como completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença ou enfermidade.

Embora registrem-se avanços na conceituação de saúde a partir dessa definição da OMS, ela não conseguiu dar um sentido positivo ao termo, em função de sua complexidade, mantendo-o em sentido negativo. No entanto, a instituição possui influência e representatividade e, por isso, o conceito por ela instituído passou a ser seguido, difundido e adotado amplamente.

O movimento de crítica a esse conceito também acontece, enfatizando que a OMS mantém uma concepção de saúde centrada na reprodução, fragmentação e objetivação, marcada pelo organicismo e o reducionismo de comparação entre o normal e o patológico.

A despeito disso, os olhares para a saúde ampliam-se a partir do conceito da OMS, no sentido de ser referencial para análises, discussões e apontamentos. Sabroza (2001) tece sua opinião sobre a dificuldade de conceituar saúde, podendo ser incluída no grupo dos conceitos considerados imprecisos e que, “[...] embora aplicados a categorias concretas e de relevância, não permitem sua definição com objetividade, a partir de elementos aceitos universalmente” (p. 6).

Batistella (2007) destaca que o conceito de saúde da OMS é apontado como idealista e inalcançável, pela impossibilidade de um completo estado de bem-estar. Consequentemente, não pode ser um objetivo dos serviços de saúde. Além de carecer de objetividade, sofre pela incompatibilidade de identificar o nível de saúde de uma população a partir da noção subjetiva de bem-estar. Portanto, o conceito da OMS é considerado impreciso e inatingível.

Um modelo que surge em oposição ao sentido puramente biologizante do paradigma biomédico é o da determinação social da saúde. Esse constitui-se como um dos elementos essenciais na Epidemiologia Crítica desenvolvida na América Latina, na luta contra os modelos unicausal e multicausal da doença, o modelo empírico ecológico de sistemas (Tríade Ecológica) bem como da epidemiologia social da OMS, que se pauta nos determinantes sociais modificáveis, limitados pela mudança comportamental da sociedade.

A determinação social referida por Breilh (2013) se constitui a partir de uma gênese emancipatória saudável criada por classes, povos e comunidades “afectadas por dicha forma de reproducción en su afán por construir un nuevo modelo civilizatorio que implique un metabolismo sociedad naturaleza protector y promotor de la vida” (p. 21).

Esse autor considera que o paradigma da determinação social surge da

interfase del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. Se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos

(económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social (BREILH, 2013, p. 21).

O modelo de determinação social tem como princípios: superação da “concepção biologicista linear de simples causa-efeito” por um “papel da estrutura social como modeladora dos processos de produção da saúde ou doença”; e a substituição da noção de causalidade pela noção de determinação, baseada na “hierarquia das condições ligadas à estrutura social e considerada na explicação da saúde e doença” (BATISTELA, 2007, p. 47). Para isso, é necessário compreender os modos e estilos de vida derivados não somente de escolhas pessoais, mas também dos diversos fatores culturais, das distintas práticas sociais e dos meios de constituição de novos espaços saudáveis.

Nessa perspectiva do modelo de determinação social da saúde e da vida, características marcantes dos países da América Latina, foram sendo organizados grupos e propostas voltados para a superação do modelo biomédico. Grupos contra-hegemônicos brasileiros, ao analisar os modelos assistenciais do país fundamentados no paradigma biomédico, passaram a se contrapor às ideologias apregoadas pela OMS.

Cohn (1989) destaca dois grupos importantes nesse processo contra-hegemônico e ideológico: o CEBES, de 1976; e a ABRASCO, de 1979. Essas foram instituições defensoras da universalidade e equidade da assistência em saúde. Paim e Pinto (2013, p. 17) relatam que esses grupos específicos surgiram para acrescentar “algo novo, crítico, alternativo, contra-hegemônico e orgânico a um projeto de reforma social”.

O CEBES constituiu-se num grupo de militância que identificou os problemas encontrados na área da saúde, principalmente em torno dos sistemas de saúde adotados pelos governos brasileiros, e se organizou enquanto movimento para defesa de um Sistema de Saúde que fosse único, universal e inalienável, comum a todos.

A ABRASCO consolidou-se na ampliação dos saberes sobre o campo da Saúde Coletiva, com a proposta de ampliar a formação crítica dos saberes em saúde, participar da militância para a criação do SUS, organizar congressos que favorecessem as discussões sobre o conceito ampliado de saúde, fortalecendo as bases de lutas contra-hegemônicas no campo da saúde.

O CEBES e a ABRASCO, com estudantes, pesquisadores, profissionais da saúde somados a outros grupos populares organizados, propuseram, na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), “um ideário reformista que objetivava estender a saúde a todos os brasileiros, além de postular que a almejada melhoria das condições sanitárias estava

diretamente relacionada à ampliação do direito à cidadania, ou seja, à democratização da sociedade” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 24).

Na VIII CNS, realizada em Brasília, em 1986, o movimento sanitário⁸ fortaleceu suas bases ao desvelar as ações retrógradas do sistema de saúde assistencialista criado no governo militar estritamente para questões técnicas da saúde e interferência de setores dominantes totalmente direcionados para uma orientação privatista, medicalizadora e excludente (COHN, 1989).

Além disso, a VIII CNS contribuiu para a constituição da justiça social com a organização fundamentada em princípios básicos para a posterior formulação da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS em 1990, assumindo, portanto, um caráter inovador centrado “na luta pela democratização do Estado e na formulação de um projeto contra-hegemônico direcionado à ampliação da consciência sanitária e do direito à saúde” (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 27).

Essa conscientização passou pelo movimento da Reforma Sanitária, que reforçou a condição de deslocamento necessário do poder político em direção às camadas populares (TEIXEIRA, citado por COHN, 1989). Em meio às conquistas institucionais e as descobertas de fragilidades relacionais do movimento, ficou evidente “que a constituição da saúde como um direito implica a relação do Estado com a sociedade, e a própria transformação desta” (COHN, 1989, p. 135).

A VIII CNS, ao construir o relatório no tema 1- saúde como direito - trouxe no seu texto o argumento de que a saúde é multifatorial e depende das condições de “alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 4), além de depender da organização social da produção. Nesse tema, os conferencistas deixaram claro que, é essencial que as desigualdades sociais impostas pela organização social de produção sejam combatidas e que o direito à saúde seja garantido pelo Estado com políticas de saúde que favoreçam o acesso universal e igualitário.

⁸ Reforma Sanitária Brasileira foi uma reforma social centrada nos seguintes elementos constitutivos: a) democratização da saúde, o que implicava a elevação da consciência sanitária sobre saúde e suas determinações e o reconhecimento do direito à saúde, inerente a cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo, assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos; c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma totalidade de mudanças em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral (PAIM, 2007).

O exercício pleno do direito à saúde a partir do conceito ampliado de saúde, como especificado no relatório da VIII CNS, implica a garantia de:

- trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho; - alimentação para todos, segundo as suas necessidades; - moradia higiênica e digna; - educação e informações plenas; - qualidade adequada do meio-ambiente; - transporte seguro e acessível; - repouso, lazer e segurança; - participação popular na organização, gestão e no controle dos serviços e ações de serviço; - direito à liberdade, e à livre organização e expressão; - acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis (BRASIL, 1986, p. 5).

A VIII CNS estabeleceu um movimento de defesa dos direitos gerais da sociedade e de luta contra a organização social de produção e o acúmulo historicamente construído pelo modelo biomédico hegemônico, alimentado pelo Estado autoritário-burocrático no controle da classe dominada. O Estado, ao corroborar com o modelo biomédico, favorece a ineficiência do sistema público de saúde e sua desvalorização pela população.

Apesar das conquistas adquiridas na VIII CNS, na garantia do direito à saúde pela Constituição Brasileira de 1988 e na criação do SUS fundamentado no conceito ampliado de saúde, persiste a hegemonia do modelo biomédico sob forte influência dos dados epidemiológicos.

1.2 Relação Saúde-Doença: as DCNT e a epidemiologia como elementos potencializadores do debate.

Carvalho e Nogueira (2016) destacam que a influência dos dados epidemiológicos referentes a fatores de risco, como o sedentarismo, induz à adoção de modelos comportamentais pautados no estilo de vida saudável, que suscitam a culpabilização do indivíduo que não segue ou mantém o padrão de conduta estabelecido.

Ayres (2011), quando estabelece uma cronologia da epidemiologia, esclarece como sua trajetória culmina com o advento da epidemiologia do risco⁹, determinante para a identificação de fatores de risco para DCNT. A epidemiologia, inicialmente, parte do interesse de identificação de determinantes externos do adoecimento para, em seguida, delimitar seus estudos sobre as relações causais analíticas e abstratas, assumindo um caráter probabilístico

⁹ O conceito de risco adotado está pautado na epidemiologia, que incorpora o conceito de risco em meados de 1950, possibilitando a essa disciplina o estudo de doenças não transmissíveis, ampliando o seu objeto de estudo (CASTIEL; GUILAM; FERREIRA, 2010)

experimental que culmina no elemento central das práticas em saúde na atualidade, o risco epidemiológico.

O risco epidemiológico se apropria da lógica probabilística e de ferramentas estatísticas para demonstrar as condições causais de doenças transmissíveis e não transmissíveis. Essa condição fez com que a epidemiologia se aproximasse suficientemente das ciências biomédicas e dos métodos analítico e quantitativo e se afastasse significativamente de saberes teórico-metodológicos das ciências humanas e dos procedimentos compreensivo-interpretativos (AYRES, 2011).

O risco epidemiológico tem sua supervalorização com a emergência das doenças crônico-degenerativas. Cesse (2007) reforça que a transformação de maior destaque na área da saúde foi a inversão do quadro epidemiológico, que consiste na superação de indicadores relacionados às DCNT em relação às DIP.

Um dos componentes tidos como determinantes no desenvolvimento das DCNT tem sido o estilo de vida. Essa posição é defendida pela saúde pública tradicional e pela educação sanitária, que se baseiam na crença de que os indivíduos têm liberdade para escolher onde morar, onde trabalhar e escolher os melhores “comportamentos e situações de maior ou menor risco para a saúde” (BARATA, 2009, p. 15).

Do ponto de vista da concepção ampliada de saúde, as escolhas individuais podem desencadear comportamentos tanto saudáveis quanto nocivos à saúde e essas escolhas pertencem a contextos familiares, culturais, econômicos, políticos e históricos. O fato é que as desigualdades nas condições de vida decorrem de diferenças substantivas do processo de reprodução social e repercutem nas situações de iniquidades em saúde. Essas são evidências imediatas produzidas pelos comportamentos individuais a partir de um processo de determinação-mediação (BARATA, 2009).

O paradigma biomédico procura inviabilizar a compreensão das determinações e mediações existentes: direcionando pesquisas; estabelecendo fatores biológicos e comportamentais como indicadores principais do processo saúde-doença; valorizando intervenções pontuais e quantitativas; e incentivando políticas públicas que não contemplem a diminuição das iniquidades em saúde.

A epidemiologia tradicional, se serve de aparato ao paradigma biomédico, também ajuda a responder às necessidades imediatas para a operacionalização da produção capitalista na saúde. Castiel, Guilhan e Ferreira (2010) afirmam que as pesquisas epidemiológicas ligadas a fatores de risco auxiliam a operacionalizar, na prática, o conceito de vida ativa. O sedentarismo, um dos fatores de risco para a DCNT, serve de aporte para a adoção do estilo

de vida ativo desenvolvido por atividades físicas, passando a ser foco prioritário de políticas públicas de saúde a partir da abordagem comportamentalista da Promoção da Saúde.

Os discursos referentes a estilos de vida ativos e saudáveis fundamentados nos riscos epidemiológicos têm servido de objetivação da incerteza entre as pessoas. A associação ou comparação realizada por Castiel, Guilhan e Ferreira (2010) entre estilo de vida sedentário e doença e atividade física e remédio atribui maior responsabilidade ao indivíduo por sua saúde, propagando a culpabilização da vítima, esquecendo o contexto cultural, social, político e econômico em que esta está inserida.

É possível identificar a relação epidemiológica com as tomadas de posição do MS em relação às Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT)¹⁰. A caracterização de envelhecimento populacional com o crescimento do número de casos de morbimortalidade por DCNT levou o MS a priorizar a estruturação da Vigilância em Saúde. No ano 2000, foi criado o Centro de Epidemiologia (Cenepi) para organização da área de DANT, mas sua estruturação ocorreu somente em 2003, com a criação da Coordenação Geral das DANT, responsável pela criação da vigilância em todas as esferas do SUS e das unidades da federação (MALTA, 2006).

Na integração das áreas de prevenção e de vigilância da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), Coordenação Geral das DANT e a Secretaria Executiva do MS, em 2004, ficou estabelecida a Promoção da Saúde como referência para a elaboração de ações e estratégias para o enfrentamento das DCNT (MALTA, 2006).

A Vigilância em Saúde utiliza algumas análises para determinar as condições de saúde da população relacionadas às DANT, sendo elas a transição demográfica, transição epidemiológica e transição nutricional.

Ao realizar a análise da transição demográfica no Brasil, percebe-se que as DCNT, em 2003, atingiram dois terços do número de mortes, justificadas no aumento da expectativa de vida e da população idosa (SILVA JUNIOR, 2006). Ficou evidente na pesquisa que quanto maior a população idosa, maior foi a quantidade de pessoas com DCNT, consequentemente atinge grande número de óbitos no país. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a OMS, em 2015, emitiram um relatório em Genebra, demonstrando que, em 2012, 16 milhões de pessoas morreram prematuramente antes de completar 70 anos, devido à DCNT (OPAS; OMS, 2015).

¹⁰ Doenças e agravos não transmissíveis (DANT) são doenças ou agravos cuja etiologia não está diretamente relacionada a um agente biológico, mas a múltiplas causas de origem física, social, econômica e ambiental. No Brasil, as DANT congregam as chamadas Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) acrescidas dos acidentes e violências. (http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=228)

A transição epidemiológica das doenças infecciosas para as DCNT está relacionada às mudanças dos padrões de morbimortalidade. De acordo com Silva Junior (2006), ocorre, no Brasil, um aumento acelerado das DCNT, condição característica da influência do paradigma biomédico nos estudos epidemiológicos da contemporaneidade. Reforça a ênfase sobre o componente biológico e a condição do adoecimento, com destaque para as doenças cardiovasculares, que respondem por grande parte da mortalidade precoce, perda da qualidade de vida e despesas médico-hospitalares.

A transição nutricional possui seus determinantes relacionados a mudanças na alimentação: “[...] oferta crescente de alimentos industrializados, redução do tamanho da família, aumento da disponibilidade de alimento, facilidade de acesso a alimentos altamente calóricos (alta concentração de açúcares e gorduras)” (SILVA JUNIOR, 2006, p. 12) e redução da atividade física. As consequências são o aumento populacional de pessoas obesas e patologias relacionadas ao câncer e a doenças cardiovasculares.

Esses processos de transição demográfica, epidemiológica ou nutricional demonstram o quadro epidêmico produzido por essas doenças no mundo e no Brasil. A OMS apresenta os seguintes dados: em 2008, 63% das mortes no mundo eram causadas pelas DCNT; em 2013, elas foram responsáveis por 72,6% das mortes no Brasil (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

Na tentativa de controlar essa epidemia, a OPAS e a OMS destacam a necessidade de inserir políticas governamentais que visem a mudança de comportamento das pessoas em relação ao consumo de tabaco, ao consumo nocivo de álcool, sedentarismo e dietas pouco saudáveis, somados à ampliação da cobertura universal em saúde (OPAS; OMS, 2015).

Os enfrentamentos pautados na mudança de comportamento para prevenção e controle das DCNT em relação ao cuidado integral da população são ações prioritárias estabelecidas na PNPS desde 2006, estimulando a alimentação saudável, as atividades físicas/práticas corporais, prevenção e controle do tabagismo, e redução da morbimortalidade decorrente do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2008).

As influências das grandes organizações capitalistas ONU e FMI sobre suas agências, OMS e OPAS, fundamentadas pela epidemiologia tradicional, além de limitar as ações sobre as determinações sociais da saúde, induzem organizações governamentais e não governamentais a criarem políticas públicas de estratégias de enfrentamento aos fatores de risco tidos como modificáveis.

O Portal da Saúde (2014) apresenta uma informação que fortalece as iniciativas da Vigilância em Saúde, da OMS e da OPAS, sobre quatro DCNT (doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas) mais comuns e de maior impacto no mundo,

visando priorizar ações sobre os quatro fatores de risco modificáveis em comum (tabagismo, má alimentação, inatividade física e uso nocivo de álcool).

Esses condicionantes e determinantes sociais da saúde defendidos pela OMS e OPAS limitam as ações da Promoção da Saúde sobre as desigualdades sociais da saúde a fatores de risco e favorecem a culpabilização da vítima e a medicalização do cotidiano social, além de reforçar práticas de saúde baseadas no paradigma biomédico.

Para Breilh (2010), a OMS, ao trabalhar com a ideia de determinantes sociais da saúde, acaba reduzindo os aspectos essenciais da vida em sociedade para condições determinadas epidemiologicamente, como os enfoques a fatores de risco modificáveis. Para o autor, quando desenvolve a ideia de determinações sociais, releva a importância de não abandonar a concepção ampliada de saúde alcançada pela Saúde Coletiva na América Latina.

A Saúde Coletiva latino-americana antecipou em 30 anos, em relação à OMS, os estudos sobre saúde, construindo uma noção integral do objeto, com práticas de transformação estrutural ligadas às lutas dos movimentos sociais. A OMS se limitava à transformação de riscos isolados, fatores determinantes condicionados a interesses burocráticos internacionais, fundamentados na epidemiologia funcionalista (BREILH, 2010).

Para Breilh (2010), a Epidemiologia Crítica deve servir de alicerce para a Saúde Coletiva, que está baseada na determinação social da vida e da saúde, intimamente relacionada aos movimentos sociais. No entanto, para se chegar à compreensão das determinações sociais, deve-se fazer o movimento dialético entre o micro e o macro, entre as partes e o todo, entre o individual e o coletivo. Breilh (2010, p. 103) explica que esse movimento dialético acontece em duas vias: “el todo tiende a reproducir las condiciones existentes en lo colectivo y la parte (el individuo) tiende a provocar cambio sem la totalidad y, a la final, esse movimiento es el que determina”.

Para esse autor, a epidemiologia tem sido, então, uma ferramenta pragmática e funcionalista utilizada para a reprodução do paradigma biomédico:

el papel de una epidemiología bajo contrato, aplicada para fabricar la duda del público y de la justicia, sobre los impactos humanos y ambientales de producciones peligrosas, mediante manipulación estadística y otras formas de dilución de evidencias; maniobras para implantar la idea de “otros factores causales”; y operaciones técnicas para crear incertidumbre por supuestas fallas en diseño o de datos (BREILH, 2013, p.14).

Os limites dessa epidemiologia tradicional e funcionalista de influência positivista, segundo Breilh (2010), favoreceu a criação da Epidemiologia Crítica, que se constitui numa

ferramenta contra-hegemônica para a defesa e a promoção da vida. Como braço diagnóstico da Saúde Coletiva, sofre com as tensões, impulsos e obstáculos do paradigma hegemônico, que tenta impedir a todo instante que o conhecimento contributivo e ampliado sobre as determinações sociais da saúde venha a ascender como instrumento socialmente constituído.

A Epidemiologia Crítica assume um papel importante na defesa da vida das coletividades, porque se insere como modelo crítico de determinação social nos programas de investigação, estabelecendo uma visão contra-hegemônica sobre a epidemiologia tradicional e funcionalista. O seu objetivo seria

Superar la idea funcionalista de que um espacio saludable es apenas aquel que cumple con ciertas limitadas metas de indicadores epidemiológicos, los cuales, si bien registran una expresión empírica de parámetros de salud, de manera alguna refleja nun lugar donde hay um espacio para la vida y la plena vigencia del derecho integral a la salud (BREILH, 2010, p. 98).

A Epidemiologia Crítica deve auxiliar a compreensão de que o processo da saúde e da doença não se limita apenas aos aspectos biológicos, como é enfatizado e reforçado pelo paradigma biomédico. Barata (2009), seguindo essa proposta, procura esclarecer que as desigualdades sociais contribuem para o processo saúde-doença quando as características sociais colocam grupos em situações injustas, ou seja, existem grupos que estão em desvantagem de oportunidades quanto a serem e se manterem sadios.

A visão limitada a aspectos biológicos, caracterizada pela epidemiologia tradicional ou funcionalista, tem difundido que o estilo de vida dos indivíduos é o principal responsável pelas desigualdades sociais. As pesquisas positivistas difundem essa ideia e, além de reforçar a culpabilização do indivíduo sobre as suas escolhas saudáveis e não saudáveis, cooperam com as posições da saúde pública tradicional e da educação sanitária em que “[...] os indivíduos na sociedade atual são livres para escolher a qualidade de sua moradia, suas condições de trabalho, seus comportamentos e as situações de maior e menor risco para a saúde” (BARATA, 2009, p. 15).

Quando os esforços dos sistemas de saúde se concentram em determinantes sociais fundamentados nas propostas da OMS e da epidemiologia tradicional, o indivíduo sempre será responsabilizado pelas suas condições de vida e saúde. Por outro lado, a proposta da Epidemiologia Crítica está fundamentada nas determinações sociais da saúde e pretende consolidar posições teóricas sobre saúde para avançar na luta contra as desigualdades sociais (GONZÁLEZ; HARTMAN; CUAPIO, 2010).

A OMS, utilizando-se de dados dos estudos da epidemiologia tradicional, passa a estimular os países a criar políticas públicas de saúde com ações prioritárias de combate às DCNT, estabelecendo a Promoção da Saúde como uma estratégia importante para o alcance de mudanças de comportamento e adoção de estilos de vida saudáveis por parte da população.

Uma das políticas públicas de destaque no combate das DCNT no Brasil passa a ser a PNPS. A sua constituição e consolidação passa por tensões e resistências ao paradigma biomédico, o que justifica a presença desse modelo nas ações de Promoção da Saúde que vigoram no país, como em programas e projetos vinculados ao Ministério da Saúde, como Agita São Paulo. Além de impulsionar as pesquisas positivistas/quantitativas e reforçar a manutenção da epidemiologia tradicional como forma prioritária de apresentação de dados objetivos sobre as condições de saúde da população.

A Promoção da Saúde instituída pela PNPS no Brasil carrega esses elementos de contradição personificados pelo paradigma da epidemiologia tradicional e funcionalista de um lado e, de outro, pelo paradigma da Epidemiologia Crítica. Demais programas e políticas que o SUS tem implementado com base na PNPS também carregam essa contradição a despeito de apresentarem elementos fundamentais para uma mudança nas desigualdades da saúde e, consequentemente, nas desigualdades sociais.

Breilh (2013) destaca que

es el conjunto de condiciones, ideas y prácticas/organizaciones que conforman un movimiento, social e históricamente determinado, que llevan a efecto los seres humanos, sea como grupos co-hesionados al rededor de los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, o sea en su condición individual junto con su núcleo familiar, para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre éstas con un sentido crítico y para actuaren una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, en líneas de acción que signifiquen al mismo tiempo una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten el predominio de formas fisiológicas y psíquicas que sustenten una buena calidad de vida biológica y psíquica, posibilitando una mayor longevidad, capacidad de asimilación de noxas, potencialidad para la plena actividad física en todas las edades, disfrute delplacer y la espiritualidad (p. 25).

A expectativa desse autor é a de que as políticas públicas e seus respectivos programas e projetos de Promoção da Saúde sejam conduzidos a observar o paradigma da Epidemiologia Crítica sistematizada.

1.3 Promoção da Saúde e a constituição da relação saúde-doença

As propostas que constituem elementos de superação dos modelos de saúde biomédica e que podem fortalecer a concepção ampliada de saúde são ferramentas essenciais no processo de consolidação do SUS como sistema de saúde de proposta universalizante ou seguridade social universal.

Os caminhos percorridos pela Promoção da Saúde para se constituir num desses elementos demonstram a presença das lutas entre a concepção biomédica de saúde centrada na doença e a concepção ampliada de saúde defendida pelo SUS, mas fortemente desenvolvida pela Reforma Sanitária Brasileira.

Antes de chegar a essa tensão, é possível identificar alguns elementos mediadores. A medicina preventiva constitui-se um dos elementos importantes da construção de políticas públicas voltadas para a Promoção da Saúde. Suas considerações voltam-se para a ampliação das ações da medicina, na tentativa de superar condições de Atenção à Saúde centrada no tratamento de doenças. Essa característica acaba promovendo alterações significativas na estruturação dos sistemas de saúde em diversas partes do mundo, principalmente nos países ditos em desenvolvimento.

Estabelecer a Promoção da Saúde como eixo norteador representa um avanço de superação da medicina curativa, principalmente pela sua condição ampliada, não firmada em ações puramente técnicas e de características mecanicistas, pautadas somente na objetividade. Apesar da Promoção da Saúde não conseguir imediata superação dessas características, promove alterações significativas, especialmente a partir das propostas de Sigerist, em 1945, que definem as funções da medicina e fundamentam a Promoção da Saúde como uma ação de intervenção transformadora na Atenção Primária à Saúde (APS) (FRAGA *et al.*, 2013).

As mudanças na estruturação da APS com a presença de ações voltadas para a Promoção da Saúde constitui-se como um elemento a ser aprimorado com o propósito de diminuir o crescimento de gastos públicos na medicina curativa e o crescente número de casos de morbimortalidade¹¹ por DCNT. O Relatório Lalonde¹² demonstra a contribuição da corrente behaviorista na concepção da Promoção da Saúde quando equipara a importância da biologia humana, meio ambiente e estilo de vida em sua análise explicativa sobre o fenômeno saúde/doença (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2009).

¹¹ Conceito das ciências médicas, a palavra morbimortalidade é a junção das palavras: morbidade, que seria um determinado tipo de doença de uma população, e mortalidade, que é a estatística de morte em uma população.

¹² O Relatório ou Informe Lalonde é um documento intitulado “Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses”, publicado no Canadá em 1974.

A Promoção da Saúde passa a receber fortes influências da OMS conjuntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Esses realizaram, no ano de 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na cidade de Alma Ata, antiga União Soviética. Essa conferência estabeleceu a meta de Saúde para Todos no ano 2000, defendendo a saúde como direito, democratização nas decisões em saúde, redução das desigualdades e vinculação da saúde a determinantes políticos, sociais e econômicos (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2009).

A OMS, em 1984, realizou uma estruturação do ideário da Promoção da Saúde e, nele, apontou a superação de uma perspectiva centrada na questão física e mental, revelando uma saúde que é social, econômica e ecologicamente influenciável. A participação social na saúde deve acontecer em sua totalidade. As ações em Promoção da Saúde devem pautar as determinações sociais da saúde, combinar métodos e abordagens que respeitem o contexto de cada território e suas diversidades, visar uma participação pública concreta e ampliar a atuação de profissionais da saúde com destaque para a atenção primária (OMS, 1984, citado por FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2009).

Em âmbito internacional, a OMS lançou propostas de Promoção da Saúde com duas promessas:

[...] - o controle ou a autodeterminação das pessoas sobre sua própria saúde, fundamentada pelo conceito de *empowerment* e pela ideia de participação comunitária, o que aponta para importantes mudanças metodológicas nos processos de intervenção; - colocar a saúde como centro da agenda das políticas públicas, implicando mudanças organizacionais dos processos de intervenção no plano do Estado, ao propor a implementação de programas e ações intersetoriais 'saudáveis' (PORTO; PIVETTA, 2009, p.210-211).

Essa estruturação realizada pela OMS com ênfase nos determinantes sociais da saúde foi importante para os fundamentos das intervenções no campo da Promoção da Saúde. Mesmo entendendo a insuficiência das propostas incentivadas pela OMS, é possível dizer que influenciaram positivamente a implementação de políticas públicas que podem ser cruciais para mudanças de paradigmas, como exemplo a instituição da PNPS no Brasil, que se alicerça muito mais nos princípios da Epidemiologia Crítica em superação à epidemiologia funcionalista do paradigma biomédico.

Nesse sentido, no Brasil, as propostas que marcam as políticas e programas de Promoção da Saúde foram sendo constituídos em observância às estratégias de consolidação do SUS, com ênfase nos fundamentos da PNPS: autonomia, empoderamento, participação

social, governança, território, equidade, intersetorialidade, redes sociais, sustentabilidade e integralidade (BRASIL, 2013). Ao referendar esses fundamentos, é possível perceber que a Promoção da Saúde no Brasil pensa na superação do paradigma biomédico, buscando emancipação cultural, política, econômica e social dos indivíduos. Não é possível, desconstruir a perspectiva biomédica se de fato não se construir uma sólida base contra os seus princípios fundantes e o que ela contém e compreende.

Os fundamentos da Promoção da Saúde no Brasil são considerados estratégias para superação do paradigma biomédico. Assim, a autonomia deve ser construída socialmente, por um processo de coconstituição e coprodução, tanto na relação entre os membros da comunidade quanto em sua relação com os profissionais da saúde. Devem existir estratégias que direcionem os indivíduos a uma ação efetiva e não à passividade, pois, quando os indivíduos, na coletividade, conseguem reorganizar criticamente suas ideias, assim como sair da passividade de suas relações com os outros e influenciar seu território, a autonomia estará presente (BRASIL, 2015).

O problema da autonomia identifica-se com o problema da alienação, dado que existe a necessidade de superação das ordens sociais estranhadas pela “afirmação da liberdade individual, da livre manifestação das subjetividades ativas” (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010, p. 48).

O empoderamento proposto pela Promoção da Saúde está ligado à dimensão criativa e instituinte da ação. O indivíduo possui capacidades e habilidades que o possibilitam tomar decisões, controlar modos de vida e agir sobre as determinações sociais da saúde. Esse elemento é fundamental no processo de emancipação do indivíduo, por ser importante na conquista de maior equidade em saúde (BRASIL, 2015).

Para desenvolver ações de empoderamento e autonomia, é importante conhecer as condições dos territórios. Estar no território não significa que se sabe quais são as determinações sociais da saúde da população. É importante destacar que, se esses fundamentos estão dispostos nas políticas públicas de saúde, influenciadas pelo seu conceito ampliado, demonstram ser estratégias significativas para a participação popular.

O território está em movimento constante e em processo permanente de redefinição, reconstrução e transformação. Para que a intervenção tenha êxito, é necessário “fazer falar o território” (BRASIL, 2015, p. 82). Ao ser visto como um espaço geopolítico, capaz de expressar diversidades culturais e materializar políticas públicas, o território é espaço privilegiado para que mobilizações sociais possam ocorrer.

A mobilização social tem a incumbência de estimular a autonomia e o empoderamento dos sujeitos nos territórios para que se consiga, pela Promoção da Saúde, fortalecer o SUS e garantir o direito à saúde, tendo como aliada a participação social (BRASIL, 2015).

A participação social estimulada pelos Programas de Promoção da Saúde pode ser institucionalizada ou não. As institucionalizadas materializam-se na participação nos conselhos municipais e conferências municipal, estadual e federal, enquanto as não institucionalizadas, em fóruns participativos. Esse elemento serve para aperfeiçoar a gestão democrática estabelecida pelo SUS em consonância com a Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2015).

A gestão, para ser democrática, deve pautar-se pelo princípio da governança. Esse é um fundamento da Promoção da Saúde que marca a relação de corresponsabilidade, importantíssimo na dinâmica institucional nos diferentes setores, ao estabelecer regras e procedimentos formais e informais capazes de serem sustentáveis (BRASIL, 2015).

A governança só será eficaz quando for desenvolvida conjuntamente com o princípio da equidade. Em uma de suas análises, Breilh (2010) indica que, para atingir essa condição, é necessária a existência de três “S”: sustentabilidade, solidariedade e ser saudável.

A sustentabilidade não se baseia no desenvolvimento sustentável, mas em uma sociedade sustentável. Breilh (2010, p. 97) afirma que a sustentabilidade como paradigma de transformação “es un concepto multidimensional que implica un conjunto de condiciones para que los socio-ecosistemas puedan fundamentar o sostener, no cualquier forma de vida sino una vida plena, digna, feliz y saludable”.

Uma sociedade sustentável depende da solidariedade, que corresponde à equidade social, cultural, política, geracional e ambiental. Uma sociedade solidária deve ter uma estrutura econômica produtiva que prioriza a vida e o bem comum. Os seus preceitos são: distribuição igualitária de acesso e de possibilidade de viver bem; constituição de consumo consciente e coletivamente acordado, embasado na construção consciente e equitativa da necessidade, sem desperdício e sem uso indevido dos recursos presentes e futuros; participação de todos os povos na realização plena de sua identidade e potencialidade cultural; condução da vida em coletividade, oferecendo a todos a oportunidade de influenciar nas decisões do Estado e dos movimentos sociais; condição de igualdade ao desfrutar dos bens protetores da organização social; e condição de unidade de forças para construir um sistema razoável e equitativo dos direitos e responsabilidades com a natureza (BREILH, 2010).

Para uma sociedade saudável, são imprescindíveis também uma sociedade sustentável e uma sociedade solidária, ou seja, exige a superação de uma sociedade com ideal

funcionalista, que defende a posição de que um espaço saudável é apenas aquele que atende a determinados objetivos limitados, balizados por indicadores epidemiológicos, que, embora registrem uma expressão empírica dos parâmetros de saúde, de forma alguma refletem a amplitude do lugar destinado como espaço para a vida e para o pleno exercício do direito à saúde (BREILH, 2010).

Se a governança e a equidade não se pautarem na premissa dos três “S” de Breilh (2010), não se alcançará êxito nas propostas de práticas de Promoção da Saúde e na diminuição das iniquidades e das desigualdades.

As estratégias para efetivar as práticas de Promoção da Saúde são direcionadas para as ações intersetoriais e as redes sociais. As ações setoriais limitam, separam, impedem e condicionam os setores a trabalharem de forma isolada, dificultando o estabelecimento de relações horizontais. As atividades intersectoriais visam o aumento das oportunidades para que os sujeitos políticos possam “contribuir para o desenvolvimento de uma cultura política democrática, mediante a implementação de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano sustentável” (FERNANDEZ; MENDES, 2007 citados por BRASIL, 2015, p. 94).

As redes sociais são caracterizadas como atores coletivos dos movimentos sociais, criadas para responder “às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e de articulação social” (BRASIL, 2015, p. 95). Pretendem realizar uma nova forma de organização e de ação, voltadas para a inserção de associação de pessoas ou entidades na realização de determinado objetivo. Para uma mudança social, é fundamental a participação social, o que depende da forma de organização dos atores presentes nas redes e das condições geradas para garantir a emancipação de novos sujeitos para atuar e se inserir em novas redes.

Para que os fundamentos dessas práticas tenham êxito, é necessária a criação de programas, projetos e ações que norteiem sua aplicabilidade. Um dos instrumentos mediadores desenvolvidos pelas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde (CIPS) foram os ambientes saudáveis de saúde, que culminaram das propostas de Promoção da Saúde para o desenvolvimento de Cidades Saudáveis. As cartas criadas nas CIPS servem de estímulo para a implementação de políticas públicas voltadas para ambientes saudáveis e o envolvimento da população na gestão e planejamento dessas políticas.

Durante as CIPS, são elaborados documentos, denominados Cartas, que representam propostas para uma melhor estruturação da Promoção da Saúde.

1.3.1 Cartas de Promoção da Saúde

A Carta de Ottawa¹³, de 1986, traz importantes considerações para modificar o processo de construção de políticas globais, nacionais e locais. O conceito de Promoção da Saúde tem como princípio capacitar a comunidade para assumir-se como principal ator na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, assumindo o papel de participar efetivamente das decisões a partir do conhecimento das condições e recursos que determinam seu estado de saúde-doença-cuidado, que envolve habitação, educação, alimentação, renda, recursos sustentáveis, justiça social, ecossistema estável e equidade (LOPES *et al.*, 2010).

Buss (2009) destaca elementos fundamentais na Carta de Ottawa que são base para as ações em Promoção da Saúde: a equidade como um fator essencial para “redução das diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável” (p. 29-30); a defesa de um conceito ampliado de saúde a partir de múltiplas determinações e do papel da intersetorialidade como um componente valioso para a superação das desigualdades sociais de saúde; e a formação profissional e de grupos sociais que serão responsáveis por realizar a mediação entre os diferentes interesses relacionados à saúde existentes na sociedade.

A questão da equidade em Promoção da Saúde está intimamente ligada à igualdade de oportunidades tanto em relação ao conhecimento quanto ao controle do indivíduo e das comunidades sobre as suas determinações sociais. Quando o indivíduo compreende a saúde em seu sentido amplo, percebe que os esforços intersetoriais são importantíssimos na defesa de seus direitos. A formação profissional assume uma responsabilidade nas políticas de Promoção da Saúde, pois participa diretamente das mediações da construção de conhecimento do cidadão sobre sua saúde.

Na Carta de Ottawa ainda foram propostos cinco pontos que nortearam as ações em Promoção da Saúde dos países presentes na CIPS, no sentido de direcionar os debates para as próximas conferências: “elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de 'ambientes favoráveis à saúde'; reforço da 'ação comunitária'; desenvolvimento de 'habilidades pessoais'; reorientação do sistema de saúde” (BUSS, 2009, p. 30).

A Carta de Adelaide¹⁴, com temática de políticas públicas saudáveis, orienta o incentivo de políticas prioritárias para áreas consideradas fortemente afetadas pelas

¹³1986 - Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde - I Conferência Internacional da Saúde no Canadá.

¹⁴1988 - Declaração de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis - II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Austrália.

desigualdades de condições. As áreas são a “saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, e criação de ambientes favoráveis” (BUSS, 2009, p. 32). Permanece nesse documento a necessidade da Promoção da Saúde continuar visando a equidade, a diminuição das desigualdades e a construção de alianças intersetoriais, reforçando os princípios da Carta de Ottawa.

Os ambientes favoráveis à saúde foram o tema central da Carta de Sundsvall¹⁵, centrada no combate às desigualdades para o desenvolvimento da equidade nas condições de moradia, trabalho, lazer, acesso a recursos, estruturas econômicas e políticas favoráveis, e no combate às ações de degradação ambiental e promoção do respeito à biodiversidade.

A criação de ambientes favoráveis corresponde à tentativa de diminuir, na dimensão social, o isolamento social, a perda de valores tradicionais e a identidade cultural; na dimensão política, garantir a participação democrática nas decisões, na tentativa de descentralizar os recursos; na dimensão econômica, estabelecer um reescalonamento de recursos e favorecer o desenvolvimento sustentável; além disso, foi defendida a participação da mulher em todos os setores da sociedade (BUSS, 2009).

Criar ambientes favoráveis implica em proteger o meio ambiente, conservar os recursos naturais, manter os ambientes que favorecem a saúde e estimular a criação de novos espaços, seja no trabalho, no lar, na escola ou na própria cidade (BRASIL, 2007a).

A IV CIPS em Jakarta¹⁶ ampliou a discussão sobre a participação popular, ao reforçar a importância da ação comunitária em todas as decisões para diminuir as iniquidades em saúde. Os objetivos seriam de incentivo a políticas públicas saudáveis, com responsabilização do setor privado; aumentar os investimentos em saúde no seu sentido amplo - educação, moradia, trabalho; aumentar e consolidar parcerias intersetoriais; assegurar infraestrutura para a Promoção da Saúde; e o *empowerment* ou empoderamento com a educação prática, capacitação para liderança e acesso a recursos (BUSS, 2009).

Destarte, todas as propostas ligadas à Promoção da Saúde recomendam a participação da população, seja em Conselhos Municipais centrais, distritais e locais ou em organizações não-governamentais, sindicatos de trabalhadores, associações setoriais, amigos de bairros, entre outros, que possibilite a incorporação de informações e de necessidades ao processo de gestão, permitindo o “fortalecimento do poder popular e a sua participação nas decisões,

¹⁵1991 - Declaração de Sundsvall sobre ambientes favoráveis à saúde - III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Suécia.

¹⁶ 1997 - Declaração de Jakarta sobre Promoção da Saúde no século XXI em diante - IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Indonésia.

construindo junto com os técnicos uma sociedade mais justa e igualitária” (WESTPHAL, 1997, p. 15).

A participação social se efetiva quando ações comunitárias conseguem eleger agendas prioritárias, tomar decisões, definir estratégias que visam garantir melhores condições de saúde e de vida, ou seja, conseguem tomar posse e controle de seu próprio destino. A Carta de Sundsvall ainda enfatiza que essas conquistas de Promoção da Saúde somente serão atingidas de forma plena pelo crivo da participação social e da ação educacional.

Nessa conferência, a educação foi destacada como elemento-chave para a realização de mudanças políticas, econômicas e sociais, fundamentais para que a saúde possa ser acessível a todos. A Carta de Jakarta, além de defender a facilitação do aprendizado compartilhado, reforçou que aprender sobre saúde fomenta a participação (BRASIL, 2002).

As conferências e cartas apontadas delinearam um novo pensamento na Promoção da Saúde. Em destaque “a idéia de que a saúde é produzida socialmente; assim, a Promoção da Saúde está relacionada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida” (ANDRADE; BARRETO, 2002, p. 156).

O que não ficou evidenciado foi a dificuldade de abrangência desse novo paradigma em relação às determinações sociais da saúde, que deveriam ser pensadas junto às dimensões sociais, culturais, econômicas e políticas e deveriam configurar-se em meios de compreender como as coletividades e indivíduos vivem nos espaços locais e universais. Esse fator não foi observado nas cartas das conferências, nas quais é possível perceber um forte componente internacionalista, que segue uma natureza política dos processos de saúde sob a ótica macroestrutural, histórica e de cumplicidade biosférica (ANDRADE; BARRETO, 2002).

No contexto internacionalista desse novo paradigma, surgiria, no Brasil, uma proposta que contribuiria para a criação do projeto Cidades Saudáveis, com as premissas de favorecimento de programas de ambientes favoráveis à saúde e com ênfase na participação social de forma a garantir esse direito à população.

1.3.2 Cidades Saudáveis e Promoção da Saúde

O chamado movimento Cidade Saudáveis foi constituído em decorrência da visão de saúde destacada acima, especialmente da saúde pública, e surgiu em consequência do movimento de Promoção da Saúde. Os elementos motivadores das iniciativas pelas Cidades Saudáveis foram: “o interesse pela pobreza, necessidade de reorientação dos serviços de

saúde, a importância da participação comunitária e o desenvolvimento de coalizões entre o setor público, setor privado e o voluntariado” (WESTPHAL, 2000, p. 41).

A proposta de Cidades Saudáveis surgiu em 1978, em Toronto, Canadá, com a publicação do informe *A saúde pública nos anos 80* (ADRIANO *et al.*, 2000). O projeto Cidades Saudáveis foi oficialmente implementado pela OMS no Simpósio sobre Cidades Saudáveis em Lisboa, em 1986. Em 1988, um grupo de especialistas em Promoção da Saúde se reuniu para planejar o projeto enquanto estratégia de Promoção da Saúde da OMS na Europa. No Brasil, as cidades que aderiram ao modelo canadense adotaram o termo Cidades Saudáveis; as que seguiram as orientações do modelo da Organização Pan-Americana de Saúde adotaram o termo Municípios Saudáveis (CORDEIRO, 2008).

O movimento de Promoção da Saúde pretende assegurar à população a redução das desigualdades em saúde a partir de ações equânimes. Por isso, os ambientes saudáveis devem contribuir para melhores condições de vida dos indivíduos e principalmente para as ações intersetoriais e de participação social.

A priori, o projeto se constitui de uma gestão social que tem como objetivo principal a transformação de uma cidade em um espaço de produção social de saúde. Para que isso aconteça, Westphal e Oliveira (2015) destacam a importância de se criar um conselho intersetorial central com a participação de representantes dos diferentes grupos de poder e de interesses da cidade.

Essa participação se centra em um dos fundamentos da Promoção da Saúde, o empoderamento, que se constitui no estado adquirido do poder na tomada de decisão tanto individual quanto coletiva. Essa nova visão, para se concretizar, deve partir do conceito amplo de saúde. A gestão municipal deve ter conhecimento dos problemas enfrentados pela população, sendo importante desenvolver um diagnóstico integral e intersetorial para garantir a elaboração correta do planejamento estratégico (WESTPHAL, 1997).

Para espaços saudáveis que favoreçam a constituição de Cidades Saudáveis é importante que o plano de governo tenha participação de instituições representativas da sociedade. Para isso, é preciso viabilizar a união dos esforços do setor de saúde com os demais atores sociais - “governo, partidos políticos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, ONG's, famílias e indivíduos” (CORDEIRO, 2008, p. 24) -, principalmente dos grupos organizados que podem garantir a participação social.

Ter um Município Saudável não é um processo que possa se concretizar rapidamente, portanto, para Westphal (1997), essa concretização deve ser pensada em longo prazo e

também deve tentar efetivar os objetivos de racionalizar a distribuição dos recursos financeiros e definir adequadamente as ações intersetoriais.

Na XI Conferência Nacional de Saúde foi destacada a importância do estímulo ao desenvolvimento de Cidades Saudáveis:

implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações 'comunitárias' no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades, onde se concentra a população exposta a uma concentração de risco vinculado à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais (PAIM, 2009, p. 170).

O maior problema enfrentado no Brasil, no que se refere à implementação do projeto Cidades Saudáveis, são as condições fragmentadas das cidades. Porto e Pivetta (2009) destacam que há territórios de exclusão, em que existe a ausência do poder público e, conseqüentemente, do direito à cidadania. É comum a constituição de locais de confinamento de pessoas, caracterizando aumento da vulnerabilidade socioambiental com intimidação, abuso de poder, agravamento da violência e escassez de espaços públicos saudáveis.

Esses espaços de exclusão no território, de segregação socioespacial, possuem elementos constituintes, como “o estigma, a coerção, o confinamento espacial e o encapsulamento institucional, entendido como a existência de instituições próprias, paralelas ao Estado e às redes da cidade oficial” (PORTO; PIVETTA, 2009, p. 217).

Para os autores, a Promoção da Saúde é um caminho concreto desde que seus princípios estejam nas raízes da Saúde Coletiva, seus compromissos históricos estejam no movimento sanitário e no SUS, na perspectiva de alcançar uma sociedade justa e com sustentabilidade ambiental.

Os espaços saudáveis não devem ser constituídos somente como um princípio de saúde voltada para as dimensões individuais e comportamentais, que marcam a visão conservadora da OMS. Essa visão é normatizada e descontextualizada, focada em estilos de vida e controle das pessoas, limitando-se a intervenções pontuais de alimentação saudável, prática corporal e atividade física, controle do tabagismo, do uso de álcool e drogas.

O projeto espaço/cidades/municípios saudáveis que está sustentado pelo paradigma da Saúde Coletiva e se constitui estreitamente ligado às demandas apontadas nas cartas de Promoção da Saúde estabelecem uma proposta de ampliação do cuidado, não sendo o único

modo como a promoção passou a comparecer de forma proeminente no âmbito da relação saúde-doença, mas que melhor expressa a aproximação com os princípios do SUS.

1.4 Promoção da Saúde e o SUS

Um dos marcos responsáveis pelo fortalecimento da Promoção da Saúde no Brasil foi a CIPS das Américas de 1992, em Bogotá, na Colômbia. As determinações sociais foram destaque na conferência, partindo da visão ampliada de saúde e enfatizando o seu condicionamento a fatores políticos, econômicos, culturais, sociais, ambientais, de conduta e biológicos. No contexto de enfrentamentos do paradigma hegemônico, ela passou a ser a estratégia para combater as determinações sociais da saúde e também da vida, sendo um ponto facilitador de acesso às respectivas políticas públicas (CRUZ, 2010).

Outro fator relevante foi a diferenciação entre promoção e prevenção, que tem gerado equívocos teóricos e práticos. Rivera e Artmann (2009) enumeram características distintas de ambos os campos, clarificando sua conceituação e interpretação:

- a prevenção tem um conceito de saúde como ausência de doença, enquanto a promoção tem um conceito positivo e multidimensional; - na prevenção predomina um modelo médico, enquanto na promoção prepondera um modelo participativo de saúde; - a prevenção está direcionada principalmente aos grupos de alto risco na população, ao passo que a promoção está direcionada à população em seu ambiente global; - a prevenção envolve doenças específicas, enquanto a promoção envolve uma rede de questões de saúde (p. 184).

O discurso preventivo tem suas bases no conhecimento epidemiológico moderno, com o objetivo de controlar a transmissão de DIP e reduzir os riscos e agravos de DCNT. É estruturado pela divulgação de informações científicas e de recomendações normativas de mudanças comportamentais (COUTINHO *et al.*, 2013).

Se a promoção caminha para o enfrentamento das determinações sociais, a prevenção está limitada ao enfrentamento de determinantes e condicionantes modificáveis, que impõem sobre a população o dever e a responsabilidade pela sua saúde, afastando o Estado e demais organizações capitalistas dos seus deveres.

A Tabela 1 demonstra que realizar a prevenção de doenças corresponde à perspectiva que se aproxima da concepção de saúde centrada na doença, enquanto a promoção retrata uma perspectiva de aproximação da concepção ampliada de saúde. Portanto, essa diferenciação direciona as ações em Promoção da Saúde.

Quadro 1: Diferenças conceituais entre os termos promoção da saúde e prevenção de doenças.

ASPECTOS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doença
Modelos de intervenção	Participativo	Médico
	Eliminação permanente ou pelo menos duradoura	Intervenção provisória
Alvo	Toda a população	Grupos de alto risco
Incumbência	Rede de temas de saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Modelo dos determinantes sociais da saúde	Noção do processo saúde-doença como histórica e socialmente marcado
	Facilitação e capacitação	Direcionadas e persuasivas
Objetivos	Criar alternativas saudáveis	Reduzir os riscos e as enfermidades
	Busca atingir as causas	Visa atingir o surgimento de uma doença ou conjunto
Direcionamento das ações	População em geral	Para pessoas ou grupos com possibilidades de adoecer ou de prevenir-se de complicações e/ou morte
Interventores	Necessita de uma atuação mais integral	Competência técnica e clínica
Características principais	Abordagem intersetorial	Controle da transmissão de doenças infecciosas
	Construção da capacidade de escolha	Redução do risco de doenças degenerativas
	Transformação das condições de vida e de trabalho	Conhecimento epidemiológico
	Discernimento com relação às diferenças e singularidades dos acontecimentos	Recomendações normativas de mudanças de hábitos
Atenção primária	Preocupação com a qualidade de vida das pessoas	Preocupação com o controle de enfermidades
Similaridades do conceito	Ênfase no cuidado	
	Quando as ações são direcionadas a uma grande população	
	Nas ações de educação e comunicação para a saúde, fortalecimento da participação comunitária e da ação política	

Fonte: Coutinho *et al.* (2013, p. 4).

A Promoção da Saúde baseia-se na transformação das condições de vida e de trabalho, responsáveis pela conformação da estrutura subjacente aos problemas de saúde. Para promover saúde é necessário fortalecer as capacidades individuais e coletivas da população para lidar com a multiplicidade das determinações sociais, ampliando a capacidade de fazer escolhas ao atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos, indo além da aplicação técnica e normativa voltada para o conhecimento das doenças e os mecanismos de seu controle (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2004, citado por COUTINHO, 2013).

O problema tem sido colocar em prática as particularidades da Promoção da Saúde alinhada ao paradigma da Saúde Coletiva. As maiores dificuldades enfrentadas na realização das ações pela equipe de Saúde da Família, segundo estudo de Horta (2009), é a deficiência

em realizar as práticas de educação preconizadas pelo SUS, as pequenas ações intersetoriais existentes e a ineficiência no incentivo de empoderamento dos sujeitos do território.

A Promoção da Saúde ligada à concepção ampliada é uma vertente que busca mostrar as múltiplas determinações existentes na sociedade e, conseqüentemente, desvelar os elementos constituintes das determinações sociais da saúde e da vida. As determinações sociais da saúde estão diretamente associadas aos problemas das desigualdades sociais encontradas na história. Por isso, tem sido estimulada no Brasil a criação de programas, projetos e políticas públicas que viabilizem formas de planejamento, execução e avaliação de ações de forma intersetorial, não somente intrassetorial.

Para se constituir numa estratégia eficaz, a Promoção da Saúde deve vincular-se diretamente ao Sistema Nacional de Saúde, ao planejamento em interação com outros programas, políticas e serviços, que formam uma rede de relações dinâmicas, numa resposta social organizada (RIVERA; ARTMANN, 2009). As bases formadoras do SUS visualizam que ela é uma aliada para a consolidação de qualquer Sistema de Saúde de caráter unitário.

No Brasil, a criação do SUS como direito de todos e dever do Estado, com princípios fundamentais de garantia de acesso universal e igualitário tanto a serviços quanto a ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, via políticas sociais e econômicas de enfrentamento e diminuição dos riscos à saúde, é resultado de lutas sociais travadas e orientadas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

Esse movimento defendeu o direito a uma saúde pensada pela sua condição positiva. A saúde em seu conceito ampliado se constitui como um fator de luta pela cidadania e democracia no contexto brasileiro. Os movimentos sociais participantes da Reforma Sanitária conquistaram, com a criação do SUS, o direito à saúde garantido na Constituição Federal de 1988 e, principalmente, a condição de participar de todo o processo de defesa da população em iniquidade social.

O SUS é um sistema de enorme complexidade, constituído do conjunto de agências (instituições e empresas/públicas e privadas) e agentes (profissionais e trabalhadores da saúde), cuja atuação se baseia na garantia da atenção à saúde da população. O SUS, apesar de ser um sistema único, integra estabelecimentos e serviços vinculados a organizações públicas e privadas, com fins de lucro ou não, efetuando, portanto, uma diversidade de interesses contraditórios no seu interior e que influenciam decisivamente nas suas ações de sistema (PAIM, 2015).

O modelo de seguridade social adotado pelo SUS, estabelecido na Carta Magna de 1988, tem por objetivo garantir a todos os brasileiros o direito universal de cobertura em saúde, obedecendo a princípios básicos de cidadania e democracia. Mas, para isso, deve haver

o reconhecimento dos direitos sociais, a afirmação do dever do Estado, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da relevância pública das ações e serviços nessas áreas, uma perspectiva ‘publicista’ de gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional descentralizado (FLEURY; OUVÉRY, 2008, p. 37).

Todos esses argumentos pelo direito do cidadão à saúde ocorrem para tentar legitimar os princípios do SUS estabelecidos em lei. Esse processo é construído com o tempo e de forma conjunta, obedecendo a características históricas, políticas, econômicas e culturais de cada país, sendo que o funcionamento do sistema, sua organização e resultados dependem do quanto a sociedade “toma para si a responsabilidade pela saúde do conjunto de sua população” (LOBATO, 2012, p. 31).

A interface Estado, mercado e sociedade está presente na transição de um sistema de saúde à política social propriamente dita e envolve desdobramentos, nesse caso específico de uma política de saúde que possui vários atores sociais mediados por distintas instituições e significados culturais.

A Reforma Sanitária Brasileira deu significativa contribuição ao processo de construção de condições democráticas no país, que não se limitaram à criação do SUS, mas à tentativa de superar as desigualdades sociais na e a partir da saúde.

Paim (sd, p. 7) afirma que, para conquistar o que é de direito, os seguintes aspectos têm de ser respeitados:

a) democratização da saúde - elevação da consciência sanitária sobre saúde e seus determinantes, reconhecimento do direito à saúde, inerente à cidadania, acesso universal e igualitário aos serviços de saúde e participação social nas políticas e na gestão; b) democratização do Estado e seus aparelhos, com descentralização do processo decisório, controle social, ética e transparência nos governos; c) democratização da sociedade, alcançando a produção e distribuição justa da riqueza numa “totalidade de mudanças”, passando por uma “reforma intelectual e moral” e pela democratização da cultura.

O SUS está presente no processo democrático objetivado pela Reforma Sanitária e possui um papel essencial por estar inserido nesses três princípios democratizadores: saúde, Estado e seus aparelhos, e sociedade. Ao articular questões específicas, como a sanitária, a reforma instituída pelo movimento defronta-se com as condições de saúde da população, o

sistema de saúde vigente, tipo de ideologia adotado e a estrutura econômica da sociedade, condição que torna o SUS uma força contraideológica e contra-hegemônica importante e, por isso tão defendido pelos movimentos sociais populares.

O SUS, na dinâmica social, visa alcançar valores sociais de proteção, influenciando a sociedade na compreensão sobre a saúde, o risco de adoecer e problemas relacionados ao processo saúde-enfermidade. Lobato (2012) chama atenção para a necessidade de reconhecer a saúde como problema coletivo e como direito de cidadania.

Os novos direitos sociais relacionados à saúde adquiridos com a Constituição Federal de 1988¹⁷ foram desfavoráveis aos interesses da iniciativa privada constituída em torno do SUS, pois os artigos presentes nos textos constitucionais desencorajaram os investimentos privados na saúde, diminuindo a produtividade e a lucratividade (PAIM, 2013).

Por isso, o direito adquirido não tem sido um direito constituído. Existe, mas não se consolida pelo crescente número de componentes do sistema, que visam interesses próprios, de visão hegemônica capitalista. Acabam por determinar os entraves do sistema de saúde brasileiro, garantindo a permanência das necessidades de saúde, tratando-as como mercadorias, obedecendo aos critérios de lucratividade em lugar da observância do direito de cidadania ao acesso universal à saúde (LOBATO, 2012).

O SUS é um sistema único porque segue a mesma doutrina e princípios organizativos no território brasileiro sob responsabilidade tripartite (governo federal, estadual e municipal). Seus princípios doutrinários são universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações, enquanto os princípios organizacionais são descentralização, regionalização e hierarquização da rede e participação social (BRASIL, 2000).

As ações de promoção foram destacadas, como: “educação em saúde, bons padrões de alimentação e nutrição, adoção de estilos de vida saudáveis, uso adequado e desenvolvimento de aptidões e capacidades, aconselhamentos específicos, como os de cunho genético e sexual” (BRASIL, 1990, p. 9).

A realização dessas ações serviu de estímulo para o desenvolvimento de “práticas da ginástica e outros exercícios físicos, os hábitos de higiene pessoal, domiciliar e ambiental, e, em contrapartida, desestimulados o sedentarismo, o tabagismo, o alcoolismo, o consumo de drogas, a promiscuidade sexual” (BRASIL, 1990, p. 9).

¹⁷ Constituição Federal de 1988, Título VIII - Da Ordem Social, Capítulo II - Da Seguridade Social, Art. 194. (*) A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (BRASIL, 1988).

Assim como a Promoção da Saúde, o SUS tem recebido contribuições importantes de modelos progressistas, superando a visão limitada focada somente nos fatores de risco e estilos de vida. Um ponto favorável dessa superação foi a reorganização do sistema de vigilância epidemiológica do SUS, na perspectiva de Vigilância da Saúde, com intervenção social organizada e ampliação do objeto, incluindo, “além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em consequência de suas condições de vida” (FREITAS, 2009, p. 151).

O aspecto motivador da reorganização da Promoção da Saúde no SUS está na forte presença do paradigma da Saúde Coletiva vinculado ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira na vigilância da saúde. Conforme Paim (2009, p. 173), essa derivação a coloca como “um modo tecnológico de intervenção num dado território que incorpora um conjunto de ações para enfrentamento de problemas selecionados, incluindo o controle de determinantes socioambientais mediante políticas públicas e ações intersetoriais”.

Essas ações intersetoriais não se constituem de ações multissetoriais sem integração e sem nexos conceituais, mas de “complementaridade, reciprocidade e vinculação na ação dos indivíduos” (RIVERA; ARTMANN, 2009, p. 190)

Essa integração privilegia a relação de saberes entre a epidemiologia e o planejamento voltados para riscos e causas e não para danos. Suas atividades contemplam “o uso de tecnologias de comunicação social, monitoramento da situação de saúde local, tomada de decisão no nível local, integração entre as ações de prevenção, controle e recuperação, bem como ações programáticas nas unidades de saúde e atuação intersetorial” (PAIM, 2009, p. 174), que, para se tornarem efetivas, contam com a ESF e as propostas de Cidades Saudáveis.

Para a efetivação dessas propostas de Promoção da Saúde, foram criadas políticas e programas pelo Ministério da Saúde, buscando a consolidação das doutrinas e princípios do SUS. As políticas públicas criadas com bases normativas e propostas, que fortalecem as práticas de Promoção da Saúde, foram a PNAB e a PNPS, programas de fortalecimento das ações da ESF, do NASF e o PAS.

1.4.1 A Promoção da Saúde e a PNPS

No SUS, a estratégia de Promoção da Saúde, mesmo antes da instituição da PNPS, abarcava as determinações do processo saúde-doença e contemplava em sua política maiores possibilidades de ações para potencializar a intervenção. Por ser uma política transversal,

integrada e intersetorial, preza pela constituição de redes de atenção à população em todos os âmbitos: social, cultural, econômico, político e educacional. Reforça a necessidade de corresponsabilidade entre os setores e a população, que se efetiva com a participação de todos no cuidado com a saúde (BRASIL, 2014b).

O modelo de atenção proposto pelo SUS visa contrapor-se ao modelo biomédico, centrado no atendimento à demanda espontânea, de caráter meramente reativo a determinadas situações. Quando, no SUS, é proposta a construção da intersetorialidade para promover saúde, ele está buscando contemplar a integralidade dos saberes para o enfrentamento das situações de vulnerabilidade dos territórios (BRASIL, 2013c).

A PNPS foi criada pela Portaria nº 687/2006, inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde, visando sua expansão por adoção de políticas públicas voltadas para a Promoção da Saúde. Essa política veio para dar legitimidade à Promoção da Saúde já desenvolvida no SUS. Sua institucionalização iniciou-se em 2005, quando foi criado o Comitê Gestor de sua elaboração, consolidação e formas de implementação pelas Secretarias do MS, Secretaria de Vigilância em Saúde e Secretaria de Atenção à Saúde, para realizarem, de forma conjunta, articulada e integrada, as ações de Promoção da Saúde no SUS (BRASIL, 2015a).

A PNPS passa a ser um instrumento para o SUS no seu processo de consolidação. A Portaria nº 1.409/2007 incluiu, no Comitê Gestor da política, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Em 2012, também foi incluída, com a Portaria do MS nº 1.571/2012, a ABRASCO, para participar da reestruturação da PNPS, fundamentando e alinhando a política com o conceito ampliado de saúde do SUS (BRASIL, 2015a).

Em 2013, a PNPS foi revisada pelo Comitê Gestor em parceria com a OPAS, o Grupo Temático de Promoção da Saúde da ABRASCO: gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais, profissionais de instituições de diferentes setores e de ensino superior de todas as regiões brasileiras. Essa revisão passou, posteriormente, pela análise dos grupos de trabalho da SVS, SAS e de Gestão do MS, pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2015a).

Os objetivos da PNPS estão pautados na equidade de condições não somente de saúde, mas em todos os aspectos da vida. Ela reconhece as determinações sociais, culturais, econômicas, políticas e ambientais para ampliar potencialidades e reduzir as vulnerabilidades e riscos à saúde (BRASIL, 2015a).

O caminho da proposta da PNPS nos seus objetivos é possibilitar o acesso integral aos serviços de saúde, tendo a RAS como responsável por essa dinâmica. Esse acesso somente será possível se a política: provocar a adoção de práticas sociais e de saúde embasadas na equidade, participação e controle social; favorecer a mobilidade humana; promover a cultura da paz; apoiar a criação de ambientes saudáveis; valorizar saberes populares e tradicionais; promover o empoderamento para tomada de decisões e autonomia do sujeito e das coletividades, potencializando sua condição de defesa pela saúde e pela vida; e educação em saúde, tanto para a formação profissional quanto para a formação continuada (BRASIL, 2015a).

Com base na Promoção da Saúde, o SUS busca reorientar os serviços de saúde, tendo como método a educação em saúde, reforçando as ações educativas coletivas ao associar o conhecimento técnico-científico dos profissionais com o saber popular, na perspectiva de reconhecer a saúde como direito social (BRASIL, 2015b).

O empoderamento, autonomia e exercício da cidadania pelos sujeitos são fundamentos presentes na Promoção da Saúde reforçados pela PNPS e enfatizados no PAS pelo eixo educação em saúde. Ações que visam essa construção dependem da atitude do profissional de abrir espaço para a participação dos usuários, buscando, na construção de ações compartilhadas, o desenvolvimento de modos de viver saudáveis (BRASIL, 2015b).

Os programas criados com a premissa do desenvolvimento de ações em Promoção da Saúde com vínculo ao paradigma da Saúde Coletiva espera-se que seja um instrumento de fortalecimento e consolidação do SUS, com grandes possibilidades de enfrentamento das iniquidades em saúde, principalmente quando favorece o conhecimento da população sobre seus direitos, para que essa possa intervir, nas imposições do controle do paradigma biomédico sobre o sistema de saúde, estabelecendo o controle social preconizado pelo SUS.

Os programas de Promoção da Saúde do SUS e suas propostas de ações educativas estabelecem metas vinculadas ao empoderamento, autonomia e exercício da cidadania dos sujeitos, criando “espaços para troca de conhecimentos entre usuário-profissional, usuário-usuário, profissional-profissional, que permitam identificar demandas e delinear ações que sejam factíveis e efetivas” (BRASIL, 2015b, p. 195-196).

Os profissionais envolvidos nos programas devem realizar ações educativas e pautá-las nas múltiplas determinações da saúde, “[...] considerando as histórias de vida, as crenças, os costumes e os valores do sujeito, extrapolando a mera transmissão da informação” (BRASIL, 2015b, p. 198). Por mais que os documentos das políticas e programas do MS apresentem grandes contradições e limitações em relação ao conceito ampliado de saúde, é

importante salientar que as recentes revisões desses documentos trazem elementos fundamentais para as ações e estratégias de Promoção da Saúde do SUS.

As ações educativas propostas como estratégias da PNPS, definidas pela Portaria 687/2006¹⁸, foram redefinidas na Portaria nº 2.446/2014, com reformulação e ampliação que as definiram como temas prioritários. Os apontamentos são referentes aos temas e seu objetivo principal: formação e educação permanente - desenvolver ações de educação em promoção da saúde; alimentação adequada e saudável - segurança alimentar e nutricional; práticas corporais e atividade física - promover ações, orientações e divulgação da temática; enfrentamento do uso do tabaco, álcool e drogas - promover ações para redução e controle do uso do tabaco; promoção da mobilidade segura - promover ações integradas e intersetoriais nos territórios, destacando a paz no trânsito; promoção da cultura da paz e dos direitos humanos - promover, articular e mobilizar ações que favoreçam os vínculos, redução da violência e a cultura da paz; e promoção do desenvolvimento sustentável - promover, mobilizar e articular ações governamentais e não governamentais, privadas e da sociedade civil (BRASIL, 2015a).

As ações intrasetoriais e intersetoriais promovidas nos municípios devem estar acordadas com os temas prioritários, mobilizando a comunidade no sentido de Promoção da Saúde e participação no processo de educação popular em saúde. A educação popular tem alcançado espaço na Atenção Básica por ser o local em que o SUS tem contato com maior número de usuários.

Essa articulação da PNAB e PNPS, somada a outras políticas e, principalmente, à PNEPS, instituída pelo MS pela Portaria nº 2.761/2013, tem-se mostrado de grande importância e segue princípios, como: problematização - para construção de práticas em saúde voltadas para análise crítica da realidade; construção compartilhada do conhecimento - seguindo saberes populares e sociais para compreender e transformar de modo coletivo as ações em saúde, observando as dimensões teóricas, políticas e práticas; emancipação - superação das formas de opressão, exploração, discriminação e violência, que são determinações sociais de adoecimento; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular - construção de uma sociedade justa, solidária, democrática, igualitária,

¹⁸ Na portaria 687/2006 as estratégias eram: 1 - Divulgação e implementação da PNPS; 2 - Alimentação saudável; 3 - Práticas corporais e atividade física; 4 - Prevenção e controle do tabagismo; 5 - Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; 6 - Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; 7 - Prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; 8 - Promoção do desenvolvimento sustentável (MORAIS NETO; CASTRO; GOSCH, 2006).

soberana e de diversidade cultural. Mas, para isso, depende de lutas sociais para a garantia do direito universal à saúde (BRASIL, 2013d).

Quando o MS propôs a PNEPS, estabeleceu alguns eixos estratégicos para orientar o desenvolvimento de ações de educação que influenciem as tomadas de decisões populares, omissas na participação social de sua saúde e de sua vida. Os quatro eixos definidos na PNEPS constituem elementos provocadores para o enfrentamento dessa omissão (BRASIL, 2013d). São eles: - Participação, controle social e gestão participativa: mobiliza as pessoas a buscarem seus direitos à saúde pela qualificação da participação nos processos de formulação, implementação, gestão e controle social das políticas públicas; - Formação, comunicação e produção de conhecimento: ressignifica e cria práticas que favorecem a produção de novos conhecimentos, formando trabalhadores e atores sociais em saúde na perspectiva da educação popular em defesa do SUS; - Cuidado em saúde: promove práticas populares de cuidado, socializa tecnologias e perspectivas integrativas, aprimorando-as para serem articuladas com o SUS, apoiando sua sustentabilidade; - Intersetorialidade e diálogos multiculturais: promove o encontro de diferentes atores sociais, fortalecendo as políticas públicas em saúde de forma ampliada.

A PNPS favorece a criação de espaços e ambientes saudáveis que são propícios para que a educação em saúde possa acontecer de forma ampliada, favorecendo a produção social saudável pela participação popular e disseminação de saberes populares. Uma das influências marcantes da educação popular em saúde, dando subsídios para instrumentalização da população para lutar pelos seus direitos.

O conceito ampliado de saúde constituído na luta da Reforma Sanitária Brasileira encontra seus desdobramentos na PNPS. As ações não se limitam às questões individuais e centradas na doença, como observado na Portaria 2.446/2014 da PNPS, que busca garantir os direitos à vida da população e não somente o direito à saúde. Em seu Art.7º, inciso III, defende a necessidade de mobilidade urbana, acessibilidade e desenvolvimento seguro (saneamento, habitação, transporte). No Art. 7º, inciso V, defende o bem-estar, enfatizando os ambientes e espaços saudáveis. Também no Art. 7º, inciso VII, enfatiza que a educação em saúde precisa se efetivar pela participação popular, constituindo um elemento de conquista da autonomia.

As lutas travadas pela Reforma Sanitária Brasileira continuam constantes, com desdobramentos nas políticas públicas, objetivando conquistas de superação do paradigma biomédico, como a implementação de programas que criem oportunidades de acesso a trocas e construção de saberes voltados para as determinações sociais da saúde e da vida.

Exemplo dessa luta está na articulação dos movimentos socialmente construídos, dentre eles já destacados a ABRASCO e o CEBES; mas também a ABRES - Associação Brasileira de Economia em Saúde; a AMPASA - Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde; a APSP - Associação Paulista de Saúde Pública; a IDISA - Instituto de Direito Sanitário Aplicado; a REDE UNIDA - Associação Brasileira Rede Unida; e, a SBB - Sociedade Brasileira de Bioética. Cumprem com a missão de defesa de um projeto nacional para o país; de reforma do sistema político; reforma tributária; revisão da lei de responsabilidade fiscal; reafirmar o sistema de seguridade social brasileiro; extinguir os subsídios diretos ao setor privado; responsabilizar os gestores; e, adotar irrestrito caráter público; adequar a formação em saúde às necessidades do SUS (CEBES, 2014).

A PNPS é uma das políticas podem servir de avanço nesse sentido, por se tratar de uma política que amplia as possibilidades de intervenção com base na educação em saúde. Parece forçada essa afirmação, mas quem milita no paradigma da Saúde Coletiva entende que a mobilização social capaz de transformar e mudar paradigmas deve pautar-se na questão central de todo movimento social: a educação.

Os programas que vêm sendo criados na Atenção Básica pelo SUS caminham na proposta de aproximar as ações das equipes da Atenção à Saúde das determinações sociais existentes. Os programas ESF, NASF e PAS correspondem a equipes multiprofissionais que estão diretamente envolvidas com as condições de saúde e de vida da população. Existe uma aproximação com um modelo de educação em saúde que corresponde às necessidades fundamentais da vida das pessoas, confrontando, consequentemente, as desigualdades sociais da saúde e da vida. Nessa perspectiva, o PAS pode ser considerado um programa de Promoção da Saúde que se articula com as principais políticas públicas de superação do paradigma biomédico.

1.4.2 A Promoção da Saúde e a PNAB

A PNAB estabelece as características que devem nortear a Atenção Básica para o desenvolvimento de suas ações, constituídas a partir do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas. Tem na saúde da família sua estratégia prioritária, exercida por trabalhos em equipe, direcionados a populações de territórios delimitados, assumindo a responsabilidade sanitária pela população local. Essa política “orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade,

integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social” (BRASIL, 2007a, p. 22).

Como a Atenção Básica é o contato preferencial dos usuários com o SUS, seus programas assumem a responsabilidade pelo cuidado e passam a organizar o fluxo dos usuários aos demais pontos de Atenção à Saúde¹⁹. A presença das equipes da ESF, do NASF e do PAS amplia as práticas e estratégias de cuidado e favorecem a dinâmica das ações em âmbito individual e coletivo. O trabalho em equipes e as tecnologias de cuidado fornecem condições complexas e variadas para auxiliar no manejo das demandas e necessidades da população (BRASIL, 2012a).

Starfield (1994), citado por Brasil (2007), afirma que a Atenção Básica possui capacidade resolutiva das necessidades em saúde em torno de 85% dos casos. Para que esse objetivo seja alcançado, ele depende do trabalho desempenhado pela equipe, efetividade do acolhimento, capacidade de direcionar recursos e atendimento baseado no indivíduo, na família e na comunidade.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é um componente essencial na Atenção Básica e constitui-se o centro de comunicação das RAS. Essas redes têm sido consideradas uma saída para crise dos sistemas de saúde. As unidades de saúde são estabelecimentos que deveriam prestar eficazmente serviços laboratoriais e assistenciais, mas, em sua maioria, não contemplam os padrões mínimos de estrutura física (GIOVANELLA E MENDONÇA, 2012).

A melhoria dos serviços na Atenção Básica deve favorecer a diminuição da demanda nos níveis da atenção secundária e terciária em saúde. Por isso, a ênfase na utilização adequada dos serviços e distribuição planejada das RAS para favorecer o uso de suas tecnologias de serviços, garantindo a economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

A PNAB abrange ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção, objetivando o cuidado integral dos usuários. A presença das equipes multidisciplinares permite que o usuário tenha maior acesso a essa diversidade de ações, seja em ações de promoção e proteção, prevenção

¹⁹Pontos de Atenção à Saúde: são entendidos como espaços nos quais se ofertam determinados serviços por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção: os domicílios, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os polos das Academias da Saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Já os hospitais podem abrigar distintos pontos: o ambulatório de pronto-atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2015c, p. 134).

de agravos, diagnóstico, redução de danos e manutenção ou no encaminhamento para pontos de atenção de acordo com as necessidades do usuário, seu tratamento e reabilitação.

A gestão da Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios, mas a prioridade nos objetivos de promover o processo de descentralização e de maior participação popular. Na perspectiva de garantir essas prioridades, instituíram-se os Conselhos e Conferências de Saúde, Lei 8.142/1990, como instrumentos de controle social. A participação dos diversos segmentos da sociedade em parceria com os governos municipais, estaduais e federais fortalece o acompanhamento e a participação em definições importantes sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990).

A participação social, sempre defendida pelo SUS, passa pela necessidade de conhecimento e saberes relacionados às condições de vida e de saúde e supera a questão da transmissão de informação pela transformação constante dos saberes existentes, próprios da educação em saúde.

A implementação da estratégia do Programa Saúde da Família (PSF), atual ESF da Atenção Básica, é privilegiada para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, pela maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Para Alves (2005), essa estratégia foi uma das iniciativas importantes na reorganização da Atenção Básica ao servir de aporte na reorientação das práticas de saúde, com adoção de novas tecnologias, com destaque para a educação em saúde, na busca de “renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida” (p. 48-49) e na sinalização da “ruptura de práticas convencionais e hegemônicas de saúde” (p. 49).

Educação em saúde no contexto da Atenção Básica pode ser concebida como educação no cotidiano, na concretude do espaço da família, não sendo uma simples extensão do serviço, mas uma prática que gera construção e troca de saberes, permitindo críticas e mudanças que priorizam a proteção, a promoção e a troca solidária, afastando-se da proposta do paradigma biomédico (RODRIGUES; SANTOS, 2010).

Na Portaria 2.488/2011, o enfoque da educação permanente está diretamente relacionado à educação em saúde ao destacar como pressuposto importante o planejamento de ações educativas que identifiquem os pontos críticos diversos a serem “enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e das pessoas, estimulando

experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde” (BRASIL, 2012, p. 39).

No processo do trabalho das equipes da Atenção Básica, são contempladas ações de educação em saúde: desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia individual e coletiva; realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe; e participar de ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças (BRASIL, 2012).

As ações educativas dessas equipes direcionam-se para estratégias de promoção e prevenção de doenças. Quando utilizam espaços, como as Academias da Saúde, devem ampliar a capacidade de intervenção coletiva “para as ações de promoção de saúde, buscando fortalecer o protagonismo de grupos sociais em condições de vulnerabilidade na superação de sua condição” (BRASIL, 2012, p. 71).

A Atenção Básica é espaço privilegiado para a implementação de programas de Promoção da Saúde que reforçam as ações educativas em saúde no SUS. Ao enfatizar ações que promovam saúde, a educação é uma das prerrogativas de conquista de elementos fundamentais, como: autonomia, empoderamento, participação social e controle social - elementos que devem ser priorizados nos programas da Atenção Básica.

2 Promoção da Saúde e o PAS

As políticas nacionais seguem orientações internacionais, adaptando-as ao contexto em que elas vão sendo inseridas. O movimento da Promoção da Saúde serviu de base para a criação da PNPS, que segue um caminho de proposições voltadas para o sistema nacional de saúde brasileiro, pautadas no conceito ampliado de saúde, características do contexto de lutas sociais para o direito universal à saúde.

Uma das propostas do movimento da Promoção da Saúde é o incentivo à criação de políticas públicas saudáveis, que envolvem a estruturação e a ampliação de espaços saudáveis, desenvolvimento de atividades e ações de práticas saudáveis, caracterizando uma condição para as cidades se tornarem municípios saudáveis. A implementação do direito à saúde pelo SUS está intrinsecamente vinculada à elaboração e à realização de políticas públicas.

Na Conferência sobre Políticas Públicas Saudáveis, de 1984, que seguia os princípios doutrinários da Promoção da Saúde, tendo como ponto de partida a Carta de Ottawa, definiram-se aspectos importantes para que uma cidade possa assumir compromisso e responsabilidade política: “formular políticas públicas saudáveis nos distintos setores; criar entornos físicos e sociais saudáveis; estimular a participação popular; desenvolver a habilidade das pessoas de manter e melhorar a saúde; trocar informações; desenvolver políticas públicas referidas pela equidade” (SOUSA, 2014, p. 15).

Assim, contribuindo para a consolidação de políticas de Promoção da Saúde, em 1986, foram criados os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), responsáveis por criar mecanismos de participação da população no processo de planejamento, execução e avaliação dos serviços. A ênfase maior está na Atenção Primária da Saúde e nas ações de Promoção da Saúde, buscando o desenvolvimento de políticas públicas articuladas e saudáveis (MALTA; SANTOS, 2003).

No Brasil, particularmente no SUS, as iniciativas voltadas para a Promoção da Saúde serviram para ampliar as estratégias de cuidado em saúde na Atenção Básica e nortear as ações das equipes criadas em 1992, no PSF. Nesse contexto, a maior discussão sobre as práticas de Promoção da Saúde foram em torno do movimento das Cidades Saudáveis (CRUZ, 2010).

O programa Cidades Saudáveis²⁰ se baseia no fortalecimento do poder local pela participação social e pela implementação de projetos intersetoriais. As políticas públicas não

²⁰ O projeto Cidades Saudáveis propõe uma abordagem à saúde e ao bem-estar da população através de ações locais, “no contexto da vida diária das pessoas, facilitando a ação conjunta entre as autoridades locais, sociedade civil e outros atores-chave para melhorar as condições e a qualidade de vida do e no lugar onde as pessoas

podem ser exclusivas do aparelho estatal, nem um direito político ou democrático somente, mas devem ser elaboradas e pactuadas em fóruns participativos para fortalecimento e desenvolvimento das comunidades (MENDES, 2000).

A proposta de implantação do PAS se vincula à luta pela apropriação da PNPS como elemento fundamental de consolidação do SUS na reformulação e melhoria da Atenção Básica, visando articular e integrar diferentes setores para o desenvolvimento de espaços/territórios saudáveis. Com isso, intenta promover oportunidades para que as pessoas consigam criar e ampliar espaços de diálogo, reconhecendo-se não somente como capazes de pensar sobre as condições sociais, econômicas e humanas, mas de tornarem-se parte do processo de criação e desenvolvimento de políticas públicas saudáveis.

Os projetos e programas desenvolvidos em políticas públicas recentes têm como característica a de serem ponto de alguma rede de atenção à população. No caso do PAS, pertence à RAS e, para além de ser criado como espaço saudável, tem como proposta potencializar os indivíduos; desenvolver ações intra e intersetoriais; incentivar a participação e a mobilização social; ampliar a autonomia e empoderar as pessoas, utilizando-se de projetos de redes sociais que buscam alcançar objetivos comuns (OPAS, 2010).

A participação democrática de atores sociais nas políticas públicas precisa tornar-se efetiva, com propostas próprias das organizações populares. Para que isso aconteça, as organizações civis precisam desenvolver habilidades de negociação, elaboração de projetos e disponibilização de educação popular. A dificuldade desse envolvimento popular é, reconhecidamente, um obstáculo na criação de municípios saudáveis no Brasil (MENDES, 2000).

Fatores que dificultam a implementação e a continuação dos projetos de cidades saudáveis são: a herança de uma cultura política setorial; instabilidade política; dificuldades de apoio logístico de profissionais para a execução dos projetos; e cultura sanitária dos programas verticais (MENDES, 2000). Observando esses fatores, mas buscando outros instrumentos que têm contribuído para o desenvolvimento de espaços saudáveis de saúde, é que se caminha na perspectiva de fortalecer elementos capazes de alavancar políticas, projetos e programas que, de fato, favoreçam o desenvolvimento de Cidades Saudáveis.

vivem, trabalham, estudam e se divertem, e promover o desenvolvimento de sistemas e estruturas sustentáveis” (Opas/OMS, 2002). Desafios para o Projeto Cidades Saudáveis para o século XXI: responder às necessidades essenciais de todos; assegurar a equidade social; promover o desenvolvimento econômico a partir de valores coletivos; assegurar a viabilidade ecológica; promover uma cultura de paz e não violência; estabelecer governos democráticos; criar ambientes saudáveis; controlar as doenças infecciosas; e fortalecer o poder de espírito dos cidadãos (BRANDÃO, 2004, p. 50).

A constituição do PAS na Atenção Básica é uma das estratégias utilizadas pelo MS, objetivando transpor os fatores impeditivos para a realização de projetos que valorizam a Promoção da Saúde da população. A seguir, são apresentados programas que serviram para que a proposta do PAS fosse aperfeiçoada e conseguisse conter, em suas bases teóricas, subsídios de superação de modelos de programas de saúde centrados na doença e com princípios imediatistas, individualistas e setoriais.

A criação de novos espaços para o desenvolvimento de práticas de saúde que alcancem maior participação popular e de maior proximidade e interação com os profissionais das Unidades de Saúde, ampliando a continuidade dos cuidados em saúde, principalmente na orientação e ênfase na promoção, impõe que o paciente deva sair de cena para entrar o participante, que deve se sentir integrante e parte do processo de gestão, planejamento, execução, participação e avaliação das ações realizadas no PAS.

Alguns programas que foram se constituindo como parte de políticas públicas de saúde de municípios brasileiros, tidos pela OMS como práticas de Promoção da Saúde, viabilizando aspectos de municípios saudáveis, estão a seguir apresentados como precursores do PAS. É possível destacar como esses programas contribuíram para a proposta de implementação do PAS, embora devem ser diferentes da atual proposta.

2.1 Programas de Promoção da Saúde: precursores do PAS

A justificativa do financiamento de programas de atividade física pelo MS ocorre pela prevalência da inatividade física e o número crescente de DCNT. Os investimentos na Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) pelo MS chegaram a R\$ 171 milhões de 2006 a 2009, com 1374 projetos cadastrados, visando estratégias de Promoção da Saúde especificamente voltadas para a atividade física (AMORIM *et al.*, 2013).

Os programas que serão apresentados têm como princípio a Promoção da Saúde de enfoque individualista, mesmo que o discurso se aproxime da proposta que visa a transformação da sociedade. Também é possível verificar que o processo se constitui em consonância com o paradigma biomédico.

A influência desses programas sobre as políticas públicas em nível nacional ficou notória no campo da saúde pública quando o MS lançou, em 2006, as diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Entre as diretrizes dos pactos pela vida está a Promoção da Saúde, que, naquele momento, tinha como ênfase a atividade física regular

e a alimentação saudável. Nessa perspectiva, se estabeleceu uma relação entre a Promoção da Saúde e o fortalecimento da Atenção Básica.

Os objetivos pactuados seriam: elaborar e implementar uma política de Promoção da Saúde com ênfase na mudança de comportamento da população quanto à sua responsabilidade de praticar atividade física regular, alimentação saudável e adequada e cessação do hábito de fumar; articular e promover programas existentes de atividade física e apoiar a criação de outros; e avaliar os aspectos nutricionais com mensurações concretas de hábitos alimentares (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007a).

Todos esses objetivos estavam pactuados e limitados à Promoção da Saúde de enfoque predominantemente comportamental, sob influência da OMS, da difusão da teoria do risco epidemiológico, do discurso do Colégio Americano de Medicina do Esporte, que reforçavam os princípios do paradigma biomédico. Essas ponderações podem ser observadas na apresentação dos programas que receberam incentivo do MS para desenvolver suas ações de Promoção da Saúde ligadas às Unidades de Saúde.

No mapa desenvolvido pela Secretaria de SVS do MS, em 2009, é possível identificar que, nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste, havia maior número de projetos subsidiados pelo MS, visando ampliar as políticas públicas voltadas para a Promoção da Saúde, ainda no sentido estrito, limitando-se a atividades físicas e orientações nutricionais.

Figura 1: Mapa da distribuição de Projetos de Promoção da Saúde - 2009.

Fonte: Brasil, 2013, p. 20.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2011, verificou que, no Brasil, havia 748 programas de atividade física financiados pelo MS, correspondendo a 13,2% dos municípios brasileiros. A região Norte possuía 38 programas; Nordeste, 254; Centro-Oeste, 83; Sudeste, 263; e, Sul, 110 (AMORIM, *et al.*, 2013).

Os programas, em sua maioria, correspondem a uma visão de Promoção da Saúde comportamental ou conservadora, tendo como referência estratégias voltadas para mudanças de hábitos e estilos de vida, fundamentadas em fatores de risco pela epidemiologia funcionalista. As ações giravam em torno de atividades, como: avaliação física, caminhada, danças, alongamento/relaxamento e ginástica, envolvendo os principais grupos de risco: obesos/sobrepeso, diabéticos/hipertensos, tabagistas e gestantes (AMORIM, *et al.*, 2013).

No escopo desses programas, as ações educativas tinham como foco: adoção de estilo de vida ativo; recomendações e benefícios da atividade física; contribuições da AF para enfrentamento de DCNT; hábitos saudáveis; e condutas alimentares, tabagismo, obesidade, orientações sobre as DANT (COELHO; VERDI, 2015).

Para melhor descrição desses programas, realiza-se também uma caracterização histórica, de sequência e ordem cronológica, enfatizando como foram constituídos e implementados em suas respectivas cidades e estados.

2.1.1 Programa de Orientação ao Exercício em Vitória (1990)

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória, em observância à lei municipal nº 3.267/85 e Constitucional pelo art. 217, que asseguram ao cidadão o direito à prática de atividade física como uma das ações de Promoção da Saúde, criou, no ano de 1990, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE). O serviço seguia e segue as diretrizes da OMS/ONU para prevenção primária em saúde estabelecidas no Consenso de Genebra, em 1993, e a Posição Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME) sobre Atividade Física e Saúde (REZENDE, 1997).

Os objetivos destacados no programa são, entre outros: combater o sedentarismo e as características epidemiológicas crescentes de DCNT; economizar gastos públicos com consultas, medicamentos e internações; diminuir a ausência do trabalhador nos postos de trabalho, garantindo o aumento da força de trabalho; proporcionar a prática de exercícios físicos orientados com ênfase na saúde pública, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças; criar e incentivar a adoção de práticas saudáveis em espaços públicos (REZENDE, 1997).

Os objetivos propostos caracterizam a criminalização do sedentarismo, impondo-lhe a condição de principal responsável pelas DCNT e possuem, no exercício físico, a solução para as doenças e agravos, reforçando que as práticas saudáveis se limitam ao ato de praticar atividade física. Um dos aspectos que reforçam o interesse hegemonicamente construído é o objetivo de diminuir as ausências no trabalho, não por conta da preocupação com o trabalhador, mas com a produção.

As características das ações do programa SOE foram pautadas nos aspectos: espaços (praias, parques, praças etc.); interesses por tipos de exercícios nos diferentes espaços; capacitação dos profissionais envolvidos (análise do estado de saúde dos usuários, planejamento e acompanhamento dos planos de treinamento e orientação das atividades); e ações educacionais e de informações, com prioridade para a prevenção primária e a educação para a saúde (REZENDE, 1997).

O programa foi ampliado ao ser criado, em 2006, o SOE Móvel, com o objetivo de favorecer a participação de moradores de regiões com dificuldades de acesso, ampliando as práticas em saúde realizadas nas Unidades de Saúde, quando as equipes passaram a realizar visitas domiciliares e a realizar ações educativas (FEITOSA, 2015).

Esse processo de ampliação retrata a necessidade de expansão de Unidades de Saúde e projetos de lazer, esportes, teatros, apresentações artísticas e culturais, responsáveis por aumentar a participação popular. Mas é possível observar que esses espaços saudáveis têm sido pouco construídos e, quando o são, estão em locais de difícil acesso para a população de baixa renda e/ou são fruto de um projeto sem estudo prévio, que, de fato, poderia contribuir para o território (FEITOSA, 2015).

Assim como o projeto de Vitória, o programa Agita São Paulo segue padrões da proposta de Promoção da Saúde na tentativa de diminuir a condição epidêmica das DCNT. A atividade física é a solução apresentada para a diminuição das doenças cardiovasculares, tendo no modelo norte-americano todo seu aporte teórico, objetivando que a aptidão física corresponde ao princípio da vida ativa, portanto capaz de determinar quanto o indivíduo está saudável.

2.1.2 Programa Agita São Paulo (1996)

A inserção da atividade física como meio de Promoção da Saúde e prevenção da doença, assim como em Vitória, acontece em São Paulo. Considerada fator determinante na

inclusão dessa modalidade no âmbito da saúde pública, balizada pelo movimento crescente da epidemiologia do risco, indica a necessidade de combater o sedentarismo, evitando as DCNT.

Nesse sentido, foi criado, em 1996, o programa Agita São Paulo, desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo com assessoria técnico-científica do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), recebendo destaque como um programa exemplar de Promoção da Saúde pela OMS (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2009).

Skowronski (2014) destaca que a partir do programa Agita São Paulo foi criado pelo Ministério da Saúde em 2000 o programa Agita Brasil, um programa nacional de atividade física; o Brasil Saudável em 2005, para divulgar a estratégia global de atividade física; o Pratique Saúde em 2006, que servia para estimular a prática de atividade física, alimentação saudável e a prevenção do tabagismo; e, o Time mais Saúde em 2008, mobilizando para prática de atividade física.

O sedentarismo, ao ser incluído entre os fatores de risco epidemiológico e ser considerado o principal inimigo da saúde pública pelos criadores do programa, acaba, no entanto, por obscurecer os demais determinantes da saúde e gera uma condição de reprovação de outros hábitos e comportamentos inversamente associados à noção de saúde. Esses são demonizados e quem os adota são culpabilizados (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2009).

O discurso do programa Agita São Paulo se disfarça para conseguir manter o financiamento do governo federal e estadual. Para isso, estabelece as terminologias utilizadas em programas de Promoção da Saúde ligadas ao PNPS: cidadania ativa, participação social, inclusão social, mobilização social e empoderamento. Ferreira, Castiel e Cardoso (2011) esclarecem que o uso desses termos não tem sido, porém, suficiente para que o programa possa se sustentar como um instrumento capaz de atender aos objetivos da Promoção da Saúde no SUS. Para o Agita São Paulo, a:

Cidadania ativa é o ato de mexer o corpo como forma de ‘acumular’ saúde. Participação social restringe-se à divulgação da lógica do Agita São Paulo para outras freguesias. ‘Inclusão social’ é a inserção de grandes contingentes populacionais na prática da atividade física por meio de uma recomendação supostamente universal e mais fácil de ser alcançada: 30 minutos diários de atividade física moderada. ‘Mobilização social’ equivale ao ato de colocar pessoas nas ruas participando dos megaeventos ou, no máximo, de reivindicar reformas e adequações do espaço público para a prática da atividade física. Empowerment é o fortalecimento das parcerias por meio da disseminação das estratégias e do conceito central do Agita São Paulo sem

que cada um dos parceiros tenha que criar um programa e uma nova agenda (FERREIRA; CASTIEL; CARDOSO, 2011, p. 871).

Silva e Carvalho (2014) descrevem que esse discurso adotado pelo programa Agita São Paulo corresponde a uma das vertentes da Promoção da Saúde compreendida pelo enfoque individualista. Suas ações enfatizam a mudança de comportamento, em que os sujeitos são impelidos a adotar comportamentos ditos saudáveis, dos quais são informados por dados científicos pela mídia, profissionais e serviços de saúde, sem considerar o contexto de vida. O que deveria reduzir os gastos em saúde se transfere para cuidados com o corpo modelado, cujo principal discurso é a melhor condição de saúde dos sujeitos que participam do projeto, apresentando menor possibilidade de adoecimento.

A vertente da Promoção da Saúde do SUS, a partir dos fundamentos da Reforma Sanitária e da Saúde Coletiva, busca transformações sociais pela maior participação dos sujeitos e das coletividades nas decisões, tanto as consideradas comportamentais quanto nas demais determinações da saúde, como ambiente, trabalho, serviços de saúde e educação, entre outros.

As transformações sociais nessa segunda vertente estão diretamente relacionadas à “participação dos sujeitos e das coletividades nas questões ligadas à saúde [...] baseada em maior capacidade crítica de análise das questões que envolvem a saúde”, (SILVA; CARVALHO, 2014, p. 76), reconhecendo-a em seu sentido ampliado e na luta por melhorias nas condições de vida e de saúde.

Na perspectiva de continuidade dessas vertentes vão surgindo os demais programas de atividade física pelo país, caracterizados pelos seus idealizadores como voltados para os princípios do SUS, isto é, de acordo com o conceito ampliado de saúde, mas que, diferentemente do que afirmam suas práticas, permanecem ligados à vertente da promoção conservadora.

2.1.3 Programa CuritibAtiva (1998)

As características dos programas de atividade física como apresentada nos estudos seguem a vertente da promoção conservadora. Hallal *et al.* (2009) realizaram um estudo de programas comunitários de atividade física em que é reforçada a questão da transição epidemiológica como um marco para a implementação de programas de atividade física visando o combate de doenças crônicas.

Nesse estudo, os autores destacam que a cidade de Curitiba, desde os anos de 1960, tem investido na estruturação de espaços na cidade para a Promoção da Saúde e a atividade física e que, desde 1980, é considerada um dos municípios que compõem o grupo de Cidades Saudáveis pela OMS.

Criado em 1998 pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, o programa CuritibAtiva possui ações características, como:

o uso de mensagens curtas sobre a AF e seus benefícios, orientações face a face, avaliações de parâmetros da aptidão física, distribuição de material educativo de incentivo à atividade física, organização de eventos, como corridas rústicas, jogos nas escolas, noite da bicicleta, dança em Curitiba e ainda oferta de atividades orientadas regulares e esporádicas (HALLAL *et al.*, 2009, p. 105).

O programa CuritibAtiva tem grande repercussão, assim como o programa Agita São Paulo, na medida em que consegue alcançar um grande número de pessoas em diferentes regiões da cidade e com uma diversidade de atividades que devem ser destacadas, mas que não podem ser desvinculadas de um paradigma biomédico, que marca a vertente da promoção conservadora.

Essas características foram ampliadas em Curitiba por apresentar um projeto-âncora de vida saudável, preconizando as atividades intersetoriais entre as Secretarias Municipais de Saúde, Esporte e Lazer, Educação, Cultura, Companhia de Desenvolvimento, Ação Social e de Abastecimento. Os objetivos desse projeto são condizentes com a Promoção da Saúde, pois visam:

promover a saúde individual e coletiva com ações direcionadas para a população e para o ambiente; os espaços públicos como parques e espaços comunitários são transformados em áreas de democratização de educação em saúde; estímulo à atividade física; adoção de hábitos alimentares saudáveis; atividades culturais e de lazer e educação ecológica, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o “empoderamento” da população para hábitos mais saudáveis de vida (KREMPEL; MOYSÉS; FREITAS, 2004, p. 115).

Apesar dessas características, ele não foi um projeto avaliado e financiado pelo MS, não se destacando como um projeto precursor do PAS. Entretanto, o programa CuritibAtiva evidencia uma maior aproximação ao conceito ampliado de saúde via projeto-âncora, não presente na avaliação do MS dos programas de atividade física.

É possível perceber as contradições no objetivo principal do programa CuritibaAtiva: verificar a adesão da população aos programas de atividade física implementados - o que reforça a intenção de aumentar as oportunidades da comunidade de se tornar fisicamente ativa, concepção limitada da Promoção da Saúde.

Mesmo entendendo que o programa de Vitória, São Paulo e Curitiba tenham sido precursores do PAS, os programas que marcam melhor essa transição ou aproximação do SUS são os Programas da Academia da Cidade (PAC). Não somente pelo nome, que propiciou o desdobramento da nomenclatura adotada pelo MS para o PAS, mas pela iniciativa intersetorial da Secretaria de Saúde de Recife, Secretaria de Esporte e Lazer e Universidades de Recife.

2.1.4 Programa Academia da Cidade

O PAC foi criado em 2002, efetivado pelo Decreto Municipal de Recife nº 19.808/2003, vindo se tornar Política Municipal de Promoção da Saúde na Atenção Básica pela Portaria nº 122/2006 (LEMOS, 2010). Foi uma proposta inovadora no sentido de que surgiu na Secretaria Municipal de Saúde de Recife, o que surpreende pelo fato de esses programas, quando implementados, acontecerem pelas Secretarias de Esporte e Lazer.

O PAC de Recife foi ampliado para todos os outros municípios do estado de Pernambuco, alcançando 136 municípios, com 276 polos até 2015. Nesses polos são desenvolvidas atividades de: promoção de práticas corporais e atividades físicas, orientação nutricional e educação alimentar, práticas artísticas (teatro, música, pintura e artesanato), planejamento de ações com profissionais da Atenção Básica e usuários (LEMOS *et al.*, 2015).

A proposta de Recife despertou o interesse da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, que, em 2004, realizou uma parceria com o Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe e instituiu o PAC com o objetivo de promover a adoção de estilo de vida saudável da população adulta e idosa e estimular a prática regular de atividade física (SKOWRONSKI, 2014).

A adesão da população a programas como os de Recife e de Aracaju aumentou a visibilidade da proposta de enfrentamento do sedentarismo e da obesidade, aspecto gerador de estímulo ao MS, que tinha como meta combater fatores de risco modificáveis desencadeadores de DCNT.

O MS realizou a identificação dos fatores de risco de DCNT modificáveis por meio de um monitoramento de respostas via inquérito nacional por telefone - VIGITEL, obtendo, nas

respostas, o destaque para fatores como excesso de peso, consumo de tabaco, sedentarismo e dieta (BRASIL, 2005).

Reforçando essa ideia, Silva (2015) relata que, na 57ª Assembleia Mundial, realizada pela OMS em 2004, foi aprovada a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, com o objetivo de reduzir os fatores de risco para DCNT. Para alcançar esse objetivo, destacou-se a necessidade de promover uma educação em saúde e fortalecer políticas públicas voltadas para o conhecimento dos benefícios da alimentação saudável e da atividade física.

Em 2005, o MS decidiu custear os programas de atividade física, PAC, aproximando seus espaços das UBS, favorecendo o contato dos profissionais dos polos²¹ do PAC com os profissionais das UBS e, conseqüentemente, melhorando o acesso da população aos serviços. O PAC passou a compor o planejamento de Vigilância em Saúde do MS na prevenção e controle das DCNT, ampliando a quantidade de espaços públicos destinados à Promoção da Saúde.

Os incentivos do MS aos programas de atividade física no Brasil, em 2009, foram de 34 milhões de reais, ampliando a rede nacional de Promoção da Saúde, incluindo o PAC. O MS promoveu ações de incentivo financeiro e continuou avaliando por meio do VIGITEL durante os anos de 2006 a 2010 (BRASIL, 2013a).

O resultado das avaliações demonstrou que houve aumento do acesso e da participação da população nas atividades e na adoção de práticas saudáveis. Essa avaliação positiva contribuiu para novas iniciativas do MS na criação de programas nacionais no âmbito do SUS, voltados para a Promoção da Saúde, que incluíam a atividade física como uma das ações de prevenção e controle das DCNT, em função do crescente número de pessoas com inatividade física (BRASIL, 2013a).

Nessa perspectiva, portanto, o MS lançou o PAS como um modelo de intervenção em Promoção da Saúde. O aspecto norteador da proposta foi a inserção das práticas corporais e da atividade física como eixo central de suas ações, com coerência de investimentos em programas de atividade física considerados pela epidemiologia funcionalista efetivos no combate às DCNT, principalmente em relação aos efeitos da inatividade física.

²¹Os polos são construção e/ou requalificação de espaços físicos públicos de convivência e lazer, com estruturas que favorecem a vivência de práticas corporais, como ginástica, dança, caminhada, corrida, jogos, brincadeiras, além de palestras, oficinas, reuniões e serviços de orientação nutricional, prescrição de exercícios e avaliação física (CRUZ; ALBUQUERQUE; DAMASCENA, 2013).

2.2 Implantação e Implementação do PAS

O MS resolveu instituir o PAS no SUS pela Portaria nº 719/2011, com o objetivo principal de “contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2011, p. 52).

Os polos são locais que contemplam espaços destinados a atividades individuais e coletivas de Promoção da Saúde, com infraestrutura própria e com equipamentos que favorecem o desenvolvimento de práticas corporais, atividade física e lazer, associadas a modos de vida saudáveis orientados por profissional qualificado. Os polos do Programa foram ampliados em relação aos do PAC, conferindo melhores condições para a participação da população.

Nesse sentido, no momento da criação do PAS, em 2011, é possível identificar o destaque dos eixos norteadores das atividades para o de Práticas Corporais/Atividade Física. A forma como o PAC se tornou um programa do MS e os elementos que o constituem - atividade física, alimentação saudável e atenção básica, culminando na instituição do PAS - e a forma de redação do objetivo principal na Portaria 719/2011 reforçam essa identificação “contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2011, p. 52).

Na Portaria nº 2681/2013, de redefinição do PAS, o objetivo principal modifica o seu texto: “contribuir para a promoção da saúde e proteção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implementação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013b, p. 37).

Essa Portaria 2681/2013, assim, fundamenta a redefinição, atribuindo ao PAS diretrizes e princípios não existentes na Portaria 719/2011. As diretrizes reforçam que o PAS é um equipamento da Atenção Básica, de referência no combate às DCNT e espaço privilegiado para Promoção da Saúde, proteção do cuidado em saúde, e ambiente facilitador de aprendizagem sobre modos de vida saudáveis.

O PAS deve reforçar a proposta dos serviços de saúde que estão dispostos na Atenção Básica como ponto de atenção da RAS assim como complementar e potencializar as ações de cuidados individuais e coletivos na Atenção Básica. Deve ser referência ao contemplar ações de Promoção da Saúde, prevenção e atenção às DCNT. Deve estabelecer-se como espaço de

produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis.

No intuito de complementar as diretrizes do PAS, são adicionadas à Portaria 2.681/2013 as diretrizes da PNPS e da PNAB. Essas diretrizes estabelecem elementos primordiais para o Programa, com destaque para a Promoção da Saúde, considerada fundamental na garantia da equidade.

Para atingir a condição equânime em serviços de saúde, o MS implementa políticas públicas que reforçam a necessidade de participação social, cujos resultados promovem o empoderamento individual e coletivo, avançando na garantia de melhores condições de saúde e qualidade de vida. A PNPS direciona o PAS no estímulo à adoção de redes de cooperação intersetoriais, adoção de práticas horizontais de gestão, promoção de mudanças na cultura organizacional e conquista da integralidade de condições favoráveis à saúde da população.

As diretrizes da PNAB, para desenvolver suas propostas, são norteadas pelos princípios do SUS. Sobre a equidade, visa defender a redução das disparidades sociais existentes na população, devendo gerar impacto nas determinações sociais da saúde das coletividades com estratégias voltadas para o planejamento, descentralização das programações e ações intersetoriais.

O princípio do acesso universal referencia a Atenção Básica (UBS e PAS) como porta de entrada preferencial da RAS e assegura ao usuário acessibilidade a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, capazes de resolver a maioria dos problemas da população.

O princípio da participação social estabelece uma relação de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita. O cuidado, para ser integral, necessita de vínculos que garantam a continuidade das ações em saúde e o aumento da participação popular nas decisões sobre seu cuidado.

O princípio da integralidade abrange articulações entre ações de Promoção da Saúde, prevenção de agravos, vigilância, tratamento, reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão, somadas à ampliação da autonomia dos usuários, intervenções multiprofissionais e interdisciplinares, o que aumenta a capacidade do cuidado em saúde.

O princípio do controle social está intimamente relacionado à participação dos usuários quanto ao seu empoderamento e autonomia. A compreensão de sua capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território fundamentam bases fortes de enfrentamento das determinações sociais da vida e contribui para a organização e a orientação dos serviços de saúde com lógicas centradas no usuário e no exercício do controle social.

Os princípios do PAS, alicerçados nos princípios do SUS, fortalecem a perspectiva de participação popular, visando a “construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde”; intersetorialidade, porque amplia a capacidade de “construção e desenvolvimento das ações”; interdisciplinaridade, com papel significativo “na produção do conhecimento e do cuidado”; integralidade, como forma de privilegiar o cuidado; intergeracionalidade, que garante “o diálogo e troca entre gerações”; e territorialidade, que estimula o reconhecimento do “espaço como local de produção da saúde” (BRASIL, 2013b, p. 37).

Os objetivos específicos sofreram poucos, mas significativos acréscimos e alterações com a Portaria 2.681/2013. Foram inseridos três novos objetivos: “desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; promover práticas de educação em saúde; e promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território” (BRASIL, 2013b, p.38).

Permaneceram os objetivos específicos estabelecidos na Portaria 719/2011, isto é: o fortalecimento da Promoção da Saúde na Atenção Primária em Saúde (APS)²²; a relevância da integração multiprofissional dos diversos saberes em “saúde, educação, cultura, assistência social, esporte, lazer” para o desenvolvimento das ações intrasetoriais e intersetoriais; o processo educativo que conduz à autonomia dos indivíduos na adoção de hábitos saudáveis, como atividade física e alimentação saudável; a mobilização comunitária em razão da participação social e cultural, tanto individual quanto coletiva; e a ampliação e valorização de espaços públicos que favoreçam o melhor aproveitamento do tempo livre e suas contribuições - inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2011).

As ações do PAS podem ser desenvolvidas em qualquer localidade do território determinado pela gestão municipal e gestão do polo. Apesar dessa liberdade de trânsito das equipes (intra e intersetoriais), o espaço do polo deve ser utilizado, se possível, em três períodos do dia, podendo ainda ser utilizado nos finais de semana. Os recursos destinados à construção e infraestrutura dos polos do PAS e custeio de manutenção advêm da União,

²² O termo APS é destaque aqui em razão da sua substituição pelo termo Atenção Básica à Saúde (ABS) na Portaria 2.681/2013. Matta e Morosini (2009) explicam que, no Brasil, a Reforma Sanitária analisou a necessidade da troca pela melhor designação do termo ABS, que enfatiza a reorientação do modelo assistencialista para o modelo de sistema universal e integrado de Atenção à Saúde do SUS. Uma explicação detalhada para os termos APS e Atenção Básica pode ser encontrada na referência: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007; e, GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. IN: GIOVANELLA, Lígia et al.(Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed., Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

destinados a propostas aprovadas via projetos do programa no MS e por Emendas Parlamentares (BRASIL, 2011).

A construção de espaços saudáveis, como os polos do PAS, caracteriza-se como uma das ações fundamentais do MS para que a Promoção da Saúde tenha maior visibilidade tanto para profissionais da área quanto para a população em geral. O entendimento é de que devem existir espaços saudáveis com maior possibilidade de acesso, principalmente àqueles marginalizados.

Os espaços públicos e sociais oferecem maiores possibilidades de convivência, de aprendizagem, de expressão e compreensão das diversidades culturais. Favorecem a aproximação de possíveis transformações não somente nos hábitos saudáveis, como reforçado pela estrutura conservadora, mas também no que se refere ao empoderamento dos direitos à saúde, que precisam ser observados; também favorecem a autonomia do usuário ao expressar com convicção as suas opiniões, reconhecendo as contradições, mas entendendo que precisa ser ouvido; e a participação social, quando o mesmo indivíduo não se nega a fazer parte dos processos decisivos de sua própria vida.

2.2.1 Estruturação dos polos e modalidades

A Portaria nº 1.401/2011 instituiu, na PNAB, o incentivo para a construção dos polos do PAS, como objetivo de estruturar espaços físicos para a orientação de práticas corporais e atividades físicas, lazer e modos de vida saudáveis. Estabeleceu a criação de três modalidades de polos: Modalidade Básica; Modalidade Intermediária; e Modalidade Ampliada.

A programação arquitetônica preestabelecida em 2011 se manteve na Portaria nº 2.684/ 2013, mas recebeu adequação na Portaria nº 1.707/2016, das quais, não alteram significativamente os projetos e serviram para adequação das normas por possíveis novos polos similares, tanto para estar habilitado para o custeio quanto para caracterizar-se como polo do PAS.

As mudanças ocorreram em relação à dimensão mínima exigida: os Polos de Modalidade Básica (PMB), de 300m², foram para 250m² (Tabela 1); os Polos de Modalidade Intermediária (PMI), de 312m², foram para 263,20m² (Tabela 2); e os Polos de Modalidade Ampliada (PMA), de 550m² foram para 451,20m² (Tabela 3) (BRASIL, 2016).

Tabela 1: Programação Arquitetônica dos Polos Básicos, 2011 - 2016.

Ambientes	2011			2016		
	Qt.	AU	AT(m ²)	Qt.	AU	AT(m ²)
	Espaço com Equipamentos					
1 Área com Equipamentos		100,00	100,00		100,00	100,00
	Espaço de Vivência					
2 Área de Vivência (Construção Coberta)		50,00	50,00		50,00	50,00
	Espaço Multiuso					
3 Área Livre		50,00	50,00			50,00
SubTotal			200,00			200,00
Área de acesso, circulação e paisagismo			100,00			50,00
TOTAL			300,00			250,00

Legenda: Obs: Qt. - Quantidade; AU - Área Unitária; AT - Área Total.

Fonte: BRASIL, 2011 e BRASIL, 2016a.

Os PMB são constituídos de áreas e espaços específicos, apresentam uma área de vivência e um espaço externo composto de uma área multiuso com equipamentos para alongamento e fortalecimento muscular. Com a Portaria 1.707/2016, os espaços reduzidos em área construída chegaram a 50m², referentes a espaço de acesso, circulação e paisagismo.

Os polos devem ser construídos na área de abrangência territorial do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da Atenção Básica, sendo que o PMB, pela sua estrutura reduzida, deve ser construído em um raio de até 100 (cem) metros do estabelecimento de saúde de referência (BRASIL, 2016a), como demonstra a imagem ilustrativa da Figura 2.

Figura 2: Perspectiva do Polo de Modalidade Básica.

Fonte: BRASIL, 2014.

A estrutura do PMB precisa, necessariamente, estar próxima à UBS, para que possa ser suporte de hidratação, higienização e apoio aos profissionais, e seus recursos materiais utilizados nas ações desenvolvidas com a população. O que dificulta esse suporte estrutural das UBS é a questão dos horários de atendimento aos usuários. Normalmente, toda UBS fica em funcionamento até as 17 horas, sendo que o PAS tem possibilidade de prorrogar seus

horários para o período noturno, visando atender as pessoas que não podem participar das atividades durante o período matutino e vespertino.

Ter um espaço saudável próximo à UBS favorece o acesso e a aproximação dos usuários com as práticas de saúde ofertadas pelas equipes. O espaço é aberto ao público, os equipamentos são de fácil utilização e acesso, e a população tem a possibilidade de trocar informações com os profissionais e participar das decisões tomadas pelas equipes.

Os PMI possuem investimentos destinados à construção de espaços: depósito de materiais, área de vivência, espaço externo composto de área multiuso com equipamentos para alongamento e fortalecimento. A diminuição da área a ser construída foi praticamente a mesma dos PMB nos quesitos área de acesso, circulação e paisagismo.

Os PMI recebem uma estrutura própria de apoio, com depósito para guardar os recursos materiais utilizados pelos profissionais, e os sanitários. A estrutura física dessa modalidade possibilita maior acesso da população ao pensar a oferta de serviços em três turnos, sem a necessidade do suporte estrutural da UBS comentado no PMB.

Tabela 2: Programação Arquitetônica dos Polos Intermediários, 2011 - 2016.

Tabela 2: Programação Arquitetônica dos FOGOS Intermediários, 2011 - 2016.								
Ambientes			2011		2016			
			Qt.	AU	AT(m²)	Qt.	AU	AT(m²)
Espaço com Equipamentos								
1	Área com Equipamentos			100,00	100,00		100,00	100,00
Espaço de Vivência com estrutura de apoio								
2	Área de Vivência (Construção Coberta)			45,00	45,00		45,00	45,00
3	Estrutura de Apoio							
	Depósito		1,00	5,60	5,60	1,00	5,60	5,60
	Sanitário Masculino	adaptado para PCD	1,00	2,60	2,60	1,00	3,20	3,20
	Sanitário Feminino	adaptado para PCD	1,00	2,60	2,60	1,00	3,20	3,20
	Sub Total				55,80			57,00
	Área de paredes e circulação interna				6,20	-	-	6,20
					62,00			63,20
Espaço Multiuso								
4	Área Livre			50,00	50,00		50,00	50,00
SubTotal					212,00			213,20
	Área de acesso, circulação e paisagismo				100,00			50,00
Total					312,00			263,20

Legenda: Obs: Qt. - Quantidade; AU - Área Unitária; AT - Área Total.

Fonte: BRASIL, 2011 e BRASIL, 2016.

A falta de espaço para depósito de materiais em UBS é contornada nessa modalidade de polo, facilitando o trabalho dos profissionais e potencializando o acesso da população que

trabalha diurnamente. É possível observar, na imagem ilustrativa da Figura 3, que a estrutura da área de vivência ganha mais investimentos e favorece a ampliação de ações no programa.

Figura 3: Perspectiva do Polo de Modalidade Intermediária.

Fonte: BRASIL, 2014.

Apesar dessa ampliação, não é possível determinar, nesta pesquisa, se os investimentos em equipamentos que servem de suporte para o desenvolvimento das ações dos profissionais de saúde realmente estão sendo disponibilizados.

Outro fator relevante a ser considerado é a questão da segurança do local. Por ser um espaço aberto, caracteriza-se como um local de fácil acesso, o que pode prejudicar a segurança dos usuários se não for disponibilizada, pelo município, equipe responsável pela segurança local, independentemente da modalidade de polo. Contudo, é sabido que se as famílias e a comunidade ocupam esses espaços, dificulta a instalação da criminalidade.

O Brasil possui temperaturas variadas durante todo o ano e, conforme Hallal (2011), os espaços onde se desenvolviam ações de programas de atividade física não continham uma estrutura física adequada para os diferentes tipos de clima, inviabilizando sua prática em certos momentos. Com a construção dos polos do PAS, essa particularidade obteve uma melhora significativa, à medida que contribuiu para que a população possa desenvolver atividades tanto ao ar livre quanto em área coberta.

A modalidade ampliada oferece maiores possibilidades de ações e aumenta a capacidade de resposta às demandas da população, principalmente por constituir-se em um espaço que enriquece as trocas de experiências e as rodas de conversa com maior comodidade.

O PMA possui um porte estrutural diferenciado dos demais. É um espaço capaz de ampliar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde, cumprir com a proposta de servir de suporte para o controle social em saúde e na vida da população. A tendência dessa modalidade é alcançar maior número de pessoas, promovendo maiores ações coletivas, com melhores acomodações, facilitando a realização de atividades em todos os turnos com maior segurança, conforto e acomodação.

O PMA possui o grande potencial de garantir que a Promoção da Saúde do território possa ter seu lugar reconhecido e ascender em relação à prevenção, tratamento e recuperação (reabilitação). Ao obter maiores condições de resolutibilidade na Atenção Básica, contribui para a sustentabilidade do sistema de saúde, garantindo que mais espaços saudáveis sejam construídos, mais programas e projetos intersetoriais possam ser desenvolvidos e, consequentemente, as metas em Promoção da Saúde possam dar suporte para a concretização da proposta de Cidades Saudáveis.

Na tabela 3, é demonstrado um ganho estrutural importante, que pode servir de suporte aos profissionais na ampliação das ações, oferecendo maior possibilidade de atividades como cursos de culinária, higienização de alimentos, cuidados, entre outros.

Tabela 3: Programação Arquitetônica dos Polos Ampliados, 2011 - 2016.

Tabela 5: Programação Arquitetônica dos Focos Ampiados, 2011 - 2016.							
Ambientes		Qt.	2011		Qt.	2016	
			AU	AT (m²)		AU	AT(m²)
			Espaço com Equipamentos				
1	Área com Equipamentos		150,00	150,00		101,20	101,20
			Espaço de Vivência com estrutura de apoio				
2	Sala de Vivência (Construção Coberta)	1,00	50,00	50,00		50,00	50,00
3	Estrutura de Apoio						
	Sala de Orientação	1,00	9,00	9,00	1,00	9,00	9,00
	Depósito	1,00	10,80	10,80	1,00	5,60	5,60
	Sanitário Masculino adaptado para PCD	1,00	2,60	2,60	1,00	3,20	3,20
	Sanitário Feminino adaptado para PCD	1,00	2,60	2,60	1,00	3,20	3,20
	DML	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00
	Copa	1,00	3,00	3,00	1,00	3,00	3,00
	Sub Total			80,00			80,00
	Área de paredes e circulação interna			20,00			20,00
				100,00			100,00
			Espaço Multiuso				
4	Área Livre		100,00	100,00		100,00	100,00
	SubTotal			350,00			301,20
	Área de acessos, circulação e paisagismo			200,00			100,00
	TOTAL			550,00			451,20

Legenda: Obs: Qt. - Quantidade; AU - Área Unitária; AT - Área Total.

Fonte: BRASIL, 2011 e BRASIL, 2016 adaptado pelo autor.

O fato do PAS ser um espaço saudável não garantirá que a cidade será reconhecida como município saudável, pois esta referência está além de ter espaços como os polos do Programa. Depende de reconhecer e intervir nas determinações sociais de saúde, como taxa de analfabetismo; renda média domiciliar *per capita*; taxa de desemprego; taxa de mortalidade; domicílios com energia elétrica, abastecimento de água e esgotamento sanitário; densidade demográfica; distância da capital; e população (GOMES; BASTOS; FERES, 2016). Mas o que pode ser realizado dentro desse espaço deve contribuir para que a população venha a construir políticas públicas de enfrentamento das determinações sociais da vida e da saúde nos seus respectivos municípios.

A Figura ilustrativa 4 da modalidade ampliada demonstra como esse espaço pode agregar valores e sensibilizar os usuários a usufruir dos espaços saudáveis que existem e podem existir com a sua participação. Um local que em que: trocas de saberes, tanto científicos quanto populares, podem ser potencializados; troca de saberes interdisciplinares para o favorecimento resolutivo dos problemas de saúde, não restritos a doença, mas principalmente sobre as desigualdades sociais e condições precárias de vida; troca de saberes populares culturais, entre as gerações, reconhecendo as particularidades de cada uma e a responsabilidade para com seus pares.

Figura 4: Perspectiva do Polo de Modalidade Ampliada.

Fonte: BRASIL, 2014.

O papel do PAS é enriquecedor em todas as três modalidades de polos, contando com espaços que correspondem a locais de diálogos e construção de saberes, com destaque para a

possibilidade de participação social ser ampliada no território, principalmente nas demandas educativas em saúde, que servem de acesso para a ascensão de movimentos socialmente construídos, que poderão ser referência na educação em saúde com base no paradigma da Saúde Coletiva.

2.2.2 Caracterização das propostas do PAS

O cadastro das propostas de construção dos polos do PAS pelos municípios e Distrito Federal é realizado no SISMOB. Após o cadastro da proposta, o MS realiza a análise e, em caso de aprovação, publica um Edital de Habilitação. De acordo com a proposta aprovada e habilitada, serão realizados os repasses para a construção do seguinte modo: a primeira parcela de 20%, a segunda de 60% e a terceira de 20% do valor total aprovado.

Os municípios, ao cadastrarem propostas para construção de seu(s) polo(s), podem, posteriormente, dela desistir, ou podem ter canceladas suas propostas aprovadas. Existe o passo a passo para todas as etapas, regras e prazos a serem cumpridos e para possíveis justificativas e dificuldades de cumprimento de prazos. O descumprimento desses prazos e regras pode ocasionar o cancelamento de propostas que já tenham sido aprovadas.

Gráfico 1: Mapeamento das propostas de implantação do PAS 2012-2016

Fonte: SAGE/SISMOB. (Obs: M. = Municípios; P. = Propostas; Des. = Desistências; O. = Obras), 2016.

O município pode cadastrar mais de uma proposta, não havendo limites de quantidades de polos por município desde que observadas as regras para o cadastramento. As

propostas aprovada sobre as quais não ocorreu desistência ou cancelamento estão no sistema como propostas vigentes.

Pelo Gráfico 1, é possível visualizar como foram sendo implementadas as propostas no SISMOB, no período de 2012 a 2016. Percebe-se que um grande número de municípios aderiu à implantação do PAS, chegando a 3.098 projetos. Os dados demonstram a redução do cadastramento no período analisado, chegando a nenhuma habilitação em 2016. O que chama a atenção é a conclusão das obras entre 2014 e 2016: apenas cinco polos.

Mesmo com essa diminuição na adesão e finalização das obras, a quantidade de polos construídos foi expressiva com 2.323. Ao observar que os programas de atividade física em financiados pelo MS de 2006 a 2011 chegaram a 748. Alcançar mais territórios significa maior acesso da população as atividades e serviços de saúde voltados para Promoção da Saúde.

Ainda pelo Gráfico 1, os municípios habilitados desde a implantação do PAS foram 3.098, sendo que as propostas aprovadas chegaram a 3.839, o que indica que alguns municípios cadastraram mais de uma proposta. Quando se observa um programa tão recente com um número tão expressivo de adesão, percebe-se que ele possui um grande potencial fenomênico. Por ser ainda recente e com poucas publicações fica a expectativa de quais serão os desdobramentos a partir de futuras pesquisas.

Amorim *et al.* (2013) reforçam que a previsão de polos construídos no país poderia alcançar 4 mil até 2015. Por mais que essa meta não tenha sido concretizada, o Programa tem um número expressivo de polos construídos e por construir em todo território nacional. O que precisa ser priorizado nesse momento pelo MS, além da ampliação da quantidade de polos, é a ênfase nas atividades voltadas para a Promoção da Saúde, produzindo estratégias de intersetorialidade capazes de aumentar a participação social.

As equipes do MS devem procurar estudar formas de evitar novas desistências e cancelamentos, como ocorrido em 376 propostas. Os motivos das desistências e dos cancelamentos não são apresentados pelo sistema de informações, mas servem de alerta para o apoio aos polos em funcionamento assim como para novas propostas.

As propostas que permaneceram vigentes em 2016 foram 3.614, ou seja, de acordo com as obras concluídas (2.323), faltam 1.291 a serem finalizadas. Como o sistema continua aberto para novas propostas, esses números podem sofrer variações a qualquer momento. Todas as regiões brasileiras possuem polos em funcionamento, embora nos grandes centros a adesão tenha sido maior, como se pode verificar na distribuição dos polos na sequência do texto.

2.2.3 Distribuição dos polos

O Brasil é um país de grande extensão territorial e com grande número de estados que compõem suas cinco regiões: 26 estados federados e 5.570 municípios. No que se refere a programas nacionais, é perceptível a dificuldade de adesão e de alcance de todos esses municípios.

A implantação do PAS atingiu, até dezembro de 2016, a quantidade de 3.614 propostas sendo desenvolvidas, concluídas e em construção. Representa um marco de nível nacional quanto à extensão e expansão da PNPS. A concretização das propostas significaria que 65% dos municípios brasileiros teriam recebido o Programa. As propostas no entanto, não foram apresentadas a partir de dados epidemiológicos fundamentados nas determinações sociais, o que aproxima de um viés inicial de implantação, um direcionamento constituído a partir de dados epidemiológicos tradicionais, seguindo a proposta de combate às DCNT.

Os dados que corroboram com isso, são os de Malta *et al.*, (2014a) ao relatarem que, em 2011, as taxas de mortalidade por DCNT na faixa etária de 30-65 anos estavam mais elevadas na região Sudeste, seguida das regiões Nordeste, Sul, Norte e Centro-Oeste. As DCNT eram responsáveis por 72% das mortes no Brasil e, por isso, a necessidade de prevenção dos principais fatores de risco nessas regiões.

Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, a região do país com maior prevalência de indivíduos com DCNT foi a Sul, com 52,1% dos entrevistados, seguida pela região Sudeste, com 46,15%, Centro-Oeste, com 43,9%, Nordeste, com 42,2% e Norte, com 37,2% (MALTA *et al.*, 2015). A Nordeste, apesar de ser a segunda região com menor prevalência de DCNT, é a segunda com maior em número de óbitos, demonstrando certa precariedade na Promoção da Saúde, na prevenção e tratamento de doenças.

Nos estados da região Sul, o Rio Grande do Sul teve prevalência de DCNT de 54,2%, Paraná, 52,3%, e Santa Catarina, 48,4%. Outros estados de destaque foram São Paulo, com 46,9%, e Minas Gerais, com 48%, ambos da região Sudeste (MALTA *et al.*, 2015).

A maioria dos estudos tem abordado regiões, estados ou municípios específicos, analisando de forma isolada as DCNT. O que fica evidente é a expansão das ofertas de serviços e a maior incorporação tecnológica em algumas regiões, por exemplo, o Sudeste e Sul do país, que possuem maior acumulação populacional e, conseqüentemente, maiores investimentos em análises diagnósticas e de tratamento (BRASIL, 2013b).

Ao observar a distribuição dos polos do PAS no Brasil, Gráfico 2, é possível perceber a grande adesão da região Nordeste. A região, em 2011, tinha a segunda maior taxa de

mortalidade por DCNT, sendo importante, pois, ter como resposta um maior investimento em programas de enfrentamento de fatores de risco, com ênfase primária de avaliação e criação de respectivas propostas de Promoção da Saúde.

Apesar de a Promoção da Saúde ter evidência no discurso institucional, as ações realizadas carecem de qualificação, principalmente na superação de abordagens limitadas à prevenção de doenças. Essa dificuldade vem da compreensão equivocada e reduzida de que as ações do PAS giram em torno da promoção de atividade física e da prevenção de doenças crônicas, sem o reconhecimento da Promoção da Saúde em seu sentido mais amplo (BRASIL, 2017a).

Pode parecer estranho o fato de os fatores de risco das DCNT serem determinantes nesse princípio do PAS, mas essa parece ser a forma que os membros do paradigma da Saúde Coletiva buscaram para avançar na proposta de Promoção da Saúde. É importante salientar que os dados epidemiológicos tradicionais não podem ser os norteadores da proposta da Promoção da Saúde, do que surge a necessidade de se criarem ferramentas que favoreçam pesquisas em Epidemiologia Crítica.

Gráfico 2: Distribuição dos polos do PAS por modalidade e região 2016.

Fonte: SAGE-SISMOB, 2016.

O Gráfico 2 auxilia a compreensão da distribuição dos polos pelas regiões brasileiras, ficando em evidência que as regiões Norte e Centro-Oeste não apresentam um quantitativo de problemas e agravos não transmissíveis quanto as demais regiões, pela menor adesão ao PAS. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 havia classificado a região Centro-Oeste com 43,9%

de prevalência de DCNT, o que deveria contribuir para uma maior adesão ao Programa em seus estados.

O estado com maior número de polos é Minas Gerais, que possui 438, seguido pelo Rio Grande do Sul, com 346, e São Paulo, com 279. Na região Nordeste, o estado em destaque é o da Bahia, com 232 polos. A partir desses dados, pode-se verificar a resposta do MS às demandas por melhoria das ações de enfrentamento das DCNT em regiões que apresentam maior taxa de mortalidade no país.

Esses dados reforçam a importância da epidemiologia na elaboração e implementação de políticas públicas de saúde, muito embora a epidemiologia tradicional consiga direcionar tais políticas principalmente nas questões objetivas, em que as determinações sociais da saúde ficam subordinadas aos determinismos sociais caracterizados como estilo de vida, maus hábitos e fatores de risco.

A justificativa da implementação de programas pelo MS tem se pautado em dados da epidemiologia tradicional, para que, com a implementação, possa assumir características mais ampliadas, como no caso do PAS, a partir de experiências e de fundamentação de pesquisas com base na Epidemiologia Crítica da Saúde Coletiva.

Para que o PAS tenha sucesso como programa de Promoção da Saúde, é necessário que, pela Epidemiologia Crítica, surjam elementos constituintes fundamentais nas lutas pela transformação da saúde, capazes de combater as determinações sociais pelo controle social apreçado nas políticas de saúde embasadas no conceito ampliado.

2.2.4 Investimento e funcionamento dos polos

Estruturalmente, para implantar o PAS, é necessário seguir regras e normas do MS. No Art. 6º da Portaria nº 1.707/2016, os municípios e o Distrito Federal interessados farão jus aos seguintes incentivos financeiros: para a construção de polos do PAS, regido pelo Cap. II; e de custeio, regido pelo Cap. III (BRASIL, 2016a).

Na mesma Portaria em seu Cap. II, em seu Art. 7º, mantém o valor de investimento para a construção de polos do PAS nos termos do Art. 2º: os PMB, R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais); os PMI, R\$ 100.000,00 (cem mil reais); e os PMA, R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais) (BRASIL, 2016a).

Foi publicada, em 2017, a Portaria nº 381/2017, que não contém no seu texto um dado disponibilizado no *site* do Departamento da Atenção Básica (DAB), mas que se refere a ela como um documento que valida o aumento do investimento financeiro para a construção de

novos polos com propostas aprovadas e habilitadas: os PMB, R\$ 81.000,00 (oitenta e um mil reais); os PMI, R\$ 125.000,00 (cento e vinte e cinco mil reais); e os PMA, R\$ 218.000,00 (duzentos e dezoito mil reais) (BRASIL, 2017b).

Essas alterações servem para demonstrar o interesse na continuidade e na ampliação das construções de novos polos no país, potencializando os investimentos nos estados e regiões que possuem poucos deles. Essa implementação do PAS servirá para a concretização da proposta de Promoção da Saúde na Atenção Básica, culminando com melhorias no acesso da população a espaços saudáveis.

O investimento do MS para a construção dos polos, a partir dos valores repassados, pode ser visualizado a partir dos dados do SAGE, detalhados na Tabela 5, que tem como referência as três modalidades de polos.

Tabela 4: Investimento Financeiro do MS para a Construção dos Polos, 2016.

Modalidade	Nº de Parcelas	Nº de polos	Valor Repassado	Valor
Básica	1	128	16.000,00	2.048.000,00
	2	195	64.000,00	12.480.000,00
	3	392	80.000,00	31.360.000,00
Intermediária	1	202	20.000,00	4.040.000,00
	2	426	80.000,00	34.080.000,00
	3	672	100.000,00	67.200.000,00
Ampliada	1	172	36.000,00	6.192.000,00
	2	415	144.000,00	59.760.000,00
	3	861	180.000,00	154.980.000,00
Total Geral		3.463		372.140.000,00

Fonte: SAGE/SISMOB (2016).

Como se pode identificar, os 3.463 polos construídos ou em construção até o final de 2016 tiveram um investimento financeiro de R\$ 372.140.000,00 (Trezentos e setenta e dois milhões, cento e quarenta mil reais), valor que supera os 170 milhões gastos entre 2006 e 2009 para o desenvolvimento de programas de atividade física, demonstrando que os investimentos no PAS no país são referência na estratégia de Promoção da Saúde da população.

No Cap. III da Portaria nº 1.707/2016, em seu Art. 18º, mantém-se o incentivo financeiro de custeio do PAS a ser repassado mensalmente, por transferência regular e automática, por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por polo (BRASIL, 2016a).

Os municípios que possuem programas similares ao PAS podem solicitar o recebimento desse custeio, que, de acordo com a Portaria 1.707/2016, em seu Cap. IV, se refere ao critério de similaridade entre os programas em desenvolvimento tanto no Distrito

Federal quanto nos demais municípios do país. O PAS deverá, segundo o Art. 25, pleitear o credenciamento ao recebimento em conformidade com o Cap. III e respeitando as condições de similaridade ao PAS, conforme disposto no inciso III do Art.19º.

Esse custeio contribui para que os municípios possam manter despesas com materiais diversos, divulgação e equipe de profissionais. A implementação do Programa prevê a quantidade mínima de profissionais (um profissional 40 horas ou dois profissionais 20 horas) para o cadastro e o recebimento de verbas de custeio.

Vale ressaltar que os repasses do MS estão acontecendo, de acordo com dados disponibilizados no DAB, com repasse do Governo Federal para os municípios, fundo a fundo. Esses investimentos não são suficientes por si só, e reforçam a importância do estado e o município cumprirem com sua contrapartida para que, de fato, o PAS tenha a efetividade no atendimento às demandas de Promoção da Saúde da população.

Os dados do PAS quanto ao seu funcionamento foram determinados por três formas neste estudo. Quando o município recebe a terceira parcela de investimento do MS, é porque ele finalizou a obra do polo e esse dado se encontra disponível no SAGE e SISMOB. Consequentemente, o Programa estará pronto para iniciar suas atividades com as contrapartidas municipais e estaduais.

Gráfico 3: Funcionamento dos Polos pelo SAGE, SCNES e Portarias.

Fonte: SAGE; SCNES; DAB-NET (2016).

Outra forma é via Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (SCNES), no qual aparecem todos os estabelecimentos de saúde dos municípios cadastrados no MS. Após a

finalização da obra e recebimento da última parcela de recursos do MS, o município pode solicitar a verba de custeio, que, ao ser aprovada, tem a sua liberação publicada na terceira forma via Portaria²³, indicando o início do recebimento do incentivo mensal de R\$ 3.000,00.

O custeio, por mais que pareça um pequeno recurso, é um investimento capaz de suprir as necessidades de materiais de consumo existentes nos polos. Essa verba, somada à contrapartida dos estados e municípios, pode garantir a sustentabilidade e a variedade das ações a serem desenvolvidas no PAS. Quando se verifica a quantidade de polos existentes, identifica-se que o investimento de custeio do MS no Programa (Gráfico 3) tem sido expressivo, se analisado quantitativamente.

Esses dados são apresentados para demonstrar que os investimentos do MS continuam acontecendo no PAS tanto para a construção quanto para o custeio do Programa. Os dados do Gráfico 3 demonstram as três formas de funcionamento do PAS e, quando analisamos que 884 estão recebendo verbas de custeio, isso significa que, por mês, o MS investe R\$ 2.652.000,00.

Esse valor poderia ter chegado a R\$ 5.622.000,00 mensais, pelo quantitativo de polos do PAS cadastrados no SCNES (1.874), ou a R\$ 6.969.000,00, pelo quantitativo de obras concluídas (2.323), e a R\$ 10.842.000,00, pelo quantitativo de propostas vigentes (concluídas e por concluir: 3.614).

O que chama a atenção no Gráfico 3 é a quantidade de polos cadastrados, que é maior que a quantidade de polos construídos. Como existem municípios que possuem polos similares ao Programa, não receberam o incentivo financeiro para a construção. Existe um elevado número de pólos similares, que não precisaram ser construídos, mas são cadastrados e recebem o incentivo de custeio mensal. São os exemplos da região Nordeste, que apresenta 661 polos construídos e 750 cadastrados, e da região Sudeste, com 473 polos construídos e 486 cadastrados.

Os resultados do monitoramento do PAS de maio de 2016, dos municípios respondentes do formulário FormSUS²⁴, indicam que 1.126 polos estão em funcionamento. Essa avaliação anual demonstra que 559 estão inativos. Tais dados representam problemas referentes às iniciativas municipais no prosseguimento de implementação do PAS. Somado a

²³ Portarias de Recebimento de Custeio, 2011-2016: nº 3.157/2011, nº 367/2012, nº 1.919/2013, nº 3.195/2013, nº 3.300/2013, nº 2.339/2013, nº 2.473/2013, nº 722/2014, nº 2.664/2014, nº 2.296/2014, nº 2.848/2014, nº 48/2015, nº 56/2015, nº 762/2015, nº 807/2015, nº 1022/2015, nº 1023/2015, nº 1.600/2015, nº 1.6015/2015, nº 117/2016, nº 780/2016, nº 1.233/2016, nº 1.849/2016 e nº 1.698/2016 (BRASIL, 2017c).

²⁴ FormSUS: Formulário de monitoramento dos polos do PAS, realizado anualmente pelo Ministério da Saúde.

esse problema, 218 polos estão com obras interrompidas. Para a sua solução, existem prazos estabelecidos que os gestores de obras em atraso notificadas devem cumprir, para evitar a devolução dos recursos pelos municípios (BRASIL, 2017a).

Outro problema identificado foi a falta de adesão total dos municípios contemplados ao monitoramento, o que dificulta a compreensão da real situação de funcionamento dos polos. Esse fator pode ser um dado explicativo da falta de dados sobre o funcionamento dos polos no SISMOB, representando uma falha dos municípios no envio de informações.

Essas dificuldades não diminuem a amplitude de investimentos no PAS, presente em todas as regiões brasileiras e em praticamente todos os estados da federação. O Programa complementa e amplia ações desenvolvidas pela ESF e do NASF, além de disseminar a importância de se promover saúde com base no conceito ampliado assumido e adotado pelo SUS.

O funcionamento e a parceria com a ESF e NASF são estabelecidos na Portaria de nº 24/2014, que redefine o cadastramento do PAS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), esboçando, em seu Art. 4º, que, em município que não possui NASF implantado e, no Art. 5º, em municípios que possuem NASF implantado, deverão se cadastrar pelo menos 01 (um) profissional com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas semanais ou 02 (dois) profissionais com carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais. No polo que possui NASF, o(s) profissional(is) deverá(ão) estar a ele vinculado(s) (BRASIL, 2014a).

Na Portaria nº 1.707/2016, publicou-se, novamente, a lista dos profissionais que podem atuar no PAS, de acordo com a legislação vigente do Código Brasileiro de Ocupação (CBO) para profissionais²⁵ da saúde.

De acordo com o Art. 5º, a quantidade de NASF determina a carga horária mínima dos profissionais do polo cadastrado no NASF, sendo que, para cada equipe, são exigidas 40 horas semanais. Quanto maior for o número de equipes maior será a quantidade de profissionais com 40 horas semanais, representando o PAS (BRASIL, 2014a).

O planejamento das ações do PAS prevê que todos os profissionais da ABS, das equipes da ESF e do NASF deverão incluir o PAS no planejamento conjunto de suas ações, articulando com os demais equipamentos da rede de serviços de saúde. Deverão dialogar e

²⁵ As ocupações são as seguintes: Profissional de Educação Física na Saúde; Assistente Social; Terapeuta Ocupacional; Fisioterapeuta Geral; Fonoaudiólogo Geral; Nutricionista; Psicólogo; Sanitarista; Educador Social; Musicoterapeuta; Arteterapeuta; * Artista da dança (Exceto Dança Tradicional e Popular); * Dançarinos Tradicionais e Populares. Coloca-se uma observação para o CBO em "*" com possibilidade de inclusão de qualquer CBO da respectiva família (BRASIL, 2016a).

estabelecer parcerias com os demais equipamentos sociais existentes no território, identificando suas potencialidades e contribuindo para a melhoria das condições de saúde dos usuários (BRASIL, 2012a).

As equipes devem se esforçar para utilizar os espaços do PAS, para ampliar “a capacidade de intervenção coletiva das equipes de Atenção Básica para ações de promoção da saúde” (BRASIL, 2012a, p. 70), além de constituir apoio às linhas de cuidado desenvolvidas na Atenção Básica para a construção de modos de vida favoráveis à saúde individual e coletiva (BRASIL, 2014b).

O PAS, como ferramenta importante nas conquistas em Promoção da Saúde, tem, na ação integrada e multidisciplinar, as diferentes dimensões da experiência humana: a subjetiva, a social, a política, a econômica e a cultural, colocando a serviço da saúde os saberes e ações produzidos nos diferentes campos do conhecimento e das atividades (BRASIL, 2002).

A diversidade de possibilidades no funcionamento do PAS está diretamente relacionada às equipes da ESF, do NASF e do próprio PAS. A exigência de ter no Programa um profissional que trabalhe por 40 horas semanais, ou dois profissionais com 20 horas, somada à possibilidade de funcionamento em três períodos, que pode chegar a 60 horas ou mais, estabelece uma necessidade primordial de atuação dos profissionais do Programa e de outros setores, como educação, meio ambiente, esporte e lazer, cultura e da própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

As parcerias com universidades podem ampliar as ações do PAS via projetos de extensão, iniciação científica, projetos de pesquisa e estágios supervisionados. A diversidade de cursos no CBO e que podem atuar no PAS aumenta as possibilidades de intervenção e favorece a aproximação da formação em saúde dos campos de atuação, com perspectivas voltadas para a Promoção da Saúde.

A princípio, os profissionais que devem atuar diretamente no PAS, de acordo com as Portarias 719/2011 e 2.681/2013, são os do NASF e os da ESF presentes na UBS ou os profissionais de saúde que atuam nos pontos de Atenção à Saúde próximos ao polo.

A ESF foi instituída na Portaria nº 648/2006 para reorganizar a ABS no país a partir dos preceitos do SUS. Ao atuar no território, estabelece uma prática de cuidado continuado, com foco na família e na comunidade onde se insere. Integram a equipe: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

Na reformulação da PNAB de 2012, ficou reforçada a responsabilidade da ESF em reorganizar a ABS, com a

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a, p.54).

As ações da ESF são complexas e necessitam de suporte das equipes da Vigilância Epidemiológica, Vigilância em Saúde municipal e estadual e dos Agentes Comunitários de Saúde. Em 2008, as equipes do MS verificaram a necessidade de implementar programas de fortalecimento e ampliação de suas estratégias, criando o NASF para coordenar o cuidado integral dos usuários do SUS e ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABS, auxiliando a ESF (BRASIL, 2008b).

Os programas ESF e NASF são fundamentais para o funcionamento do PAS devido ao aporte de suas equipes multiprofissionais e de suas atribuições no território da Atenção Básica. Está previsto que os profissionais das Unidades de Saúde podem utilizar o espaço do PAS, ampliando “a capacidade de intervenção coletiva das equipes de atenção básica para ações de promoção da saúde” (BRASIL, 2012, p.70).

A atuação multiprofissional favorece a compreensão da situação de saúde no território e reforça a importância de um planejamento das equipes para o fortalecimento das ações: atuação integrada e multiprofissional nas discussões de casos clínicos presentes no território; atendimento compartilhado em projetos terapêuticos e domiciliares; ações de saúde intersetoriais direcionadas para a prevenção e a Promoção da Saúde; e garantia da Atenção à Saúde a todo cidadão.

Os polos do PAS fazem parte dos equipamentos da ABS, próprios para intervenção interdisciplinar e multiprofissional. A amplitude de serviços que podem ser colocados à disposição da população, seja nas atividades ou na gestão participativa, constitui uma modalidade de intervenção nacional em Promoção da Saúde que contribui na “produção do cuidado e modos de vida saudáveis em espaços qualificados” (MALTA *et al.*, 2014a, p. 291), próximos às UBS, garantindo a visibilidade e a acessibilidade ao Programa.

O alcance do PAS extrapola os limites até então instituídos por outros programas do Ministério da Saúde. Ao contemplar aspectos da intersetorialidade, exhibe a possibilidade de estabelecer relações com os demais setores públicos, privados, governamentais e não governamentais. Por conseguinte, amplia-se a proposta interdisciplinar e multiprofissional e suas ações na e para a saúde.

Os investimentos do PAS na Promoção da Saúde marcam um deslocamento do paradigma biomédico para o paradigma da Saúde Coletiva: nesse contexto, a Promoção da Saúde está sendo colocada como ponto de partida e não como mera formalidade, quando comparada à prevenção, ao tratamento e à recuperação da doença. Por ser um equipamento do SUS pensado para operar fora da lógica da doença, uma preocupação constatada no FormSUS 2016 é de que há um elevado desconhecimento e uma baixa utilização da PNPS no planejamento das ações do PAS. O fato de 1.608 municípios respondentes afirmarem não utilizar a PNPS como norteadora das ações do PAS “sinaliza a necessidade de qualificação para atuação na perspectiva da promoção da saúde” (BRASIL, 2017a, p. 32).

As ações propostas para superar esse problema devem ser tripartites. O governo municipal há de realizar capacitações dos profissionais que atuam no PAS com a promoção de encontros, seminários e rodas de conversa para ampliar o conhecimento de gestores e profissionais; o governo estadual, capacitações e apoio técnico aos municípios, seminários ou fóruns com experiências exitosas; e o governo federal deve elaborar material de apoio a estados e municípios. Na avaliação do FormSUS 2016, está referida a publicação de um material pelo MS para o ano de 2017 (BRASIL, 2017a).

O conhecimento da Promoção da Saúde e como ela está sendo adotada pelo SUS será um dos objetivos a serem atingidos pelo paradigma da Saúde Coletiva, para que, efetivamente, o PAS possa ser um instrumento de superação do paradigma biomédico. As ações de Promoção da Saúde devem assumir o papel de prioridade na Atenção à Saúde da população, sendo que o participante do Programa deixa de ser paciente, enfermo, para ser cogestor.

Para que isso aconteça, é necessário que os eixos operacionais da PNPS sejam desenvolvidos no PAS. Especificamente, no âmbito de ações educativas prioritárias, podem ser destacados os eixos: educação e formação; produção e disseminação de conhecimentos e saberes; participação e controle social (BRASIL, 2017a).

É possível observar o quanto os eixos operacionais da PNPS estão relacionados com uma proposta de educação em saúde transformadora. Quando se pensa em uma educação que promove ações formativas e não puramente informativas, que alcança a construção de conhecimentos e saberes para serem disseminados e, conseqüentemente, atinge uma participação efetiva de controle social, isso favorece a perspectiva de compartilhamento das decisões no PAS.

Esse processo educativo deve contribuir efetivamente com a redução das desigualdades sociais em saúde e favorecer a promoção da qualidade de vida da população em

geral, de forma individual e coletiva. Esse processo faz parte de uma reorientação dos serviços de saúde, que tem como método a educação em saúde para desenvolver ações coletivas educativas.

As práticas de cuidado e gestão estabelecidas pelo SUS requerem a participação efetiva da população. A presença nas decisões torna a Atenção Básica a força propulsora para ações de superação do modelo biomédico. Para que se efetive essa participação, é recomendado que todo Programa possua um Grupo de Apoio à Gestão (GAG)²⁶, que conte com a presença dos profissionais da Atenção Básica; NASF; PAS; gestão pública; parceiros; e pessoas da comunidade, que planejam e discutem sobre as atividades do PAS no território (BRASIL, 2015b), garantindo a participação democrática, oportunizando aos sujeitos tomar decisões sobre sua saúde, dando voz a quem conhece e vive no território.

A formação do GAG pode contribuir para que as ações educativas possam alcançar uma melhor participação social e, conseqüentemente, para que os saberes da população possam ser compreendidos pelos profissionais. Na população, os saberes são elaborados sobre a experiência concreta, sobre vivências, enquanto que, para os profissionais, seus projetos e saberes são determinados anteriormente a esse contato. Portanto, “o profissional oferece seu saber porque julga o da população insuficiente e, por essa razão, inferior, quando, na realidade, é apenas diferente” (VALLA, 1998, p. 14).

Esse reconhecimento de saberes corresponde aos fundamentos da Promoção da Saúde, autonomia e empoderamento, que devem ser concebidos não na internalização do conhecimento do profissional pela população, mas pela conscientização desta sobre a importância de seus saberes, para que os saberes profissionais possam servir de complemento aos seus conhecimentos, enriquecendo sua visão de mundo. Com base na PNPS, o PAS recebe a incumbência de desenvolver atividades pautadas no princípio educativo, que deve seguir as propostas de eixos temáticos prioritários extremamente amplos e necessários para a concretização dos objetivos da Promoção da Saúde nos territórios.

2.2.5 Eixos prioritários do PAS

As políticas públicas, os programas e projetos do SUS contam sempre com princípios, diretrizes, objetivos, estratégias, responsabilidades, eixos temáticos e ações específicas. Além

²⁶ Art. 5º - Deverá ser constituído grupo de apoio à gestão do Polo formado pelos profissionais da Atenção Primária de Saúde que atuam no Programa Academia da Saúde, por representantes da sociedade civil e por profissionais de outras áreas do poder público envolvidos com o Programa, para garantir a gestão compartilhada do espaço e a organização das atividades (BRASIL, 2011).

das portarias, são construídos documentos que norteiam essas especificidades e que são elementos importantes para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações realizadas.

Quanto ao PAS, identificam-se, além desses elementos, os eixos temáticos para o desenvolvimento das atividades direcionados pela PNPS de 2006. Eles são determinados no Art. 6º, das Portarias 719/2011 e 2681/2013, sendo que a Portaria de 2013 apresenta menor detalhamento dos eixos (sem atribuir exemplos de atividades a serem seguidas) e redução quantitativa. Essa portaria demonstra uma reorganização e, ao mesmo tempo em que reduz o número dos eixos, consegue ampliar o escopo/ a abrangência de cada eixo, aproximando-se mais do paradigma de Promoção da Saúde proposto pelo SUS. Os eixos foram assim detalhados:

I - práticas corporais e atividades físicas; II - produção do cuidado e de modos de vida saudáveis; III - promoção da alimentação saudável; IV - práticas integrativas e complementares; V - práticas artísticas e culturais; VI - educação em saúde; VII - planejamento e gestão; VIII - mobilização da comunidade (BRASIL, 2013d, p. 38).

Os eixos demonstram de maneira clara a diversidade de possibilidades para o planejamento das ações na perspectiva da Promoção da Saúde. Contribuindo para as ações do PAS, tem-se uma quantidade expressiva de equipes e profissionais que podem participar, incluindo a comunidade, em toda a dinâmica de gestão do Programa no GAG.

Os eixos servem para nortear as estratégias e facilitar o planejamento das equipes no GAG, mas é importante salientar que as problemáticas levantadas pelas populações e pelas equipes podem ser diferentes em cada território e em cada município participante. Por isso, as decisões tomadas no grupo favorecerão os respectivos territórios, com atividades específicas para a população local. A problemática em torno dessa forma de participação social na gestão, está no resultado do monitoramento do FormSUS 2016, que mostra que somente 571 polos possuem o grupo formado, com reuniões em alguns semanais, outros mensais e semestrais.

Esse quantitativo representa uma preocupação, pois é a partir do grupo que as atividades deveriam estar sendo programadas no território. O que evidencia que as ações provavelmente seguem os interesses dos profissionais de saúde que atuam nos polos, principalmente quando dos somente 148 dos 571 polos tem a presença de lideranças comunitárias, e em 296 polos existem a presença de usuários e/ou familiares dos usuários, diminuindo ainda mais a representatividade da população nos grupos gestores dos polos.

Esse indicativo de decisões das atividades ocorrerem por parte dos profissionais podem ser justificados pela recente criação do PAS e as suas poucas publicações, não indicando uma análise das atividades propostas nos seus eixos - os documentos existentes sobre eles são limitados em informações.

O primeiro eixo, práticas corporais e atividades físicas, já estava preconizado em programas de atividade física precursores, como mencionado, mas não agregava aspectos e contribuições das práticas corporais como elemento da PNPS. Essas, portanto, representam maior número de atividades desenvolvidas nos polos, chegando a 98% (BRASIL, 2016). Como parte da proposta de Promoção da Saúde do SUS e com investimento do MS a partir de 2006, foram realizadas as maiores mobilizações nacionais nessa perspectiva, ainda que de forma conservadora.

As atividades que podem ser desenvolvidas nesse eixo correspondem a

jogos cooperativos e competitivos, brincadeiras, esportes, exercícios resistidos, outras modalidades de ginásticas, atividades recreativas, lutas, danças, atividades de aventura, movimentos corporais que levem o sujeito a (re)conhecer seu corpo e suas partes, que trabalhem a coordenação motora e equilíbrio, agilidade, relacionadas à postura, alongamentos e relaxamentos, exercícios respiratórios, caminhada e corrida, entre outros (CARVALHO, 2016, p. 653).

A ampla possibilidade demonstra o potencial que o Programa pode atingir em seus diferentes territórios, em distintas realidades, em variados contextos sociais e culturais, em um país com tamanha extensão territorial como o Brasil.

Após o monitoramento do FormSUS de 2016, a forma como as atividades acontecem ainda são indefinidas, pois são apresentadas em um formato generalista, sem concretude. As práticas corporais e atividades físicas ofertadas nos polos incluem ginásticas em geral como step, aeróbica, localizada, funcional, pilates, alongamento, yoga etc. (95,5%); grupos de caminhada e de corrida (85,6%); danças como zumba, hip hop, axé, balé (56,3%); jogos e brincadeiras, como queimada, cirandas, gincanas (51,4 %); atividades esportivas (34,7%); e artes marciais (11,9%), essa porcentagem está relacionada aos 1.372 polos em funcionamento (BRASIL, 2017b).

A presença desse eixo práticas corporais/atividade física amplia as formas de condução das ações para a Promoção da Saúde, mas ao mesmo tempo não garante que suas atividades cumprirão com os objetivos propostos no Programa. Registra-se que, historicamente, a atividade física esteve relacionada ao paradigma biomédico, de visão

puramente biológica, servindo como proposta de práticas voltadas para a aptidão física, seguindo e apresentando aspectos puramente condizentes com a epidemiologia funcional/tradicional/conservadora.

Essas características são marcantes em todos os programas de atividade física apresentados, que, apesar de serem contextualizados como programas de Promoção da Saúde, são/eram, claramente, ações que atendiam aos objetivos de prevenção de doenças ou de proteção às DCNT, com acúmulo de evidências na relação entre atividade física, manutenção e melhoria da aptidão física, ideia de promoção de estilos de vida saudáveis e ativos, presentes nas abordagens preventivista e conservadora ou comportamentalista, com ênfase na ação individualizada voltada para a redução de fatores de risco (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016).

Essa é uma das preocupações de programas vinculados ao SUS, isto é, programas que possam permanecer cumprindo um papel de reprodução do paradigma biomédico ao invés de promover as mudanças necessárias para garantir que a forma ampliada de se conceber saúde possa ser efetivamente desenvolvida na proposta da Promoção da Saúde.

A perspectiva dominante e de pretensa unidade entre as práticas corporais e atividade física pode incorrer em simplificações das práticas de saúde, cumprindo o papel de responsabilizadora do sujeito por seu adoecimento, “contribuindo para a manutenção da visão positivista, a banalização do tema e a perpetuação do senso-comum” (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016, p. 1834).

As práticas corporais e a atividade física podem ser vistas como ferramentas da Promoção da Saúde ampliada quando voltadas para ações integradoras e descentralizadas, tendo, na ampla participação social, a valorização de suas experiências no contexto social, familiar, cultural e biológico, sem deixar de visualizar as subjetividades criadas nos seus contextos.

Lazzarotti Filho *et al.* (2010) verificaram que, na maioria das pesquisas realizadas até 2010, as práticas corporais desenvolvidas na área da saúde eram tidas como complementares ao cuidado, acrescentando elementos da cultura oriental: meditação, relaxamento e práticas milenares.

Entre pesquisadores da Educação Física, existe uma dificuldade na relação práticas corporais e atividade física: enquanto pesquisadores das ciências humanas e sociais defendem a utilização da expressão práticas corporais, os pesquisadores das ciências biológicas e exatas defendem a expressão atividade física.

Essa divergência marca características importantes na construção da PNPS. Para os pesquisadores das ciências humanas e sociais, a condição hegemônica biologicista foi privilegiada ao atribuir a atividade física como uma das atividades de Promoção da Saúde, capaz de combater o desenvolvimento das DCNT, contribuindo para “a realização de ações eminentemente preventivas” (CARVALHO, 2016, p. 648).

As revisões realizadas na PNPS e no PAS marcam um posicionamento da concepção saúde voltadas para a Promoção da Saúde em contraposição à concepção biologicista centrada no paradigma biomédico, na tentativa de fortalecer a concepção ampliada de saúde proposta pelo SUS.

Não é possível alcançar os objetivos da Promoção da Saúde mantendo o *slogan* preventivista. É necessário, ao criar e desenvolver ações na Atenção Básica, cumprir com os princípios do SUS, observando o paradigma da Saúde Coletiva. Com isso, o eixo das práticas corporais e a atividade física poderão contribuir para o processo de construção da autonomia, empoderamento e participação social, além de ampliar

as potencialidades relacionadas à construção de vínculo com os usuários ao propiciar a ludicidade e o encontro, a criação e o compartilhamento de objetivos coletivos, entre outros, o que muitas vezes pode não ser possível na prática clínica. Precisam ainda ser valorizadas e associadas a uma perspectiva participativa voltada para a melhora das condições de vida e saúde e o desenvolvimento integral das habilidades e capacidades de crianças, jovens, adultos e idosos e a redução das iniquidades por meio da interação entre a família, a comunidade local e a sociedade (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016, p. 1835-1836).

Ao pensar as práticas corporais e a atividade física no contexto do SUS, é preciso pensar, primeiramente, a saúde na sua perspectiva positiva. A prevenção da doença é consequência imediata do sucesso das ações em Promoção da Saúde. A amplitude dessas ações precisa estar em consonância no território pela dinâmica intersetorial, que aumentará a possibilidade de concretização do objetivo de se ter uma Cidade Saudável: com espaços e ambientes saudáveis; atividades de Promoção da Saúde; ampliação do acesso e da mobilidade urbana; e participação social.

Um aspecto que orienta essa discussão entre práticas corporais e atividade física é o levantado por Guarda *et al.* (2014), que analisaram a inserção de profissões em programas vinculados à Promoção da Saúde, quando o profissional enfrenta desafios relativos à articulação do conhecimento adquirido na sua formação com os relativos à sua atuação.

Essa relação formação/atuação compreende os aspectos contraditórios presentes, no processo formativo, entre saberes presentes tanto na concepção de saúde centrada na doença quanto na concepção ampliada da saúde do SUS. Quando as práticas corporais e a atividade física são inseridas com os objetivos de cumprir os princípios da Promoção da Saúde, todos os envolvidos devem reorientar suas aprendizagens práticas em saúde para a perspectiva do sistema, sendo essa a premissa de orientação para a formação/atuação.

A prioridade inicial da porta de entrada do SUS passa pela valorização da saúde na Atenção Básica. A hegemonia do paradigma biomédico reforçada pela epidemiologia tradicional de valorização da doença precisa dar lugar ao paradigma da Saúde Coletiva, que, por sua vez, tem de se fortalecer com a presença da Epidemiologia Crítica, favorecendo a consolidação de uma relação formação/atuação que supere a visão de conhecimento limitado na doença, alcançando, pelo conceito ampliado de saúde, uma condição de produção de práticas de saúde e cuidado da população.

Reforça-se a necessidade de apoio no âmbito de comprovação das práticas de saúde e cuidado desenvolvidas em ações de Promoção da Saúde. Por isso, a necessidade de explorar as contribuições da Epidemiologia Crítica no contexto da Atenção Básica, que tem papel fundamental na divulgação de dados epidemiológicos do território, comprovando a importância das ações realizadas com base no paradigma da Saúde Coletiva.

A Epidemiologia Crítica serve como instrumento de reconhecimento da Promoção da Saúde, como uma das maiores tecnologias de saúde dos municípios. Portanto, é imprescindível que os resultados de suas ações tenham maior visibilidade nesse nível de Atenção à Saúde, correspondendo ao avanço na consolidação e sustentabilidade do SUS.

Ao analisar a atividade física como um instrumento para o SUS, voltada para programas de Promoção da Saúde, pensada no conceito ampliado, é possível caracterizá-la como práticas corporais. O princípio norteador da Promoção da Saúde não é a aptidão física, mas o sentir-se bem na atividade, compreendendo que todo o processo participativo será importante, mesmo não atingindo os padrões midiáticos relacionados à saúde e os preconizados pelo modelo biomédico.

Para melhorar essa compreensão, é possível identificar como esse processo participativo pode ser conquistado. No eixo de produção de cuidado e modos de vida saudáveis, a forma como o cuidado está sendo preconizado pelo SUS fundamenta as ações na Promoção da Saúde. Quando o cuidado é desenvolvido na perspectiva da Saúde Coletiva, passa a existir um espaço de negociação e inclusão de saberes, desejos e necessidades por

parte dos usuários, superando a percepção de que somente o profissional da saúde e as tecnologias em saúde são suficientes (SOUZA *et al.*, 2014).

O eixo de práticas integrativas e complementares (PICs) tem sido aos poucos instituído nos programas do MS, mas está instituído como Política Nacional desde 2006 e possui um papel importante no processo de concretização das ações de Promoção da Saúde no âmbito do SUS. Por serem práticas de baixo custo e por apresentarem importantes resultados em todos os níveis de Atenção à Saúde, destacam-se entre as políticas e ações que podem contribuir para a diminuição dos custos com saúde do SUS.

O estado de São Paulo conta com 520 unidades de saúde, que possuem distintas modalidades dessas práticas - “a medicina tradicional chinesa, a homeopatia, a medicina antroposófica, além de recursos terapêuticos, como a fitoterapia, as práticas corporais e meditativas” (TELESI JUNIOR, 2016, p. 99) - e que constituem um elemento potencializador das ações de Promoção da Saúde da população.

Essas práticas fazem parte da medicina oriental, que não tem, *a priori*, o intuito de tratar as doenças, como a medicina ocidental, mas o de constituir um aprendizado que estimula a produção de práticas de como viver a vida de forma saudável. As práticas desenvolvidas em São Paulo foram: plantio de hortas medicinais comunitárias; biodiversidade e arborização; água, ar e solo; gerenciamento de resíduos sólidos; agenda ambiental na administração pública; horta e alimentação saudável; revitalização de espaços públicos; cultura e comunicação (TELESI JUNIOR, 2016).

As PICs compreendem a fitoterapia²⁷, que são medicamentos à base de plantas medicinais oferecidos pela rede pública de saúde. São medicamentos que auxiliam em problemas recorrentes na população brasileira, com alto poder de resolubilidade se segue a prescrição adequada.

A perspectiva de apoiar as práticas da medicina oriental está na busca de consolidação do SUS, em contraposição à medicina ocidental hegemônica no país. Pensar a Promoção da Saúde como um elemento de valorização de atividades que possuem, no trabalho interdisciplinar e intersetorial, o mecanismo de expandir a educação popular em saúde, fortalece a visão de superação das formas opressivas do paradigma biomédico e visa diminuir

²⁷Exemplos de medicamentos fitoterápicos utilizados são: Aloe Vera (Babosa) para tratamento de psoríase e queimaduras; Salix Alba (Salgueiro) para dor lombar e Rhamnuspushiana (Cáscara-sagrada) indicado para prisão de ventre, entre outros. Os medicamentos fitoterápicos no Brasil, que possuem licença da ANVISA, somavam 66 em 2011, contendo orientações de uso quanto aos seus efeitos colaterais (<http://www.tudosobreplantas.com.br/blog/wp-content/uploads/2011/02/drgvege.pdf>).

a exploração da medicalização e da hegemonia de tecnologias onerosas para o sistema público.

O problema enfrentado e demonstrado no monitoramento do FormSUS 2016, foi a diminuição do número de municípios que possuem as PICs funcionando nos polos. No monitoramento de 2015 estava presente em 488 polos, já em 2016 caiu para 133. Representa uma das perdas da educação popular em saúde, por ser as PICs umas das atividades de fortalecimento das práticas populares de saúde, muito importante no processo contra-hegemônico do paradigma biomédico.

Pouco mais de 13% dos polos em funcionamento oferece PICs, resultado considerado baixo pelas SAS e SVS do MS, tendo em vista o espaço físico privilegiado do Programa para o desenvolvimento dessas atividades, como especificado nas descrições dos PMB, PMI e PMA. Entre os 178 polos que possui as PICs, 69,4% informaram desenvolver atividades relacionadas à medicina tradicional chinesa (lian gong, tai chi chuan e do-in/automassagem), enquanto 31,7% trabalham com plantas medicinais/ fitoterapia e 12% com homeopatia (BRASIL, 2017b).

As práticas corporais expressadas no eixo, em conjunto com as atividades físicas, também estão presentes nas PICs. A defesa de seu uso ocorre pela sua condição ampliada de ações, que abarcam tanto a medicina ocidental quanto a medicina oriental, com o objetivo de potencializar ações em função da produção da saúde do indivíduo e da coletividade.

Assim como a atividade física, a alimentação saudável tem sido preconizada na Atenção Básica, com destaque na implementação do NASF em 2008, e marcadamente, é uma das áreas com maiores produções no PAS, principalmente por estar presente no PAC e se ampliar nas ações multiprofissionais entre o NASF e o PAS. Como destacado, na PNAB, a PNAN havia sido criada em 1999, portanto extremamente estruturada quanto aos direcionamentos do SUS, mas apresenta reducionismos nas práticas educativas, como demonstrado nas publicações da área.

O eixo alimentação saudável tem sido um dos principais eixos presentes na produção, nesse pouco tempo de criação do PAS, sendo que das dezoito publicações existentes na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) até 2016, dez produções correspondem ao eixo da Promoção da Alimentação Saudável, todas elas desenvolvidas em polos do PAS de Belo Horizonte (OLIVEIRA, 2017). O grande desafio no Programa é o papel dos profissionais de observar com equidade a situação territorial individual e coletiva dos usuários, para não incorrer no erro de orientações com base somente no seu conhecimento, desconsiderando as desigualdades sociais e o saber popular.

A preocupação maior na análise do monitoramento foi em relação a forma como as atividades são desenvolvidas. Dos 1.124 polos que desenvolvem atividades de promoção da alimentação saudável 89,4 % realizam palestras. Esse modelo de atividade tem sido tratado como uma mera transmissão de informações, típico do paradigma biomédico. Mas foi significativo a quantidade de polos que responderam ter rodas de conversa 87,5%, o que representa uma conquista, pois demonstra uma tendência a mudança.

As práticas artísticas e culturais, que compõem um dos eixos do PAS, devem retomar uma questão básica da sociedade - o reconhecimento do sujeito enquanto ser que se sociabiliza e se diverte. Essas práticas são pouco valorizadas, principalmente quando se trata de ações de pouca repercussão midiática. Os maiores investimentos são realizados em grandes shows, grandes eventos, caracterizados por pouca participação popular. As desigualdades fazem com que a população carente não se sinta parte da cultura disseminada, midiaticamente, como a melhor e a mais almejada.

Os polos somam 322 que oferecem práticas artísticas e culturais, realizando atividades como aulas de canto e instrumentos (violão, sanfona, coral), produção de artesanato (crochê, tricô, tapeçaria), danças populares (quadrilhas, samba de roda) teatro, pintura e outros. Essas práticas incorporadas ao Programa, gera novos saberes que qualificam e ampliam o cuidado aos usuários, mas percebe-se o baixo percentual de polos que as desenvolvem, sinalizando a necessidade de fortalecer a oferta dessas ações nos demais polos do PAS.

A participação popular deve garantir a sua criatividade, o seu conhecimento corporal, a sua dança, o seu dom artístico e as famílias precisam de acesso aos bens culturais existentes na sua localidade e em outros territórios. A cultura e a capacidade artística das pessoas são naturais e precisam ser valorizadas e estimuladas. Os polos do Programa são espaços importantes para o desenvolvimento de ações artísticas e culturais.

Os desafios da mobilização social esbarram na questão da participação social amplamente difundida em todos os documentos oficiais. Para mobilizar a população, é preciso que as condições de participação possam favorecer esse acesso. Se continuar sendo negado o direito aos cidadãos de usufruir e controlar os bens produzidos na sociedade, continuarão existindo, de forma crescente, pessoas e grupos marginalizados²⁸ na sociedade.

Valla (1998) analisa que a adoção do princípio de participação social é frequentemente confundido como forma de integração de grupos marginalizados centrada no incentivo, estímulo e esclarecimento sobre como esses grupos podem participar dos benefícios

²⁸ Marginalizados – termo é utilizado para mostrar que existem pessoas excluídas em razão de sua pobreza, portanto se encontram a margem ou fora da sociedade, no que se refere a usufruir dos direitos sociais.

produzidos e disponibilizados pelo progresso econômico e cultural, ocasionando, assim, uma transferência de responsabilidade: quando a população marginalizada não usufrui de produtos e serviços ofertados por dificuldade de acesso, ela é culpabilizada, tida como negligente com sua própria vida e saúde.

O que tem pesado na manutenção desse direcionamento da ineficiência na melhoria das condições de saúde para as ações populares são os métodos educativos em saúde adotados no Brasil. As formas de educação no contexto da saúde pública brasileira correspondem à influência do paradigma biomédico, articuladas com a proposta de transmissão de informações na promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A prática de educação em saúde desenvolvida no Brasil é historicamente higienista e de transmissão do conhecimento. Sabe-se que a educação aplica-se a várias áreas do conhecimento, sendo que a hegemônica tem sido reprodutivista e conservadora, com práticas de caráter normativo e de domesticação em todas elas, inclusive na saúde (ABRAHÃO; GARCIA, 2009).

Ao pensar educação em saúde no SUS, em um programa de Promoção da Saúde, com propostas que abarcam temáticas que vão além da prevenção de doenças, embasando-se na produção do cuidado e em modos de vida saudáveis, tendo como referência a saúde da população, é possível perceber um avanço na direção contrária ao paradigma biomédico.

A elaboração de diretrizes na redefinição do PAS, na Portaria 2.681/2013, evidencia uma maior articulação do Programa com o paradigma da Saúde Coletiva. As diretrizes reforçam a necessidade de participação popular e de construção coletiva de saberes e práticas em Promoção da Saúde, o que confronta a ideia de que quem detém o conhecimento é somente o profissional de saúde.

Quando destaca a intersectorialidade como essencial à construção e ao desenvolvimento das ações, o PAS chama a atenção para o envolvimento de todos os equipamentos sociais do território, não restringindo as ações em intervenções puramente de âmbito preventivo e curativo, ampliando o conhecimento sobre a situação e as condições de saúde da população, favorecendo ações de controle social.

A proposta de atividades educativas que envolvem a participação de diferentes faixas etárias promove a intergeracionalidade e favorece o conhecimento adquirido por trocas de saberes em ações dialogadas entre as gerações. Deve contribuir para o reconhecimento dos espaços de um território como locais de produção de saúde.

Na Portaria 2.681/2013, a promoção de práticas de educação em saúde era um dos elementos contemplados como objetivo específico e como um dos eixos norteadores das

atividades do PAS. O entendimento que *a priori* tem-se dessa educação no âmbito do Programa é o que Felipe (2011) constatou ao estudar sobre os seus aspectos histórico-conceituais: ela veio como um processo de superação da concepção de educação sanitária²⁹ baseada na prevenção e tratamento das doenças, com imposição de normas higienistas anteriores à criação do SUS.

A educação em saúde a partir do conceito ampliado se pauta no diálogo e no respeito aos saberes populares, compreendendo que existe uma evolução no campo da saúde nas concepções de educação e de saúde, produzindo uma aproximação entre a prática educativa e a Promoção da Saúde (FELIPE, 2011). É nessa perspectiva de entendimento que se pensa o eixo educação em saúde como elemento essencial do PAS.

2.2.5.1 Eixo educação em saúde

O destaque inicial para o eixo educação em saúde no PAS é a condição empobrecida do tema nos documentos oficiais e a relação que se pretende estabelecer entre a Promoção da Saúde, Educação e o PAS. Albuquerque e Stotz (2004) destacam que, apesar de presente em todos os programas do MS, a educação recebe pouca importância nos serviços de saúde, e têm sido grandes “as dificuldades das equipes para efetivar uma prática cotidiana de promoção, incorporando ações educativas no dia a dia dos serviços” (p. 264).

Essa limitação documental pode explicar o diagnóstico da pesquisa de Reis (2006), que infere que, mesmo com os avanços teóricos na educação em saúde, ao apontar para processos educativos que integra saberes populares e as dimensões políticas, econômicas, sociais, culturais e subjetivas do processo saúde-doença, não se consegue assegurar, “na prática, a ruptura com as concepções pedagógicas e ideológicas que continuam a prescrever regras para o bem viver pautadas exclusivamente no conhecimento científico ou numa relação determinista e linear entre representações e práticas” (p. 22).

Vasconcelos (2001) destaca a presença esparsa de alguns profissionais de saúde que buscaram trabalhar com a proposta de respeitar o conhecimento e os saberes da população. A

²⁹O termo educação sanitária foi proposto pela primeira vez em uma conferência internacional sobre a criança, nos Estados Unidos, em 1919, inserido nos princípios científicos da higiene, que se fortalecia com os avanços da bacteriologia e da imunologia, sendo empregado ao longo do século XX. Todavia, em seu percurso histórico, a educação sanitária caracterizou-se pelo seu papel regulador, normatizador, de controle sobre os corpos através de dispositivos que se utilizaram de estratégias fundamentadas, principalmente, no poder disciplinar. As práticas da educação sanitária pautaram-se no modelo informação-mudança de comportamentos, partindo da premissa de que a população seria carente de conhecimentos e, portanto, os saberes deveriam ser transmitidos por especialistas, a fim de produzir modificações nos hábitos indesejáveis do ponto de vista sanitário (RENOVATO; BAGNATO, 2012, p. 78).

experiência tem avançado “na superação do caráter mercantil, biologicista e alienador da prática médica dominante” (p. 121), mas há constantes formas de oposição: “a carência de recursos das políticas sociais, a repressão política e as exigências do produtivismo numérico do sistema de saúde” (p. 122).

Esses aspectos caracterizam uma situação que pode estar presente no cotidiano do PAS por falta de conhecimento sobre qual modelo de educação em saúde está sendo proposto. Há, portanto, uma carência nas pesquisas sobre o PAS, principalmente sobre a educação em saúde, provavelmente pelo fato de esse eixo ter sido incluída somente na revisão de 2013. Esse poderia ser um passo importante de contribuição dos estudos da Epidemiologia Crítica para verificar quais modelos estão presentes e quais os direcionamentos para garantir uma educação em saúde que corresponda ao paradigma da Saúde Coletiva.

Reis (2006) esquematiza os modelos em forma de concepções históricas (Quadro 2) para apresentar as mudanças teóricas ocorridas na interação da educação e da saúde, mas principalmente para destacar a dificuldade de superação das duas primeiras concepções: educação sanitária e educação em saúde com base na orientação difundida pela OMS.

Quadro 2: Aspectos históricos e concepções de educação em saúde.

Educação Sanitária (Intervenção e Prescrição)	Educação em Saúde (Orientação)	Educação em Saúde (Participação)	Educação em Saúde Perspectivas atuais (Interação)
Início do séc. XX	Meados do séc. XX	Final do séc. XX – a partir dos anos 70	Final do séc. XX e início do séc.XXI
Regras e normas para um “viver higiênico”	Regras para um bem-estar físico, mental e social – considera que a maior parte das pessoas não tem informações sobre saúde ou possui déficit cognitivo.	Participação e contextualização social – Reforma sanitária e Paulo Freire.	Interação de saberes – visão multidimensional dos sujeitos – autonomia de decisão – controle social.

Fonte: Reis, (2006, p. 23).

Como nos documentos oficiais do PAS não há elementos que caracterizam o modelo implementado, é importante buscar outros documentos elaborados em cursos para gestores e profissionais do Programa e que tratam sobre a temática.

A educação em saúde no PAS torna-se um desafio para o profissional da saúde, que terá de reinventar sua prática ao unir seus conhecimentos técnicos aos interesses, conhecimentos e desejos dos usuários, contribuindo para a compreensão dos indivíduos e da comunidade sobre os condicionantes do processo saúde-doença e favorecendo suas escolhas (BRASIL, 2013; BRASIL, 2015).

As ações educativas são primordialmente voltadas para a autonomia, empoderamento e exercício da cidadania, devendo criar espaços para troca de saberes entre usuário-profissional, usuário-usuário e profissional-profissional, que fortalecem as ações de Promoção da Saúde para “concretizar a perspectiva emancipadora de educação em saúde em sua prática cotidiana” (BRASIL, 2013, p. 101).

As ações educativas no PAS para os profissionais envolvidos são: observar as diretrizes e os princípios do SUS; buscar a prática compartilhada com o usuário, melhorando a realidade do educar/cuidar; estimular a criticidade do usuário sobre seus problemas, com base no diálogo, garantindo que educador e educando aprendam; respeitar a realidade vivenciada pela população para eleição de diferentes abordagens, constituindo-se um processo dinâmico e contínuo; e favorecer a construção de modos saudáveis de viver, aumentando a adesão da população (VILLA, 2006).

As ações devem ser individuais ou coletivas, mas existe um incentivo à eleição de ações coletivas, “por permitirem maior participação do usuário no processo educativo, envolvimento da equipe com o participante e otimização do trabalho” (BRASIL, 2013, p. 111), além de ampliar a compreensão da realidade, ter maior número de participantes e promover melhores e distintas formas de interação entre os envolvidos.

O eixo educação em saúde do PAS, quando alinhado à concepção de saúde voltada para a Promoção da Saúde, deixa perceber que nele existe a tendência de se desvencilhar da visão de puramente transmitir conhecimento, para se encontrar com a educação característica da participação e da integração. Portanto, “as ações educativas em saúde devem ser pautadas nas múltiplas determinações da saúde, considerando as histórias de vida, as crenças, os costumes e os valores do sujeito, extrapolando a mera transmissão da informação” (BRASIL, 2015, p. 198).

A proposta de intensificar práticas de educação em saúde que provoquem uma reflexão crítica do indivíduo sobre sua vida e a apreensão da saúde como um direito social deve produzir resultados como: compartilhar saberes; criar espaços de discussão e possibilitar a construção de novos modos de promover hábitos saudáveis; e recuperar práticas culturalmente desenvolvidas no território, reconhecendo a importância do conhecimento popular em saúde.

O PAS é um instrumento que tem em sua reformulação, Portaria nº 2.681/2013, uma proposta de superação, que, provavelmente, tende a apresentar formas diferentes de entender a educação em saúde nos seus polos. A percepção que se apresenta nos documentos analisados, por mais limitada que seja, tende a caminhar em contraposição à condição hegemônica do

modelo biomédico. Essa será a tensão desenvolvida no próximo capítulo, realizando uma aproximação do conceito ampliado de educação com o conceito ampliado de saúde na Promoção da Saúde.

3 Educação e Saúde no PAS: da concepção estrita a concepção ampliada.

Diante do exposto nos capítulos anteriores, é possível afirmar que educar na área da saúde é uma tarefa complexa. Promover saúde em sua multidimensionalidade requer: conhecimentos das diversas áreas do conhecimento e ações conjuntas do Estado e sociedade, além de considerar as particularidades e autonomia dos sujeitos (CZERESNIA, 2003).

A educação recebe aqui um destaque entre as áreas do conhecimento, por estar presente em todo processo de formação e trocas de saberes, seja dentro ou fora da escola. Partindo da compreensão de que a educação proposta na Promoção da Saúde oferece uma visão ampliada e crítica, observando o contexto já apresentado na organização do SUS na concepção ampliada de saúde criada a partir da Reforma Sanitária Brasileira e defendida como paradigma da Saúde Coletiva.

Nesse capítulo será realizada uma aproximação e articulação entre as áreas de educação e saúde, partindo da proposta de confronto entre a concepção estrita e a concepção ampliada, ficando perceptível a relação que as aproxima na ocupação do mesmo espaço, tendo como base de discussão o paradigma biomédico e o paradigma da Saúde Coletiva respectivamente.

3.1 Educação: contradições entre a concepção estrita e a concepção ampliada.

A educação coincide com a própria existência humana, que ao lidar com a natureza e se relacionar uns com os outros, o homem se educa e ensina novas gerações. Essa condição permanece presente na formação humana, mas carregada de transformações estabelecidas nos diferentes tempos históricos da vida humana.

Um marco histórico na formação humana foi a divisão dos homens em classes: a dos proprietários que exploram e dominam o outro e a dos não proprietários que servem e são escravos, cria-se novas formas de educação, tendo como principal função manter essa divisão. Nesse contexto que surge a escola, como lugar de ocupação do ócio com dignidade, onde estudar passa a ser uma atividade nobre. A escola, então passa a ter *status* de melhor lugar para se ter conhecimento, chegando ao ponto de ser considerado único e exclusivo local de educação.

A escola se especializa, passa a ser instrumento de formação de intelectuais com funções diversas, principalmente na elaboração das camadas de intelectuais, observando

processos históricos tradicionais. Essa especialização retrata uma forma dualista de formação, sendo uma para formação de intelectuais com foco no trabalho intelectual da classe dominante e outra para o trabalho técnico e manual da classe trabalhadora (GRAMSCI, 2000).

A dinâmica histórica envolve os aparelhos de hegemonia da classe dominante, que visa assegurar a expansão da especialização com ênfase na formação de intelectuais inorgânicos, responsáveis por provocar maior homogeneidade na consciência política, econômica e social, e, favorecer a manutenção das diferenças e do *status* de importância do saber científico sobre o saber popular.

Ao propor a escola unitária, Gramsci (2000) defende uma educação humanista, que consiga equilibrar as capacidades manuais e intelectuais de formação humana, partindo da “necessidade de se pensar a questão da formação do indivíduo em sociedade nas diferentes ambiências culturais, tais como a família, a vizinhança, o trabalho, a escola; enfim, os diversos espaços de sociabilidade” (STHAL, 2016, p. 83).

Para isso, é necessário compreender a concepção do mundo dos sujeitos e o conjunto das relações sociais existentes. O elemento norteador dessa proposta é a educação, que possibilita “compreender o movimento do real, suas contradições, e abrir espaço para a superação dessas contradições e do próprio real” (BAPTISTA, 2010, p. 187).

A educação que produzirá os intelectuais orgânicos não deve se limitar ao ambiente escolar, e essa forma de educação não é a única responsável pelas ações educativas existentes, portanto, a educação ultrapassa a dimensão educativa de ensinar e instruir propriamente dita, e, o processo educacional não se esgota com as etapas previstas na legislação.

Pensando nesse formato de diferentes ambientes educacionais, Gohn (2006) considera três formas de educação: a formal, desenvolvida nas escolas, com conteúdos previamente determinados; a informal, em que os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização (família, bairro, clube, amigos etc.), carregada de valores e culturas próprias, de pertencimento e sentimentos herdados; e, a não-formal é aquela que se aprende no mundo da vida, via os processos de compartilhamento de experiências, principalmente em espaços e ações coletivas cotidianas.

Quando Gohn (2006) realiza essa análise sobre a educação, qualificando-a e diferenciando-a em seus campos, busca articular a educação em seu sentido ampliado com os processos de formação dos indivíduos e/ou articular a escola com a comunidade educativa de um território. Para a autora, a educação em seu sentido amplo tem entre seus melhores exemplos a luta por direitos pelos movimentos sociais, que abrange questões “tanto de conteúdo escolar quanto de gênero, etnia, nacionalidade, religiões, portadores de necessidades

especiais, meio ambiente, qualidade de vida, paz, direitos humanos, direitos culturais etc.” (p.35), sendo esses movimentos fontes e agências de produção de saberes.

As formas de educação servem para entender sua condição ampla, mas é possível identificar dois sentidos que devem ser considerados: no sentido amplo, que “representa tudo aquilo que pode ser feito para desenvolver o ser humano e, no sentido estrito, representa a instrução e o desenvolvimento de competências e habilidades” (VIANNA, 2006, p. 130).

Em seu sentido estrito, considera uma limitação na capacidade de superação do modelo tradicional de educação. Existe um avanço de negação do modelo hegemônico pelas pedagogias do aprender a aprender³⁰, no que refere ao incentivo a autonomia e o protagonismo do aluno, ao valorizar a articulação entre realidade e prática na construção de conhecimento, mas ao construir competências não consegue definir para que e para quem serão direcionadas, o que possibilita a adesão das novas demandas do mercado e o condicionamento dos indivíduos à exploração capitalista (STHAL, 2016).

Diferentemente, a educação no sentido ampliado tem como princípio a formação crítica, com base humanista sólida, capaz de construir saberes que contribuam para que os indivíduos sejam autônomos e possam intervir criticamente na realidade social e no mundo do trabalho (STHAL, 2016).

Apontar elementos que direcionam para a compreensão da educação em seu sentido ampliado, significa caminhar para superação de modelos estritos de educação centrados na obediência ao processo produtivo. Loures; Baldino; Carneiro (2014) destacam que os saberes reproduzidos, socializados e incorporados em segmentos populares, se constituem em uma teia de relações, entre família, crenças e comunidade, dirigida a uma finalidade específica. A visibilidade desse processo de reprodução de saberes é quase que imperceptível, por isso, a necessidade de ser desvelado e compreendido. Como a escola se ocupa da educação formal, acaba por resguardar os conhecimentos científicos a serem transmitidos a cada geração, ficando a cargo do povo a disseminação de seus próprios saberes.

Os processos educativos presentes na transmissão de saberes por gerações, como os rituais religiosos populares, em que os detalhes podem ser visto pelo olhar, pelos gestos, pela seriedade e pelo compromisso em manter seus ofícios, constitui-se em uma das formas de educação, que fazem parte de uma sequência histórica que a justifica a tentativa de garantir sua continuidade. Essa transmissão acontece no interior da cultura “por meio de trocas de

³⁰ Ler: Duarte (2010); Ferretti (2002); Perrenoud (1999); e, Martins (2012).

símbolos de intenções, manifestações culturais, relações de poder que acontecem em situações de aprender-ensinar-aprender” (LOURES; BALDINO; CARNEIRO, 2014, p. 108).

Esses autores afirmam que na cultura popular os saberes a serem repassados, são idealizados e projetados nos grupos, e, esses definem os saberes que pretendem perpetuar, criando formas de ensino e aprendizagem. A educação que ocorre nos processos sociais de aprendizagem, se configura “a partir de amplas relações que se iniciam no âmbito familiar e vão se estendendo em uma rede de trocas de saberes, também entre agentes sociais não parentes, incluindo os aprendizes e os educadores sociais” (LOURES; BALDINO; CARNEIRO, 2014, p. 108).

Para Brandão (2013) a educação não pode ser considerada de forma única, nem de modelo único, nem pertencer a um único lugar, nem se limita a uma única prática, nem mesmo a um único praticante. A educação pode ser livre, pode ser uma das maneiras em que as pessoas construam saberes comunitários, que buscam o bem comum. Mas, também pode ser imposta, ao utilizar do saber para controlar e reforçar as desigualdades entre os homens. Portanto,

A educação é, como outras, uma fração do modo de vida dos grupos sociais que a criam e recriam, entre tantas outras invenções de sua cultura, em sua sociedade. Formas de educação que produzem e praticam, para que elas reproduzam, entre todos os que ensinam-e-aprendem, o saber que atravessa as palavras da tribo, os códigos sociais de conduta, as regras do trabalho, os segredos da arte ou da religião, do artesanato ou da tecnologia que qualquer povo precisa para reinventar, todos os dias, a vida do grupo e a de cada um dos sujeitos, por meio de trocas sem fim com a natureza e entre os homens, trocas que existem dentro do mundo social onde a própria educação habita, e desde onde ajuda a explicar – às vezes a ocultar, às vezes a inculcar -, de geração em geração, a necessidade da existência de sua ordem (BRANDÃO, 2013, p. 10-11).

A educação, ajuda a pensar, criar e transformar tipos distintos de homens, assim como tipos diferentes de sociedades. Brandão (2013) afirma que essa é a força da educação, pois “participa de todo processo de produção de crenças e ideias, de qualificações e especialidades que envolvem as trocas de símbolos, bens, e poderes” (p. 12). Da mesma forma, existe sua fraqueza, quando interesses políticos escusos são impostos aos educadores nas suas agências, suas práticas e suas ideias, permanecendo ocultas na educação.

Na visão de Brandão a educação possui forças e fraquezas e quanto mais a educação for direcionada para os domínios estritos, maior será a presença dos seus aspectos fragilizadores o esquecimento da sua presença no cotidiano, tendo como consequência o

pensar a educação separadamente de domínios sociais e culturais, e associando-a a determinações sociais amplas e de difícil compreensão, conduzindo os indivíduos a se distanciarem de pensar a educação pela cultura, que é “o lugar social das idéias, códigos e práticas de produção e reinvenção dos vários nomes, níveis e faces que o saber possui” (BRANDÃO, 2006, p. 14).

Essa divisão social do saber é propositalmente reforçado ao longo da história, desde a constituição da civilização, das cidades e das primeiras escolas. Ela passava a determinar que os modos de saber de consenso ou saber popular eram de domínio comunitário e representavam saberes fracionados do saber erudito e constitui-se um saber que existe a margem do poder, separado do saber erudito, dominante e oficial (BRANDÃO, 2006).

A divisão social do saber provoca uma exaltação ao saber erudito, científico, especializado, que apesar de não eliminar o saber popular, o coloca como subalterno e inferior. Essa divisão serviu para polarizar os conhecimentos e determinar uma aceitação das desigualdades, que com o passar do tempo produziram o esquecimento do saber popular como educação, em detrimento do saber erudito, que tem reforçado as iniquidades da vida.

Vasconcelos (1989) relata que apesar desse efeito negativo da divisão de saber, a experiência de conviver com a população de classe baixa, fez com que o autor compreendesse que o saber popular não está atrasado, mas que adquiriu formas bastante elaboradas no que se refere a estratégias de sobrevivência e métodos de explicar parte da realidade. O que fica evidente é como “o saber dos cientistas e dos técnicos está encharcado dos interesses das classes dominantes e ainda muito limitado para explicar toda a variedade da realidade” (p. 20).

A compreensão ampliada de educação representa a capacidade de realizar a leitura da realidade, entendendo como a educação se estabelece no mundo social, na vida do indivíduo e da coletividade. As formas de educação que se pratica podem ser livres ou impostas, podem criar para tornar comum, seja como saber, como ideia, como crença e como bem, como trabalho e como vida; ou, para inculcar um sistema de controle do saber, centralizado no poder e capaz de reforçar as desigualdades, divisão de bens e direitos (BRANDÃO, 2007).

A educação regida pela oposição entre o capital e o trabalho, perde a dimensão de ser um valor de uso, para ser um valor de troca. A educação do cotidiano deixa de ser um dom do fazer próprio da condição natural do ser humano de ensinar, passando a valer somente aquela educação como bem de mercado, a educação erudita, oficial e hegemônica.

Lukács (2013) explica que para Marx o trabalho enquanto valor de uso estabelece a essência da inter-relação homem/natureza, em que o valor de uso corresponde a um produto do trabalho utilizado pelo homem para sua própria existência.

O fato do valor de uso como produto do trabalho, ser um fenômeno originário da existência humana, contribui para o entendimento do quanto o produto foi sendo transformado em mercadoria. Quando o trabalhador realizava seu trabalho como meio de subsistência, tinha de satisfazer sua própria necessidade, este trabalho lhe constituía como resultado o produto. Quando passou a produzir mercadoria passa a ter que produzir para satisfazer uma necessidade social. A consequência disso é descrita por Marx:

Se abstraímos o seu valor de uso, abstraímos também os componentes e formas corpóreas que fazem dele valor de uso. Deixa já de ser mesa ou casa ou fio ou qualquer outra coisa útil. Todas as suas qualidades sensoriais se apagaram. Também já não é o produto do trabalho do marceneiro ou do pedreiro ou do fiandeiro ou de qualquer outro trabalho produtivo determinado. Ao desaparecer o caráter útil dos produtos do trabalho, desaparece o caráter útil dos trabalhos neles representados, e desaparecem também, portanto, as diferentes formas concretas desses trabalhos, que deixam de diferenciar-se um do outro para reduzir-se em sua totalidade a igual trabalho humano, a trabalho humano abstrato (1996, p. 167-168).

Quando Marx explicita em *O Capital* a questão do valor, expressa o valor de uso não do produto, mas da mercadoria, mercadoria essa que possui valores de troca, valores esses considerados a partir de um trabalho social cristalizado e subordinado a divisão de trabalho presente na sociedade (Marx, 1996).

A divisão do saber passa a ser um elemento fundamental para a sociedade do capital, constituindo-se como meio de manter a divisão do trabalho. Na divisão do saber separava-se o senhor dos escravos, mas na sociedade industrial separa os capitalistas dos operários. O que era saber erudito passou para saber científico, e o que era saber popular passou para senso comum.

O valor da mercadoria não representa o valor do trabalho realizado pelo trabalhador. O que resta ao trabalhador é vender sua força de trabalho, como resultado de uma série de processos históricos dos quais os economistas diziam ser uma forma de acumulação originária, mas contestada por Marx ao descrevê-la como decomposição da unidade originária, resultado da separação do trabalhador de seus instrumentos de trabalho (Marx, 1996).

A decomposição da unidade originária do trabalho é o mesmo que acontece com a educação, em que a desvalorização do saber popular é tanta, que passa a ser esquecida pelo

próprio homem. O seu saber, já não possui valor para si mesmo. Mascarenhas (2005) ao explicar sobre a relação entre trabalho e educação, realiza inicialmente um apontamento da relação que marca a condição de pseudoformação ou semiformação, na qual existe uma relação entre educação/mundo do trabalho voltada exclusivamente para o mercado de trabalho e que existe uma submissão dos espaços formativos à lógica do mercado.

O objetivo educacional que deveria ser a formação de um homem onilateral acaba sendo direcionado para uma formação unilateral. A definição do termo “Unilateralidade significa a redução do homem, pela divisão social do trabalho, a um ser alienado, dependente e executor de uma atividade produtiva repetitiva, voltada para a satisfação de necessidades imediatas” (GONZALEZ, 1990, p. 37).

Mascarenhas (2005) defende que o homem onilateral faz parte de uma formação em que o educar e ensinar promove uma formação humana em todos os seus aspectos, em sua totalidade, para inseri-lo no mundo de forma realizadora, criadora e transformadora, não somente para o mercado de trabalho. O papel da educação na construção do homem onilateral deve percorrer o caminho da emancipação e construção de uma autonomia intelectual.

O que o sistema produtivo capitalista faz é promover uma formação unilateral, disseminando princípios de competitividade, obtenção de lucro, exploração do homem pelo homem e da desigualdade. Para que isso ocorresse foi desenvolvido o direito positivo respaldado por um contrato social, contrato esse vinculado a noção de liberdade desenvolvida ideologicamente pelo liberalismo, em que toda pessoa é livre para ter sua própria propriedade (SAVIANI, 2015).

A educação elitista e oficial apresenta dupla dimensão de valor capitalista: “a) valer como alguma coisa cuja posse se detém para uso próprio ou, de grupos reduzidos, que se vende e compra; b) valer como um instrumento de controle das pessoas, das classes sociais subalternas, pelo poder de difusão das ideias de quem controla o seu exercício” (BRANDÃO, 2007, p. 94).

A concepção ampliada de educação apresenta-se como uma forma de superação dessa educação elitista. Não pode ser uma educação idealista como a pedagogia das competências, que concebe os problemas sociais como resultados aleatórios e se baseia na crença de que a difusão de novas ideias entre os indivíduos será suficiente para resolver os problemas sociais.

Nesse sentido, quando analisa-se as pedagogias do aprender a aprender, percebe-se que ao transferir para o aluno a centralidade das atividades escolares, ocorreu a supervalorização do seu cotidiano, implicando na marginalização da figura do professor no processo de ensino-aprendizagem. Essa centralização do ato pedagógico no aluno diverge da

proposta da educação ampliada, que busca uma educação que seja social e também científica, que “não deve centrar o ato pedagógico no professor nem no aluno, mas sim na relação dialética entre ambos e com o meio, pois o que se busca é a construção do homem coletivo. Ou seja, o aluno deve, sim, ter papel ativo no processo, mas não enquanto centro absoluto” (STHAL, 2016, p. 96).

O modelo de competências tem como princípio um projeto de formação voltado para projetos pessoais que seguem a lógica do mercado e sucesso profissional individual, que transparece na ideologia do empreendedorismo. Essa é uma visão contrária da concepção ampliada de educação que corresponde à concepção dialética de educação, que propõe “o desenvolvimento das múltiplas capacidades do ser humano, o fortalecimento da consciência de classe para intervir de modo crítico, organizado e criativo na transformação estrutural da sociedade” (STHAL, 2016, p. 95).

Estes contrapontos da educação, estrita e ampliada, expressam características que marcam toda estrutura da sociedade, inclusive a área da saúde que para contribuir para manutenção ou superação de modelos hegemônicos. Os responsáveis pela criação do SUS e a elaboração do conceito ampliado de saúde tem suas bases de formação na concepção ampla de educação.

3.2 Educação em Saúde: no contexto brasileiro

A educação em saúde tem sido um desafio desde antes da criação do SUS, apesar de sempre existir, estava limitada pelo processo de intencionalidade de reprodução, submissão e dependência, mas com todos os avanços conquistados na Constituição de 1988 e a criação do SUS, existe uma perspectiva de concretização na intencionalidade de promover autonomia e empoderamento do usuário.

A ideia de trabalhar com a temática educação em saúde se dará no âmbito do SUS na relação gestor, profissional da saúde e usuários, e, não se limitará na abordagem sobre as modalidades de educação próprias para os trabalhadores da saúde: educação continuada³¹ e educação permanente³².

³¹ Educação Continuada é o processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele (BRASIL, 2009b, p. 131).

³² Brandão (2006): Educação Permanente é um projeto europeu, com proposta de retotalização da educação parte de premissas de universalização dos direitos ao saber e de realização plena de todos os homens, através também da educação (p. 44); O movimento de educação permanente pretende abarcar todos os níveis da educação, todas as suas dimensões e, conseqüentemente, todos os seus modos e espaços de trocas de saber (p. 45). Os projetos de

As formas de educação desenvolvidas no âmbito da saúde no Brasil obedecem a momentos históricos marcados pelo próprio desenvolvimento da sociedade. Historicamente o saber popular se manteve predominantemente entre os povos desfavorecidos, marcado pela divisão dos saberes e do trabalho, pelo controle das elites políticas e econômicas, e, com imposição de normas e comportamentos, que colaboram para a subordinação aos seus interesses (VASCONCELOS, 2001, p. 123).

O saber técnico do profissional tem sido hegemônico na saúde pública brasileira, desde o final do século XIX e início do século XX, com objetivo de enfrentamento das epidemias de doenças infecciosas, como varíola, peste, febre amarela, tuberculose, entre outras. As formas educativas adotadas seguiam normas e medidas de saneamento e urbanização, que eram direcionadas de forma autoritária às camadas pobres da população com o respaldo científico (ALVES, 2005).

No início do século XX, o higienismo possuía uma forma de educação na saúde controladora, considerando a população incapaz de participar do processo formativo em saúde. A educação em saúde nessa perspectiva tem como foco principal a transmissão de informações, a aceitação das intervenções do Estado e sujeição as leis higiênicas, caracterizando assim a divisão dos saberes, a divisão de classes, a divisão dos trabalhadores para favorecimento dos interesses econômicos da classe dominante (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Nessa época eram desenvolvidas ações de educação sanitária no Brasil, marcadas pela influência Norte Americana, por isso, baseada na concepção de saúde como ausência de doença, consequentemente transferindo para o indivíduo a responsabilização do aprender a cuidar de sua saúde. Esse processo pode parecer ingênuo, mas é responsável por reforçar a incapacidade dos indivíduos de entender as informações do saber científico, e, impor os privilégios da especialidade do professor, profissional da saúde e/ou os que detêm conhecimentos do saber técnico (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

A norma estabelecida pelo modelo biomédico é que a população precisava ser conscientizada, porque não possuía informações técnico-científicas, então, o profissional deveria assumir a posição de conhecedor da verdade e passar o conhecimento ao usuário. Esse tipo de comunicação é assimétrica e de caráter informativo, em que o profissional explicita quais são os hábitos e comportamentos que fazem bem a saúde, e, com esse conhecimento

educação permanente não somente utopizavam a possibilidade de toda a vida social reorientar-se enquanto um trabalho educativo plenamente humanizador, como também imaginavam a possibilidade de universalização de um novo homem, de uma nova cultura e de um mundo novo através do poder humanizador de uma educação que envolvesse a todos, todo o tempo (p. 45).

transmitido, o usuário terá condições de tomar decisões que contribuam para a prevenção de doenças e agravos à saúde, assumindo novos hábitos e condutas (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

A educação sanitária sofre duras críticas por estar vinculada ao modelo biomédico, então é realizada uma reformulação, criando-se a educação em saúde pública, baseada na concepção de que a aprendizagem do indivíduo sobre sua saúde é resultado de múltiplos fatores intervenientes no processo saúde-doença. Nesse contexto, não negando aos indivíduos, suas referências quanto ao conhecimento coletivamente construído em sua realidade. A educação em saúde “deve ser crítica, problematizadora da realidade, um processo compartilhado, reflexivo, construído a partir de ações conjuntas como planejamento participativo, trabalho em grupo e pesquisas” (PELICIONI; PELICIONI, 2007, p. 324).

A escola universal desenvolvida pela burguesia não poderia deixar claro esse seu objetivo, então a partir do sistema de Taylorismo foram sistematizados formas que desapropriassem os trabalhadores dos saberes também universais, limitando em formas parceladas de saberes ou qualificação específica. O domínio desses saberes não constitui um saber do conhecimento do conjunto todo do processo de produção, conhecimento esse privativo da classe dominante (SAVIANI, 2015).

A qualificação específica e o domínio do saber sistematizado foram disseminados por todas as áreas do conhecimento. Na área da saúde as especialidades fortalecem o domínio dos saberes em poucas mãos, limitando o acesso e potencializando a divisão do trabalho, do saber e das classes.

A formação desses especialistas foi sendo potencializada na graduação, com a presença de disciplinas de abordagens puramente biológicas do corpo e do adoecimento. É possível verificar que existem Projetos Pedagógicos de Cursos que afirmam seguir a concepção ampliada de saúde, mas as disciplinas correspondem a concepção biologicista e mecanicista de corpo, cujo o modelo de atenção à saúde preconizado está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e na figura do profissional de saúde, com destaque para o médico (STHAL, 2016).

Essa concepção biologicista, de visão estrita da saúde, tem se perpetuado na saúde pública, marcada por interesses do modelo de produção vigente, que ao perpetuar essa concepção centrada na doença, reforça o que para o sistema de produção capitalista é vantagem, em que os indivíduos continuam atribuindo

os motivos de seu adoecimento a suas próprias características biológicas e a seus hábitos de vida, assumindo para si toda a responsabilidade pela manutenção de sua saúde, pois, assim, não se conscientizam da estreita relação existente entre saúde-doença e as condições de trabalho, moradia, acesso a bens e serviços, dentre outros fatores (STHAL, 2016, p. 100).

A mesma autora, diagnóstica que as limitadas disciplinas das humanas e sociais, provocam um direcionamento, que pode ser intencional ou não, para uma formação política fragilizada, que corrobora para a perpetuação de concepções e ações puramente hegemônicas. Esse processo denuncia que a formação profissional dos servidores da saúde “tem atendido, em vários aspectos, à lógica do capital e da preparação de recursos humanos para atuar tecnicamente, distanciando-se das propostas de diálogo, emancipação, conscientização e construção coletiva presentes no SUS” (STHAL, 2016, p. 105).

A problemática da formação não é temática central, mas será pontuada para esclarecer ou desvelar alguns aspectos interligados no texto. A educação em saúde no contexto brasileiro é marcada por essa concepção estrita de saúde, que por mais avanços que foram sendo conquistados no SUS com o conceito ampliado de saúde, ainda caminha no sentido de transpor a margem do discurso, se tornando efetiva também na prática pedagógica, nas disciplinas, na educação permanente dos profissionais de saúde. Como isso tem sido desenvolvido, será apresentado na sequência visando compreender alguns dos aspectos que direcionam as ações dos intelectuais orgânicos do paradigma da Saúde Coletiva, a começar pela educação popular, caracterizada no campo da saúde como educação popular em saúde.

3.2.1 Educação Popular em Saúde

A educação popular em saúde surge do envolvimento de profissionais da área da saúde com movimento da educação popular³³ e das lutas de movimentos sociais por melhorias na

³³ A educação popular a que referimos está relacionada ao que Brandão (2006, p. 41-42) diz: Ao contrário do que tipologias costumam apontar aqui e ali, a educação popular não é uma variante ou um desdobramento da educação de adultos. Frente a um modelo de origem européia, internacionalizado como paradigma legítimo de trabalho com as classes populares através da educação e, finalmente, rotinizado como instituição de trabalho pedagógico consagrado, a educação popular emerge como um movimento de trabalho político com as classes populares através da educação. Diante de um modelo oficial de educação compensatória, a educação popular não se propõe originalmente como uma forma “mais avançada” de realizar a mesma coisa. Ela pretende ser uma retotalização de todo o projeto educativo, desde um ponto de vista popular. Continuação (p. 48): A educação popular é um movimento revolucionário de educadores que surgia contra a educação institucionalizada e constituída oficialmente, seja como sistema escolar seriado, seja como educação não-formal de adultos. Emergia como proposta de re-escrever a prática pedagógica do ato de ensinar-e-aprender, e surgia para repensar o sentido político do lugar da educação. Não é apenas em uma sociedade transformada que se cria uma nova cultura e um novo homem. E ao longo do processo coletivo de transformá-la através do qual as classes populares se educam com a sua própria prática, e consolidam o seu saber com o aporte da educação popular. Pela primeira vez surge a

atenção à saúde. Os movimentos sociais organizados dos quais foram criados grandes representações na saúde como o CEBES e a ABRASCO, foram abordados no primeiro capítulo, principalmente pelo papel importante na criação do SUS, seguindo na luta pela sua consolidação.

A educação popular representa uma conexão importante sobre como pensar a educação no SUS, e em suas políticas e programas. Esta forma de educação, por sua vez se tornou historicamente possível a partir da “conjunção entre períodos de governos populistas, a produção acelerada de uma intelectualidade estudantil, universitária, religiosa e partidariamente militante, e a conquista de espaços de novas formas de organização das classes populares” (BRANDÃO, 2006, p. 46).

Brandão (2006) relata que a educação popular surge no Brasil no começo da década de 1960, após uma primeira experiência de educação com as classes populares pelo Movimento de Educação de Base (MEB), que na sequência é desenvolvida como educação libertadora e então, Educação Popular. Surge como

um movimento de educadores, que trazem, para o seu âmbito de trabalho profissional e militante, teorias e práticas do que então se chamou cultura popular, e se considerou como a base simbólico ideológica de processos políticos de organização e mobilização de setores das classes populares, para uma luta de classes dirigida à transformação da ordem social, política, econômica e cultural vigentes (BRANDÃO, 2006, p. 46).

A participação dos profissionais da saúde nas experiências de Educação Popular na década de 1970, marca a ruptura com as práticas tradicionais, autoritárias e normatizadoras, da educação em saúde (VASCONCELOS, 2004; BRASIL, 2007b), além de propor uma nova forma de entender a relação de práticas educativas entre o profissional e o usuário do viria a ser o SUS.

Essas experiências comunitárias de aliança envolvendo os movimentos populares e profissionais da saúde potencializaram a construção de um novo paradigma, o da Saúde Coletiva e o fortalecimento do movimento sanitário brasileiro, responsáveis pelo desenvolvimento de um novo modelo de atenção à saúde, com uma nova organização do setor de saúde e criação do SUS, tendo como instrumento metodológico central a Educação Popular (BRASIL, 2007b).

proposta de uma educação que é popular não porque o seu trabalho se dirige a operários e camponeses excluídos prematuramente da escola seriada, mas porque o que ela “ensina” vincula-se organicamente com a possibilidade de criação de um saber popular, através da conquista de uma educação de classe, instrumento de uma nova hegemonia.

A educação popular em saúde nasce por influência direta da educação popular, em um contexto de insatisfação, em que os profissionais de saúde reconheceram o quanto às práticas mercantilizadas dos serviços de saúde não atendiam a população brasileira de forma universal, produzindo iniquidades em saúde extremamente prejudiciais a classes menos favorecidas (FALKENBERG, *et al.*, 2014).

Os profissionais insatisfeitos dirigiram-se às camadas populares de baixa renda, alcançando as periferias dos grandes centros urbanos e regiões rurais, constituindo-se assim uma aproximação com o desconhecido para o saber científico. Essa aproximação

favoreceu a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nessas populações, o que levou muitos profissionais a buscarem a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar de forma mais global os problemas de saúde identificados (ALVES, 2005, p. 45-46).

Ao romper com a verticalização da relação profissional e usuário, a educação popular em saúde prioriza a relação educativa, valoriza a troca de saberes interpessoais e reconhece as iniciativas dos usuários pela concretização do diálogo como elemento fundamental na compreensão do saber popular.

Essa metodologia favorece a superação da passividade das práticas educativas em saúde tradicionalmente utilizadas, além de demonstrar que com a relação profissional e usuário horizontalizada, os saberes sobre a saúde-doença-cuidado se ampliam, aperfeiçoando as estratégias de luta e enfrentamento das desigualdades da saúde e da vida.

A educação em saúde ou educação e saúde como abordada em alguns estudos, tem suas bases no paralelismo das duas áreas, por isso, cometem o erro de separá-las, sendo que a educação se ocuparia “dos métodos pedagógicos para transformar comportamentos e a saúde dos conhecimentos científicos capazes de intervir sobre as doenças” (FALKENBERG, *et al.*, 2014, p. 848).

Esse paralelismo pode ser um dos fatores que determinam a dificuldade dos profissionais de saúde em traduzir e interpretar a realidade de vida dos usuários, pois na maioria das vezes é negligenciado as crenças, a cultura e as relações sociais presentes na realidade, que se não forem consideradas, todas as ações e estratégias terão fim em si mesmas.

Ao negligenciar a estrutura comunicativa, interacionista, organizativa do saber popular, o profissional de saúde deixa de estabelecer a principal conexão entre os saberes, para conseguir efetivar ações de Promoção da Saúde que consigam mobilizar a população. Ao

planejar sem conhecer a real necessidade da população, a gestão não conseguirá trabalhar elementos capazes de promover: a autonomia, o empoderamento, a participação e o controle social almejado pelo SUS. Portanto, o desafio de transformação, objetivado a partir da Promoção da Saúde, pela instrumentalidade da educação em saúde em prol da consolidação do sistema de saúde, deve se originar no incentivo a organização de movimentos sociais que estejam fundamentados pelo saber popular.

O ideário da Educação Popular em Saúde propõe uma atitude diferenciada do modelo biomédico. A postura do diálogo transforma as ações em saúde verticalizadas e assimétricas em ações horizontalizadas, em que o interesse pela ouvir o outro, o preocupar-se com o outro e a troca de experiências com o outro faz com que seja possível pensar numa cultura em formação.

A educação popular trouxe para educação popular em saúde e conseqüentemente para as práticas educativas do SUS “não uma atividade pedagógica para, mas um trabalho coletivo em si mesmo, ou seja, é o momento em que a vivência do saber compartilhado cria a experiência do poder compartilhado” (BRANDÃO, 2006, p 50).

Nesse sentido, pode-se perceber que a contribuição para uma visão de educação ampliada proposta pela educação popular corresponde a uma das lutas do paradigma da Saúde Coletiva no enfrentamento das formas tradicionais de educação desenvolvidas no SUS, impulsionadas pelo paradigma biomédico.

O paradigma biomédico, dominante e tradicional segue a visão estrita do saber técnico, em que tanto a educação quanto saúde tem servido para instrumentalizar o controle dos doentes pelos serviços e prevenção das doenças pelas pessoas. Essa forma estrita de entender a educação na saúde, pode ser resumida na apropriação do conhecimento técnico científico pelo profissional e repassado como normas de condutas para as pessoas (STOTZ, 2007).

A partir da década de 1970, a educação em saúde ganha alguns aspectos importantes na luta pela diminuição desse controle hegemônico do paradigma biomédico. A maior participação de profissionais da saúde em experiências de educação popular proporciona a aproximação do setor de saúde com as reais necessidades da população, repercutindo em uma cultura de reconhecimento do saber popular e uma “ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da Educação em Saúde” (VASCONCELOS, 2001, p. 124).

Nesse contexto, a busca de soluções na educação em saúde foi construída na relação do saber popular e acadêmico, e, pelo fortalecimento de movimentos sociais emergentes, responsáveis por experiências inovadoras nos serviços comunitários de saúde. De acordo com

Vasconcelos (2001), com a criação do SUS, os grupos de experiências em educação popular “estão engajados na luta pela democratização do Estado, na qual o método da educação popular passa a ser um instrumento para a construção e ampliação da participação popular no gerenciamento e reorientação das políticas públicas” (p. 28).

Vasconcelos (2001) explica que as metodologias educativas utilizadas nos simpósios de educação em saúde com influências positivistas, privilegiavam “o aperfeiçoamento de técnicas de difusão do conhecimento e mudança de comportamento” (p. 29), gerando insatisfação dos grupos com experiência em educação popular. Essa insatisfação gerou uma luta por melhor articulação nacional, tendo como consequência a criação de uma PNEPS.

A compreensão de Educação Popular como princípio teórico para a criação da PNEPS caracteriza-se como uma:

perspectiva teórica orientada para a prática educativa e o trabalho social emancipatórios, intencionalmente direcionada à promoção da autonomia das pessoas, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa e à superação das desigualdades sociais. A cultura popular é valorizada pelo respeito às iniciativas, idéias, sentimentos e interesses de todas as pessoas, bem como na inclusão de tais elementos como fios condutores do processo de construção do trabalho e da formação (BRASIL, 2012, p. 5).

Diante dessa perspectiva de luta contra as desigualdades sociais e resistência ao modelo hegemônico a educação popular em saúde é vista como “uma conjunção de saberes, vivências e práticas que se opõem à situação de opressão e exclusão social existente, apostando na construção do inédito viável” (BRASIL, 2012, p. 6).

Ela se constitui na tentativa de direcionar politicamente as práticas de educação popular em saúde para a construção de um novo projeto de sociedade, tendo a saúde como direito de cidadania e como dever do Estado. Constituiu-se por meio de práxis estratégica e singular com ênfase no cuidado, na formação, na produção de conhecimentos, na intersetorialidade e na democratização do SUS (BRASIL, 2012).

A visão estrita empregada pelo paradigma biomédico é entendida como hegemônica no contexto do SUS (VASCONCELOS, 2007), mas não pode-se negar os avanços referente as ações de educação em saúde, dos quais serão apontados alguns elementos que refletem as condições da educação em saúde no SUS e no PAS que demonstram maiores aproximações com o conceito ampliado de saúde.

3.2.2 Educação em Saúde no SUS

A história da educação em saúde demonstra sua forma multifacetada, que se constitui por diversas concepções tanto da área da saúde quanto da educação, as quais expressam diferentes compreensões de mundo, estabelecidas por distintos posicionamentos político-filosóficos sobre o homem e a sociedade (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

A educação em saúde constituída no SUS tem sido manifesta por uma contradição, entre o modelo assistencialista ou biomédico e o modelo de educação popular em saúde. A primeira defende a modalidade curativa, e, quando muito a preventiva, a segunda defende princípios de promoção da saúde e prevenção da doença. Ambas se constituem como um conjunto de práticas e saberes que correspondem a interesses, sendo que o assistencialista pauta-se na perspectiva de tratamento individualizado, especializado e fragmentado, obedecendo a um discurso higienista e moralista, instituído desde o século XVIII na Europa, representando a ação civilizadora e moralizadora do Estado sobre a grande massa da população, com o objetivo de assegurar a manutenção de forças produtivas a serviço dos capitalistas (ALVES, 2005).

No SUS uma das iniciativas que marcam maior aproximação dos profissionais de saúde com a população são: o PSF e, o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Por esses programas, os usuários conseguem ter uma convivência estreita com os profissionais de saúde e conseguem questionar sobre a eficácia do modelo biomédico tradicional (VASCONCELOS, 2004).

Esses programas ESF e PACS são iniciativas importantes no enfrentamento do modelo biomédico, mas é possível questionar o quanto a formação acadêmica e as Secretarias de Saúde não priorizam a discussão sobre as práticas educativas na apuração do sentir, pensar e agir dos atores envolvidos nos problemas de saúde, sendo dificultado o exercício de construção coletiva de soluções das necessidades sanitárias. O que fica evidenciado na maioria dos serviços é

à reprodução de ações educativas extremamente normatizadoras e centradas apenas na inculcação de hábitos individuais considerados saudáveis. Esta forma de trabalho educativo boicota a participação popular, pois faz calar os sujeitos e afasta as lideranças locais do envolvimento, com os serviços, do processo de transformação social através do diálogo de saberes e da reflexão crítica de suas realidades de vida e saúde (VASCONCELOS, 2004, p. 77).

Esse mesmo autor, destaca a falta de incentivo a ações educativas participativas em todos os níveis de atenção à saúde do sistema, permanecendo dominante o modelo autoritário e normativo de educação em saúde, mesmo que os discursos sejam aparentemente progressistas. Complementa dizendo que as coordenações de educação, comunicação e Promoção da Saúde das secretarias estaduais e municipais de saúde não investem na reorientação da relação cultural em cada serviço de saúde da rede de atenção à saúde, mas se dedica principalmente em organizar eventos e campanhas de massa, com ações educativas isoladas, desconectadas da rotina dos pontos de atenção à saúde, servindo de marketing da instituição e das lideranças políticas.

A presença da educação popular no SUS tem contribuições na implementação de ações educativas que favoreçam a participação popular, mas é necessário somar forças com outros movimentos e instituições de diversos setores para que essas ações possam ser efetivadas. Vasconcelos (2004) chama atenção para necessidade de criar ações políticas bem estruturadas, capazes de incentivar, apoiar e responsabilizar os municípios e estados na formulação de iniciativas amplas que favoreçam a criação de espaços de troca cultural, diálogo e negociação em cada ponto de atenção à saúde.

O autor destaca que os discursos sobre educação e Promoção da Saúde no SUS devem sair do âmbito do discurso e se efetive em implementação de políticas estruturadas. Estabelece uma prioridade nesse processo, uma política nacional de formação de profissionais em educação popular de “incentivo à produção descentralizada de materiais educativos construídos de forma participativa e de valorização e difusão das iniciativas educativas na lógica da problematização coletiva, já existentes em quase todos os municípios” (VASCONCELOS, 2004, p. 78).

No contexto do SUS, existe uma aproximação da educação popular com a Promoção da Saúde. Reis; Silva; Un (2014) destacam pontos convergentes, como: a educação popular é uma forma latina de Promoção da Saúde; existe uma interdependência entre a educação em saúde e participação comunitária com a Promoção da Saúde; as práticas de educação em saúde são como processos e estratégias para Promoção da Saúde no contexto do SUS; os princípios de defesa da ampliação dos espaços públicos de diálogo e de respeito à cultura local e construção compartilhada do conhecimento; entre outras.

Dessa forma, a educação em saúde na PNPS abrange um processo de participação social considerando o contexto da vida cotidiana, não se limitando as pessoas sob risco de adoecer. Adota uma compreensão baseada no conceito de saúde ampliado, tido “como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental

(ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal / emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza)” (SCHALL; STRUCHINER, 1999, p. 4).

Em relação a Promoção da Saúde, a educação em saúde recebe destaque como o melhor recurso para enfrentamento do modelo assistencialista. Alves (2005) defende que a Atenção Básica é o espaço privilegiado para as práticas educativas em saúde. O que não fica evidenciado é o quanto a população participaria desse processo educativo, pois sua defesa parte do princípio que os profissionais da saúde ao adentrar no território, com seus conhecimentos relacionados aos condicionantes do processo saúde-doença, poderá oferecer subsídios para as mudanças de comportamento das pessoas.

Essa dificuldade de articulação nas práticas educativas tem gerado maior resistência para o reconhecimento dessa intervenção pelos próprios usuários dos serviços de saúde. A forma como a figura e o saber do profissional se sobrepõe aos saberes populares se constituem um empecilho para efetivação da educação em saúde ampliada, dificultando o processo de promoção da autonomia e empoderamento, visando maior participação social e a concretização do controle social na saúde e na vida da população.

As práticas educativas servem para criar espaços autônomos, que envolvem o manejo do poder compartilhado na relação entre iguais, com formas educativas de caráter participativo, reflexão coletiva, relações de solidariedade e que correspondem a um trabalho coletivo organizado pelo próprio povo. Gomes e Merhy (2011) enfatizam que a educação popular realiza uma aposta pedagógica, na expectativa de que ocorra uma “ampliação progressiva da análise crítica da realidade por parte dos coletivos” (p. 11), entendendo que pela constante participação popular nas práticas coletivas, possam dar novos rumos a sua própria história, de uma nova cultura.

Cultura essa, de relações diversas, com privilégios na construção de espaços propícios para as trocas de saberes, predispostos a caminhos de criação e de experiência coletiva, que podem marcar o reconhecimento da educação em saúde “não apenas como um componente das práticas, mas como eixo estruturante de uma proposta de mudança de modelo de atenção” (STOTZ; DAVID; UN, 2005, p. 10).

Nesse sentido, a educação popular em Saúde tenta contribuir no objetivo de promover

junto à sociedade civil, a educação em saúde, baseada nos princípios da reflexão crítica e em metodologias dialógicas (ou seja, que tenham como base o diálogo). É instrumento para a formação de atores sociais que participem na formulação, implementação e controle social da política de

saúde e na produção de conhecimentos sobre a gestão das políticas públicas de saúde, o direito à saúde, os princípios do SUS, a organização do sistema, a gestão estratégica e participativa e os deveres das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal) (BRASIL, 2009a, p. 131).

Esse alcance pretendido pela educação popular em saúde, torna a educação em saúde uma estratégia fundamental em todos os serviços de saúde, servindo de instrumento de construção histórica na atenção integral à saúde, ampliando as inter-relações entre as diversas profissões, serviços, usuários, familiares e organizações sociais envolvidos nas ações de cuidado, buscando sempre fortalecer e reorientar as práticas, os saberes e as lutas dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2009a).

Sua influência é positiva na reorientação da educação em saúde do SUS, ao ser vinculada a estratégia de Promoção da Saúde e se desvincular da concepção de saúde centrada na doença e da prescrição de normas. A educação em saúde é considerada como um “conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo e emancipatório, que perpassa vários campos de atuação e tem como objetivo sensibilizar, conscientizar e mobilizar para o enfrentamento de situações individuais e coletivas que interferem na qualidade de vida” (BRASIL, 2009, p.17a).

Outra definição do MS sobre educação em saúde no SUS, retrata-a como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação sobre o tema pela população em geral. É também o conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores do setor, para alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. A educação em saúde potencializa o exercício da participação popular e do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde, no sentido de que respondam às necessidades da população. A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009b, p. 130).

As ações de Promoção da Saúde quando estabelecem o eixo de educação em saúde, tem como objetivo o empoderamento das pessoas e comunidades, no sentido de estimular a criatividade, construir e partilhar novos saberes, organizar práticas de saúde que promovam maior participação social e fortaleçam os movimentos sociais locais para o enfrentamento das determinações sociais da saúde e da vida.

Esse processo acontece no aspecto individual e alcança a coletividade, pelos atos sociais e políticos, gerando uma práxis crítica da realidade. Portanto, as práticas de educação em saúde, desenvolvidas no SUS correspondem a relações entre sujeitos sociais de diferentes saberes e de espaços distintos, que acontecem via “práticas dialógicas, estratégicas,

participativas, mediadas pela ação comunicativa entre os participantes, podendo ser mais ou menos formalizadas” (BRASIL, 2009, p. 17).

3.2.2.1 Educação em Saúde no paradigma da Saúde Coletiva (Promoção da Saúde)

O paradigma da Saúde Coletiva surge da preocupação em propor outros modos de pensar a formação e a educação em saúde. Por compor a área da saúde, propõe uma visão ampliada do campo, contribuindo para a adoção de novos saberes e práticas que não se restringem ao conhecimento científico e técnico, mas que valoriza a percepção e o exercício do empoderamento que impulsiona na construção de projetos de vida, liberdade e felicidade (CARVALHO; CECCIM, 2009).

A Saúde Coletiva é um campo multifacetado, interdisciplinar, extenso e diversificado que reflete sobre o conceito ampliado de saúde em suas inúmeras interfaces, além de estabelecer uma crítica ao universalismo naturalista do saber médico, marcada pelo rompimento com a concepção de saúde pública existente, assumindo o compromisso de negar o monopólio do discurso biológico (NUNES, 2009).

A educação em saúde proposta pela Saúde Coletiva caminha na perspectiva de construção de:

modos de conviver, no estabelecimento de relações diferenciadas com os poderes instituídos, na construção da participação e da ocupação ativa dos lugares de invenção e na valorização dos processos coletivos de mudança aliados a preservação das memórias podem nos ajudar com os aprendizados e desafios da Saúde Coletiva pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde (CARVALHO; CECCIM, 2009, p. 167).

Essa compreensão da importância de uma educação em saúde faz dela um dos principais dispositivos para viabilizar a promoção da saúde na atenção primária à saúde. Corrobora para o “reconhecimento de que a saúde tem um caráter multidimensional e de que o usuário é um sujeito da educação em busca de autonomia são condições essenciais à prática neste âmbito da atenção” (CARNEIRO *et al.*, 2012, p. 115).

A potencialidade da educação em saúde para a Atenção Básica tem crescido no que tange a criação de ampliação do acesso as práticas de saúde com equidade em todos os territórios. A criação da ESF foi um dos passos dados pelo MS visando ampliar a integralidade da saúde da população, estabelecendo novas tecnologias de serviços em saúde ofertados nos lares por uma equipe de profissionais da saúde. O trabalho multiprofissional da

ESF, somada com o NASF e com o PAS, promovem uma ampliação significativa de intercâmbios de saberes diretamente na porta de entrada do SUS.

A atenção à saúde da população se fortifica com esses programas e oferece a possibilidade de reorganização da Atenção Básica, visando uma aproximação dos conhecimentos cientificamente construídos nas universidades com os saberes populares que foram ensinados por tantas as gerações anteriores. A riqueza de conhecimentos que está posta, pode ser multiplicada com as propostas de intersetorialidade, amplamente difundidas nas políticas públicas de saúde, principalmente as que envolvem a Promoção da Saúde.

As propostas de reorganização da Atenção Básica colocam em cheque as práticas de saúde voltadas para o atendimento individualizado e/ou melhor, individualista. A ideia é que para o cuidado ser integral, precisa-se de um maior número de olhares e saberes, inclusive do usuário. Quando se pensa somente na doença ou nos determinantes sociais da saúde, não é possível avançar na perspectiva de uma atividade intersetorial efetiva, pois se limita nos aspectos específicos da área da saúde.

A Promoção da Saúde tem sido uma política fundamental nesse processo de ampliação das condições de saúde para vida e vice-versa. Ao direcionar ações de intervenções nas condições de vida da população, propõe a superação da visão clínico-assistencialista dos serviços de saúde, no sentido de preconizar ações intersetoriais, que visa uma responsabilização conjunta dos sujeitos envolvidos no processo saúde-doença-cuidado, com estratégias e ações do: “Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais” (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012, p. 992).

Esses autores compreendem que a Promoção da Saúde representa um movimento ideológico de transformação, ao afirmar que o

movimento da promoção da saúde vislumbra mais que a produção de novos conhecimentos e mudanças na estrutura da atenção à saúde. Enquanto movimento ideológico, a promoção da saúde construiu diversas críticas às práticas hegemônicas de saúde e propõe uma mudança baseada na transformação da atenção à saúde, com projeções para a organização social em que se vive (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012, p. 992).

Quando se pensa nesse modelo de Promoção da Saúde deve-se extrapolar o pensamento de um estilo individual de vida saudável, caminhando na perspectiva de um bem-estar de toda a sociedade. Essa concepção ampliada de saúde esbarra na errônea

caracterização da promoção como prevenção, dificultando as ações de Promoção da Saúde por parte da maioria dos agentes em saúde no Brasil, que trabalham a educação em saúde tradicional.

A educação em saúde do paradigma da Saúde Coletiva está vinculado ao modelo de Promoção da Saúde defendido pelo SUS, tendo como estratégia estimular nos grupos locais e as coletividades a criarem mecanismos de ampliação do empoderamento e autonomia dos sujeitos em relação às políticas de saúde. Isso implica em luta por melhores condições de vida e trabalho, e, maior capacidade de enfrentamento de problemas seja individual ou coletivo (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Nessa perspectiva, a educação em saúde constitui-se com base no pensamento crítico sobre a realidade e coloca à disposição dos homens “recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais” (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2009, sn).

Esses autores reforçam que a educação em saúde exerce uma influência fundamental na formulação e reformulação de políticas públicas que visam impedir a reprodução dos erros do higienismo e da educação sanitária que marcadamente foram influenciados pelo modelo biomédico. Para evitar tal situação, é essencial não incorporar em sua práxis a categoria de risco e a ênfase na mudança de comportamento, que corroboraram para a disseminação da culpabilização do indivíduo pelo seu adoecimento, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde/doença.

O modelo da Promoção da Saúde tem na educação em saúde seu referencial para consolidar o sentido positivo da saúde e da vida, a partir de quatro estágios: “a) fomentar a reflexão sobre os aspectos da realidade pessoal; b) estimular a busca e identificação coletiva das causas dessa realidade; c) exame das implicações dessa realidade e d) desenvolvimento de um plano de ação para alterá-la” (OLIVEIRA, 2005, p. 428).

O trabalho em grupo preconizado pela educação em saúde corrobora para a abertura e interação de troca de saberes, facilitando o aumento da consciência crítica e coletiva das condições de vida e aumentando as possibilidades de promover mudanças nas determinações da saúde e da vida, não se limitando na mudança de comportamento como enfatizado pelo modelo biomédico, ou seja, vai além da transformação pessoal, para atingir a mudança social.

Oliveira (2005) destaca que a intenção da educação em saúde é de estimular o envolvimento dos indivíduos sobre suas próprias decisões quanto à saúde e quanto aos grupos

sociais locais que pertencem, tendo condições de articular formas de intervir no ambiente para que este seja saudável.

O ambiente deve ser levado em consideração, pois representa certa imposição de limites nas escolhas individuais de cada indivíduo. Existem sempre normas e valores pré-determinados, que gera imposições sobre as escolhas, que na maioria dos casos são facilitadoras para escolhas não saudáveis. Por isso, a importância da criação de políticas públicas que exerçam influências positivas para uma vida saudável, que produzam transformações estruturais na sociedade, não se limitando a escolhas comportamentais.

A maioria dos profissionais e gestores da saúde que trabalha com a educação em saúde tem desenvolvido práticas educativas tradicionais, focadas somente no comportamento, conseqüentemente tem apresentado mudanças de autonomia e empoderamento individualizados e pontuais, insuficientes para produzir efeitos na coletividade. Observa-se, as normativas propostas pela Promoção da Saúde, mas não estabelecem uma relação de educação capaz de eliminar o desequilíbrio entre o saber científico e o saber popular.

A relação profissional-usuário deve produzir espaços que: favoreça o exercício constante de processos decisórios ancorados na subjetividade; crie grupos capazes de participarem efetivamente das decisões e escolhas políticas voltadas para a saúde da população; promova práticas democráticas que viabilizem o exercício da cidadania; e, estimule à criação de espaços para que a população possa se organizar politicamente e intervir com poder de deliberar sobre ações e serviços de saúde (CARNEIRO, *et al.*, 2012).

A compreensão da dinâmica socialmente estruturada pela população, ao criar suas estratégias autônomas de produção de vida, pode contribuir para o entendimento da realidade vivenciada pelas classes populares (GOMES; MERHY, 2011). As pessoas precisam de: se sentir acolhidas e cuidadas; de sentir-se pertencentes de uma coletividade, em que existam redes de solidariedade, que contribuam para resoluções de problemas de saúde, afetivos e financeiros; pertencer a grupos locais que trabalhe as relações de valores, que fortaleçam os saberes para ascenderem ao controle social; e, principalmente da valorização dos seus saberes e valores, para que se sinta a vontade e possa dar sentido a sua vida.

Pedrosa (2001) reforça a necessidade de reconhecer os saberes do usuário, para que sua participação no processo de produção de ações em saúde transforme-se em momentos primordiais para a discussão e reorganização de novas práticas, capazes de viabilizar a “institucionalização de novas modalidades de gestão e gerenciamento participativos” (p. 138). A participação social na gestão é importantíssima para reverter um problema frequente na

gestão, que tem sido a desvalorização das políticas e programas de Promoção da Saúde criados no âmbito do SUS (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

A área médica, ainda predominante nos cargos de gestão, contribuem para a desigualdade entre os trabalhadores da saúde e para dificuldades no processo de sustentabilidade do SUS, ao estabelecer resistência na implementação de políticas e programas de Promoção da Saúde nos municípios, tendo como consequência a maior dificuldade na criação de ações de empoderamento da população e impedindo a participação social efetiva no processo de decisão no SUS.

O PAS é um dos programas implementados pelo MS que possui aspectos consideravelmente marcantes para influenciar positivamente no processo de transformação defendido pela educação em saúde no paradigma da Saúde Coletiva. Por ser: um programa de estratégias e ações voltadas para a promoção; apresentar na estrutura de gestão a exigência da participação social no GAG; e, um dos instrumentos da Atenção Básica responsável pela porta de entrada do SUS, constituído como um elemento importante na luta contra as desigualdades sociais da saúde e da vida.

3.2.2.2 Educação em Saúde no PAS

Toda ação é provida de uma ação educativa, e o que diferencia são as razões, as formas e os resultados que elas apresentam. Até o momento foram pontuados algumas contradições que ditam as relações epistemológicas existentes nas ações educativas presentes na área da saúde. Uma das coisas que se deve pensar na educação em saúde é que antes de ser gestor ou profissional de saúde ou qualquer outra função pública ou privada, todos são usuários do SUS.

Que o saber está em constante transformação, isso já é observado. O aspecto negativo é que os saberes estão sendo trabalhados separadamente, devido a era das especializações. O processo de especialização tem ganhado status de poder individualizado, no entanto, deveria estar servindo como um poder para a coletividade, uma arma contra as desigualdades sociais da vida.

Essa breve ponderação se deve a compreensão de que a educação em saúde, antes mesmo de pensar nas questões da saúde, é importante pensar nas questões da vida em geral. O ato educativo ao qual se destaca nesse trabalho, está pautado na compreensão de que todo e qualquer conhecimento deve estar direcionado para a melhoria das condições de vida, de toda a população e das coletividades.

Para que a educação em saúde possa seguir esses preceitos é fundamental observar os princípios que regem o SUS. Quando existe no sistema a prioridade de trabalhar com integralidade, é por que, todas as pessoas têm o direito ao acesso a serviços de saúde, seja qual for a sua queixa, e todos que são trabalhadores da saúde devem buscar conhecer o sistema, para que efetivamente as pessoas, ao utilizarem os serviços disponibilizados, possam recebê-los com agilidade, eficiência, amorosidade, solidariedade, respeito, dentre tantas outras qualidades que representam o fazer com equidade em saúde.

Por ser um sistema único e universal, quando é adotada no SUS a educação em saúde tem prioritariamente de estar voltada para esse princípio irrevogável de sua criação e constituição. O pensamento de quem trabalha com educação em saúde deve estar centrado no objetivo de alcançar a todas as pessoas de forma igualitária, caminhando no sentido de diminuir as desigualdades sociais, as iniquidades em saúde e/ou as determinações sociais da saúde e da vida.

A busca por estratégias que favoreçam a observância desses princípios do SUS são constantes, vale ressaltar as RAS, que tem como principal objetivo promover a descentralização das decisões, com isso diminuir a fragmentação hegemônica, para além de assegurar o cuidado integral do usuário, favorecendo sua participação e controle social (CARVALHO; JAIME, 2015).

O MS ao criar a PNPS faz com que a Promoção da Saúde esteja em toda a rede de atenção à saúde. O PAS por ser um equipamento da Atenção Básica se constitui em um dos elementos primordiais no fortalecimento e qualificação da Promoção da Saúde da população. Todos os eixos do PAS são prioritários e inseparáveis para que se efetive os objetivos da Promoção da Saúde no SUS, mas é importante destacar o quão a educação em saúde pode fazer diferença nesse processo.

O PAS pode chegar a todos os municípios brasileiros, sendo que no início do cadastramento de propostas chegaram a 3.839 polos. É necessário verificar quais as reais limitações dos municípios em relação a manutenção do programa, pois em todo o processo de cadastramento, aprovação, construção, conclusão das obras e funcionamento, tem-se com o monitoramento do FormSUS somente 1.126 polos em funcionamento (BRASIL, 2017b). Se tantas propostas foram aprovadas, percebe-se um passo importante do governo federal para efetivação do programa, garantindo a expansão da Promoção da Saúde no país.

O programa tem em sua organização instrumentos facilitadores de implementação de ações intervencionistas fundamentais no processo de mobilização e participação popular. Os profissionais podem trabalhar diretamente com os usuários, próximos a sua realidade,

conhecendo o seu território e suas dificuldades de acesso. A aproximação das equipes da Atenção Básica com a participação popular nas decisões da gestão dos polos deve servir de momentos e espaços potencializadores de educação em saúde.

Os momentos de encontros favorecem a prática educativa e “podem mudar efetivamente a forma e os resultados do trabalho em saúde, transformando pacientes em cidadãos, copartícipes do processo de construção da saúde” (PINAFO; NUNES; GONZÁLEZ, 2012, p. 1826).

A proposta do PAS é trabalhar todos os eixos de atividades, principalmente tentando articular todos em todas as atividades (CARVALHO; JAIME, 2015), o que estabelecerá práticas em saúde que supera o caráter puramente informativo, ampliando as estratégias de Promoção da Saúde e ampliando a participação popular em todas as etapas das atividades. Para que essa proposta possa se materializar, deve partir da organização e planejamento do GAG, sendo que a voz da população não somente seja ouvida, mas represente a coletividade no território.

Um exemplo a ser utilizado, pode ser da meditação como prática corporal, que trabalha questões de promoção da saúde na: alimentação saudável, na cultura de paz sobre a violência no trânsito, no uso de álcool e drogas; no reconhecimento do seu corpo nas diversas artes e na diversidade cultural; nas diversas atividades corporais; no vínculo com os outros, favorecendo a mobilização social; entre outras respostas otimizadas pela condição de uma prática educativa que envolve não somente a parte biológica, mas todos os elementos constituintes do ser humano e sociedade.

No PAS e no NASF tem-se fomentado o desenvolvimento de atividades em grupo, que fortalece a aproximação do profissional com os usuários, amplia as possibilidades de discussão sobre educação em saúde, estabelece um elo com os profissionais da Atenção Básica e da RAS, facilitando o apoio matricial multidisciplinar e a continuidade do cuidado, além de ampliar o conhecimento da situação de saúde do território. Sabe-se, que isso não é suficiente, pois tem imperado o modelo hegemônico de educação nessas ações. A tentativa do paradigma da Saúde Coletiva tem sido de formar profissionais que possam modificar e ampliar suas práticas educativas em saúde, pautados na compreensão das diversas interfaces da concepção ampliada de saúde (NUNES, 2009; CARVALHO; CECCIM, 2009).

A concepção de educação hegemônica nos serviços de saúde serve como um entrave na melhoria da atenção à saúde da população. Sua adoção pelos profissionais caracteriza um certo comodismo, na percepção de incapacidade de assimilação dos usuários em relação a sua saúde. O resultado disso impera em práticas educativas como identificadas por Pereira e

Servo (2006), Pinafo (2010) e Pinafo, Nunes e González (2012), ao pesquisarem sobre educação em saúde, verificaram que o processo educativo realizado nas unidades de saúde, era vertical e autoritário, influenciado pela educação tradicional e/ou sanitária.

Essa educação em saúde tem como foco específico as patologias presentes ou que poderão estar presentes na vida dos usuários, desconsidera o indivíduo como sujeito do seu processo saúde-doença-cuidado, tendo na prevenção e tratamento de doenças e recuperação da saúde, maior importância do que a Promoção da Saúde (PINAFO, 2010; MELO; SANTOS; TREZZA, 2005).

GRAMSCI (2000) caracteriza esse tipo de educação como parte do processo de construção hegemônica em relação a cultura, com destaque para as ações dos intelectuais e dos aparelhos de hegemonia, em que os intelectuais atuam na formação da cultura dominante utilizando-se desses aparelhos hegemônicos como instrumentos de formação. O ato de informar verticalmente, impõe o que é certo e o que deve ser seguido, reforçando o que o modelo hegemônico estabelece.

A cultura se manifesta nas relações hegemônicas e contra-hegemônicas. As pessoas recebem e transmitem conhecimento socialmente construídos o tempo todo, mas a passividade tem representado uma constante no processo educativo, em que um transmite e o outro recebe, por isso se faz necessário ações de transformação e não somente de manutenção.

Na análise de Gramsci (1982) não existe o não-intelectual, pois

todo homem, fora de sua profissão, desenvolve uma atividade intelectual qualquer, ou seja, é um ‘filósofo’, um artista, um homem de gosto, participa de uma concepção do mundo, possui uma linha consciente de conduta moral, contribui assim para manter ou para modificar uma concepção do mundo, isto é, para promover novas maneiras de pensar (p. 6-7).

Gramsci (1982) aprofunda na condição inseparável da relação dialética entre intelectual e mundo circunstante, em que os intelectuais orgânicos (sujeito coletivo) representam os interesses das classes subalternas, tendo como função central as lutas pela formação contra-hegemônica, contrária aos interesses do capital e dos seus intelectuais tradicionais.

A educação se materializa nessa formação, pelo trabalho efetivo, pela ação e consciência positiva do homem, constituindo-se o momento de emancipação humana e social, ou seja, a práxis. Essa corresponde a concepção de educação ampliada, pois tanto a formação quanto a ação dos intelectuais orgânicos das classes subalternas servem para a “construção de

uma sociedade regulada pelos interesses e necessidades do trabalho” (DURIGUETTO, 2014, p. 267).

Essa autora reforça que para Gramsci, uma das funções dos intelectuais orgânicos da classe trabalhadora é a de

atuar nos processos de formação de uma consciência crítica e de construção de uma concepção de mundo unitária e coerente dos “simples”. Ou seja, que se estabeleça uma relação “orgânica” entre eles, condição essa necessária para a superação da natureza acrítica do senso comum e pela potencialização da capacidade intelectual e da eficácia da atividade política dos “simples”. É do contato e das observações das visões de mundo, das experiências, das ações e comportamentos dos “simples”, que os intelectuais devem se alimentar para suas formulações teóricas e ações prático-políticas (DURIGUETTO, 2014, p. 275).

O pensamento de Gramsci (2000) é de que a relação entre intelectuais e os simples/classe trabalhadora não se resume a uma limitação de conhecimento científico e/ou de manutenção do nível intelectual inferior das massas, mas que dessa relação seja criado um bloco intelectual moral e politicamente capaz de alcançar um progresso intelectual das massas, não se limitando a pequenos grupos de intelectuais.

Quando as ações educativas se limitam a pequenos grupos, gera a compreensão de que o melhor dos saberes é o da educação formal, tido como erudito/científico, que acaba sendo impositivo. A educação ultrapassa as formalidades da escola (ciência), para se apresentar em todas as situações e espaços de trocas de experiência, por mais que não seja percebida, ela acontece, inclusive nos espaços destinados aos cuidados em saúde.

A intenção de todo pensamento hegemônico é de manter-se dominante, portanto quanto mais a cultura for influenciável a seu favor, maior será sua sustentabilidade. Na educação em saúde o pensamento biomédico tem-se mantido dominante, pois suas formas de dominação estão diretamente ligadas ao modelo de dominação da econômica, política, social e cultural. Por isso, novos elementos vão surgindo ou os que são passíveis de ser transformados, vão sendo aperfeiçoados como elementos contra-hegemônicos, para que as culturas possam ser criadas ou melhoradas, no intuito de buscar condições melhores de saúde e de vida.

É possível verificar esse processo na implementação do PSF/ESF, da PNPS, do NASF e consequentemente na criação do PAS. A estrutura inicial desses programas e dessa política que foram sendo reformuladas, representando uma disputa de forças e interesses entre o

paradigma biomédico e o paradigma da Saúde Coletiva, em que seus representantes buscam à todo momento, que a balança penda para seu lado.

As propostas geradas com a criação desses programas é fazer com que a Atenção Básica possa ter uma maior aproximação com os usuários, e os profissionais de saúde possam ter o maior contato possível com a comunidade, para melhor compreender realidade local e estabelecer trocas e construção de novos saberes.

No que se refere ao PAS, as dificuldades encontradas nas pesquisas, demonstram que grande parte dos profissionais que atuam no Programa em Pernambuco, relataram não ter cursado disciplinas de Saúde Coletiva ou saúde pública (88,9%), enquanto que 83,3% não realizaram estágio nessas áreas do conhecimento (GUARDA, *et al.*, 2015). A grande preocupação quanto a formação, é do não conhecimento da concepção ampliada em saúde que deve direcionar as ações no SUS, dificultando a implementação de ações voltadas principalmente para Atenção Básica, pela deficiência principalmente de disciplinas que trabalhem com a visão de Promoção da Saúde na Atenção Primária à Saúde.

A educação continuada ou permanente nem sempre direcionará o profissional para atuar na perspectiva da Promoção da Saúde, como preconizada pelo SUS na Atenção Básica. Guarda, *et al.* (2015) relatam que os profissionais que participaram de seu estudo, possuíam especialização predominante na visão biomédica, com destaque para Fisiologia do Exercício ou Atividades Físicas Adaptadas (62,5%).

O profissional que não compreende o contexto da criação do SUS, não consegue estabelecer um diálogo que garanta a participação popular. Ele não reconhece seu papel de mediador, apresenta dificuldades em interpretar a fala e o fazer das classes populares, não contribuindo com o sistema e prejudica todo funcionamento por ser ele um elo frágil de contato com a população (VALLA, 1998).

Nesse contexto, o profissional de saúde acaba se tornando um transmissor de

normas, prescrições, informações aos indivíduos de modo semelhante a uma aula expositiva com que conviveram durante sua formação escolar. Nesse processo, cabe aos sujeitos acatar as orientações e, de repente, mudar seu comportamento em função do que lhes foi *ensinado*, como se isso fosse algo independente de outras variáveis (STHAL, 2016, p. 107).

Um exemplo se dá na pesquisa de Guarda (2014), ao demonstrar que existe uma condição ainda distante da profissão de Educação Física³⁴ para com a proposta do SUS,

³⁴ A profissão Educação Física não é objeto analisado no trabalho, mas possui um lócus privilegiado em relação a atuação profissional no PAS. No resultado do monitoramento de 2016, é destaque por estar presente em 90,5%

principalmente na proposta do PAS de trabalhar com ações de Promoção da Saúde. As ações são desenvolvidas de forma independente, sem uma interação intrasetorial e muito menos intersetorial. A visão perpassada é de predominância da aptidão física³⁵, sem nenhum direcionamento das atividades físicas para uma educação em saúde que se aproxime do paradigma da Saúde Coletiva.

No estudo de Mendonça de Deus *et al.* (2015), foi verificado resultados positivos da relação intrasetorial no PAS, entre ações nutricionais e de Atividade Física. O estudo teve como objetivo verificar a adesão as atividades e a diminuição de medidas corporais, caracterizando melhorias na qualidade de vida, principalmente pelo fato da potencialização na adoção de modos saudáveis de vida. O que fica vago é o quanto esses fatores constituem a mudança em relação a autonomia e empoderamento sobre a suas condições de saúde.

A participação popular efetiva dependerá do processo de emancipação dos sujeitos, que deve possuir capacidade crítica e protagonismo na mobilização e luta pelos interesses de classe. É necessário passar pelo processo de saber compartilhado, construído coletivamente, para constituir sua autonomia e empoderamento, e garantir a superação e libertação das formas opressoras, exploradoras, discriminatórias e de violência presentes na sociedade capitalista (STHAL, 2016).

O MS tem alcançado desde o PAC uma maior adesão da população as atividades propostas, o que não significa que a participação social tenha aumentado, mas serve de oportunidade para o processo de ampliação de políticas e programas de combate as DCNT. O acesso a espaços saudáveis facilita e aumenta o potencial de ações de Promoção da Saúde e também para desenvolvimento de pesquisas. No entanto, isso não tem se apresentado de forma evidente nas publicações sobre o PAC e o PAS.

Os documentos e portarias analisadas evidenciam uma dinâmica de progressão entre as atividades que vinham sendo aplicadas no PAC e que se ampliaram no PAS. As publicações giram em torno da Atividade Física, dos aspectos nutricionais e de mapeamento das atividades do programa ou das profissões que atuam no programa. Os monitoramentos demonstram uma maior variedade de atividades, mas que ainda não representam em nível de publicações atividades com concretização de propostas em Promoção da Saúde.

dos polos, com 1.742 profissionais. A segunda classe de profissionais são os Fisioterapeutas com 946 (BRASIL, 2017b).

³⁵ A visão da aptidão física se relaciona com o paradigma biomédico, pois está condicionada a condições puramente biológicas, como identificada em seus significados: aptidão - qualidade do que é apto; capacidade, habilidade, disposição; conjunto de requisitos necessários para exercer algo; capacidade natural ou adquirida; física - que é corpóreo, material, relativo às leis da natureza. A combinação das duas palavras - aptidão física, no sentido etimológico das mesmas, leva ao conceito ou a uma associação de idéias no tocante à capacidade, habilidade, disposição material que conduz e indica que o indivíduo está apto corporalmente (BÖHME, 2003).

Na revisão integrativa foram encontrados 18 publicações, dos quais dois editoriais retrataram uma visão otimista do programa, mostrando como esse se estrutura, articula na APS e seus potenciais. Duas produções (uma dissertação, um artigo), retrataram sobre a Promoção da Saúde. Um artigo analisa o eixo das Práticas Corporais e Atividades Físicas como meio de implementação da PNPS. Um artigo retrata sobre o monitoramento do PAS, um artigo sobre a caracterização da equipe multiprofissional do PAS, e por fim, um artigo está diretamente relacionado as DCNT. As dez produções restantes (duas teses, cinco artigos, três dissertações), apresentam um achado relevante, pois retrata principalmente sobre o eixo da Promoção da Alimentação Saudável (um artigo retrata sobre atividade física e alimentação saudável) todas elas foram desenvolvidas em polos do PAS de Belo Horizonte (OLIVEIRA, 2017).

Em relação a alimentação e nutrição os artigos publicados trazem uma proposta inovadora de reconhecimento do território, onde o programa desenvolve suas atividades. Parte de orientações quanto ao consumo de frutas e hortaliças da população, buscando resultados de ações que visam o empoderamento das pessoas quanto ao que e como consumir observando a qualidade “higiene, estado de conservação, ambiente”, os custos, os nutrientes e variedade dos alimentos.

Ainda sobre as pesquisas de alimentação e nutrição, realizam o mapeamento do território identificando os espaços e a forma de divulgação dos alimentos. Demonstra resultados significativos quanto a dificuldade do acesso e qualidade dos alimentos, e consequentemente a má distribuição desses alimentos nos diferentes tipos de comércio nos territórios que contém o PAS.

Os artigos pactuam com a estratégia de Promoção da Saúde no eixo de alimentação e nutrição do PAS, apresenta dados importantes sobre a situação do território, mas não avança na abordagem metodológica de educação em saúde, não consegue se apropriar de uma epidemiologia crítica, nem realizar avaliações que demonstram um avanço no empoderamento como objetivado nas pesquisas. Apresenta limitação ao não apresentar propostas intra e intersetorial do programa, e, quando relacionada ao eixo práticas corporais e atividade física não apresentam nenhuma correlação de planejamento intrassetorial, além de não apresentar participação social no planejamento, execução, avaliação e divulgação dos dados. Não trouxeram dados referentes a saberes populares sobre alimentação e/ou conhecimento do território a respeito da disposição e localização de hortas, frutarias, verdurões, etc. Além disso, não se tem pesquisas demonstrando as condições reais da população, incluindo: ambiente; moradia; acesso aos espaços públicos saudáveis; presença de horta comunitária;

presença de movimentos sociais organizados; acesso a lazer, cultura, esporte, educação entre outros dados significativos que representa a efetividade das ações de Promoção da Saúde desenvolvidas pelo PAS.

Dentre as publicações é perceptível que mesmo a Atividade Física e as Práticas Corporais serem destaque no lançamento do PAS em 2011, e um dos eixos norteadores do programa (MALTA *et al.*, 2014), por estar presente em 95% dos polos (BRASIL, 2014b) e 98,6% dos polos (BRASIL, 2017b), certifica-se que nas poucas publicações referente ao programa, não destaca um número significativo da presença desse eixo, muito menos que, relacione as práticas corporais e as atividades físicas, em consonância às diretrizes e propostas de Promoção da Saúde.

Um dos exemplos é o trabalho de Fraga *et al.* (2013) que ao enfatizar que as ações do PAS na Atenção Básica tem como destaque no eixo práticas corporais e atividade física o “ponto de atenção e prestação de cuidados às pessoas com sobrepeso e obesidade, visando à prevenção e ao tratamento, constituindo o polo desse Programa como ponto de contato na linha de cuidado para pessoas com DCNT” (p. 67); no entanto, a pesquisa não faz aproximação com elementos relacionados à educação em saúde.

Esses autores reforçam que é importante pensar ao implementar programas que incluem práticas corporais/atividade física, sendo que esses devem sempre estar integrados à PNPS, fundamentada no processo educativo que supere a visão de “transmissão de conhecimentos, aumento no nível de atividade física e/ou aquisição de determinantes relacionados à aptidão física, como força e flexibilidade” (MORETTI *et al.*, 2009, p. 353).

A preocupação com o sobrepeso e a obesidade, na maioria dos casos está centrada na questão única de mudanças de comportamento, disseminada na sociedade com a priorização do saber intelectual e por interesses da classe dominante, que manipula as condições de estética ideal e de corpo máquina, em que conhecimento e poder se sobrepõem aos “sentimentos, sensações, desejos, necessidades, capacidade de compartilhar a vida e suas múltiplas condições” (MORETTI *et al.*, 2009, p. 350).

As ações verificadas nas publicações e no monitoramento do Programa ainda reportam grande parte de suas intervenções na prevenção das DCNT, fator importante, mas de menor destaque nas propostas do PAS principalmente após a revisão de 2013. A não caracterização de ações educativas que repercutam em publicação, gera ainda uma dificuldade de saber até que ponto tem caminhado esse eixo tão importante para o paradigma da Saúde Coletiva, mas que as pesquisas já demonstraram ser hegemonicamente direcionadas pelo paradigma biomédico.

Os trabalhos publicados pela equipe das SAS e SVS sobre o PAS se restringe a demonstrar dados da implementação, monitoramento, tipos de atividades, faixa etária, quantidade de polos, entre outros pontos, que refletem a situação objetiva e quantitativa de todo o processo de distribuição dos polos, mas sem tratar da expectativa da equipe em relação ao que se espera do PAS e os resultados subjetivos e qualitativos obtidos principalmente no que concerne ao paradigma da Saúde Coletiva.

Almeja-se identificar que a Promoção da Saúde preconizada no paradigma da Saúde Coletiva tenha espaço nas ações do SUS e na Atenção Básica, mas atualmente, efetivamente não há índices destas ações, perpetuam-se elaborações teórico-científicas, mas o público está ausente/distante, consequentemente sem sua participação efetiva não há educação em saúde.

Na pesquisa de Guarda *et al.* (2015) foi demonstrado um distanciamento das ações do Programa em Pernambuco, com as atividades desenvolvidas pelas equipes da APS, o que dificulta a integralidade do cuidado, o compartilhamento das práticas e a dificuldade de desenvolver ações interdisciplinar e multidisciplinar. Para que ocorra uma educação em saúde essa integração passa a ser elemento fundamental, pois são elo de ligação entre a gestão e a população. Além de ter contato direto nesse processo, constitui uma função de aproximar os estudantes em formação das propostas do SUS e dos saberes populares em saúde.

A reestruturação da Atenção Básica, com a crescente reorientação de políticas públicas voltadas para seu fortalecimento, visa garantir que a porta de entrada consiga direcionar com eficiência as pessoas para as demais RAS e principalmente trabalhar com a proposta de impulsionar a PNPS, uma das estratégias para consolidação do SUS.

A PNPS é tida como uma estratégia de produção social de saúde, que de acordo com Moretti *et al.* (2009, p. 348) deve “estar articulada e permear políticas públicas e tecnologias a serem implantadas e pressupõe a interação entre o setor sanitário e os demais setores da sociedade, entre o indivíduo e seu meio, produzindo uma rede de corresponsabilidade pelo bem-estar global”. Portanto, a Promoção da Saúde não é somente de responsabilidade do setor da saúde, integra os diversos setores do governo municipal, estadual e federal, que devem articular políticas e ações que favoreçam o desenvolvimento de melhores condições de vida para população, ao ofertar serviços essenciais e com qualidade (MACHADO *et al.*, 2007).

Essa perspectiva intersetorial de corresponsabilidade, considerando o conceito amplo da Promoção da Saúde, deve associar-se ao “conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e campos de ação conjunta”, ao conjunto de ações de “políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço

da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde” (SALCI *et al.*, 2013, p. 225).

Esses aspectos são direcionadores para as ações educativas de criação de novos saberes, que podem levar e conduzir a uma maior abrangência de superação de modelos ou do modelo de sociedade dominante, fortalecendo e consolidando a concepção ampliada de educação, consequentemente da saúde.

Como as publicações são poucas³⁶ sobre o Programa, não é possível enfatizar como as ações estão sendo desenvolvidas. No trabalho de Sá *et al.* (2016) sobre o monitoramento de 2015 do PAS, respondido via formulário “FormSUS”, as atividades realizadas nos polos por municípios: 825 - práticas corporais/atividade física; 779 - promoção da alimentação saudável; 488 - práticas integrativas e complementares; 248 - práticas artísticas; 805 - educação em saúde; 753 - mobilização da comunidade.

No FormSUS de 2016, os resultados foram: 1.352 - práticas corporais/atividade física; 1.222 - promoção de alimentação saudável; 133 - práticas integrativas e complementares; 322 - práticas artísticas e culturais; 1.086 - educação em saúde. É possível observar uma crescente em praticamente todos os eixos pesquisados. Sobre a educação em saúde, principal eixo característico na transformação de paradigmas proposto, percebe-se uma crescente numérica destacada.

No resultado do monitoramento é destacado que

A educação em saúde representa um conjunto de práticas pedagógicas úteis para sensibilizar, conscientizar e mobilizar pessoas e comunidades a respeito de questões que interferem em sua própria qualidade de vida e saúde. Nesse sentido, é fundamental destacar que as ações de educação em saúde na perspectiva da promoção da saúde devem ser orientadas ao empoderamento dos usuários, com a valorização de seus conhecimentos e práticas, com vistas à produção de autonomia (BRASIL, 2017, p. 57).

Ao verificar todas as políticas e programas elaborados e financiados pelo MS é possível notar que o aspecto primordial para a concretização e consolidação dos objetivos do SUS, passa pela forma como a educação será desenvolvida. A proposta de educação em saúde aqui defendida é a mesma defendida por Brandão quanto à educação.

³⁶ As 18 publicações da BVS são: Editoriais (HALLAL, 2011; GUEDES, 2011); Teses (COSTA, 2015; FIGUEIRA, 2015); Dissertação (LOPES, 2015; FREITAS, 2015; ARAÚJO, 2016; RUAS, 2016); Artigos (MALTA *et al.*, 2014b; LOPES *et al.*, 2014; FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2014; COSTA; OLIVEIRA; LOPES, 2015; MENDONÇA DE DEUS, *et al.*, 2015; LEMOS, *et al.*, 2015; GUARDA, *et al.*, 2015; FIGUEIRA; LOPES; MODENA, 2016; MALTA, *et al.*, 2016; SÁ *et al.*, 2016;).

O aprender é um ato coletivo, portanto cada indivíduo aprende uns com os outros. Por isso, é importante compreender que o processo educativo acontece como um processo dialético, em que tanto o ensinar quanto o aprender fazem parte de um único trabalho formativo (SILVA; SOUZA, 2014).

Para Brandão (2003) a educação cria conectividades, estabelece momentos para trocas e partilhas de saberes, elementos essenciais para se produzir novos conhecimentos. A aprendizagem ocorre de forma coletiva, perpassando pelo crescimento da capacidade de analisar criticamente à realidade e ampliar as estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais da saúde e da vida.

Por ser um acontecimento que se recria constantemente todos os dias, a educação deve estar pautada em duas questões básicas: “a de responder pela criação autônoma das ideias, experiências, iniciativas e métodos de participação de práticas educacionais; e a de responder pelo trabalho político de luta na educação” (SILVA; SOUZA, 2014, p. 527). Esses dois processos não podem ser diferentes na proposta de educação em saúde, principalmente para o desenvolvimento de princípios básicos da Promoção da Saúde: autonomia e empoderamento.

Para que a educação em qualquer que seja a circunstância, possa ter frutos de saberes coletivos, é importante partir da realidade concreta da vida cotidiana, respeitando as diferenças e seus valores (SILVA; SOUZA, 2014).

Todo esse processo de fortalecer o SUS pela Atenção Básica e tendo a Promoção da Saúde como um elemento fundamental, somente terá êxito pela ação de uma educação em saúde em obediência a um projeto de transformação em prol da superação de desigualdades. Após a implementação do SUS tem se articulado um modelo de APS que dê “conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, ocupando uma posição de confronto frente ao modelo convencional vigente” (MACHADO *et al.*, 2007, p. 337).

A expectativa é de que ocorra a criação de uma cultura do cuidado entre as pessoas, embasadas na solidariedade, na compreensão de necessidades pessoais, sociais, políticas, econômicas, culturais, e que a melhoria das desigualdades deve pautar se no conhecimento crítico da realidade, para poder influenciar positivamente nas decisões sobre onde o poder público realizará os investimentos necessários, como será esse investimento, local que receberá o investimento, as formas de distribuição de renda dos municípios, ou seja, o PAS pode ser um espaço importante no conhecimento de si mesmo, do homem, do trabalho e da sociedade.

Com esse conhecimento, seria melhor identificado o caráter multifacetado da educação em saúde, que na convergência de diversas concepções, de diferentes compreensões

do mundo, são delimitadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade. Em observância a esse processo, o conceito de educação em saúde deve sugerir o proposto pela Promoção da Saúde, que espera ao agregar essas concepções ampliar para uma participação popular que inclua o respeito ao contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer ou em processo de adoecimento, tratamento e recuperação.

A construção do conhecimento com base na práxis de educação em saúde direciona para a compreensão, de que as relações de saberes que permeiam o processo educativo em saúde, não podem deixar de envolver a população por meio de um processo participativo que permita a construção ou a materialização de posicionamentos críticos da realidade e das determinações sociais da saúde e da vida.

A educação está em toda parte e é próprio dela existir entre os opostos aqui pontuados. É imprescindível pensar como os saberes opostos podem contribuir para o desenvolvimento de práticas educativas que favoreçam o bem comum da população.

Assim como a educação, a saúde deve ser pensada no seu sentido ampliado. Apesar das ações serem em relação a partes do todo, não se pode limitar as condições de precarização da educação e da saúde na população, é importante verificar como as partes influenciam o todo e o todo às partes. Ao desvincular o ser social do ser biológico e defender que somente o conhecimento de um deles é capaz de explicar a realidade, reforçam o erro de reproduzir modelos hegemônicos, que visam a manutenção de poder.

Na perspectiva dos opostos fica evidente a importância de se adotar o conceito ampliado de educação, para que os opostos possam estar ou serem desvelados com naturalidade durante o ensinar e aprender, para que os saberes possam ser criados, recriados, atualizados e prontos para um novo encontro de velhos e novos saberes. Para isso, se estabelece o diálogo, que depende do quanto “cada um coloca aquilo que sabe a disposição dos demais, que fazem o mesmo, de forma respeitosa, buscando o compartilhamento de saberes” (STHAL, 2016, p. 106).

Enquanto o paradigma biomédico estabelece e deixa transparecer a ideia de que o profissional é quem educa e o paciente é quem está sendo educado, representando uma imposição de informações e hábitos saudáveis a serem seguidos, demonstrando o quanto “a hegemonia do saber profissional, tão arraigada na cultura brasileira, cerceia a liberdade e autonomia dos sujeitos e limita o diálogo” (STHALL, 2016, p. 106). O paradigma da Saúde Coletiva considera que os indivíduos constroem conhecimentos constantemente, o espaço do diálogo representa o encontro desses conhecimentos que foram sendo construído histórica e culturalmente, encontro esse marcado pela subjetividade.

O PAS possui potencial para ser um espaço privilegiado de educação em saúde. Essa conquista e reconhecimento podem não estar visíveis ou aparente, mas demonstra um avanço sobre o paradigma biomédico. As lutas estão sendo travadas na formação em saúde, desde a graduação até a educação permanente dos profissionais, bem como na prática das ações nos polos e dos outros setores.

Considerações Finais

O PAS é um objeto de pesquisa que contempla uma variedade de temas a serem analisados, que estão abertos a investigação devido ao limitado número de publicações. Nesse sentido, buscou-se por meio dessa pesquisa analisar como o PAS constitui-se como elemento de Promoção e educação em Saúde no SUS.

O objetivo foi alcançado pela busca minuciosa nos documentos do SUS e nas bases de dados pesquisadas, favorecendo a identificação e compreensão das concepções que nortearam a criação, implantação e implementação do PAS. O método de pesquisa foi essencial para desvelar o objeto de estudo, ultrapassar as impressões aparentes que se apresentam muitas vezes contraditórias, mas que foram importantes para elucidar os achados que estavam na essência do objeto.

A PNPS foi construída nas Conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde com participação da população e representantes de movimentos sociais que contribuíram para criação do SUS. A compreensão inicial de criação de programas pelo SUS com base nessa política infere que a Promoção da Saúde segue princípios defendidos pelo paradigma da Saúde Coletiva.

O paradigma da Saúde Coletiva tem por defesa um conceito de saúde amplo que não se limita a pensar saúde no contexto da doença, mas busca nas múltiplas determinações sociais a compreensão de responsabilidade compartilhada sobre a saúde e a vida da população. Quando se pensou na concepção ampliada de saúde, os movimentos sociais e populares identificaram uma diversidade de determinações existentes no processo saúde-doença.

O PAS assim como o SUS foi criado em meio às tensões entre o paradigma biomédico e o paradigma da Saúde Coletiva, e pelas poucas publicações não é consenso que o PAS adere ao conceito ampliado de saúde. Essas tensões entre os paradigmas e suas influências sobre a Promoção da Saúde foram dinamizadas no primeiro capítulo, buscando a defesa de que todo programa criado no sistema de saúde brasileiro deve estar alicerçado com sua compreensão de saúde, nesse caso o conceito ampliado de saúde. A defesa é de que o PAS como programa do SUS deve estar alinhado com as propostas de consolidação da PNPS na Atenção Básica, sendo forte aliado no enfrentamento das barreiras impostas pelo paradigma biomédico.

A reformulação do PAS em 2013, deu-lhe uma maior condição de transpor a tensão entre a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças, pois na criação de programas

precursores possuía uma maior preocupação com o enfrentamento de DCNT, e posteriormente a modificação é possível identificar o direcionamento maior para a Promoção da Saúde, deixando a prevenção da doença em um nível secundário de intervenção.

A característica fundamental nessa reformulação do PAS foi a presença da educação em saúde como um dos eixos prioritários. Com o deslocamento da ênfase para Promoção da Saúde cresce a função das práticas educativas em saúde, mas principalmente trás com ela um anseio de mudança. As ações de promoção correlacionadas ao paradigma da Saúde Coletiva, destaca-se como práticas educativas que visam uma reflexão constante e crítica por parte dos indivíduos e das comunidades das quais participam, para que sejam tomadas decisões críticas sobre a realidade.

Essa pesquisa deve conduzir o leitor a pensar na educação como um elemento chave nas conquistas alcançadas e por serem alcançadas. A visão de educação proposta deve estar para além da educação formal, de contexto puramente escolar e acadêmico. Assim como, deve-se pensar no conceito ampliado de saúde, se faz necessário pensar no conceito ampliado de educação. O PAS trás contribuições nessa relação, ao considerar a necessidade de trabalhar a interação de diversos setores (intra e intersetoriais) para enfrentar as múltiplas determinações sociais da saúde, incluindo trocas de saberes científicos e populares na busca de novos saberes. Para que essa proposta seja efetiva, a pesquisa encontrou que a educação do SUS é marcada pela influência do conceito ampliado de educação manifestado nas práticas de educação popular.

A educação popular em saúde tem nesse conceito amplo de educação sua forma de intervir na educação em saúde, constituindo assim um elemento importante na proposta de Promoção da Saúde firmada no paradigma da Saúde Coletiva.

O que pode-se concluir é que a educação em saúde do SUS tem suas bases teóricas alicerçadas no paradigma da Saúde Coletiva, mas o contexto histórico da educação sanitária vinculada ao paradigma biomédico alicerçado no modelo hegemônico capitalista, mantém suas influências desde a formação dos pequenos grupos de intelectuais até as práticas educativas em saúde dos profissionais que atuam no SUS, gerando a manutenção da educação tradicional nos serviços de saúde.

O PAS contempla entre seus eixos norteadores de atividades em Promoção da Saúde a educação em saúde, essa característica estabelece-o como um elemento de Promoção e educação em saúde no âmbito do SUS. O desafio, tendo em vista a criação recente do PAS, é o de efetivar e relatar as ações que materializam as ações de educação e Promoção da Saúde, para transpor as indicações teóricas que presentes nas publicações sobre o PAS.

As ações educativas do PAS devem contribuir para direcionar os olhares para Atenção Básica e fortalecer as atividades que aproximam a população do conhecimento da organização do SUS e incentivar a importância da participação popular na gestão de saúde e da gestão municipal, corroborando para a consolidação do SUS, fortalecendo a base contrahegemônica da luta de classe existente.

Um elemento constitutivo importante a ser destacado é o projeto Cidades Saudáveis, que perpassa pela construção de espaços saudáveis. O que fica evidenciado é a proposta de um espaço de participação popular que pode influenciar a criação de movimentos sociais, movimentos populares, associações, entre outras formas de atividade coletiva que contribua para o processo de construção de uma Cidade Saudável.

O aspecto positivo encontrado foi sobre os investimentos significativos na construção e custeio dos polos, percebe-se um empenho na construção e implementação do PAS em todas as regiões do país. A questão negativa está na quantidade de municípios desistentes, nos cancelamentos de propostas e na dificuldade de saber efetivamente quantas obras estão concluídas e em funcionamento. Demonstra uma carência no controle de informações, dificuldades de avaliação do Programa, principalmente na coleta e exposição dos dados dos monitoramentos e dos próprios sistemas de informações do SUS. A forma de monitoramento e transmissão dos dados sobre as atividades desenvolvidas são generalista e se baseia na publicação de dados quantitativos, o que prejudica verificar quais são e como são desenvolvidas as ações no PAS.

Essa crítica aos dados foi amplamente questionada no primeiro capítulo, em que para se ter uma efetiva compreensão do conceito ampliado de saúde na Promoção da Saúde da população, se faz necessária uma pesquisa que contemple dados Epidemiológicos Críticos, pautada nas determinações sociais da saúde e não somente dados da epidemiologia do risco, seguindo os princípios da epidemiologia tradicional positivista.

O que corrobora com essa dificuldade são as limitadas publicações realizadas até o momento. É possível reconhecer as poucas publicações pelo tempo recente de criação do PAS, mas também quando percebe-se a quantidade de atividades desenvolvidas, a diversidade de profissionais existentes e a quantidade de polos existentes no país, deixa um ponto de interrogação.

A crescente produção na área de Promoção da Saúde e as publicações que reforçam ações do paradigma biomédico são limitados em sua maioria à pesquisas positivistas de corte vertical, de simples coleta de dados e análise quantitativa. O destaque nas publicações sobre o PAS fica por conta da cidade de Belo Horizonte e de Recife, ambas que participavam do PAC

desde 2006, que representa a centralidade de publicação em dois grupos específicos. O trabalho epistemológico sobre o PAS se torna mais valioso, pela grande diversidade de elementos que podem ser investigados nos diferentes campos da ciência, sendo as principais o da saúde e da educação.

A temática sobre a educação no âmbito da saúde retrata um grande desafio no SUS e em especial no PAS. O alicerce da educação em saúde no Programa está na educação popular em saúde, como destacado no curso de extensão em Promoção da Saúde para gestores no SUS com enfoque no PAS, que afirma que as “ações têm sido incapazes de promover a autonomia dos sujeitos na busca de sua saúde. Neste sentido, o PAS, assim como os demais serviços do SUS, enfrenta o desafio de concretizar a perspectiva emancipadora de educação em saúde em sua prática cotidiana” (BRASIL, 2013c, p.101).

Essa visão de reforço das práticas educativas tendo como método a educação em saúde é parte da reorientação dos serviços de saúde, articulando o saber técnico-científico dos profissionais com o saber popular dos usuários, favorecendo a compreensão das determinações sociais do processo saúde-doença (BRASIL, 2015a).

Nesse sentido o PAS foi constituído na Atenção Básica, tendo como base a PNPS, e priorizando após sua reformulação, o eixo de educação em saúde como norteador para as demais ações de Promoção da Saúde e principalmente para promover a mobilização da população, a participar efetivamente de todo o processo decisório do Programa. Essa provavelmente marca um movimento da educação popular na saúde, visualizando nos polos, espaços privilegiados para formação de grupos populares, fortalecimento da participação de outros setores na saúde, ampliando o conhecimento da realidade local, estadual e nacional com as ações educativas envolvendo os participantes, profissionais e gestores municipais.

Referências

- ABRAHÃO, Ana Lúcia; GARCIA, André Luís da Silva. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática em enfermagem. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v.6, n.31, p. 155-162, 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84212136007>>. Acesso em 12/12/2016.
- ADRIANO, Jaime Rabelo *et al.* A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 53-62, 2000
- ALMEIDA FILHO, Neomar de. Bases históricas da Epidemiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 304 -311, jul/set, 1986.
- ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Revista Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu: SP, v.9, n.16, p. 39-52, set.2004/fev. 2005.
- AMORIM, Tales C. *et al.* Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas: RS, v.18, n.1, p. 63-74, Jan., 2013.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ari Carvalho de. (Orgs.) **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 150-171. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/xkvy4/pdf/minayo-9788575413661.pdf>>. Acesso em: 14/03/2017.
- ARAÚJO, Melissa Luciana de. **Repercussão da segurança alimentar e nutricional sobre o consumo de frutas e hortaliças**. Dissertação (Mestrado), Belo Horizonte: MG, 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A9MPZA/disserta__o_final_melissa_ara_jo.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29/11/2016.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p.1301-1311, jul, 2011.
- BACKES, Marli Terezinha Stein; *et al.* Conceitos de saúde e doenças ao longo da história. **Revista de Enfermagem – UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.111-117, jan/mar, 2009.
- BAPTISTA, Maria das Graças de Almeida. Práxis e educação em Gramsci. **Revista Filosofia e Educação**, Campinas, v.2, n.1, p. 181-203, 2010. Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/ged/rfe/article/view/953/900>. Acesso em: 23/05/2010.
- BARATA, Rita Barradas. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) **O território e o processo saúde-doença**, Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação popular**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

_____. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

_____. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2013.

BRANDÃO, Israel Rocha. Na Trilha do Município Saudável. In: SPERANDIO, Ana Maria Girotti (Org.). **O Processo de Construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**: Repensando a mobilização e a participação social, Campinas, UNICAMP -IPES, v.3, p. 19-55, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**: doutrina e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A Vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis**: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília: OPAS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Temático Promoção da Saúde IV**. Painel de indicadores do SUS nº 6. Brasília: OPAS, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2010.

Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em:
 14 de outubro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Saúde. Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde (CNEPS). **Política Nacional de Educação Popular em Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Integrativas e Complementares: plantas medicinais e fitoterapia na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de educação física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Curso de extensão em Promoção de Saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Universidade de Brasília. Brasília: UNB, 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011 – 2015: resultados e perspectivas**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico: Volume II - Infraestrutura dos polos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **Relatório Final- 8ª Conferência Nacional da Saúde (CNS), 1986**. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 17 de outubro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha Informativa do Programa Academia da Saúde - 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde**. Programa Academia da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria nº 687 de 30 de março de 2006**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2016**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde**: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_nacional_programa_academia_saude.pdf>. Acesso em: 30/06/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Academia da Saúde**: construção dos polos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_academia_saude.php?conteudo=construcao_polos>. Acesso em: 08/04/2017.

BREILH, Jaime. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2010. p. 87-125.

_____. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín: Colombia. v.31, n.1, p. 13-27, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a02.pdf>>. Acesso em: 04/04/2017.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid. WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não!. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo. v.13, n.1, p. 14-24, jan/abr., 2004.

CANGUILHEM, Georges, **O normal e o patológico**. 6. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CARNEIRO, Cotta Lobo Leite. *et al.* Educação para a promoção da saúde no contexto da atenção primária. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington: EUA. v.31, n.2, p. 115-120, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v31n2/a04v31n2>>. Acesso em: 10/01/2017.

CARVALHO, Antonio Ivo; BUSS, Paulo Marchiori. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura

de Vasconcelos; CARVALHO, Antonio Ivo; NORONHA, José Carvalho de. (Orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 141-166.

CARVALHO, Yara Maria de.; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação em saúde: aprendizado com a saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; CARVALHO, Yara Maria de.; MINAYO, Maria Cecília de Souza.; DRUMOND JUNIOR, Marcos; AKERMAN, Marco. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 137-170.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de.; JAIME, Patrícia Constante. O Programa Academia da Saúde: um estabelecimento de saúde da atenção básica. **Journal of Management and Primary Health Care**, Olinda: PE. v.6, n.1, p. 47-64, 2015.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do Sistema Único de Saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.22, n.2, p. 647-658, abr./jun., 2016.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devid. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p. 1829-1838, jun., 2016.

CASTIEL, L.D.; GUILAM, MCR; FERREIRA, MS. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CEBES. **Propostas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira para debate nacional**: Por um SUS para todos os brasileiros!. Publicado dia 05/05/2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/categoria-documento/posicionamentos-politicos-das-entidades-da-reforma-sanitaria/>. Acesso em: 14/07/2017.

COELHO, Cecília Stähelin; VERDI, Marta Inez Machado. Políticas e programas de atividade física: uma crítica à luz da promoção da saúde. **Revista Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.6, n.3, p. 96-108, 2015.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. **Revista Lua Nova**, São Paulo, n.19, p. 123-140, nov., 1989.

CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. **A Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis**: um estudo de caso no Recife - Pernambuco. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Recife: Fiocruz, 2008.

COSTA, Bruna Vieira de Lima Costa. **Alimentação e ambiente alimentar no território do Programa Academia da Saúde de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-9UYPM2/bruna_vieira_de_lima_costa.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29/11/2016.

COSTA, Bruna Vieira de Lima Costa; OLIVEIRA, Cláudia Di Lorenzo; LOPES, Aline Cristine Souza. Ambiente alimentar de frutas e hortaliças no território do Programa da Academia da Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.1, p. 159-169, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0102-311X00027114&pid=S0102-311X2015001300159&pdf_path=csp/v31s1/pt_0102-311X-csp-31-s1-0159.pdf&lang=pt>. Acesso em: 29/11/2016.

CRUZ, Danielle Alencar; ALBUQUERQUE Georgia; DAMASCENA, Wilson. **Programa Academia da Cidade do Recife**: minimizando contrastes sociais [Internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/experiencias/programa-academia-da-cidade-do-recife-minimizando-contrastes-sociais/?preview=true>>. Acesso em 13/05/2017.

CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina.; FREITAS, Carlos Machado de. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 39-53.

_____. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, Maria Godinho de Seixas; OVIEDO, Rafael Antonio Malagón. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

DOMINGUEZ, Bruno. Por dentro dos sistemas universais: Canadá o primeiro a ser constituído, Reino Unido e Espanha têm proposta semelhante à do Brasil. Saúde sem fronteiras. **Revista Radis - Comunicação e saúde - Fiocruz**, Rio de Janeiro, ed. 99, p. 11-13, nov., 2010.

DUARTE, Newton. O debate contemporâneo das teorias pedagógicas. In: MARTINS, Lígia Márcia; DUARTE, Newton (orgs). **Formação de professores**: limites contemporâneos e alternativas necessárias [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 15/06/2017.

DUARTE, Elizabeth Carmen; BARRETO, Sandhi Maria. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Editorial. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília. v.21, n.4, p. 529-532, out./dez., 2012.

DUNCAN, Bruce Bartholow. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v.46, p. 126-134, 2012.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. A questão dos intelectuais em Gramsc. **Revista Serviço Social & Sociedade** [on line], São Paulo, n.118, p. 265-293, abr./jun., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n118/a04n118.pdf>>. Acesso em: 26/06/2017.

FALKENBERG, Mirian Benites. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista de Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.847-852, 2014.

FEITOSA, Wallacy Milton do Nascimento. **Programas de promoção da atividade física**: estudo de caso acerca da implementação do Programa Academia da Cidade (PAC) em Recife entre 2002 e 2014. Tese (Doutorado em saúde pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, abr. 2015.

FELIPE, Gilvan Ferreira. **Educação em Saúde em grupo**: olhar da enfermeira e do usuário hipertenso. Dissertação de Mestrado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2011.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Promoção da Saúde em um programa brasileiro de promoção da atividade física: uma análise crítica. **Anais do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte Salvador**. Bahia, set., 2009.

_____. Atividade física na perspectiva da nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 865-872, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a18v16s1.pdf>>. Acesso em: 16/03/2017.

FERRETTI, Celso João. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? **Revista Educação e sociedade**, São Paulo, v. 23, n.8, p. 299-306, 2002.

FIGUEIRA, Tais Rocha; LOPES, Aline Cristine Souza; MODENA, Celina Maria. Avaliação do consumo de frutas e hortaliças entre famílias de usuários do Programa Academia da Saúde (PAS). **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.27, n.4, p. 518-526, out./dez., 2014. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2852/pdf_1>. Acesso em: 29/11/2016.

_____. Barreiras e fatores promotores do consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde. **Revista de Nutrição**, Campinas - SP, v. 29, n. 1, p. 85-95, jan./fev., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n1/1678-9865-rn-29-01-00085.pdf>>. Acesso em: 29/11/2016.

FIGUEIRA, Taís Rocha. **Percepções sobre o consumo de frutas e hortaliças entre usuários do Programa Academia da Saúde em Belo Horizonte – MG**. Tese (Doutorado) Belo Horizonte: MG, 2015. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/T_84.pdf>. Acesso em: 29/11/2016.

FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; RODRIGUES-NETO, João Felício; LEITE, Maísa Tavares Souza. Modelos aplicados às atividade de Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.1, p. 117-121, jan/fev., 2010.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 7 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

FRAGA, Alex Branco; *et al.* **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Fundação Universidade de Brasília, CEAD, 2013.

FREITAS, Patrícia Pinheiro de. **Impacto de intervenção nutricional, pautada no modelo transteórico para controle de peso, na atenção primária: ensaio clínico controlado randomizado**. Dissertação (Mestrado), Belo Horizonte: MG, 2015. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-9VEHDR/disserta__o_mar_2015.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29/11/2016.

GERMER, Claus Magno. A relação abstrato/concreto no método da economia política. In: CORAZZA, Gentil. **Métodos da Ciência econômica**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003. p. 61-92.

GOHN, Maria da Glória. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio: avaliação das políticas públicas de Educação**, Rio de Janeiro, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006.

_____. Movimentos sociais na contemporaneidade. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v.16, n.47, p. 333-361, mai./ago., 2011.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias. Compreendendo a Educação Popular em Saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.7-18, jan, 2011.

GOMES, Bruno Silva de Moraes; BASTOS, Suzana Quinet de Andrade; FERES, Flávia Lúcia Chein. Espaços urbanos saudáveis e os determinantes e os determinantes sociais da saúde (DSS). **ABRES – Associação Brasileira de Economia da Saúde**. *Anais*, p. 1-20, 2016. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/encontroeconomiaaplicada/files/2014/05/ESPA%C3%87OS-URBANOS-SAUD%C3%81VEIS-E-OS-DETERMINANTES.pdf>>. Acesso em 20/02/2017.

GONZÁLEZ, Jorge Luis Cammarano. **A dimensão pedagógica do marxismo na obra de Mário Manacorda**. Tese (Doutorado em educação). Faculdade de Educação, Unicamp, Campinas, 1990.

GOULART, Flavio A. de Andrade. **Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde/OPAS, 2011.

GRAMSCI, Antonio. **Os intelectuais e a organização da cultura**. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1982.

_____. **Cadernos do Cárcere**. v.2, Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

GUARDA, Flávio Renato Barros da., *et al.* Intervenção do profissional de educação física: formação, perfil e competências para atuar no Programa Academia da Saúde. **Revista Pan - Amazônica de Saúde**, Ananindeua – PA, v. 5, n. 4, p. 63-74, 2014. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpas/v5n4/v5n4a08.pdf>>. Acesso em: 28 de fev. 2017.

GUARDA, Flávio Renato Barros da. Análise dos processos de trabalho dos profissionais de educação física que atuam no Programa Academia da Saúde na região metropolitana do Recife. Tese (Doutorado), Recife: PE, 2014. 152f.

GUARDA, Flávio Renato Barros da; *et al.* Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas: RS, v.20, n.6, p. 638-640, nov., 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v28s0/15.pdf>>. Acesso em: 29/11/2016.

GUEDES, Dartagnan Pinto. Programa Academia da Saúde: ação para incrementar a prática de atividade física na população brasileira. Editorial. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Porto Alegre, v.16, n.3, p. 184-185, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/605/611>>. Acesso em: 29/11/2016.

HALLAL, Pedro Curi. *et al.* Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas: RS, v.14, n.2, p. 104-114, 2009.

HALLAL, Pedro Curi. Academia da Saúde: mais um passo na direção certa. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Porto Alegre, v.16, n.2, p. 91-92, 2011.

HORTA, Natália de Cássia; *et al.* A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v. 62, n. 4, p. 524-529, jul./ago., 2009.

KREMPEL, Márcia Cristina; MOYSÉS, Simone Tetu; FREITAS, Ramiro Eugênio de. Projeto-âncora Vida Saudável: a cidade como espaço de Promoção da Saúde. In: Roberto Vilarta (Org.). **Qualidade de Vida e Políticas Públicas: Saúde, Lazer e Atividade Física**. 1ª ed. Campinas: IPES Editorial, 2004, p. 111-132.

LAZZAROTTI FILHO, Ari. *et al.* O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v.16, n.1, p. 11-29, jan/mar., 2010.

LEMOS, Emmanuely Correia. Perfil socio-demográfico e de estilo de vida dos usuários do Programa Academia da Cidade - Recife - PE. **Monografia de Especialização em Saúde Pública**, Departamento de Saúde Coletiva, Recife, 2010.

LEMOS, Emmanuely Correia de. *et al.* Monitoramento do Programa Academia das Cidades e da Saúde: a experiência de Pernambuco. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Pelotas: RS, v.20, n.2, p. 203-207, mar., 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/06/254/artigo10-lemos.pdf>>. Acesso em: 29/11/2016.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Políticas sociais e de saúde. **E-book 4**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LOPES, Aline Cristine Souza *et al.* Condições de saúde e aconselhamento sobre alimentação e atividade física na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte - MG. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília: DF, v. 23, n.3, p. 475-486, jul/set., 2014. Disponível em: < <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v23n3/v23n3a10.pdf>>. Acesso em: 29/11/2016.

LOURES, Patrícia Marcelina de; BALDINO, José Maria; CARNEIRO, Maria Zeneide Magalhães. A educação como processo socializador que se desenvolve nas manifestações culturais. **Fragmentos de Cultura**, Goiânia, v. 24, especial, p. 105-114, dez., 2014.

LUKÁCS, Gyorgy. **Para uma ontologia do ser social II**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p. 335-342, 2007.

MAGNO, Liz Duque; PAIM, Jairnilson Silva. Dos clamores das ruas aos rumores no Congresso: uma análise da conjuntura recente da saúde no Brasil. **RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.4, out-dez, 2015. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br>> Acesso em: 14/07/2016.

MALTA, Deborah Carvalho; SANTOS, Fausto Pereira dos. O Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos de assistência à saúde no âmbito da Reforma Sanitária brasileira. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.13, n.4, p. 251-259, out/dez., 2003.

MALTA, Deborah Carvalho; *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.2, p. 3-16, dez., 2013.

MALTA, Deborah Carvalho. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.23, n.4, p. 599-608, out./dez., 2014a.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2014b. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>>. Acesso em: 20/03/2016.

MALTA, Deborah Carvalho; *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.2, p. 3-16, dez., 2015.

MALTA, Deborah Carvalho; *et al.* Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 373-390, abr/jun., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00373.pdf>>. Acesso em: 29/11/2015.

MARTINS, Lígia Márcia. Da formação humana em Marx à crítica da pedagogia das competências. In: DUARTE, Newton (org). **Crítica ao fetichismo da individualidade**. 2. ed. Campinas: Autores associados, 2012. p. 53-74.

MARX, Karl. **Para crítica da economia política**; salário, preço e lucro; o rendimento e suas fontes: a economia vulgar. São Paulo: Abril Cultura, 1982.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Livro Primeiro: O processo de produção do capital. Volume I. São Paulo: Nova Cultura, 1996.

MASCARENHAS, Angela Cristina Belém. Educação, trabalho e política: uma relação inevitável. In: MASCARENHAS, Angela C. B. **Educação e trabalho na sociedade capitalista**: reprodução e contraposição. Goiânia: Editora da UCG, 2005. p. 161-170.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>> Acesso em 12/01/2017.

MELO, Gilberto; SANTOS, Regina Maria dos; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.58, n.3, p. 290-295, mai/jun., 2005.

MENDES, Rosilda. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos**: os casos de Jundiá e Maceió. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2000.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDONÇA DE DEUS, Raquel. *et al.* Impacto de intervenção nutricional sobre o perfil alimentar e antropométrico de usuárias do Programa Academia da Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1937-1946, 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1937.pdf>>. Acesso em: 29/11/2016.

MORETTI, Andrezza C. *et al.* Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p. 346-354, 2009.

MOREIRA, Daiana de Jesus; CASTRO, Marden Gomes de. O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. **Revista Transformações em Psicologia**, v.2, n.2, p. 51-64, 2009.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em Saúde. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>>. Acesso em: 12/04/2016.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Revista saúde e sociedade**, São Paulo, v.3. n.2, p. 5-21, 1994.

_____. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa.; CARVALHO, Yara Maria de.; MINAYO, Maria Cecília de Souza.; DRUMOND JUNIOR, Marcos; AKERMAN, Marco. (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009, p. 19-39.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n.3, p. 423-431, mai/jun., 2005.

OLIVEIRA, Salles Yousef. Revisão sistemática da literatura sobre o tema programa academia da saúde. **Monografia** (Graduação no Bacharelado em Educação Física), Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Jataí, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição e os 25 anos do SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p. 1927-1953, out, 2013.

_____. Resenha do livro Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.23, n.10, p. 2521-2522, oct., 2007a.

_____. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Tese (Doutorado no Instituto de Saúde Coletiva), Universidade Federal da Bahia, Salvador: JS Paim, 2007b.

_____. O que é SUS - **E-book interativo**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PAIM, Jairnilson Silva; PINTO, Isabela C. M. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.7, n.3, p. 13-35, 2013.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Revista: História, ciência e saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 15-35, jan/mar., 2014.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, out./dez., 2008.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª Ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Revista O mundo da Saúde**, São Paulo, v.31, n.3, p. 320-328, jul/set, 2007.

PEREIRA, Ana Paula Chancharulo de Moraes; SERVO, Mária Lúcia Silva. A enfermeira e a Educação em Saúde: estudo de uma realidade local. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador: BA, v.30, n.1, p. 7-18, jan./jun., 2006.

PERRENOUD, Philippe. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artes médicas, 1999.

PINAFO, Elisangela. **Educação em saúde: o cotidiano da equipe de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

PINAFO, Elisangela; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; GONZÁLEZ, Alberto Durán. A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p. 1825-1832, 2012.

PORTAL DA SAÚDE. **Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis**. Criado em 04/08/2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/671-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14125-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis>>. Acesso em 22/12/2016.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.168-175, abr/jun., 1992.

REIS, Dener Carlos dos. Educação em saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, Maria Flávia; REIS, Dener Carlos dos; MARQUES, Rita de Cássia. **Educação em saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 19-24.

REIS, Inês Nascimento de Carvalho; SILVA, Ilda Lopes Rodrigues da; UN, Julio Alberto Wong. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. **Revista Interface**, Botucatu, v.18, n.2, p. 1.161-1.174, 2014.

REZENDE, Luciano. SOE-Vitória, ES: Sete anos de sucesso com uma idéia simples, eficaz e de baixo custo. **Revista Brasileira de Medicina Esportiva**, São Paulo, v.3, n.3, p. 84-86, Jul/Set, 1997.

RODRIGUES, Davi; SANTOS, Vilmar Ezequiel dos. A educação em saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma revisão bibliográfica das publicações científicas no Brasil. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, São Paulo, v.28, n.4, p. 321-324, 2010.

RUAS, Rosana Franciele Botelho. **Representações de usuários do programa academia da saúde sobre promoção da saúde e prevenção de doenças**. Dissertação (Mestrado), Belo Horizonte,, 2016. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ANDO-A9WHND/rosana_f._b._ruas.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29/11/2016.

SÁ, Gisele Balbino Araujo Rodrigues de *et al.* O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1849-1859, jun., 2016. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n6/1413-8123-csc-21-06-1849.pdf>>. Acesso em: 29/11/2016.

SALCI, Maria Aparecida. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Revista Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v.22, n.1, p. 224-230, jan./mar., 2013.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. SUS, Política Pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o Direito Sanitário, a Governabilidade e a busca de saídas. **E-book 6**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

SAVIANI, Demerval. **O trabalho como princípio educativo frente as novas tecnologias**. Disponível em: <http://www.ufpr.cleveron.com.br/arquivos/EP_104/denerval_saviani.pdf>. Acesso em 23/02/2015.

SCHALL, V.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. (Editorial). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 4-6. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1282.pdf>>, Acesso em: 10/07/2017.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **Revista Saúde Coletiva: Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, Marta Maria Alves da. Agenda de Violência, Prevenção e Controle de Acidentes e Violências: uma proposta para a promoção da cultura da paz. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SILVA, Aline Almeida da; SOUZA, Kátia Reis de. Educação, pesquisa participante e saúde: as ideias de Carlos Rodrigues Brandão. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 519-539, set./dez., 2014.

SILVA, Rafaela Niels da. **Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Recife**: um estudo de Caso. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015. 104f.

SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa de. Vigilância das Dant no contexto da Vigilância em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SKOWRONSKI, Marcelo. **Do programa Agita São Paulo ao programa Academia da Saúde**: programas públicos envolvendo práticas corporais/atividade para promoção da saúde. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Educação Física, Universidade Federal Do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, dez., 2014.

SOUSA, Maria Fátima de. A Reforma Sanitária brasileira e o Sistema único de Saúde. **Revista Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.8, n.1, p. 11-16, mar., 2014.

SOUZA, Márcio Costa de; *et al.* Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do nordeste, Brasil. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.38, n.2, p. 139-148, 2014.

SOUZA, Isabela Pilar Moraes Alves de; JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, n.4, p. 618-627, out./dez., 2009.

SPERANDIO, Ana Maria Girotti; FRANCISCO FILHO, Lauro Luiz; MATTOS, Thiago Pedrosa. Política de promoção da saúde e planejamento urbano: articulações para o desenvolvimento da cidade saudável. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.6, p. 1931-1937, 2016.

STHAL, Hellen Cristina. **A formação profissional em saúde na interface com o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Federal de Goiás, Regional Jataí, Programa de Pós-Graduação em Educação, Jataí, 2016. 122f.

STOTZ, Eduardo Navarro; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; WONG UN, Julio Alberto. Educação popular e saúde: trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista APS**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun., 2005.

STOTZ, Eduardo Navarro. Enfoques sobre a educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

TELESI JUNIOR, Emílio. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, v.30, n.86, p. 99-112, jan./abr., 2016.

VALLA, Victor Vincent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 7-18, 1998.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação popular nos serviços de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

_____. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu: SP, v.5, n.8, p.121-127, fev., 2001.

_____. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 67- 83, 2004.

VIANNA, Carlos Eduardo Souza. Evolução histórica do conceito de Educação e os objetivos constitucionais da educação brasileira. **Revista JANUS**, Lorena: SP, v.3, n.4, p. 128-138, 2º sem., 2006.

VILLA, Eliana Aparecida. Educação em Saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho profissional. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação sem saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p.43-51.

WESTPHAL, Márcia Faria. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Revista saúde e sociedade**, São Paulo, v.6, n.2, p. 9-18, 1997.

_____. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Revista Ciência & Saúde**, Rio Grande do Sul, v.5, n.1, p. 39-51, 2000.

WESTPHAL, Márcia Faria; OLIVEIRA, Sandra Costa. Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana?. **Revista USP**, São Paulo, n.107, p. 91-102, out.-dez, 2015.