

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
DOUTORADO EM SOCIOLOGIA

FERNANDA RAMOS PARREIRA

**CONHECIMENTO E SUBJETIVIDADES: A [RE]CONSTRUÇÃO DA PROMOÇÃO
DA SAÚDE NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE, NO ESTADO DE GOIÁS**

GOIÂNIA

2019

**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:

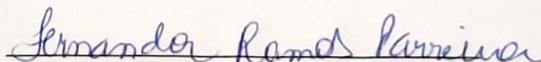
Nome completo do autor: Fernanda Ramos Parreira

Título do trabalho: Conhecimento e Subjetividades: A [re]construção da promoção da saúde no Programa Academia da Saúde, no estado de Goiás

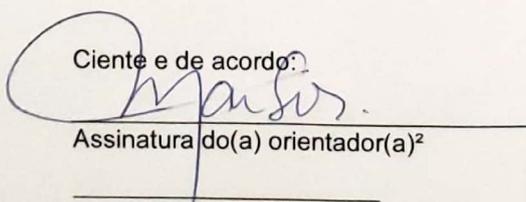
3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

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)²

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)²

Data: 13 / 12 / 2019

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;
- Publicação da dissertação/tese em livro.

² A assinatura deve ser escaneada.

FERNANDA RAMOS PARREIRA

**CONHECIMENTO E SUBJETIVIDADES: A [RE]CONSTRUÇÃO DA PROMOÇÃO
DA SAÚDE NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE, NO ESTADO DE GOIÁS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Sociologia.

Linha de pesquisa: Direitos Humanos, Diferença e Violência

Orientadora: Prof.^a Dra. Marta Roverly de Souza

GOIÂNIA

2019

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

Parreira, Fernanda Ramos

Conhecimento e Subjetividades: A [re]construção da promoção da saúde no Programa Academia da Saúde, no estado de Goiás [manuscrito] / Fernanda Ramos Parreira. - 2019.

280 f.

Orientador: Profa. Dra. Marta Rovey de Souza.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Ciências Sociais (FCS), Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Goiânia, 2019.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, mapas, fotografias, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. Sociologia da Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Participação Social. 4. Emancipação em Saúde. I. de Souza, Dra. Marta Rovey, orient. II. Título.

CDU 316



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS

ATA DE DEFESA DE TESE

Ata Nº 24 da sessão de Defesa de Tese de **FERNANDA RAMOS PARREIRA** que confere o título de Doutora em Sociologia, na área de concentração em Sociedade, Política e Cultura.

Aos seis de dezembro de dois mil e dezenove, a partir das quatorze horas, na Sala de Defesas (AS-03) da Faculdade de Ciências Sociais - UFG, realizou-se a sessão pública de Defesa de Tese intitulada "Conhecimento e Subjetividades: A [re]construção da promoção da saúde no Programa Academia da Saúde, no estado de Goiás". Os trabalhos foram instalados pela Orientadora, Professora Doutora MARTA ROVERY DE SOUZA (UFG) com a participação dos/as demais membros/as da Banca Examinadora: Professor Doutor JORDÃO HORTA NUNES (UFG), membro titular interno; Professora Doutora PATRÍCIA DE SÁ BARROS (UFG), membra titular externa, Professor Doutor TADEU JOÃO RIBEIRO BAPTISTA (UFG), membro titular externo e Professora Doutora DAIS GONÇALVES ROCHA (UnB), membra titular externo. Durante a arguição as/os membras/os da banca **não fizeram** sugestão de alteração do título do **trabalho**. A Banca Examinadora reuniu-se em sessão reservada a fim de concluir o julgamento da Tese tendo sido a candidata **aprovada** pelos seus membros. Proclamados os resultados pela Professora Doutora MARTA ROVERY DE SOUZA, Presidenta da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelas/os Membras/os da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Jordão Horta Nunes, Professor do Magistério Superior**, em 06/12/2019, às 18:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marta Rovey De Souza, Professor do Magistério Superior**, em 09/12/2019, às 11:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Patrícia De Sá Barros, Professor do Magistério Superior**, em 09/12/2019, às 13:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Tadeu João Ribeiro Baptista, Professor do Magistério Superior**, em 12/12/2019, às 11:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **DAIS ROCHA, Usuário Externo**, em 18/12/2019, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1046878** e o código CRC **2FC15883**.

A todas(os) as(os) sonhadoras(es) e idealistas que, como eu, acreditam na construção de uma sociedade mais justa, humana e equitativa, mesmo que não vivam o suficiente para dela usufruir.

AGRADECIMENTOS

A parte de agradecimentos se mostra como um espaço ora pró-forma, ora um lugar menos solitário do que se é para a construção de uma tese. A escrita de uma tese, em que pese ser um lugar de silêncio externo e de solidão, é também um lugar de “balbúrdia” interna, com um turbilhão de ideias, reflexões e análises mentais. Para mim, esse é o momento de mostrar não só minha gratidão, mas de apresentar outros protagonistas importantes que estiveram durante esta jornada: alguns caminharam comigo durante todo este tempo, outros vieram e se foram, e há aqueles que vivem em um fluxo de idas e vindas.

O primeiro agradecimento não poderia ser para outra pessoa que não aquela que tanto contribuiu não apenas para o desenho desta tese – pois ela foi muito mais que isso –, mas sim como mentora, tendo sido inspiração para a cientista/pesquisadora que me tornei; ademais, tornou-se referência não somente para as ciências sociais/sociologia, mas para a saúde coletiva e para a minha vida. Havia uma Fernanda antes e há uma outra após a professora Marta Roverly.

Em seguida, agradeço àquele que brinca que a sua melhor profissão é ser “assessor de esposa”, e aqui os agradecimentos são a tudo que já vivemos e a tudo que já o fiz viver nesse meu anseio por conhecimento e saber. Desde o mestrado trabalha na tradução dos textos das disciplinas e agradeço sua companhia tanto naquela época como agora, nas visitas ao campo para a coleta de dados. Diversas vezes atuou como parceiro na construção de artigos e simulou bancas, agindo como avaliador dos trabalhos. Obrigada por existir em minha vida, meu companheiro de outras vidas, João Paulo Valim!

Agradeço à Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde, que amorosamente me acolheu e acreditou no potencial desta pesquisa de doutoramento. Tive o privilégio de compor a equipe no período de agosto de 2016 a março de 2018, quando ocorreram muitas conversas, muitas discussões e reflexões sobre os caminhos possíveis da promoção da saúde não somente no estado de Goiás, mas no cenário nacional. Ainda lá, inquietações da coordenadora estadual se mostraram coerentes aos achados durante a pesquisa.

Em tempos de precarização da ciência nacional, agradeço a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás (Fapeg), que apoiou este estudo através de concessão de bolsa de formação.

Aos municípios participantes da pesquisa, que atuaram como instituições co-participantes, meus agradecimentos, pois sem o comprometimento e o interesse deles não teríamos relatos tão preciosos à pesquisa.

Toda a minha gratidão ao Programa de Pós-graduação em Sociologia (PPGS/FCS/UFG), especialmente à Letícia Ferreira Angélica: o que seria de mim sem todo o seu carinho e a sua prontidão para resolver minhas demandas administrativas e burocráticas ao longo destes quatro anos... Sinto-me agraciada em voltar a conviver com você após o tempo em que estivemos juntas no Hospital Materno-Infantil.

Agradeço à coordenação do curso e a todo o corpo docente do programa, com especial admiração ao Prof. Jordão Horta Nunes, Prof. Cleito Pereira dos Santos e à Profa. Telma Ferreira do Nascimento Durães, que desde a minha graduação em Ciências Sociais, habilitação em Políticas Públicas, iniciada em 2009, contribuíram significativamente para o meu crescimento intelectual no campo da ciência política e na sociologia.

Estendo os meus agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que me recebeu como aluna especial, pesquisadora e professora convidada. Obrigada a toda a equipe técnica e docentes que atuam lá, especialmente a Profa. Dra. Patrícia de Sá Barros. Vocês são responsáveis pela existência desse programa, um espaço valioso para a formação dos profissionais de saúde e gestores(as) em Goiás, para o fortalecimento da Saúde Coletiva brasileira e do próprio SUS.

Meus sinceros agradecimentos aos membros da banca, especialmente ao Prof. Tadeu João Ribeiro Baptista, outro protagonista muito importante em minha vida. Meu querido orientador na graduação em Educação Física, na Universidade Estadual de Goiás. Acredito que eu possa ser um dos alunos que ele mencionou em sua primeira aula de MEEF IV (Metodologia de Ensino da Educação Física IV) ao dizer que não tinha grandes ambições: em uma sala com 30 alunos, se ele tocasse o coração e a mente de apenas um aluno, enquanto professor sairia feliz da disciplina. Espero não tê-lo desapontado, do fundo do meu coração. Agradeço imensamente a disposição e contribuição da Profa. Dais Rocha nessa etapa tão importante que é a defesa de tese.

Meus agradecimentos a todas as pessoas e as instituições que porventura não foram citadas, mas que de algum modo estiveram presentes e participaram da

construção desta pesquisa e para formação dessa professora de educação física, cientista social, politóloga, socióloga, defensora do SUS, mulher, sonhadora, idealista ou simplesmente para a construção desse SER HUMANO.

O homem que não tinha nada
(Projota e Negra Li / Composição: José Tiago Sabino)

O homem que não tinha **nada**, acordou bem cedo
Com a luz do sol já que não tem despertador
Ele não tinha nada, então também não tinha medo
E foi pra **luta** como faz um bom trabalhador
O homem que não tinha nada, enfrenta o trem lotado
A (sic) sete horas da manhã com sorriso no rosto
Se despediu de sua mulher com um beijo molhado
Pra provar do seu amor e pra marcar seu posto
O homem que não tinha nada, tinha de **tudo**
Artrose, artrite, diabetes e que mais tiver
Mas tinha dentro da sua alma muito conteúdo
E mesmo sem ter nada ele ainda tinha fé
O homem que não tinha nada, tinha um **trabalho**
Com um esfregão limpando aquele chão sem fim
[...]

O homem que não tinha nada, segue a sua **trilha**
Mesmo **caminho**, mesmo horário, mas foi diferente (...)
O homem que não tinha nada
Encontrou outro homem que não tinha nada
Mas esse tinha uma faca
Que queria o pouco que ele tinha, ou seja, nada
Na paranoia, noia que não ganha te ataca
O homem que não tinha nada, agora não tinha **vida**
Deixou pra trás três filhos e sua mulher [...]
O ser humano é falho, hoje mesmo eu falhei
Ninguém nasce sabendo, então me deixe tentar (me deixe tentar).

RESUMO

Introdução: A Lei Orgânica n. 8.080/1990, que institui o sistema de saúde brasileiro SUS sob uma perspectiva positiva da saúde, considera que para a garantia da saúde, e da própria vida, é fundamental a coexistência do tripé promoção-proteção-recuperação. Sem a coexistência dessas três dimensões não é possível propiciar a integralidade e a universalidade, princípios fundantes do referido sistema. **Objeto:** O Programa Academia da Saúde, proposta ministerial criada em 2011, busca implementar polos de apoio à Rede de Atenção à Saúde, em específico a Atenção Primária à Saúde, para o desenvolvimento de ações em promoção da saúde. **Objetivo:** A pesquisa tem por objetivo central analisar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, feita por meio do Programa Academia da Saúde, e sua configuração no contexto microespacial. A tese apresenta duas categorias analíticas: 1) acesso e participação; e 2) compreensão e incorporação de crenças e valores sobre promoção da saúde junto ao Programa Academia da Saúde. Através de uma reflexão sociológica, trata de compreender as nuances presentes entre os pressupostos teóricos que fundamentam a criação dessa política e o campo empírico, ancorando-se em teóricos do campo da sociologia, como Bourdieu (1983, 1996, 2001, 2004), Foucault (1977, 1984, 1987, 2006), Giddens (1991, 2009), Butler (1997, 2015, 2018) e Agamben (2017). **Metodologia:** A complexidade para desenvolver estudos relacionados ao campo da saúde combina-se à abordagem qualitativa e quantitativa, pois se reconhece as limitações existentes nas vertentes mencionadas e que associá-las torna possível minimizar vieses específicos de cada uma. Por ser um estudo de cunho exploratório-descritivo associa múltiplos métodos e técnicas de pesquisa e coleta de dados. Faz-se, portanto, uma associação entre pesquisa documental, estatística descritiva e de campo. A pesquisa de campo envolveu 04 (quatro) municípios selecionados, nos quais foram realizadas 21 entrevistas com coordenadores(as), profissionais de saúde e usuários(as). **Resultados:** O caráter preventivista e funcionalista inscrito na portaria de instituição do Programa Academia da Saúde, ao propor como objetivo central a promoção de práticas corporais, atividades físicas, de lazer e modos de vida saudáveis, se apresenta nas realidades dos sujeitos e nos territórios goianos. Logo, mesmo assumidamente sendo um programa de acesso livre e para a população em geral, observa-se a presença da população idosa e/ou pessoas acometidas com doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão e/ou diabetes. A participação dos usuários restringe-se à presença nas atividades desenvolvidas, não apresentando processos que formalizem e incentivem suas atuações na gestão do programa. Isso é demonstrado, também, nos dados extraídos do monitoramento, ao evidenciar a pouca representatividade desses usuários e familiares no grupo de apoio à gestão. **Considerações finais:** As percepções e a forma como o Programa Academia da Saúde e a promoção da saúde são [re]conhecidos e [re]produzidos perpassam pelas subjetividades e coletividades que existem nesse contexto microespacial. Considera-se que o programa traz, em seu bojo, as hibridizações entre paradigmas de saúde que coexistem no Sistema Único de Saúde. Há uma complexidade que advém da coexistência entre conceitos e práticas de controle e regulação dos corpos e de princípios e valores que envolvem a participação social, o empoderamento e o protagonismo social, como autonomia, justiça social e equidade em saúde.

Palavras-chave: Sociologia da Saúde. Promoção da Saúde. Participação Social. Emancipação em Saúde.

ABSTRACT

Introduction: the Organic Law no. 8.080 / 1990, which establishes the Brazilian health system SUS from a positive health perspective, considers that the coexistence of the promotion-protection-recovery tripod is fundamental for the guarantee of health and life itself. Without the coexistence of these three dimensions, it is not possible to provide the integrality and universality, founding principles of that system. **Object:** the Programa Academia da Saúde, a ministerial proposal created in 2011, seeks to implement support centers for the Rede de Atenção à Saúde, specifically Atenção Primária à Saúde, for the development of health promotion actions. **Objective:** the research aims to analyze the implementation of the Política Nacional de Promoção à Saúde, made through the Programa Academia de Saúde, and its configuration in the microspace context. The thesis presents two analytical categories: 1) access and participation; and 2) understanding and incorporating beliefs and values about health promotion within the Programa Academia de Saúde. Through a sociological reflection, it seeks to understand the present nuances between the theoretical assumptions that underlie the creation of this policy and the empirical field, anchoring in theorists of the sociology, such as Bourdieu (1983, 1996, 2001, 2004), Foucault (1977, 1984, 1987, 2006), Giddens (1991, 2009), Butler (1997, 2015, 2018) and Agamben (2017). **Methodology:** the complexity to develop studies related to the health field is combined with the qualitative and quantitative approach, for it recognizes the limitations existing in the mentioned approaches and that associating them makes it possible to minimize specific biases of each approach. As it is an exploratory-descriptive study, with a quantitative and qualitative approach, it associates multiple research and data collection methods and techniques. Therefore, an association is made between documentary, descriptive statistics and field research. The field research involved 04 (four) selected towns, in which 21 interviews were conducted with coordinators, health professionals and users. **Results:** the preventive and functionalist character enrolled in the institution's decree of the Programa Academia da Saúde, by proposing as a central objective the promotion of body practices, physical activities, leisure and healthy lifestyles, is presented in the realities of the subjects and in the territories of Goiás. Thus, even though it is admittedly a free access program and for the general population, there is the presence of the elderly population and/or people with non-communicable chronic diseases, such as hypertension and/or diabetes. The participation of users is restricted to the presence in the developed activities, not presenting processes that formalize and encourage their actions in the program management. This is also demonstrated in the data extracted from monitoring, by showing the low representativeness of these users and family members in the management support group. **Final Considerations:** the perceptions and the way the Programa Academia de Saúde and health promotion are known, recognized and (re)produced go through the subjectivities and collectivities that exist in this microspace context. It is considered that the program brings, in its core, the hybridizations between health paradigms that coexist in the Sistema Único de Saúde. There is a complexity that comes from the coexistence between concepts and practices of control, regulation of bodies and principles and values that involve social participation, empowerment and social protagonism, such as autonomy, social justice and health equity.

Keywords: Health Sociology. Health Promotion. Social Participation. Health Emancipation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-------------|--|
| ACF | <i>Advocacy Coalition Framework</i> |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ACSM | <i>American College of Sports Medicine</i> |
| AD | Análise do Discurso |
| Alames | Associação Latinoamericana de Medicina Social |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ARS | Administrações Regionais de Saúde |
| Cebes | Centro Brasileiro de Estudos de Saúde |
| CGAN | Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição |
| Celafiscs | Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CMS | Conselho Municipal de Saúde |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| Cosems | Conselho Estadual de Secretários Municipais |
| DAB | Departamento de Atenção Básica |
| DataSUS | Departamento de Informática do SUS |
| DCNTs | doenças crônicas não transmissíveis |
| DSS | Determinantes Sociais de Saúde |
| ESEFFEGO | Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia do Estado de Goiás |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FCS/UFG | Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás |
| form-SUS | formulário do SUS |
| GTIPSGO | Grupo Intersetorial de Promoção da Saúde do Estado de Goiás |
| HumanizaSUS | Política Nacional de Humanização |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| IMB | Instituto Mauro Borges |
| MTC | Medicina Tradicional Chinesa |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |

| | |
|--------------|--|
| NPS | Nova Promoção da Saúde |
| ODS | Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONGs | Organizações não governamentais |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| Opas | Organização Pan-Americana de Saúde |
| PAB Variável | Piso de Atenção Básica Variável |
| PACs | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| ParticipaSUS | Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS |
| PAS | Programa Academia da Saúde |
| PELC | Programa Esporte e Lazer na Cidade |
| PEPSGO | Política Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Goiás |
| PIC | Práticas Integrativas e Complementares |
| PMAQ-AB | Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica |
| PMAQ | Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNPIC | Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PPA | Plano Plurianual |
| PSE | Programa Saúde na Escola |
| PTS | projeto terapêutico singular |
| PVT | Programa Vida no Trânsito |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| Saip | Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde |
| SAS | Secretaria de Atenção à Saúde |
| SES | Secretaria Estadual de Saúde |
| Sisab | Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica |
| Sismob | Sistema de Monitoramento de Obras |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SPSS | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SVS | Secretaria de Vigilância em Saúde |
| UNFPA | Fundo de População das Nações Unidas |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 – As dimensões institucionais da modernidade..... | 37 |
| Figura 2 – Esquema de instituição da medicina alemã, francesa e inglesa no século XVIII..... | 41 |
| Figura 3 – Diagrama do modelo de coalizão de defesa (Advocacy Coalition Framework) | 66 |
| Figura 4 – Organização das Políticas Nacionais de Saúde | 74 |
| Figura 5 – Rede de políticas públicas vinculadas à PNPS (Portaria n. 687, de 30 de março de 2006) e suas ações específicas | 78 |
| Figura 6 – Mascote do AGITA São Paulo – Melhorito..... | 87 |
| Figura 7 – Rede de Atenção à Saúde vinculada ao Programa Academia da Saúde (PAS). | 89 |
| Figura 8 – Organograma estrutural da equipe de referência | 102 |
| Figura 9 – Processo de um estudo de caso | 112 |

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1** – Percentual de polos em funcionamento com grupo de apoio à gestão, nas UF, no ano de 201694
- Gráfico 2** – Comparação da categoria de profissionais que atuam nos polos em funcionamento (%), no estado de Goiás, entre 2015 a 2017. 140

LISTA DE MAPAS E FOTOGRAFIAS

| | |
|--|-----|
| Mapa 1 – Distribuição de polos nos municípios do estado de Goiás, no ano de 2017 | 128 |
| Fotografia 1 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO E) | 124 |
| Fotografia 2 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO A) | 137 |
| Fotografia 3 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO B) | 137 |
| Fotografia 4 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO B) | 138 |
| Fotografia 5 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO D) | 138 |
| Fotografia 6 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO E) | 139 |
| Fotografia 7 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO F) | 150 |
| Fotografia 8 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO E) | 151 |
| Fotografia 9 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO A) | 151 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 – Comparação entre a perspectiva da saúde pré-moderna e moderna.... | 34 |
| Quadro 2 – Tipologia giddensiana para integração | 43 |
| Quadro 3 – Relações de confiança e suas características | 45 |
| Quadro 4 – Comparação conceitual e metodológica entre promoção e prevenção . | 55 |
| Quadro 5 – Quatro aspectos fundamentais da constituição do novo modelo de saúde canadense – Relatório de Lalonde | 57 |
| Quadro 6 – Princípios da Promoção da Saúde segundo documento norteador de ações em Promoção da Saúde para a Europa, 1984..... | 59 |
| Quadro 7 – Modelos de reformas sanitárias que inspiraram o movimento de reforma sanitário brasileiro | 67 |
| Quadro 8 – Diferenças teórico-conceituais da Política Nacional de Promoção da Saúde | 82 |
| Quadro 9 – Diferenças teórico-conceituais de atividade física e práticas corporais | 108 |
| Quadro 10 – Documentos específicos à análise documental | 113 |
| Quadro 11 – Profissionais habilitados para atuar no Programa Academia da Saúde | 157 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|-----|
| Tabela 1 – Número de polos em funcionamento e situação de grupo de apoio à gestão, Brasil e UF, no ano de 2016..... | 92 |
| Tabela 2 – Número de polos em funcionamento, segundo atividades desenvolvidas, Brasil, no ano de 2016..... | 99 |
| Tabela 3 – Número de polos em funcionamento, segundo tipos de profissionais atuantes nos referidos polos, Brasil, no ano de 2016..... | 100 |
| Tabela 4 – Número de municípios e polos do Programa Academia da Saúde em funcionamento no estado de Goiás, por região de saúde, no ano de 2017 | 116 |
| Tabela 5 – Instituições, municípios e polos do Programa Academia da Saúde selecionados para realização de pesquisa de campo e número de sujeitos participantes | 118 |
| Tabela 6 – Equipes de Saúde cadastradas nos municípios pesquisados em dezembro de 2017..... | 130 |
| Tabela 7 – Número de municípios habilitados no Programa Academia da Saúde, segundo a área responsável pelo Programa Academia da Saúde, Goiás, nos anos 2016 e 2017 | 131 |
| Tabela 8 – Relação de indicadores sociais dos quatro municípios pesquisados, 2010 | 133 |
| Tabela 9 – Proporção de óbitos, por sexo e causa, nos quatro municípios pesquisados, no ano de 2016 | 135 |
| Tabela 10 – Tipo de articulação intrasetorial e intersetorial desenvolvida pelos municípios com polo em funcionamento (GOIÁS – 2017)..... | 146 |
| Tabela 11 – Articulação do polo do Programa Academia da Saúde junto a outros programas da Secretaria Municipal de Saúde e de outras Secretarias, nos municípios habilitados e com polos em funcionamento (GOIÁS – 2017) | 148 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| APRESENTAÇÃO | 17 |
| 1 INTRODUÇÃO | 24 |
| 2 CONCEPÇÕES, PARADIGMAS E (DES)CONSTRUÇÕES EM DIREÇÃO À SAÚDE COLETIVA E À PROMOÇÃO DA SAÚDE..... | 30 |
| 2.1 O percurso da saúde na história humana e a hegemonia do modelo de saúde ocidental: o modelo biomédico | 30 |
| 2.2 O paradigma emergente da saúde: produção social da saúde, a saúde coletiva e a promoção da saúde | 47 |
| 2.2.1 Produção social da saúde e saúde coletiva | 47 |
| 2.2.2 Promoção da Saúde..... | 54 |
| 3 O NOVO PARADIGMA DE SAÚDE NO BRASIL: DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE..... | 62 |
| 4 O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS TERRITÓRIOS BRASILEIROS | 86 |
| 4.1 Práticas corporais e/ou atividade física: dissensos conceituais coexistentes no Programa Academia da Saúde..... | 104 |
| 5 TRILHA METODOLÓGICA: ENTRE CIDADES, COMUNIDADES E REPARTIÇÕES | 110 |
| 5.1 Caracterização do estudo..... | 113 |
| 5.2 Local do estudo | 116 |
| 5.3 População e amostra | 118 |
| 5.4 Instrumentos e técnicas para coleta de dados | 119 |
| 5.5 Análise e interpretação dos dados | 122 |
| 6 O CENÁRIO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS | 124 |
| 6.1 O retrato das cidades e territórios investigados | 125 |
| 7 PARA UMA VIDA MELHOR? A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA VISÃO DOS SUJEITOS INSERIDOS NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS..... | 153 |

| | |
|---|------------|
| 7.1 Coordenadores(as), profissionais e usuários(as) do Programa Academia da Saúde: discursos, ações, [des]condicionamentos e [re]existências | 153 |
| 7.1.1 Acesso e participação..... | 154 |
| 7.1.2 Compreensão e incorporação de valores e crenças | 184 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 214 |
| APÊNDICES | 232 |
| APÊNDICE A – Artigos submetidos para publicação | 233 |
| APÊNDICE B – Quadros explicativos | 235 |
| APÊNDICE C – Roteiro de entrevista ao Gestor/Coordenador/Diretor municipal do Programa Academia da Saúde..... | 241 |
| APÊNDICE D – Roteiro de entrevista ao Coordenador/Diretor/Gestor estadual do Programa Academia da Saúde..... | 243 |
| APÊNDICE E – Roteiro de entrevista profissional do Programa Academia da Saúde..... | 245 |
| APÊNDICE F – Roteiro de entrevista ao usuário do Programa Academia da Saúde..... | 247 |
| APÊNDICE G – Roteiro de observação de campo..... | 250 |
| ANEXOS | 251 |
| ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/UFG | 252 |
| ANEXO B – Parecer Consubstanciado CEP/SEST-SUS | 256 |
| ANEXO C – Comprovantes de submissão de artigos científicos | 264 |
| ANEXO D – Portaria e Resolução de Política Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Goiás | 266 |

APRESENTAÇÃO

Em tempos de convulsões sociais e de retrocessos em relação a direitos humanos e sociais e de radicalismos políticos-ideológicos, tornar-se uma socióloga pode ser tomado como um ato de resistência e luta.

Graduei-me em Educação Física pela Universidade Estadual de Goiás, na Escola Superior de Educação Física e Fisioterapia do Estado de Goiás (ESEFFEGO), no ano de 2007. Historicamente, a ESEFFEGO é tida como referência na área de educação física em relação à formação técnica de profissionais, tanto no estado de Goiás quanto fora daqui. Criada em 1962, sua representatividade nacional advinha de suas características que coadunavam ao momento político, que enfocava o incentivo ao campo esportivo como mecanismo de disciplinarização, controle e coerção através dos corpos. Entretanto, assim como as mudanças sociais e políticas ocorridas após a redemocratização, também passou por transformações, tornando-se uma instituição preocupada com a formação crítica e reflexiva dos professores lá formados.

Em 2008, após desenvolver meu trabalho de conclusão de curso relacionado à sociologia do corpo, aproximei-me da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás (FCS/UFG), por meio de curso de extensão intitulado “Gênero, Sexualidade e Direitos Humanos”. Isso me levaria a concorrer a uma vaga para o curso de Ciências Sociais, habilitação em Políticas Públicas, nessa Universidade. Ainda com a graduação em curso, no ano de 2012 ingressei no Mestrado de Ciência Política, da mesma instituição, ocasião em que desenvolvi minha pesquisa sobre políticas de esporte e lazer.

A presença das Ciências Sociais em minha vida antecede os dez anos em que me encontro vinculada à Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás (UFG). Ademais, penso que as marcas engendradas em nossa infância dizem muito do sujeito que nos tornamos na vida adulta.

Certa vez, na disciplina de População e Saúde, ministrada pela Profa. Marta Rovero, no Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, algo me inquietou bastante: as condições de vida dos progenitores corroboram substancialmente para determinar o tipo de vida e morte do sujeito que ainda nem nasceu. Vale destacar que essa afirmação não tinha o cunho de responsabilizá-los, mas sim de refletirmos sobre

como as condições de vida e a determinação social impactam nas gerações futuras daquele ciclo familiar e comunitário.

Uma autora que inspirou bastante a produção da presente tese destaca que as vidas são, acima de tudo, construções sociais e, por definição, precárias. Desse modo, são as entidades políticas, ou seja, as instituições econômicas e sociais, que determinam as condições de tornar uma vida vivível e, sobretudo, passível de luto (BUTLER, 2015). Ou seja, as políticas e as decisões políticas têm o potencial de [in]visibilizar, estigmatizar e segregar não apenas grupos e sujeitos específicos, mas determinados tipos de vidas.

Nessa perspectiva, retorno à infância para pontuar o momento em que as Ciências Sociais talvez tenham dado seu sopro em meus ouvidos, fato ocorrido por volta dos sete ou oito anos de idade, morando em um bairro popular de Goiânia, a Vila União. Esse setor, na ocasião de sua construção, constituía-se como um conjunto habitacional, na década de 1960, cujo foco era atender a população de baixa renda, muitos advindos do interior do estado (cidades e zona rural) e que buscavam uma nova perspectiva de vida na nova capital. Foi o caso do meu avô Merquiades, que não via um futuro melhor para seus quatro filhos e decidiu sair de sua cidade no sudoeste goiano (Itajá) e tentar a vida em Goiânia.

Minha mãe, no início da década de 1990, dona de casa, e meu pai, o provedor da nossa família, bancário, em curso sua formação superior em Contabilidade (hoje poderíamos dizer que éramos o que se configura como uma família tradicional brasileira), viam a educação como componente potencializador de uma vida melhor para mim e para meus irmãos. Desse modo, estimulavam o hábito da leitura.

Recordo-me de um conto dinamarquês, de Hans Andersen (2008), chamado “A pequena vendedora de fósforos”. Obviamente, naquela época eu não possuía maturidade para refletir sociologicamente sobre ele, mas a história retornou às minhas lembranças em dezembro de 2017, ocasião em que estava em viagem à Europa, com um frio que chegava a 8°C negativo, e com reflexões atreladas às leituras de autores da Sociologia, como Judith Butler, Michel Foucault, Pierre Bourdieu e Anthony Giddens.

Fazia tanto frio! A neve não parava de cair no leste europeu, e a gélida noite aproximava-se. Aquela era a última noite de dezembro,

véspera do dia de Ano Novo. Perdida no meio do frio intenso e da escuridão uma pobre menina seguia pela rua afora, a cabeça descoberta e os pés descalços. É certo que ao sair de casa trazia um par de chinelos, mas estes não duraram muito tempo, porque eram uns chinelos que já tinham pertencido à mãe, e ficavam-lhe tão grandes, pesados e encharcados de neve que a menina os perdeu quando teve de atravessar a rua, correndo, para fugir de um bonde. Um dos chinelos desapareceu no meio da neve, e o outro foi apanhado por um garoto que o levou, pensando fazer dele um berço para a irmã mais nova brincar.

Por isso, a menina seguia com os pés descalços e já roxos de frio; levava no bolso dianteiro do avental uma quantidade de fósforos, e estendia um maço deles a todos que passavam, oferecendo: — Quer comprar fósforos bons e baratos? — Mas o dia lhe tinha sido adverso. Ninguém comprara os fósforos, e, portanto, ela ainda não conseguira ganhar um tostão sequer. Sentia fome e frio, e estava com a cara pálida e as faces encovadas. Pobre criança! Os flocos de neve caíam-lhe sobre os cabelos compridos e loiros, que se encaracolavam graciosamente em volta do pescoço magrinho; mas ela nem pensava nos seus cabelos encaracolados. Através das janelas, as luzes vivas e o cheiro delicioso da carne assada chegavam à rua, porque era véspera de Ano Novo. Nisso, sim, é que ela pensava e que lhe enchia de água a boca.

Sentou-se no chão e encolheu-se no canto de uma varanda. Sentia cada vez mais frio, mas não tinha coragem de voltar para casa, porque não vendera um único maço de fósforos, e não podia apresentar nem uma moeda; e o padrasto, malvado, seria capaz de lhe bater. E afinal, em casa também não havia calor. A família morava numa meia-água, um barraco, e o vento metia-se pelos buracos das telhas, apesar de terem tapado com farrapos e palha as fendas maiores. Tinha as mãos quase paralisadas com o frio. Ah, como o calorzinho de um fósforo aceso lhe faria bem! Se tirasse um, um só palito, do maço, e o acendesse na parede para aquecer os dedos...! Pegou num fósforo e: Fcht!, a chama espirrou e o fósforo começou a queimar! Parecia a chama quente e viva de uma vela, quando a menina a tapou com a mão.

Mas, que luz era aquela? A menina imaginou que estava sentada em frente de uma lareira cheia de ferros rendilhados, com um guarda-fogo de cobre reluzente. O lume ardia com uma chama tão intensa, e dava um calor tão bom...! Mas, o que se passava? A menina estendia já os pés para se aquecer, quando a chama se apagou e a lareira desapareceu. E viu que estava sentada sobre a neve, com a ponta do fósforo queimado na mão.

Riscou outro fósforo, que se acendeu e brilhou, e o lugar em que a luz batia na parede tornou-se transparente como vidro. E a menina viu o interior de uma sala de jantar onde a mesa estava coberta por uma toalha branca, resplandecente de louças delicadas, e mesmo no meio da mesa havia um ganso assado, com recheio de ameixas e purê de batatas, que fumegava, espalhando um cheiro apetitoso. Mas, que surpresa e que alegria! De repente, o ganso saltou da travessa e rolou para o chão, com o garfo e a faca espetados nas costas, até junto da menina. O fósforo apagou-se, e a pobre menina só viu na sua frente a parede negra e fria.

Acendeu um terceiro fósforo. Imediatamente se viu ajoelhada debaixo de uma enorme árvore de Natal. Era ainda maior e mais rica

do que outra que tinha visto no último Natal, através da porta envidraçada, em casa de um rico comerciante. Milhares de velinhas ardiam nos ramos verdes, e figuras de todas as cores, como as que enfeitam as vitrines das lojas, pareciam sorrir para ela. A menina levantou ambas as mãos para a árvore, mas o fósforo apagou-se, e todas as velas de Natal começaram a subir, a subir, e ela percebeu então que eram apenas as estrelas a brilhar no céu. Uma estrela maior do que as outras desceu em direção à terra, deixando atrás de si um comprido rastro de luz.

“Foi alguém que morreu”, pensou para consigo a menina; porque a avó, a única pessoa que tinha sido boa para ela, mas que já não era viva, dizia-lhe às vezes: “Quando vires uma estrela cadente, um meteorito, é uma alma que vai a caminho do céu.”

Esfregou ainda mais outro fósforo na parede: fez-se uma grande luz, e no meio apareceu a avó, de pé, com uma expressão muito suave, cheia de felicidade!

— Avó! — gritou a menina — leva-me contigo! Quando este fósforo se apagar, eu sei que já não estarás aqui. Vais desaparecer como a lareira, como o ganso assado, e como a árvore de Natal, tão linda. Riscou imediatamente o punhado de fósforos que restava daquele maço, porque queria que a avó continuasse junto dela, e os fósforos espalharam em redor uma luz tão brilhante como se fosse dia. Nunca a avó lhe parecera tão alta nem tão bonita. Tomou a neta nos braços e, soltando os pés da terra, no meio daquele resplendor, voaram ambas tão alto, tão alto, que já não podiam sentir frio, nem fome, nem desgostos, porque tinham chegado ao reino de Deus.

Mas ali, naquele canto, junto do portal, quando rompeu a manhã gelada, estava caída uma menina, com as faces roxas, um sorriso nos lábios... morta de frio, na última noite do ano. O dia de Ano Novo nasceu indiferente ao pequenino cadáver, que ainda tinha no regaço um punhado de fósforos. — Coitadinha, parece que tentou aquecer-se! — exclamou alguém. Mas nunca ninguém soube quantas coisas lindas a menina viu à luz dos fósforos, nem o brilho com que entrou, na companhia da avó, no Ano Novo.

O conto apresenta uma realidade que inquieta àqueles que estudam o campo da sociologia da saúde, pois trata de pensarmos sobre os sujeitos, a vida, a saúde, a doença e a morte. Pude ver, na Europa (Alemanha e França), refugiados sentados às portas das estações de trem e metrô mendigando não só por centavos europeus, mas por uma vida digna.

Butler (2015) relata que cotidianamente os jornais e os meios de comunicação em geral noticiam os números de vidas perdidas e essas histórias se repetem diariamente, repetição essa que se apresenta interminável e irremediável. Isso enfatiza o pensamento de que a vida é precária e reconhecer essa precariedade deveria ser algo inclusivo e igualitário, bem como uma condição compartilhada da vida humana. Essa condição deve estar incorporada às políticas sociais concretas

que envolvem habitação, alimentação, assistência médica e estatuto jurídico (BUTLER, 2015).

As diversas demandas e necessidades para garantir uma vida digna e o exercício da cidadania direcionam a compreensão de que as condições sociais impactam a [sobre]vivência dos sujeitos e das coletividades e requisitam a articulação de políticas e áreas de conhecimento visando a sanar lacunas e problemas presentes na sociedade.

O tema desta tese envolve essa nova configuração, que coloca os aspectos sociais como condicionantes e determinantes da saúde, sob o entendimento de que a saúde é um direito e só se atinge sua integralidade por sua promoção em todas as políticas. Isso fica expresso na constituição do campo da promoção da saúde e reflete, no contexto brasileiro, na Política Nacional de Promoção da Saúde e no programa governamental aqui estudado, o Academia da Saúde.

No mestrado em Ciência Política, ao analisar o Programa Caminhando com Saúde, da cidade de Goiânia, mesmo sendo ele vinculado à pasta de Esporte e Lazer (Secretaria Municipal de Esporte e Lazer) identificou-se a preocupação com os riscos de adoecimento e a manutenção da saúde, levando à sua criação e tendo como objetivo central “oferecer a prática de atividade física com o intuito de prevenir doenças” (PARREIRA, 2014, p. 53).

O Programa Academia da Saúde, ao referenciar as práticas corporais/atividade física como eixo prioritário, coloca no bojo da discussão e da reflexão o papel da Educação Física no campo da saúde. Assim, consideramos pensar a apropriação da área por outros profissionais da saúde, no caso fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, médicos, enfermeiros, dentre outros que desenvolvem atividades relacionadas às práticas corporais/atividade física.¹

A Educação Física é um campo multidisciplinar e com intersecções no campo da educação, do esporte e lazer e da saúde. Essa possibilidade de trânsito em múltiplas áreas do conhecimento advém da forma como a Educação Física foi construída e, ao longo do tempo, conformada na sociedade ocidental. Soares (2012, p. 113) expõe que a área foi “[...] idealizada e realizada pelos médicos higienistas,

¹ Utilizo os dois termos, práticas corporais e atividade física, associados, em referência à forma como são tratados nos documentos oficiais que conformam o Programa Academia da Saúde e a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicados pelo Ministério da Saúde.

teve por base as ciências biológicas, a moral burguesa e integrou de modo orgânico o conjunto de procedimentos disciplinares dos corpos e das mentes [...]”.

Se, inicialmente, a Educação Física foi disseminada dentro de fábricas, conseqüentemente foi incorporada ao currículo escolar, “[...] a sua obrigatoriedade desde os primeiros anos de escolaridade, desejaram fazer do exercício físico um hábito capaz de gerar saúde em si mesmo, disciplinar gestos e a vontade [...]” (SOARES, 2012, p. 114). Na década de 1980, no Brasil, novas propostas e metodologias foram concebidas e a consideram como um campo de transformação social por meio da cultura corporal, usando a linguagem e a expressão corporal como mecanismos de expressão da vontade política e prática transformadora (COLETIVO DE AUTORES, 2012).

Nestes 34 anos de vida, transitei por cursos (Educação Física e Ciências Sociais), por espaços (Secretaria de Estado da Saúde e Universidade Federal de Goiás) e lugares (praças, parques, unidades básicas de saúde, hospitais, polos do Programa Academia da Saúde) que me fazem chegar aqui compreendendo que qualquer fato, fenômeno ou contexto é possível analisar sociologicamente, pois, como aponta Bourdieu (2001, p. 157), “[...] a ciência social nunca parará de se esforçar para se impor como ciência”. E digo mais, não há como construir um conhecimento se não nos reportarmos aos conceitos sociológicos, especialmente no campo da saúde. Tomo a seguinte passagem do próprio Bourdieu para referir-me ao conhecimento aqui empreendido junto a todos os sujeitos participantes e envolvidos na pesquisa:

Sei que estou inserido e implicado no mundo que tomo como objecto. Não podia tomar posição, enquanto cientista, sobre as disputas pela verdade do mundo social sem saber que o que fazia, que a única verdade é que a verdade é uma questão de lutas tanto no mundo científico (o campo sociológico) como no mundo social que esse mundo científico toma como objecto (cada agente tem a sua visão idiossincrática do mundo, visão que ele prende impor, sendo o insulto, por exemplo, uma forma de exercício selvagem do poder simbólico) e a propósito do qual trava as suas lutas de verdade. Ao dizer isto, e ao preconizar a prática da reflexividade, tenho também consciência de estar a oferecer instrumentos a outros que podem aplicá-los a mim para me submeter à objectivação – mas, ao agir assim, dão-me razão. (BOURDIEU, 2001, p. 157).

A tese está estruturada em seis seções. A Seção 1 trata da Introdução, enquanto a Seção 2 apresenta o aporte teórico, ancorado em autores da sociologia

como Agamben, Bourdieu, Butler, Foucault, Giddens, Kuhn e Maffesoli; e da área da saúde e da promoção da saúde – Carvalho, Rosen, Czeresnia, Lefevre e Lefevre, Paim. Desenvolve uma discussão sobre o modelo tradicional de saúde e a emergência do novo paradigma de saúde a partir do século XX, com foco no conceito de Promoção da Saúde e de Saúde Coletiva.

Na Seção 3 tratar-se-á de questões relacionadas ao contexto brasileiro, observando o processo de construção da saúde pública brasileira, que desencadeia a construção de políticas e programas de saúde pautados no modelo de produção social da saúde, a exemplo da Política Nacional de Promoção da Saúde. Ressalta-se, nesse momento, a influência de organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

A Seção 4 dedica-se a apresentar as bases normativas, as diretrizes, os princípios e os valores atrelados à instituição do Programa Academia da Saúde. Por sua vez, a Seção 5 traz o desenho e o caminho metodológico trilhado para a construção da presente tese. Em seguida, a Seção 6 mostra dados secundários dos ciclos de monitoramento do programa em Goiás, no período de 2015 a 2017, bem como o retrato da promoção da saúde nos 04 (quatro) municípios que participaram da etapa de pesquisa de campo através da observação *in loco* e da realização de entrevistas com coordenadores(as), profissionais de saúde e usuários(as) do Programa Academia da Saúde.

A Seção 7 desenvolve a análise sociológica de discursos, relatos e falas dos(as) entrevistados(as) e encontra-se dividida em duas partes: na primeira aborda-se a categoria analítica de acesso e participação; a segunda discorre sobre valores, crenças e conceitos, associados à segunda categoria analítica, instituídos no interior do programa, relacionados ao campo da saúde e da promoção da saúde, decorrente da forma de participação, e as relações de poder presentes no universo particular do Programa Academia da Saúde.

Por fim, apresentam-se as conclusões da pesquisa, na tentativa de avançar no debate sobre sociologia da saúde, bem como promover reflexões sobre a relação entre saúde, direitos humanos e exercício da cidadania; avança-se ao propor um estreitamento entre os conceitos de promoção e emancipação no campo da saúde, visando transformar o Programa Academia da Saúde em um espaço de empoderamento concreto por meio de práticas emancipatórias capazes de romper com práticas de controle e contenção de corpos, sujeitos e vidas.

1 INTRODUÇÃO

A ciência social não deve construir classes, mas sim espaços sociais no interior dos quais as classes possam ser recortadas – mas que existem apenas no papel. Ela deve, em cada caso, construir e descobrir o princípio de diferenciação que permite reengendrar teoricamente o espaço social empiricamente observado.

(Pierre Bourdieu, 1996 p. 49).

A saúde e as práticas que a envolvem são construídas e modificadas ao longo da história. A construção histórica da saúde advém das relações sociais e das interações entre os sujeitos, ordenadas em determinado tempo e espaço. Do sagrado à racionalidade médica, do generalista à especialização, do fisio-biológico ao psicossocial, de fatores de risco a condicionantes e determinantes sociais e comerciais da saúde.

Desse modo, para compreender a saúde contemporânea se exige que entendamos os agentes, as instituições e a relação entre ambos em sua construção. A saúde, tal como é estudada atualmente, é um sistema² fruto da modernidade e, como tal, traz em seu âmago as conseqüências dessa modernidade, advindas dos mecanismos de desençaixe – fichas simbólicas e sistemas peritos.

A saúde e as instituições vinculadas a ela influenciam a vida cotidiana e pessoal dos sujeitos através das relações de confiança e crença nos sistemas abstratos. Desse modo, como aponta Giddens (1991), a previsibilidade de riscos e perigos indica para a necessidade de novos modelos, sistemas e paradigmas, especialmente por ser a modernidade uma dimensão orientada para o futuro. No caso do campo da saúde, o modelo biomédico se apresenta limitado para responder por todo o arcabouço que envolve o processo saúde-adoecimento-saúde.

Nessa conjectura, uma nova forma de olhar a saúde e compreendê-la como elemento multidimensional se mostra necessária, pois, para além dos aspectos biológicos, consideram-se os psicológicos, sociais e culturais como seus integrantes.

² A saúde, aqui mencionada como sistema, pauta-se na conceituação de Giddens (2009) acerca de sistemas sociais. Para esse autor (2009, p. 29), o(s) sistema(s) constitui(em)-se das “[r]elações reproduzidas entre atores ou coletividades, organizadas como práticas sociais regulares”.

Ademais, deve-se considerar o aspecto globalizante da modernidade que entrelaça o local e o global (GIDDENS, 1991).

Outra questão importante refere-se à disputa pela autoridade da saúde, visto que no modelo biomédico o poder concentra-se nas mãos dos profissionais médicos. Na perspectiva da saúde ampliada outros atores concorrem para essa autoridade e reconhecimento de seu papel para [re]estabelecer e manter os indivíduos e ambientes saudáveis. A partir do pensamento bourdieusiano, é possível afirmar que a saúde se constitui como campo social e, sendo assim, apresenta-se como um campo de disputa entre distintos sujeitos e instituições, permeada por relações de forças e poder e pela busca do monopólio nesse campo.

Nessa luta simbólica visando legitimar o modelo de saúde “verdadeiro”, como aponta Foucault (1984, p. 11), “[a] verdade está circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem”. Essas relações de poder e disputas pelo monopólio do campo da saúde influenciam, substancialmente, as maneiras como os sujeitos compreendem e apreendem os conceitos, os valores e as crenças relacionados a esse campo.

De um lado a autoridade médica, ou peritos da saúde, e seu sistema, do outro encontramos o paciente, ou o sujeito leigo, desprovido dos conhecimentos técnicos e da expertise médica. A natureza dos sistemas peritos envolve sistemas de excelência técnica ou competência profissional e eles atuam na organização de ambientes e/ou espaços materiais e sociais em que vivemos (GIDDENS, 1991).

Não é recente a preocupação estatal em desenvolver políticas de saúde, fato justificado pela importância desse serviço à manutenção da vida humana. Ademais, é importante mencionar a forte relação existente entre saúde pública e direitos humanos. Para Lefevre e Lefevre (2009), a saúde é um campo social híbrido, pois envolve dois campos distintos e conflituosos – o especializado e o leigo –, os quais, por sua vez, envolvem uma lógica objetiva da saúde, relacionada à visão de saúde própria do especialista sanitário e a uma lógica subjetiva advinda do próprio cidadão.

O caráter híbrido do campo da saúde/doença [...] está ligado a um conflito potencial e real entre a lógica sanitária própria do especialista – baseada na ciência e tecnologia e geradora de produtos e serviços ditos de “saúde” que o homem precisa comprar no mercado – e a lógica do senso comum, própria do cidadão leigo, que mesmo difusamente sente como um movimento de perda de si mesmo a

transferência da gestão e do controle de seu corpo e de sua mente para o especialista e para o mercado, buscando por isso, ainda no “escuro”, recuperar para si o controle e a gestão deste corpo e desta mente. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2009, p. 25).

Não obstante, para esse autor, o discurso e a prática sanitária baseada no paradigma médico-biológico entram em crise ao final do século XX (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). Uma nova forma de pensar e praticar a saúde torna-se necessária, novos atores, novos sistemas e novos modelos emergem na tentativa de sanar as lacunas existentes no modelo anterior.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 destaca a saúde como direito fundamental do ser humano e como dever do Estado o provimento desse direito. Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como uma política cujos objetivos é identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes de saúde, bem como formular políticas de saúde.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) define como princípios norteadores do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; o direito à informação; a publicização de informações; a participação social; a descentralização político-administrativa e a regionalização; a integração no âmbito executivo das ações de saúde; a conjugação de recursos; e a organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

O processo de descentralização político-administrativa do sistema público de saúde acaba se tornando um desafio à implementação de políticas públicas em saúde, principalmente das políticas de atenção primária (Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa Mais Médicos; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; **Programa Academia da Saúde**, Saúde na Escola; Telessaúde, dentre outros), tidas como não hegemônicas e em oposição à lógica mercadológica dos serviços de saúde.

Objeto de estudo desta tese, o Programa Academia da Saúde, instituído em 2011 no âmbito do Sistema Único de Saúde, têm por objetivo 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 atividades físicas e de lazer e modos de vida saudáveis (CONASS, 2013).

Dentre os diversos objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – incorporados ao Programa Academia da Saúde – destacam-se os seguintes: ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção da saúde; promover a mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a).

Para tanto, o Programa Academia da Saúde deve constituir um grupo de apoio à sua gestão, formado por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), por representantes da sociedade civil e por profissionais de outras áreas envolvidos no processo de implementação do programa, visando garantir a gestão compartilhada do espaço e a organização das atividades e das ações sociais. Essa condição está atrelada ao princípio norteador da PNPS, a participação social, e ao tema prioritário, a mobilização comunitária.

Para Giddens (1991, 2009), a associação comunitária – ou os movimentos sociais, como destacado por ele – serve de potencial transformador do futuro. Ademais, a articulação de grupos e segmentos sociais remete a um processo de distribuição de poder, que na promoção da saúde é chamado de empoderamento (*empowerment*). “O poder não é, como tal, um obstáculo à liberdade ou à emancipação, mas seu próprio veículo – embora seja uma insensatez, obviamente, ignorar suas propriedades coercivas” (GIDDENS, 2009, p. 303).

O poder, em seu sentido mais amplo, é um meio de conseguir que as coisas sejam feitas. Numa situação de globalização acelerada, procurar maximizar a oportunidade e minimizar os riscos de alta-consequência requer o uso coordenado do poder. Isto vale para a política emancipatória bem como para a política da vida. A solidariedade para com as aflições dos oprimidos é integral a todas as formas de política emancipatória, mas alcançar as metas

envolvidas depende com freqüência da intervenção da influência dos privilegiados. (GIDDENS, 1991, p. 176).

Na Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), engendrada no ano de 2006, assume-se que o binômio saúde e doença está envolvido com os modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico (BRASIL, 2010). Coloca como temáticas prioritárias: alimentação saudável e adequada, práticas corporais e atividade física, enfrentamento do uso de tabaco, todas reforçadas junto ao Programa Academia da Saúde.

Após essa reflexão introdutória, a tese apresenta como problema a ser respondido: de que forma o modelo ou a concepção de saúde, com interfaces ao campo sociológico, que aparece ao final do século XX, e presentes na promoção da saúde, se [re]constrói e se [re]produz junto aos atores inseridos no contexto do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás?

Toma-se por hipótese que a promoção da saúde, ainda que trate de um conceito que visa o empoderamento social e a participação comunitária, sob uma perspectiva positiva da saúde, mostra-se, junto ao Programa Academia da Saúde, sob o caráter preventivista, utilitarista e de racionalidade físico-sanitária.

O objetivo central deste estudo consiste em analisar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde junto ao Programa Academia da Saúde e sua configuração no contexto microespacial. Busca-se, a partir de uma reflexão sociológica, compreender as nuances presentes entre os pressupostos teóricos que fundamentam a criação dessa política e o campo empírico investigado.

Considera-se a tese como um estudo de cunho exploratório-descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, associando múltiplos métodos e técnicas de pesquisa e coleta de dados. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética (UFG), por meio da Plataforma Brasil, em 17 de fevereiro de 2017, e aprovada pela referida instituição em 27 de março de 2017, em Parecer Consubstanciado n. 1.986.240. Ademais, em virtude de parte do estudo necessitar de dados e documentos disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Goiás (SES-GO), também foi submetido ao parecer do Comitê de Ética Local da Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho (SES-GO), Parecer Consubstanciado n. 2.013.011, aprovado em abril de 2017.

Ressalta-se que a pesquisa buscou cumprir os preceitos éticos, focalizando os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Não obstante,

compreende-se que os estudos em Ciências Sociais possuem instrumentos próprios do campo e a realização de entrevistas e observação direta *in loco* pode gerar desconforto aos sujeitos participantes, tanto pela presença da pesquisadora quanto em relação a algum item do roteiro aplicado. Sendo assim, vale destacar que o sujeito teve toda liberdade/autonomia de recusar-se a participar e aqueles que consentiram em dela fazer parte terão garantidos seus direitos de anonimato e confidencialidade.

As seções que se seguem debatem sobre os paradigmas e suas mudanças no campo da saúde, suas influências na conformação de políticas e programas de saúde, em específico a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Academia da Saúde, que apresentam o cenário do programa nos territórios e analisam as dinâmicas [re]produzidas e presentes nos discursos e nas ações engendradas no contexto microespacial do programa.

2 CONCEPÇÕES, PARADIGMAS E (DES)CONSTRUÇÕES EM DIREÇÃO À SAÚDE COLETIVA E À PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em certos momentos, o verdadeiro saber está no flou, no aspecto trêmulo e palpitante do que vive. É aí que se aloja o pouco de verdade, a verdade aproximativa à qual é possível aspirar. Há nesse paradoxo uma verdadeira exigência intelectual, a que vai ao encontro do espírito do tempo, a que se dedica a levar a sério os sonhos coletivos, sem, para tanto, encerrá-los nos ditames dos preconceitos teóricos.

(Michel Maffesoli, 2006, p. 05)

Nesta seção propõe-se discorrer acerca de concepções, perspectivas e paradigmas que constroem e reconstroem a noção de saúde. As formas com que interagimos, trabalhamos e manipulamos o ambiente ao longo do tempo e em determinado espaço geográfico refletem na maneira com que entendemos a saúde.

Há de se considerar, ainda, que as (des)construções de paradigmas de saúde envolvem relações de poder, dominação e disputas de forças e interesses que se colocam, por vezes, “naturalizados” no cotidiano dos indivíduos e na sociedade. A própria ciência, em especial a ciência médica, historicamente tem se legitimado como detentora dos conhecimentos relativos à saúde (FOUCAULT, 1977, 1984, 2006; LOPES, 1970; ROSEN, 1979; SCLIAR, 2005).

2.1 O percurso da saúde na história humana e a hegemonia do modelo de saúde ocidental: o modelo biomédico

Para iniciar uma reflexão sobre o surgimento da perspectiva de promoção da saúde é fundamental apresentar não apenas a linha cronológica e evolutiva da saúde,³ mas os processos, as disputas e as crises paradigmáticas que resultaram em sua configuração atual. A ascensão de um paradigma é caracterizada pelo arqueamento daquele que o antecede (SANTOS, 2008).

A crise de um paradigma é oportunizada entre as condições sociais e condições teóricas. Desse modo, é possível evidenciar que as mudanças sociais

³ Aponta-se o termo “saúde” sob o aspecto teórico e epistemológico.

(costumes, valores, crenças, comportamentos) ocorrem de forma interdependente às mudanças teóricas. Logo, o paradigma dominante sucumbe à crise, uma vez que o aprofundamento do conhecimento permite ver as limitações e as fragilidades dos pilares em que este se funda (SANTOS, 2008).

O termo “paradigma”, originário do latim *paradéigma*, genericamente representa algo que serve de exemplo, modelo ou padrão. Não obstante, para Kuhn (1962), a definição desse vocábulo não deve limitar-se ao sentido de “exemplo”, “modelo” ou “padrão”. Para ele (1962, p. 55), significa *sui generis* a ciência, pois “[a]bandonar o paradigma é deixar de praticar a ciência que este define”.

No campo da saúde, é possível vislumbrar um embate entre ciências médicas e ciências da saúde; paradigma *flexneriano*⁴ e paradigma social da saúde, a prática preventivista e a promotora de saúde. Esse dualismo corresponde à luta entre dois polos distintos que intentam tornar-se aceitos e ter legitimadas suas concepções, práticas e ideais.

O paradigma eleito pela comunidade científica decorre do mérito encontrado para responder aos problemas dessa comunidade; por sua vez, o paradigma aceito é adotado como solução possível aos problemas descobertos (KUHN, 1962).

Enquanto isso, as dinâmicas social e científica elevam, de tempos em tempos, novas configurações, novos problemas, novos cenários que fazem emergir a necessidade de um novo paradigma. Observa-se, desse modo, o processo de saturação de um paradigma e a emergência de um novo tipo paradigmático.

Tomemos aqui a noção de saturação de Maffesoli (2010, p. 12) como um “[p]rocesso, quase químico, que dá conta da desestruturação de um dado corpo e que é seguida pela reestruturação desse corpo com os mesmos elementos daquilo que foi desconstruído”. Ademais, as mudanças paradigmáticas tratam-se de estruturas fundadas nas mudanças culturais e influenciadas pela temporalidade; logo, a saturação de um paradigma e a emergência de outro a partir da desestruturação de um, assim como a reestruturação do outro, estão estreitamente vinculadas às categorias tempo e espaço (MAFFESOLI, 2010).

⁴ Modelo que surge no início do século XX e ancora-se no paradigma biomédico, com enfoque a esfera biologicista, hospitalocêntrico, centrado na doença e na especialização profissional no campo da saúde.

No que toca aos paradigmas científicos, Kuhn (1962) reconhece que as descobertas ao longo da história humana geraram as transformações paradigmáticas, se não contribuíram muito para elas. Para esse autor (1962, p. 93),

[...] as mudanças nas quais essas descobertas estiveram implicadas foram, todas elas, tanto construtivas como destrutivas. Depois da assimilação da descoberta, os cientistas encontravam-se em condições de dar conta de um número maior de fenômenos ou explicar mais precisamente alguns dos fenômenos previamente conhecidos. Tal avanço somente foi possível porque algumas crenças ou procedimentos anteriormente aceitos foram descartados e, simultaneamente, substituídos por outros.

O pensamento maffesoliano acerca da mutação de início da ciência, em seguida societal, destaca sua relação com o processo de saturação. Como já exposto, a saturação remete a acomodação a uma condição social, cultural, intelectual e ideológica. A mutação é a quebra dessa lógica linear e conformista.

Mutação e transmutação sempre suscitam temor e terremotos. E é bem-sabido, de memória imemorial, que aquilo sobre o que repousa o conformismo, teórico ou existencial, é o medo. Conformismo metodológico e epistemológico que resulta do medo dos intelectuais literalmente siderados pelos grandes sistemas teóricos elaborados nos séculos XVIII e XIX. Conformismo cultural que, nas redações dos jornais, faz que se fale obrigatoriamente do livro, do filme, do espetáculo, da exposição da qual “é preciso” falar por medo de que se esteja perdendo algo importante. Medo da classe política que, diante das eleições, prefere seguir no sentido comum a inovar, propor ideias prospectivas mais afinadas com o espírito do tempo. (MAFFESOLI, 2010, p. 12-13).

A mutação apontada por Maffesoli (2010) se apresenta por meio do processo de disputa entre indivíduos, grupos e sociedades em determinado espaço e tempo, no qual cada grupo ou agente busca alterar ou manter o cenário vivenciado. As diferenças existentes, sejam entre indivíduos, sejam entre grupos, decorrem das posições sociais que eles ocupam em um cenário marcado pela temporalidade e espacialidade. Isso significa que a diferenciação social é capaz de gerar antagonismos individuais, enfrentamentos coletivos entre agentes situados em posições diferentes no espaço social (BOURDIEU, 1996).

Bourdieu (1996, 2001, 2004) coloca que a disputa existente entre agentes se relaciona ao campo de poder e de dominação, pois

[o]s agentes, com o seu sistema de disposições, com a sua competência, capital e interesses, confrontam-se, no interior deste jogo que é o campo, numa luta para fazer reconhecer uma maneira de conhecer (um objeto e um método), contribuindo assim para conservar ou transformar o campo de forças. (BOURDIEU, 2001, p. 89).

Vale destacar que o campo de poder é um espaço de relações de força e de dominação através da acumulação de tipos de capitais distintos (social, econômico, cultural, político, dentre outros), em que agentes suficientemente providos de um ou de vários tipos desses capitais podem dominar o campo correspondente e, quando ocorre o desequilíbrio no interior desse campo, ascende-se a disputas entre aqueles que dominam o campo e aqueles que são dominados por ele (BOURDIEU, 1996).

A saúde no decurso da história humana, como espaço social, apresenta-se como um campo de forças e disputas entre agentes em posições e *habitus*⁵ distintos. Do sagrado ao profano, reestabelecer a saúde se apresenta como um elemento-chave para a manutenção não apenas da espécie humana, mas também para a garantia de valores, culturas e crenças de uma sociedade específica.

Na história primitiva, o homem tinha em seus deuses e superstições as bases de sua vida cotidiana, estando suas condições de vida estreitamente ligadas à sua conduta de adoração e sacrifício aos deuses. Todos os acontecimentos advinham da vontade divina, desde o êxito na caça até a ocorrência de doenças e o falecimento de um integrante do grupo. O aspecto mágico-religioso no tocante ao processo saúde-adoecimento-doença ainda acontece nos dias contemporâneos. Não obstante, a partir do século XVIII o modelo biomédico torna-se hegemônico e legítimo na sociedade ocidental.

Com base nos estudos de Fontes (1995), Foucault (1977, 1984, 1987), Lopes (1970), Rosen (1979) e Scliar (2005) é possível comparar as características gerais

⁵ Bourdieu (1996, p. 22) assevera que “[o]s *habitus* são princípios geradores de práticas distintas e distintivas – o que o operário come, sobretudo sua maneira de comer, o esporte que pratica e sua maneira de praticá-lo, suas opiniões políticas e sua maneira de expressá-las diferem sistematicamente do consumo ou das atividades correspondentes do empresário industrial; mas são também esquemas classificatórios, princípios de classificação, princípios de visão e de divisão e gostos diferentes. Eles estabelecem as diferenças entre o que é bom e mau, entre o bem e o mal, entre o que é distinto e o que é vulgar etc., mas elas não são as mesmas. Assim, por exemplo, o mesmo comportamento ou o mesmo bem pode parecer distinto para um, pretensioso ou ostentatório para outro e vulgar para um terceiro”.

do modelo de saúde pré-moderno e do moderno, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Comparação entre a perspectiva da saúde pré-moderna e moderna

| Princípios | Modelo de Saúde Pré-moderno | | | Modelo de Saúde Moderno | |
|----------------------|-----------------------------|--------------------|---------------|-----------------------------|------------------------------|
| | <i>Mágico-Religioso</i> | <i>Hipocrático</i> | <i>Feudal</i> | <i>Biomédico (séc. XIX)</i> | <i>Flexneriano (séc. XX)</i> |
| Sagrado/Sobrenatural | Sim | Sim | Sim | Não | Não |
| Natural/Biológico | Não | Sim | Sim | Sim | Sim |
| Especialização | Não | Não | Não | Sim | Sim |
| Racionalização | Não | Não | Não | Sim | Sim |
| Social | Não | Não | Não | Sim | Não |
| Individual | Sim | Sim | Sim | Não | Sim |
| Coletivo | Não | Não | Não | Não | Não |
| Burocratização | Não | Não | Não | Sim | Sim |
| Quantificação | Não | Não | Não | Sim | Sim |

Fonte: elaborado pela autora, baseado em Rosen (1979) e Foucault (1977, 1984).

Pontua-se que o modelo de saúde se associa ao espaço, à linguagem e aos valores próprios da sociedade a que pertence. “O termo saúde, quer se refira à boa ou à má, designa um estado dinâmico de um organismo resultante da interação de fatores internos e ambientais que se dá em um cenário espaço-temporal” (ROSEN, 1979, p. 47).

Para Rosen (1979), a doença e a morte atormentam o homem desde sua origem e ambas refletem a forma em que vivemos no mundo, o que fazemos nele e com ele.

De acordo com Foucault (1977), o que é enunciado ou silenciado sobre o campo da saúde surge da articulação da linguagem médica com seu objeto – o corpo. Essa linguagem ganha volume e medida ao se manter nos âmbitos espacial e verbal, fundamentados no patológico.

[A] presença da doença no corpo, suas tensões, suas queimaduras, o mundo surdo das entranhas, todo o avesso negro do corpo, que longos sonhos sem olhos recobrem, são tão contestados em sua objetividade pelo discurso redutor do médico, quanto fundados como objetos para seu olhar positivo. As figuras da dor são conjuradas em benefício de um conhecimento neutralizado; foram redistribuídas no espaço em que se cruzam os corpos e os olhares. O que mudou foi a

configuração surda em que a linguagem se apóia, a relação de situação e de postura entre o que se fala e aquilo de que se fala. (FOUCAULT, 1977, p. 9).

A relação médico-paciente, até meados do século XX, sustentava-se na condição patológica e no adoecimento do indivíduo. Ademais, para Foucault (1984), a medicina moderna é uma prática social que se fortalece devido ao interesse capitalista em garantir corpos em condições mínimas para a produção e o trabalho. Para esse autor (1984, p. 47), “[f]oi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.

Para Agamben (2017) e Butler (2015) o que é tomado como conceito biológico é, na verdade, um conceito político. Na sociedade moderna, as intervenções impressas ao e no corpo pelas práticas médicas ou ginásticas, sob o escopo de alterar as condições físicas do sujeito, nada mais são do que decisões políticas e sociais.

Disso nasce a inadvertida, mas decisiva, função da ideologia médico-científica no sistema do poder e o uso crescente de pseudoconceitos científicos com fins de controle político: a própria captura da vida nua, que agora é maciça e cotidianamente realizada pelas representações pseudocientíficas do corpo, da doença e da imaginação individual. A vida biológica, forma secularizada da vida nua, que em comum com esta tem indizibilidade e impenetrabilidade, constitui, assim, as formas de vida reais como formas de sobrevivência, restando nelas não provada como a obscura ameaça que pode ser atualizada repentinamente na violência, na estranheza, na doença, no incidente. Ela é soberana invisível que nos olha por trás das máscaras estúpidas dos poderosos que, dando-se conta disso ou não, nos governam em seu nome. (AGAMBEN, 2017, p. 236).

Esse domínio médico sobre o corpo configura-se em um domínio social sobre o indivíduo, pois, como ressalta Le Breton (2006), é pelo corpo que o homem torna o mundo extensão de sua existência; sendo emissor e receptor, o corpo é [re]produtor de sentidos que levam à inserção do homem, de forma ativa, em dado espaço social e cultural.

A “**governamentalidade**”, apontada por Foucault (1984) como um exercício de poder do Estado em relação à população, levou ao desenvolvimento de aparatos específicos de governo e de um conjunto de saberes. No processo de

medicalização, o modelo hospitalocêntrico e curativista torna-se um sistema hegemônico e legítimo.

“[O]s sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influenciam muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua” (GIDDENS, 1991, p. 38). Nesse contexto, as relações de confiança servem para legitimar as ações e as posições tomadas pela expertise e pelo sistema de saúde estabelecido. Esse processo de dominação e poder é observado por Foucault (1984, 1987, 2006) como uma estratégia de dominação pelas disposições de manobras, táticas e técnicas.

Temos em suma que admitir que esse poder se exerce mais que se possui, que não é o “privilégio” adquirido ou conservado da classe dominante, mas o efeito de conjunto de posições estratégicas – efeito manifestado e às vezes reconduzido pela posição dos que são dominados. Esse poder, por outro lado, não se aplica pura e simplesmente como uma obrigação ou uma proibição, aos que “não têm”; ele os investe, para por eles e através deles; apóia-se neles, do mesmo modo que eles, em sua luta contra esse poder, apóiam-se por sua vez nos pontos em que ele os alcança. (FOUCAULT, 1987, p. 13).

Essas relações aprofundam-se na sociedade na medida em que atuam na [re]produção de gestos, comportamentos, hábitos e na maneira com que os indivíduos fazem uso de seus corpos. A construção de uma concepção de cuidado de si se submete, por vezes, à regra do “conhecer-te a si mesmo”, ou seja, é o despertar do sujeito sobre si mesmo. “O cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 11).

Agamben (2017) avança nesse debate sobre as relações de uso e cuidado de si, pois parte da percepção de que o cuidado envolve uma relação de domínio e regulação e são as relações de uso que tornam o cuidado de si preciso. Para ele (2017, p. 54), “[e]mbora seja a dimensão primária em que se constitui a subjetividade, a relação de uso continua na sombra e dá lugar a um primado do cuidado sobre o uso”.

Sob essa óptica da necessidade de “cravar a carne” humana destacam-se a atividade física/o exercício físico como mecanismo eficaz para a implantação de novos hábitos, costumes e modos de vida. Conforme aponta Le Breton (2006, p. 77), “[o] corpo também é preso no espelho do social, objeto concreto de investimento

coletivo, suporte de ações e de significações, motivo de reunião e de distinção pelas práticas e discursos que suscita”.

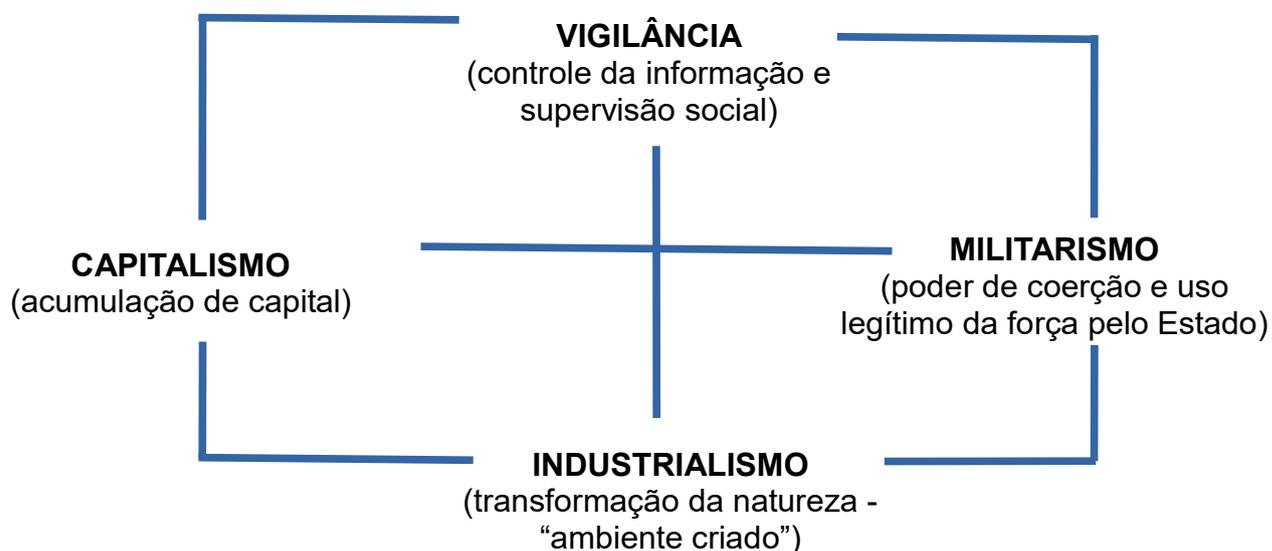
Sob esse arcabouço teórico no qual o corpo é uma construção social, Butler (2015, p. 58) assevera que “[...] o corpo é um fenômeno social: ele está exposto aos outros, é vulnerável por definição”. Não obstante, ela (2015, p. 58) ressalta que

[e]le não é, contudo, uma mera superfície na qual são inscritos significados sociais, mas sim o que sofre, usufrui e responde à exterioridade do mundo, uma exterioridade que define sua disposição, sua passividade e atividade. Evidentemente que a violação é algo que pode ocorrer e efetivamente ocorre com um corpo vulnerável (e não existem corpos invulneráveis) [...].

Foucault (1984), na obra *Microfísica do poder*, corrobora a assertiva de que a gênese da medicina social é marcada pela passagem de uma sociedade feudalista, rural e mercantilista para uma sociedade capitalista, urbana e para a formação de Estados-nação. Outro autor que evidencia essa mudança societal é Giddens (1991), acompanhando o pensamento Foucaultiano, ao referendar essa ruptura entre Estado moderno e Estado pré-moderno, pois as sociedades modernas se apresentam como um tipo de comunidade social que contrasta de maneira radical com os Estados pré-modernos.

Giddens (1991), inclusive, apresenta um esquema dimensional que visa a apontar os níveis institucionais da modernidade, conforme Figura 1.

Figura 1 – As dimensões institucionais da modernidade



Fonte: adaptado de Giddens (1991).

Destarte, para Giddens (1991, p. 188), “[e]m termos de agrupamento institucional, dois complexos organizacionais distintos são de particular significação no desenvolvimento da modernidade: o Estado-nação e a produção capitalista sistemática”. Logo, há de se considerar a hegemonia do pensamento europeu ocidental, inclusive no que toca à construção de modelos e paradigmas de saúde. Isso porque Estado-nação e capitalismo

[t]êm suas raízes em características específicas da história europeia e têm poucos paralelos em períodos anteriores ou em outros cenários culturais. Se, em íntima conjunção, eles têm se precipitado através do mundo, é acima de tudo devido ao poder que geraram. Nenhuma outra forma social, mais tradicional, foi capaz de contestar este poder no que toca à manutenção de completa autonomia fora das correntes do desenvolvimento mundial. É a modernidade um projeto ocidental em termos dos modos de vida forjados por estas duas grandes agências transformadoras? A esta pergunta, a resposta imediata deve ser “sim”. (GIDDENS, 1991, p. 188).

A formação da sociedade moderna baseou-se em áreas como a medicina e a educação física (atividade física): a primeira incorpora as suas práticas à racionalização, através de protocolos e uso de dados estatísticos sobre morbimortalidade; a segunda, por sua vez, também se apropria dessas características, como destaca Parreira (2014), visto que a esportivização se sustenta em racionalização, especialização, burocratização e quantificação.

Nesse cenário de formação de uma sociedade moderna capitalista, a medicina, ao incorporar elementos inerentes a essa sociedade, se apresenta como uma ciência clínica. Para Foucault (1977), essa estruturação do campo médico demarca claramente a mudança do paradigma mágico-religioso para o modelo biomédico e derruba a crença nos milagres e nas forças sobrenaturais ao transformar o “leito” do doente em um campo de investigação e de discursos científicos.

Outra questão importante remete à preocupação com a saúde da população, decorrente de uma convergência de interesses relacionados aos aspectos políticos, econômicos e científicos dominados pelo sistema mercantil. Essa convergência propiciou, ainda, a formação do Estado moderno no intento de gerar condições políticas, econômicas e sociais favoráveis aos negócios e aos interesses mercantilistas (FOUCAULT, 1984).

Desde o final do século XVI e começo do século XVII todas as nações do **mundo europeu** se preocuparam com o **estado de saúde** de sua população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo. O mercantilismo não sendo simplesmente uma teoria econômica, mas, também, uma prática política que consiste em controlar os fluxos monetários entre as nações, os fluxos de mercadorias correlatos e a atividade produtora da população. A política mercantilista consiste essencialmente em majorar a produção da população, a quantidade de população ativa, a produção de cada indivíduo ativo e, a partir daí, estabelecer fluxos comerciais que possibilitem a entrada no Estado da maior quantidade possível de moeda, graças a que se poderá pagar os exércitos e tudo o que assegure a força real de um Estado com relação aos outros. (FOUCAULT, 1984, p. 49, grifos nossos).

O mercantilismo torna o Estado um representante de seus interesses, já que “significa a transferência do interesse de lucro capitalista para a política” (WEBER, 1974, p. 165). A política mercantilista traz como condição prioritária a garantia de aproveitamento produtivo e de lucratividade no próprio país.

Os países europeus, nesse contexto, no intento de garantir uma força laboral produtiva e seu desenvolvimento econômico, engendram políticas focadas no aumento da população, na redução da mortalidade prematura e na condição sanitária. Claramente, nem todos os países assumiram essas três frentes de intervenção. França e Inglaterra, no século XVII, estavam preocupadas em estabelecer inquéritos sanitários relacionados à natalidade e à mortalidade. A questão nuclear relacionava-se ao aumento quantitativo das populações francesa e inglesa, sem nenhuma intervenção efetiva que impactasse na qualidade de vida e saúde dos habitantes dessas nações (FOUCAULT, 1984).

Foucault (1984) ainda apresenta, como contraponto às políticas criadas nos dois países citados, a política de saúde alemã. Para esse autor, a política de saúde concebida pela Alemanha, chamada de polícia médica, mostrava-se como uma prática médica centrada na melhoria da saúde da população, enquanto a política de saúde francesa preocupava-se em garantir uma volumosa população, com condições laborais satisfatórias.

Na França do século XVIII, as questões de política de saúde e social eram planejadas em função de sua posição mercantilista (ROSEN, 1979). Rosen (1979) expõe que a necessidade de políticas de saúde estava vinculada a princípios mercantilistas como a autossuficiência e a produtividade.

É possível, no início do século XVIII, vislumbrar um protótipo do que se teria posteriormente, como o modelo biomédico, base para as políticas estatais de saúde nos séculos XIX e XX. Como discorre Foucault (1984), a medicina social, delineada na sociedade ocidental, é formada por três etapas: medicina de Estado, medicina urbana e medicina operária.

Nesse prospecto, a medicina de Estado, vinculada à consolidação da polícia médica, apresenta o máximo de estatização. O modelo de saúde alemã, no final do século XVIII e início do século XIX, serve de exemplo para demonstrar o forte poder estatal na conformação da saúde sob o viés da medicina social. Foucault (1977, 1984) e Rosen (1979) destacam essa apropriação estatal da saúde com foco na condição de saúde da população em decorrência de um interesse no desenvolvimento econômico do País.

A necessidade de adensamento populacional se fundamentava no argumento de que, ao aumentar a população, proporcionalmente haveria um melhor desenvolvimento econômico dessa sociedade. “Essa ênfase quase fanática na densidade populacional era justificada por razões políticas, econômicas e militares” (ROSEN, 1979, p. 145).

Na Alemanha, assim como em outros países que seguiam essa tendência, assumia-se a seguinte visão: “[...] em primeiro lugar uma população densa; em segundo lugar, uma população materialmente provida; em terceiro lugar, uma população sob o controle do governo para que pudesse ser utilizada de acordo com as necessidades do poder público” (ROSEN, 1979, p. 147).

Uma medicina utilitarista e funcionalista se conforma às necessidades explicitadas pelo Estado. O aparato estatal apresenta-se, então, como um forte sistema coercivo e bastante organizado a garantir o desenvolvimento econômico.

A medicina urbana, desenvolvida na França, converge na criação de instituições hospitalares, na intensificação da medicalização da cidade e do movimento higienista. A vigilância das condições de saúde e o potencial de infestação e disseminação de doenças ascendem essa nova perspectiva médica na Alemanha moderna (FOUCAULT, 1984).

Foucault (1984) reforça que a medicina urbana fundamenta-se em três objetivos: 1) analisar espaços urbanos que, pelo acúmulo e confinamento de pessoas, pudessem propiciar a disseminação de doenças e condições epidêmicas e endêmicas; 2) controlar a circulação da água e do ar, uma vez que esses elementos

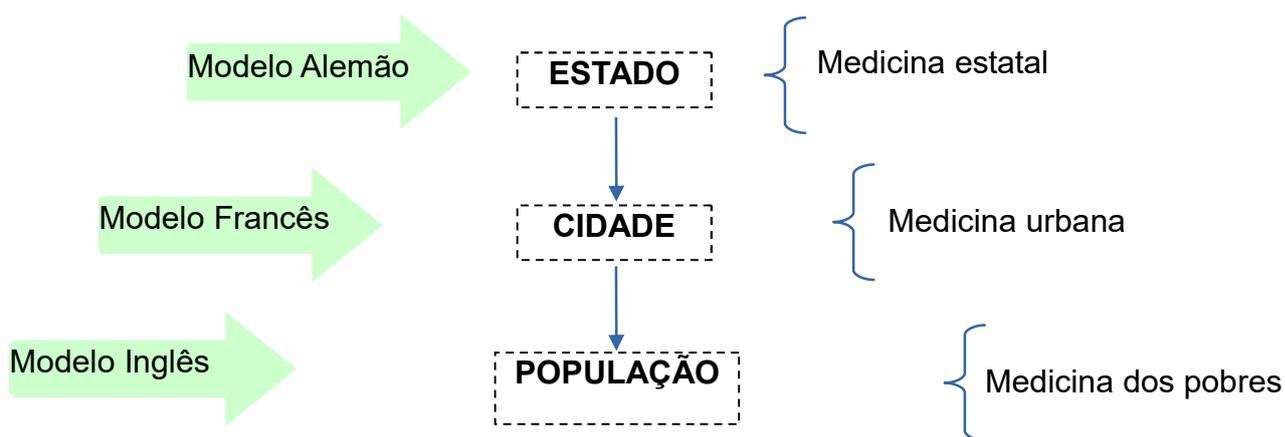
eram vistos com meios de propagação de doenças e enfermidades; e 3) organizar a cidade com foco na distribuição e no sequenciamento de esgoto e água. Um cenário epidemiológico marcado pelas doenças infecto-contagiosas.

A preocupação com o ar, a água e o solo, no século XVIII, é vista por Foucault (1979, 1984) como um processo de medicalização da cidade. Dessa forma, a medicina urbana configurava-se como uma medicina das coisas, ou seja, uma medicina das condições de vida e do meio de existência (FOUCAULT, 1984).

O terceiro tipo de medicina apontado por Foucault (1984) converge com as transformações referentes ao modo de produção inglês emergente, a industrialização, denominada de medicina de força de trabalho ou medicina dos pobres.

Conforme mostra a Figura 2, a constituição da saúde moderna apresenta, inicialmente, a valorização da ciência médica e sua hegemonia e, posteriormente, a construção de uma medicina hierarquizada, verticalizada, considerando-se os atores como maior acúmulo de capital político e econômico e exercício do poder político e econômico.

Figura 2 – Esquema de instituição da medicina alemã, francesa e inglesa no século XVIII



Fonte: elaborado pela autora com base em Foucault (1977, 1984).

Nessa tríade Estado-Cidade-População, o Estado se coloca no topo da pirâmide, como agente fundamental à elaboração de ações e políticas vinculadas à saúde. Sobre a soberania estatal e seu papel na incorporação de valores, crenças, atitudes e modos de vida, Bourdieu (1996, p. 92) assim se pronuncia:

[...] O Estado me fez entrar nele obrigatoriamente, como fez com todos os outros, e me tornou dócil em relação a ele, Estado, e fez de mim um homem estatizado, um homem regulamentado e registrado e vestido e diplomado e pervertido e deprimido, como todos os outros.

Outra questão presente na medicina moderna é a hegemonia médica, que se constrói com base no patológico e na legitimidade da autoridade médica. Nessa lógica, dois atores distintos e em polos antagônicos insurgem: o médico e o doente (FOUCAULT, 1977, 1984, 1987).

O modelo biomédico apresenta-se como o primeiro modelo de negação à doença, mas vislumbrando um mundo sem doentes (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). A autoridade perita desse modelo representa aquele com competência e expertise de combater a doença em um indivíduo específico, ou seja, naquele que é denominado paciente.

Essa relação binária médico-paciente se constrói fundada nas condições propiciadas pela modernidade, pois a noção de desencaixe e re-encaixe, apontada por Giddens (1991, 2009), leva a uma remodelação das relações sociais galgada na confiança em sistemas abstratos e no conhecimento perito. Para esse autor, um número maior de pessoas vive em circunstâncias nas quais instituições desencaixadas, vinculadas às práticas locais e a relações sociais globalizadas, atuam na vida cotidiana.

O médico, enquanto autoridade da saúde e detentor do conhecimento perito desse sistema, assume um papel de agente gerador de confiabilidade e fidedignidade no campo da saúde. “Os indivíduos em cenários pré-modernos, em princípio e na prática, poderiam ignorar os pronunciamentos de sacerdotes, sábios e feiticeiros, prosseguindo com as rotinas da atividade cotidiana. Mas este não é o caso no mundo moderno, no que toca ao conhecimento perito” (GIDDENS, 1991, p. 97).

O conhecimento perito institui novos valores, crenças e hábitos, que são reproduzidos pelo “paciente” em sua vida cotidiana. Isso é colocado por Giddens (2009, p. 70) como um processo de rotinização:

O conceito de rotinização, baseado na consciência prática, é vital para a teoria da estruturação. A rotina faz parte da continuidade da personalidade do agente, na medida em que percorre os caminhos

das atividades cotidianas, e das instituições da sociedade, as quais só o são mediante sua contínua reprodução.

Assim, a rotinização decorre das relações interpessoais entre agentes, gerando confiança nos sistemas abstratos e nos sistemas peritos. Esse processo de rotinização é realizado por meio da integração social e da integração de sistema, pois, conforme aponta Giddens (2009), a integração implica a reciprocidade de práticas, ocasionando uma relação de autonomia e/ou dependência entre atores e coletividades.

Quadro 2 – Tipologia giddensiana para integração

| Tipo | Conceito |
|------------------------------|---|
| Integração social | Reciprocidade entre atores em contextos de copresença. |
| Integração de sistema | Reciprocidade entre atores ou coletividades através do tempo-espaco ampliado. |

Fonte: Giddens (2009).

Logo, no primeiro tipo de integração, a social, evidencia-se a interação face a face, o que, no contexto da saúde, refere-se ao contato direto entre a autoridade médica e o **enfermo-paciente**. Já a integração de sistema concerne à reprodução de valores, crenças e hábitos, tanto em âmbito individual quanto coletivo, relacionada ao sistema de saúde legitimado e institucionalizado.

Destarte, entre médico e paciente situa-se uma linha de dominação engendrada pelo poder que a autoridade médica representa devido aos recursos que possui. Para Bourdieu (1983, 1996, 2001, 2004), essa condição de dominação decorre da acumulação de capital cultural e técnico-científico, necessária à formação médica e que torna o médico o ator dominante no campo da saúde.

Pautada, ainda, no pensamento bourdieusiano, essa acumulação de capital técnico-científico está envolta de luta pela autoridade científica e médica, visando assegurar um poder sobre os mecanismos constitutivos do campo da saúde. Como no campo científico, no campo da saúde identifica-se um

[...] sistema de relações objetivas entre posições adquiridas (em lutas anteriores), que é o lugar, o espaço de jogo de uma luta concorrencial. O que está em jogo especificamente nessa luta, é o monopólio da **autoridade científica** definida, de maneira inseparável, como capacidade técnica e poder social; ou, se quisermos, o monopólio da **competência científica**, compreendida

enquanto capacidade de falar e agir legitimamente (isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que é socialmente outorgada a um agente determinado. (BOURDIEU, 1983, p. 122-123, grifos do autor).

Enquanto Bourdieu trata da acumulação de capital específico para atuação em espaços sociais específicos, para Giddens há de se considerar que a dominação impõe a mobilização de dois tipos de recursos – recursos alocativos e recursos autoritários. “Os recursos são veículos através dos quais o poder é exercido, como um elemento rotineiro da exemplificação da conduta na reprodução social” (GIDDENS, 2009, p. 18).

A dominação decorre da distribuição assimétrica de recursos – alocativos e autoritários – e inerentes à associação social – integração social e de sistema. Para Giddens (2009, p. 39),

[o]s recursos alocativos referem-se a capacidade – ou, mais precisamente, a forma de capacidade transformadora – gerando controle sobre objetos, bens ou fenômenos materiais. Os recursos autoritários referem-se a tipos de capacidade transformadora gerando controle sobre pessoas ou atores.

Seja na perspectiva giddensiana de captação de recursos, ou bourdieusiana de acumulação de capital específico, resguardadas as diferenças teórico-metodológicas dos dois sociólogos em questão, é fundamental observar que as relações de poder e dominação no espaço social ou no sistema de saúde, na sociedade moderna, estavam ancoradas em uma relação binária e de dependência entre médico e paciente.

A ambivalência contida nas atitudes do indivíduo leigo em relação à ciência e ao conhecimento técnico reside no âmago da relação de confiança – em sistemas abstratos e/ou peritos – e se constitui pela ignorância (GIDDENS, 1991), “[p]ois só exige confiança onde há ignorância – ou reivindicações de conhecimento de peritos técnicos ou dos pensamentos e intenções de pessoas íntimas com as quais se conta” (GIDDENS, 1991, p. 101).

Ademais, o processo de estruturação da confiança em sistemas abstratos e peritos exige a construção de pontos de acesso que viabilizem a conexão entre indivíduos e sistemas.

Ancorado na teoria da estruturação, Giddens (1991) considera que as atividades humanas, por vezes, decorrem de um caráter recursivo e recriado pelos atores sociais a partir da interação entre eles em determinado tempo e espaço. Essa interação está permeada pelas relações de confiança, que para esse autor há duas formas de relação de confiança: a primeira remete à confiança em sistemas e a segunda à confiança em pessoas (Quadro 3).

Quadro 3 – Relações de confiança e suas características

| Relação de confiança | Tipo de compromisso | Condição |
|----------------------|-------------------------|--|
| Em sistemas | “sem rosto” – impessoal | Crença no funcionamento do conhecimento especializado. |
| Em pessoas/peritos | “com rosto” – pessoal | Advém da integridade e da competência mensurada em relação a outrem (no interior de arenas de ação dadas). |

Fonte: elaborado pela autora com base em Giddens (2009).

É importante ressaltar que há uma interdependência entre a relação de confiança entre sistemas e peritos, ficando isso demonstrado pelos pontos de acesso, pois eles “[s]ão lugares de vulnerabilidade para os sistemas abstratos, mas também junções nas quais a confiança pode ser mantida ou reforçada” (GIDDENS, 1991, p. 100).

A confiança é diferente do “conhecimento indutivo fraco”, mas a fé que ela envolve não pressupõe sempre um ato consciente de compromisso. Em condições de modernidade, atitudes de confiança para com sistemas abstratos são via de regra rotineiramente incorporadas à continuidade das atividades cotidianas e do dia a dia. A confiança, assim, é muito menos um “salto para o compromisso” do que uma aceitação tácita de circunstâncias nas quais outras alternativas estão amplamente descartadas. Ainda, assim, seria bastante equívoco ver esta situação como somente um tipo de dependência passiva, concedida com relutância [...]. (GIDDENS, 1991, p. 102-103).

A relação de confiança faz com que o paciente creia no diagnóstico emitido pela autoridade médica, que confie nos resultados de exames laboratoriais e na eficácia do medicamento prescrito pelo médico. Essa dinâmica – na qual acessamos os sistemas abstratos por meio de peritos e é possível gerar condições de [des]confiança – permite compreender que há uma tensão entre a manutenção do sistema ou a sua relutância. Giddens (1991) menciona que em situações nas quais a pessoa leiga vivencia uma experiência negativa ao buscar um perito técnico e não

obtém o resultado esperado aponta-se a fonte de vulnerabilidade para o sistema abstrato.

No sistema de saúde, o modelo biomédico trata de fortalecer os laços entre médico e paciente através de uma formação densa e específica, bem como pela coerção e disciplinarização dos corpos e indivíduos.

A organização da saúde, pautada no modelo flexneriano, caracteriza-se pela medicalização, pelo hospitalocentrismo, pela higienização e pelo controle e coerção de comportamentos e hábitos por meio do assistencialismo. Há de se considerar que o hospital é o espaço profícuo à disseminação do pensamento médico, bem como para o domínio desse pensamento.

Para Foucault (1979, p. 111), a organização hospitalar configura-se em um lugar de formação e transmissão de saber:

Mas vê-se também que, com a disciplinarização do espaço hospitalar que permite curar, como também registrar, formar e acumular saber, a medicina se dá como objeto de observação um imenso domínio, limitado, de um lado, pelo indivíduo e, de outro, pela população. Pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população.

Outra forma de disciplinarização e controle social são as práticas corporais, pois elas podem ser assumidas sob duas formas: uma para controlar, disciplinar e submeter a uma ordem hegemônica, e a outra para emancipar e **empoderar**, focada na autonomia do sujeito. Obviamente, por questões ora econômicas, ora políticas, a primeira forma encontra-se mais fortalecida e disseminada.

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo

(em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (FOUCAULT, 1987, p. 71).

Para Butler (2015), pensar a vida implica pensar a ontologia corporal e repensar as formas de poder e as condições sociais aplicadas à vida dos sujeitos que compõem determinada sociedade. Para ela (2015, p. 15), “[...] não é possível definir primeiro a ontologia do corpo e depois as significações sociais que o corpo assume”. Ademais, “ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social, e isso é o que faz da ontologia do corpo uma ontologia social” (BUTLER, 2015, p. 16).

[S]obre os direitos à proteção e o exercício do direito à sobrevivência e à prosperidade, temos antes que nos apoiar em uma nova ontologia corporal que explique repensar a precariedade, a vulnerabilidade, a dor, a interdependência, a exposição, a subsistência corporal, o desejo, o trabalho e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social. (BUTLER, 2015, p. 15).

O modelo de saúde que ascende no século XVIII, denominado de modelo biomédico, inicia, ao final do século XX, um processo de saturação, no sentido kuhniano, que permite a gênese de um modelo moldado em referenciais sociológicos. Em um primeiro momento, esse novo paradigma é chamado de medicina social, mas, no século XXI, passa a ser considerado o modelo de produção social da saúde. Esse novo paradigma serve de sustentáculo à gênese da promoção da saúde e de um pensamento que se ancora na determinação social da saúde e de iniquidades para compreender não somente a tríade saúde-adoecimento-doença, mas, também, a rede social, cultural, econômica e política que está envolvida nas condições de vida e morte de indivíduos em determinada sociedade.⁶

2.2 O paradigma emergente da saúde: produção social da saúde, a saúde coletiva e a promoção da saúde

2.2.1 Produção social da saúde e saúde coletiva

⁶ Nessa discussão acerca da construção de um modelo de saúde ancorado no pensamento social precisamos considerar o paradoxo biopolítica (Foucault) e tanatopolítica (Agamben) e as tensões sociais e políticas que emergem na contemporaneidade, visando compreender a ascensão desse novo paradigma de saúde que surge em meados do século XX.

A crise de um paradigma é gerada, inicialmente, em um contexto de transformações sociais e culturais de uma sociedade, que impactam nos sistemas estabelecidos e paradigmas hegemônicos. Retornemos a Kuhn (1962, p. 107), para quem as crises, seja qual for sua origem, “[...] são uma pré-condição necessária para a emergência de novas teorias [...]”. Não obstante, a mudança paradigmática decorre de um processo transitório que motiva a [re]construção de conceitos, princípios e teorias. Para esse autor (1962, p. 116):

A transição de um paradigma em crise para um novo, do qual pode surgir uma nova tradição de ciência normal, está longe de ser um processo cumulativo obtido através de uma articulação do velho paradigma. É antes uma reconstrução da área de estudos a partir de novos princípios, reconstrução que altera algumas generalizações teóricas mais elementares do paradigma, bem como muitos de seus métodos e aplicações. Durante o período de transição uma grande coincidência (embora nunca completa) entre os problemas que podem ser resolvidos pelo antigo paradigma e os que podem ser resolvidos pelo novo. Completada a transição, os cientistas terão modificado a sua concepção da área de estudos, de seus métodos e de seus objetivos.

Mesmo havendo divergências teórico-metodológicas entre Kuhn e Bourdieu. Para Bourdieu⁷ (1983), essa condição de mudança de um paradigma em relação a outro está revestida de lutas e disputas de poder e dominação. “Na luta que os opõem, os dominantes e os pretendentes [...] recorrem a estratégias antagônicas profundamente opostas em sua lógica e no seu princípio” (BOURDIEU, 1983, p. 137). Desse modo, identificam-se três estratégias assumidas por esses dois agentes: 1) estratégia de conservação; 2) estratégia de sucessão; e 3) estratégia de subversão.

Aos dominantes compete assumir uma estratégia de conservação, visando garantir a manutenção do poder e sua hegemonia no campo. Aos “novatos”, ou pretendentes, existem duas estratégias: sucessão e subversão. O campo científico, por exemplo,

[...] designa a cada agente suas estratégias, ainda que se trate da que consiste em derrubar a ordem científica estabelecida. Segundo a posição que eles ocupam na estrutura do campo (e, sem dúvida, também segundo variáveis secundárias tais como a trajetória social, que comanda a avaliação das oportunidades), os “novatos” podem

⁷ Bourdieu advoga a condição da sociologia como ciência e tece críticas a posição kuhniana.

orientar-se para as colocações seguras das **estratégias de sucessão**, próprias para lhes assegurar, ao término de uma carreira previsível, os lucros prometidos aos que realizam o ideal oficial da excelência científica pelo preço de invocações circunscritas aos limites autorizados; ou para as **estratégias de subversão**, investimentos infinitamente mais custosos e arriscados que só podem assegurar lucros prometidos aos detentores do monopólio da legitimidade científica em troca de uma redefinição completa dos princípios de legitimação da dominação. Os novatos que recusam as carreiras traçadas só poderão “vencer os dominantes em seu próprio jogo” se empenharem um suplemento de investimentos propriamente científicos sem poder esperar lucros importantes, pelo menos a curto prazo, posto que eles têm contra si toda a lógica do sistema. (BOURDIEU, 1983, p. 138, grifos nossos).

Essas estratégias mencionadas por Bourdieu, relativas ao campo científico, estão presentes ao longo do processo de mudança paradigmática, especialmente durante a transição do paradigma anterior ao emergente.

Fontes (1995) ressalta que a emergência de um novo paradigma médico decorre do colapso do sistema de saúde em meados dos anos 1970. O modelo de saúde vigente – pautado nos princípios liberal, individualista, mercadológico, biologicista e hospitalocêntrico – não converge para as demandas e necessidades sociais postas no século XX.

As modificações no cenário epidemiológico e demográfico apontam a necessidade de um modelo de saúde que corresponda a essas mudanças e aos problemas de saúde que delas emergem.

Essas mudanças na atualidade, especialmente relacionadas às doenças crônicas e aos agravos não transmissíveis, proporcionam no contexto da saúde a necessidade de se repensar sua intervenção nos modos de vida fundados nos aspectos sociais, e não apenas sob os aspectos fisiológicos e biológicos.

Withelaw *et al.* (2001) enfatiza que, em razão da noção de promoção da saúde atuar em um cenário focado na coletividade, ou seja, na saúde coletiva, tornou-se uma área cuja popularidade é crescente nos últimos anos.

Desse modo, o modelo de saúde (a partir da concepção ampliada de saúde), discutido inicialmente no final do século XX, no norte ocidental, propaga-se aos demais países do ocidente como modelo a ser referenciado e reproduzido localmente.

Essa mudança da concepção e do modelo de saúde não surge de forma espontânea e atemporal, pelo contrário “[as] propriedades estruturais dos sistemas

sociais só existem na medida em que formas de conduta social são cronicamente reproduzidas através do tempo e do espaço” (GIDDENS, 2009, p. XXII).

Durante um longo período da história humana, ao se mencionar o conceito de saúde imediatamente vislumbrava-se a inexistência de doença ou de alguma enfermidade. Ademais, a doença ou enfermidade era originária de disfunções ou distúrbios físico-biológicos. Sendo assim, o modelo biomédico transforma-se em legítimo e hegemônico até meados do século XX. Contudo, em virtude da intensificação da urbanização e da transição epidemiológica emerge a construção social da saúde. Isso significa que, para além dos aspectos fisiológicos e psicológicos, a saúde é impactada pelos fatores sociais.

A crise evidenciada na saúde, em meados do século XX, decorre de uma crise ampla ocasionada por lacunas e deficiências encontradas no paradigma vigente, o modelo médico-biológico, e pela rápida mudança no sistema de valores e crenças sociais (FONTES, 1995).

Rocha e David (2015) afirmam que a ordem social vigente no final do século XX considera a saúde e a doença como codependentes das condições socioeconômicas, mas não exclusivamente delas.

[O]s fatores econômicos (renda, emprego e organização da produção) podem interferir positiva ou negativamente na saúde de grupos populacionais; que os ambientes de convivência e de trabalho podem gerar efeitos mais ou menos lesivos à saúde das pessoas; e que a cultura e os valores também podem interferir ampliando ou restringindo as possibilidades de saúde das pessoas, pelo valor que se atribui à vida, reconhecimento de cidadania, concepção de saúde, e forma como cada povo lida com as diferenças de gênero, etnia e até mesmo econômicas. (ROCHA; DAVID, 2015, p. 131).

Esse novo paradigma se constrói a partir da reflexividade da vida social, uma vez que, como aponta Giddens (1991, p. 49), “[...] as práticas sociais são constantemente examinadas e reformadas à luz de informação renovada sobre estas próprias práticas, alterando assim constitutivamente seu caráter”. Isso ocorre em razão daquilo que caracteriza a modernidade, a reflexividade, isto é, a reflexão sobre a natureza da própria reflexão (GIDDENS, 1991).

A transição paradigmática do modelo biomédico, *flexneriano* ou circular,⁸ ao de produção social da saúde, representa essa mudança das práticas sociais no campo da saúde e essa mudança da racionalidade para a reflexividade. De acordo com Ianni (2008, p. 41), “[a] reflexividade é o estágio supremo do poder esclarecido triunfante sobre a Terra, a natureza e os homens”. Para essa autora, a sociedade passa a se configurar como uma sociedade de risco, pois

As ameaças da vida, na sociedade industrial, metamorfoseiam-se em perigo; há uma globalidade da contaminação e das cadeias mundiais de alimentos e de produtos, o clima é envenenado, regras da vida cotidiana são reviradas; domina a carência sobre a abundância, os tratamentos médicos fracassam, os edifícios da racionalidade científica vêm abaixo, os governos também. Entra em colapso a idéia de controle, de certeza e de segurança. (IANNI, 2008, p. 41).

Giddens (1991) reforça essa percepção de falta de controle e de certeza na modernidade quando reconhece que é falsa a tese de que o aumento de conhecimento sobre a vida permite, em igual proporção, o controle sobre o destino da sociedade. A esse respeito, o próprio Giddens trata de debater sobre a questão do estágio em que se encontra a sociedade atual – moderna ou pós-moderna – e aqui se considera, como aponta esse autor, que em decorrência desse momento de transição paradigmática, em que coexistem o modelo tradicional de saúde e o modelo emergente da saúde, vivem-se as consequências da modernidade.⁹

A saúde passa a ser analisada para além do campo biológico, fisiológico e patológico, uma vez que sua existência ou ausência é influenciada substancialmente por decisões políticas e condições sociais engendradas.

Não há vida sem as condições de vida que sustentam, de modo variável, a vida, e essas condições são predominantemente sociais, estabelecendo não a ontologia distinta da pessoa, mas a interdependência das pessoas, envolvendo relações sociais reproduzíveis e mantenedoras, assim como relações com o meio ambiente e com formas não humanas de vida, consideradas amplamente. (BUTLER, 2015, p. 38).

⁸ Lefreve e Lefreve (2007) utilizam essa terminologia para tratar do pensamento biomédico hegemônico.

⁹ Para Giddens (1991, p. 63), “[n]ão vivemos ainda num universo social pós-moderno, mas podemos ver mais do que uns poucos relances da emergência de modos de vida e formas de organização social que divergem daquelas criadas pelas instituições modernas”.

Desse modo, organismos internacionais como a OMS e a ONU, com foco na Agenda 2030, propõem ações e políticas com vistas à equidade de gênero e melhoria nas condições de saúde e bem-estar da sociedade, visando impactar positivamente na vida das meninas, buscando erradicar e/ou reduzir o casamento e a gravidez precoces, o trabalho infantil, aumentar o acesso e a permanência delas na escola, dentre outras adscritas nos relatórios do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, em inglês), “Situação da população mundial”, desde 2016.

A saúde pública passa, então, a construir suas políticas e programas agregando esse novo paradigma de saúde.

Um conjunto de tradições acadêmicas estuda a **determinação social do processo de saúde e doença**: a medicina social latino-americana, a saúde coletiva no Brasil e o movimento de promoção à saúde no Canadá. Ainda que de maneira diversa em relação ao alcance e à radicalidade de suas posições como indagação quanto à ordem social vigente, todas concordam sobre a importância da organização social nos aspectos sanitários de um dado território e em uma época específica. (ROCHA; DAVID, 2015, p. 131, grifos nossos).

Carvalho (2013), Lefevre e Lefevre (2004, 2007) e Ianni (2008) reconhecem a crise e o esgotamento do paradigma biomédico, ou modelo de relação circular, decorrente da mudança do perfil sociodemográfico e epidemiológico, bem como a emergência de novos desafios e questões sociopolíticas, mostra-se ineficiente e repleto de lacunas devido à complexidade dos quadros sanitários.

Novos modelos, abordagens e paradigmas ascendem, como a Promoção da Saúde nos países de capitalismo avançado, tais como Canadá, Estados Unidos da América e demais países da Europa Ocidental; no Brasil, evidencia-se a Saúde Coletiva. No modelo brasileiro, o movimento sanitarista assume como princípios básicos e vinculados ao conceito de determinação social da saúde:

1) A saúde das pessoas passa a ser de interesse da sociedade, isto é, a sociedade é obrigada a proteger e assegurar a saúde de seus membros; 2) as condições sociais e econômicas influenciam a saúde e doença e estas precisam ser estudadas cientificamente; 3) as medidas que devem ser tomadas para a proteção da saúde são tanto sociais quanto médicas. (ROCHA; DAVID, 2015, p. 130).

O princípio primeiro apontando por Rocha e David (2015) converge à questão apresentada por Butler (2015) no que concerne à precariedade compartilhada, pois, se todas as vidas são precárias, logo a minha existência está estreitamente ligada a existência do outro. Para essa autora (2015, p. 72), “[...] estamos unidos uns aos outros nesse poder e nessa precariedade”. Logo,

[...] se minha capacidade de sobrevivência depende da relação com os outros – com um “você” ou com um conjunto de “vocês” sem os quais não posso existir –, então minha existência não é apenas minha e pode ser encontrada fora de mim, nesse conjunto de relações que precedem e excedem as fronteiras de quem sou. (BUTLER, 2015, p. 72).

A Promoção da Saúde e a Saúde Coletiva, ressalvadas as divergências entre as duas abordagens teórico-conceituais, emergem como correntes que buscam promover a saúde em âmbito individual e coletivo. Não obstante, a Saúde Coletiva constitui mais do que um movimento em prol da saúde, mas também um movimento social e político com forte influência teórico-conceitual crítico-reflexiva. Apresenta, ainda, fortes críticas aos modelos de saúde constituídos para atender as demandas globais e neoliberais, geradores de iniquidades sociais e desigualdades em saúde.

A saúde e a doença são compreendidas enquanto elementos polares advindos da historicidade do social na determinação da saúde e da doença (CARVALHO, 2013).

O modelo sanitário da Saúde Coletiva, próprio do cenário brasileiro, surge na década de 1970, coincidindo, inclusive, com o surgimento do modelo da Promoção da Saúde no mundo, e serve de sustentáculo ao Movimento Sanitário que trata da implantação da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde.

O Movimento Sanitário procura, em sua origem, realizar a incorporação crítica de elementos da produção internacional, entre as quais cabe destacar a de países como a Inglaterra, Cuba, Itália e Canadá. No processo de elaboração teórico-epistemológico procura romper com a orientação da sociologia funcionalista norte-americana mediante o diálogo com a produção da Medicina Social inglesa, com o Estruturalismo francês e com a Sociologia Política italiana. (CARVALHO, 2013, p. 95).

Mais do que um novo modelo teórico-conceitual em saúde, a Saúde Coletiva constituiu-se em um movimento de luta político-ideológica em busca de uma sociedade brasileira democrática, justa e igualitária.

O direito à saúde é tomado como garantia fundamental à vida e à dignidade e como exercício da cidadania. Carvalho (2013) destaca os três momentos-chave da Saúde Coletiva: 1) Saúde Preventivista, na década de 1970; 2) consolidação do modelo de Saúde Coletiva; 3) a nova “Saúde Coletiva” – defesa da vida, atenção integral, regionalização/territorialização, vigilância em saúde e promoção da saúde.

A Saúde Coletiva incorpora, em suas práticas, ideais e saberes, o conceito de determinação social da saúde e intenta, pelas políticas públicas de saúde, reduzir as iniquidades sociais existentes na sociedade pós-redemocratização política.

2.2.2 Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde é uma corrente recente no cenário da saúde pública mundial e brasileira e parte da premissa do conceito positivo de saúde, pois a compreende sob uma perspectiva ampliada e para além da ausência de enfermidades, ao contrário da prática preventivista, que busca antecipar ações para evitar o processo de adoecimento, bem como garantir o tratamento e controle das doenças. A promoção não está direcionada especificamente para a doença e os processos de adoecimento, encontrando-se focada na garantia da qualidade de vida e do bem-estar tanto individuais quanto coletivos (CZERESNIA, 2003; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, 2007).

Para Lefevre e Lefevre (2004, p. 34), “[...] para entender a Promoção de Saúde como mudança de paradigma é preciso também enfrentar uma discussão que permite distinguir Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, já que a prevenção está ainda associada ao antigo paradigma”.

Buss (2003), no intento de sanar a confusão existente entre promoção e prevenção, apresenta um quadro ilustrativo e comparativo dessas duas abordagens (Quadro 4).

Quadro 4 – Comparação conceitual e metodológica entre promoção e prevenção

| Categorias | Promoção | Prevenção |
|-------------------|--|---|
| Conceito | Positivo | Negativo |
| Modelo | Ampliado de saúde | Biomédico |
| Público | População em geral | Grupos e indivíduos específicos |
| Atuação | Rede de temas da saúde | Patologia |
| Estratégias | Ampla (diversas) | Restrita (específica) |
| Abordagens | Facilitadora | Direcionadora |
| Direção das ações | Oferecidas à população | Impostas aos grupos e indivíduos específicos |
| Objetivos | Mudar a situação da saúde individual e coletiva | Focalizar em re-estabelecer a saúde dos indivíduos e grupos específicos |
| Atores envolvidos | Organizações não governamentais; movimentos sociais; organismos governamentais e sociedade civil | Profissionais da Saúde |

Fonte: elaborado pela autora com base em Buss (2003).

Evidencia-se que a promoção da saúde emerge da necessidade de um novo modelo de saúde que coincida com o novo paradigma de saúde – chamado de produção social da saúde. Isso se deve ao fato de a transição demográfica e epidemiológica, bem como as mudanças climáticas, serem fatores que tornam necessário um novo modelo de saúde no final da década de 1970 e início da década de 1980.

A promoção da saúde é uma área que apresenta muitos desafios de cunho político, social e epistemológico. Isso reflete as vertentes distintas criadas para o campo: uma vertente tradicional, a promoção da saúde behaviorista e preventivista, e a outra denominada “Nova Promoção da Saúde”, que considera a determinação social da saúde (MINOWA, 2016).

Czeresnia (2003, p. 1) ressalta que “[o] discurso da saúde pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das últimas duas décadas, vêm articulando-se em torno da idéia de promoção da saúde”. Iniciada nos países de capitalismo avançado, tais como Estados Unidos da América, Canadá e Inglaterra, a concepção da promoção da saúde estendeu-se aos de economia emergente, a exemplo de Chile e Brasil.

Associada à perspectiva de promoção da saúde ascende também a vertente de Determinantes Sociais de Saúde (DSS), para a qual a saúde advém das relações

sociais vinculadas às condições de vida e trabalho dos sujeitos (ROCHA; DAVID, 2015).

No pós-guerra, a concepção de saúde da OMS no final da década de 1970 refere-se à necessidade de se integrar aos cuidados com a atenção médica o combate às causas da doença. Essa preocupação mobilizou a OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e culminou com políticas e projetos de intervenção em países com formações históricas diferentes, como Chile e Suécia. Para alguns autores, o reaparecimento do tema Determinantes Sociais da Saúde (DSS) está atrelado aos efeitos negativos do modelo neoliberal de desenvolvimento implantado nos anos 1980. Tal modelo teria aumentado as iniquidades em saúde [...]. (ROCHA; DAVID, 2015, p. 132).

Os DSS têm sido amplamente debatidos devido ao destaque a eles dado por organismos internacional como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas). No contexto brasileiro, o campo da Saúde Coletiva e representações como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Latinoamericana de Medicina Social (Alames) (ROCHA; DAVID, 2015) tecem críticas a essa definição devido a sua carência de base teórica crítica.

Retomando o contexto histórico-político da promoção da saúde, Labonte (2007) aponta a criação da Carta de Ottawa, na I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, como um marco para a ascensão de um novo modelo de saúde sustentado nesse contexto global e globalizante: o modelo de produção social da saúde e o modelo conceitual de determinação social da saúde. Para esse autor (2007, p. 181):

A Carta de Ottawa identificou, de forma abreviada, muitas das estratégias e tarefas desse campo emergente, a Promoção da Saúde, e literalmente escreveu sua prática inicial. Cada conferência internacional subsequente de promoção da saúde avaliou uma área diferente da Carta de Ottawa. Cada conferência subsequente também envolveu um número cada vez maior de profissionais de promoção da saúde, formuladores de políticas públicas e estudiosos de países em desenvolvimento. E desse modo, internacionalizando o que havia sido visto, inicialmente, como um campo de elite preocupado principalmente com a mudança de estilos de vida do mundo rico e pouco saudável.

O Canadá se apresenta como o primeiro território ocidental a discutir e a implantar ações vinculadas à nova perspectiva de saúde. Antecedente à I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, em 1986, o ministro nacional de saúde e bem-estar, Marc Lalonde, publica o documento denominado “*A new perspective on the health of Canadians: a working document*”, que aponta para a necessidade de uma nova saúde pública canadense.

Nos primeiros capítulos, Lalonde (1974) enfatiza que a visão tradicional da saúde possui limitações e que o novo modelo conceitual deve estar ancorado em quatro elementos: biologia humana (aspectos fisiológicos); ambiente; estilo de vida; e organização do cuidado à saúde (serviços de saúde), conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 5 – Quatro aspectos fundamentais da constituição do novo modelo de saúde canadense – Relatório de Lalonde

| Aspecto biológico | Aspecto ambiental | Aspecto comportamental | Aspecto organizacional/institucional |
|--|---|--|---|
| Condição física e mental. | Condição ambiental/externa. | Decisões individuais. | Organização do cuidado à saúde. |
| Organicidade individual. | O indivíduo tem pouco ou nenhum controle sobre esse aspecto. | Fatores de risco à saúde advindos de hábitos e comportamentos individuais. | Recursos que provenham o cuidado à saúde. |
| Inerente aos processos genéticos e fisiológicos. | Meio ambiente e meio social. Inerente aos processos de mudanças das condições ambientais, tais como a vigilância das condições do ar, da água e do solo que é consumido/utilizado. | | Rede de assistência e serviços de saúde. Definição de temas prioritários à agenda governamental e elaboração de políticas públicas de saúde. |

Fonte: elaborado pela autora, com base em Lalonde (1974).

O modelo proposto no Relatório de Lalonde (1974) serve como impulso para uma nova perspectiva de saúde – a promoção da saúde –, bem como para uma nova prática sanitária vinculada à vigilância em saúde. Conforme destacam Santos e Westphal (1999), a partir da concepção de saúde como uma condição multifatorial e de diversos elementos que a constituem, a nova prática sanitária necessita ampliar

suas ações, focadas nas necessidades sociais de saúde, e responder de forma integral acerca da globalidade existente no processo saúde-adoecimento-saúde.

Ainda acerca do Relatório de Lalonde (1974), o conceito de campo de saúde é um instrumento poderoso para analisar, identificar e monitorar os problemas de saúde, assim como para determinar as necessidades de saúde dos indivíduos e, por fim, subsidiar as decisões políticas voltadas à área de saúde.

Ademais, a concepção de campo da saúde atribui aos aspectos de biologia humana, ao ambiente e ao estilo de vida o mesmo nível de relevância que ao nível categórico de organização do cuidado à saúde. A perspectiva de produção social da saúde se apresenta a partir dessa configuração ampla dada ao conceito do campo de saúde, pois os problemas de saúde passam a ser considerados por meio da associação desses quatro aspectos adscritos.

Essa abrangência é fundamental porque garante, seja individual e coletivamente, todos os aspectos que influenciam na saúde. Desse modo, paciente, médico, cientista e governo são conscientes de seus papéis e de suas influências no nível da saúde. (LALONDE, 1974, p. 33, tradução nossa).

O Relatório de Lalonde é o produto que materializa o movimento de ascensão da promoção da saúde e sua gênese em berço canadense, pois apresenta os princípios fundantes dessa perspectiva de saúde ampliada que, no final do século XX, se propaga pelos continentes ocidentais, especialmente pelos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Globalmente, o “*Lalonde Report*” marca em primeira instância um documento governamental nacional de políticas públicas que identifica a promoção da saúde e suas chaves estratégicas para melhoria da saúde da população. Este documento entusiasma e estimula internacionalmente a promoção da saúde enquanto abordagem para planejamento e pode ser potencialmente usado por governos, organizações, comunidades e indivíduos [...]. (GREEN; POLAND; ROOTMAN, 2000, p. 2, tradução nossa).

O Relatório de Lalonde foi um instrumento impulsionador da promoção da saúde em outros países, tais como Estados Unidos, em 1979, pelo Departamento de Saúde, Educação e Bem-Estar Estadunidense; e Austrália, em 1993, pelo Departamento de Saúde, Habitação e Serviços Comunitários australiano (GREEN; POLAND; ROOTMAN, 2000).

Não obstante, esse primeiro movimento da promoção da saúde, ocorrido em meados dos anos 1970, foi criticado por teóricos e estudiosos do campo da saúde no final da década de 1980. Tal crítica aportava-se em teorias behavioristas, ou seja, comportamentais, e trazia em seu cerne a responsabilização do indivíduo acerca de sua condição de saúde e/ou adoecimento (CARVALHO, S. R., 2004).

Para Sérgio R. Carvalho (2004), diante das lacunas deixadas pelo relatório canadense, houve a necessidade de atualização do movimento em prol da Promoção da Saúde, marcado pela elaboração do relatório europeu da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre Promoção da Saúde, em 1984, e, *a posteriori*, pela realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986.

A OMS destaca que seu escritório regional da Europa apresenta o primeiro programa desse tipo, com foco na perspectiva da promoção da saúde e em subsidiar seus membros-estatais (WHO, 1984). Para elaborar esse documento, essa instituição contou com um grupo de trabalho, constituído em 1981, focando em desenvolver ações de promoção da saúde na Europa. Na introdução desse documento aponta-se o conceito de promoção da saúde na visão da OMS, para quem a

[...] promoção da saúde foi o início para representar uma unificação conceitual para reconhecer a necessidade de mudança e os caminhos e condições de vida a fim de promover saúde. Promoção da Saúde representa uma estratégia de mediação entre pessoas e seu meio ambiente, sintetizando as escolhas pessoais e responsabilidade social na saúde para criar um futuro saudável. (WHO, 1984, p. 2, tradução nossa).

Destarte, a saúde é vista como um recurso necessário por toda a vida e para que seja garantida é necessário um conceito positivo que enfatize os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas (WHO, 1984). Assim, à promoção da saúde instituem-se cinco princípios, conforme Quadro 6, apresentado a seguir.

Quadro 6 – Princípios da Promoção da Saúde segundo documento norteador de ações em Promoção da Saúde para a Europa, 1984.

| Princípios da Promoção da Saúde | |
|--|--|
| 1 | A promoção da saúde envolve a população como um todo no contexto de sua vida cotidiana, em vez de se concentrar em pessoas com risco para doenças específicas. |

(continua)

(conclusão)

| Princípios da Promoção da Saúde | |
|--|--|
| 2 | A promoção da saúde é direcionada para a ação dos determinantes ou causas da saúde. |
| 3 | A promoção da saúde combina diversos, mas complementares, métodos e abordagens. |
| 4 | A promoção da saúde visa, particularmente, a participação social efetiva e concreta. |
| 5 | Os profissionais de saúde – especialmente do cuidado primário à saúde – têm uma importante função de nutrir e desenvolver a promoção da saúde. |

Fonte: elaborado pela autora com base em WHO (1984).

Green, Poland e Rootman (2000) evidenciam que a promoção da saúde apresenta dimensões variadas, que estão vinculadas a cenários específicos. Ou seja, suas atividades e ações são planejadas, implantadas e avaliadas com base nas demandas e necessidades apresentadas por espaço ou cenário social. Nesse contexto, sustenta-se a intervenção por meio da promoção da saúde pela criação de cidades, ambientes e territórios saudáveis.

Ademais, a amplitude e a origem multidimensional da promoção da saúde a torna uma “saúde pública nova” (GREEN; POLAND; ROOTMAN, 2000), pois a promoção da saúde aporta-se na pesquisa epidemiológica, uma vez “[...] que considera o forte poder de influência dos determinantes de saúde, que se estendem para além dos fatores genéticos individuais e domínios comportamentais” (GREEN; POLAND; ROOTMAN, 2000, p. 4, tradução nossa).

Destaca-se que, no final da década de 1970, na Conferência de Alma Ata, um novo marco é atribuído à vertente da promoção da saúde denominada de “Nova Promoção da Saúde” (MINOWA, 2016). Minowa (2016) aponta que essa nova perspectiva reforça o entendimento da saúde enquanto direito humano e a pactuação internacional aponta a responsabilidade dos governos em garantir esse direito vinculado a outras condições de vida, tais como educação, saneamento básico, mobilidade urbana, lazer, dentre outras com foco na justiça social.

O grande marco histórico, social e político da promoção da saúde é a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em novembro de 1986, na cidade de Ottawa, no Canadá. Não obstante, outros documentos foram relevantes para a construção de elementos e aspectos norteadores e fundantes da perspectiva da promoção da saúde, como as demais cartas da promoção da saúde. Ademais, outros eventos e documentos servem de referência à área de promoção

da saúde: Declaração Universal de Direitos Humanos (1948); Declaração do Milênio das Nações Unidas (ONU, 2000); Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2012); Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade (ABRASCO, 2016). Como expõe Buss (2003, p. 15),

[p]ara além das motivações ideológicas e políticas dos seus formuladores, presentes nas referidas conferências, a promoção da saúde surge, certamente, como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde [...].

A perspectiva da promoção da saúde, como já apontado, insurge sob uma nova configuração da saúde pública, que se sustenta no novo paradigma da saúde – a produção social da saúde, visto como o paradigma emergente. Desse modo, novas práticas, novos processos, novas políticas e novas estratégias se apresentam, como: a vigilância em saúde, a promoção da saúde, o movimento de cidades e territórios saudáveis, a saúde coletiva e comunitária (CARVALHO, S. R., 2004; HEIDMANN *et al.*, 2006; SANTOS; WESTPHAL, 1999; WHITELAW *et al.*, 2001).

3 O NOVO PARADIGMA DE SAÚDE NO BRASIL: DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE À POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

[O] reconhecimento dos direitos dos usuários dos serviços pode ser um dos caminhos para o diálogo construtivo entre gestores e trabalhadores do SUS e a sociedade brasileira, na medida em que o seu cumprimento pode facilitar o envolvimento dos cidadãos na defesa do SUS.

(Paim, 2009, p. 137).

[U]ma nova institucionalidade para o SUS, que lhe permita consolidar a sua natureza pública, porém, não necessariamente estatal. Talvez assim deixe de ser refém das manobras da política partidária, do clientelismo e do corporativismo.

(Paim, 2009, p.138).

Novos paradigmas científicos emergem ao considerar-se que o paradigma vigente não corresponde mais às necessidades e às demandas teórico-sociais. As políticas públicas são construídas fundamentadas em novas demandas sociais e políticas, ancoradas em interesses, valores e crenças de determinados grupos sociais (SABATIER, 1995; SABATIER; WEIBLE, 2007).

Kingdon (1995, p. 105, tradução nossa), ao debater a escolha de uma agenda pública, explicita as seguintes questões: “Por que determinados assuntos ou temas ascendem à agenda e outros são negligenciados? Por que para algumas alternativas atribui-se mais atenção do que a outras?”. O mesmo autor responde a essas questões destacando o papel dos participantes e atores envolvidos nessas decisões. Para ele são participantes da construção de políticas públicas o Presidente, membros do Congresso, sociedade civil, lobistas, jornalistas, membros da Academia, dentre outros. Essas “[p]essoas reconhecem os problemas e através de suas propostas buscam mudanças pelas políticas públicas, e se engajam em atividades políticas como campanhas eleitorais e de grupos de pressão” (KINGDON, 1995, p. 105, tradução nossa).

Howlett, Ramesh e Perl (2013) fundamentam-se na posição de Thomas Dye para ratificar o papel de decisão do governo quanto à inserção de um tema/problema na agenda e à elaboração de políticas públicas. Ademais, destaca que

[o]s governos têm um papel especial na *policy-making* pública por força de sua capacidade de tomar decisões **oficiais** em nome dos cidadãos, isto é, decisões sustentadas por sanções contra quem as transgredir. Por isso, quando falamos em políticas públicas, estamos sempre nos referindo às iniciativas sancionadas por governos. Embora as atividades dos atores não governamentais possam e, muitas vezes, de fato influenciem as decisões políticas dos governos, e estes por sua vez deixem as implementações de políticas a cargo de organizações não governamentais (ONGs), os esforços e iniciativas desses atores não constituem, em si, política pública. Assim, por exemplo, o modo pelo qual a classe médica interpreta as causas do câncer de pulmão, as soluções que propõe, para a prevenção e a cura, podem ter alguma influência sobre o que o governo eventualmente venha a fazer a respeito dessa questão, em termos de uma política de cuidados para a saúde. Entretanto, a solução proposta pela classe médica para o problema não é em si mesma uma política pública. Somente as medidas que um governo adote ou endosse, por exemplo, a proibição de venda ou uso de tabaco, constituem de fato uma política pública. (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013, p. 6-7, grifo nosso).

A saúde pública brasileira apresenta, em seu contexto histórico e político, transições teórico-conceituais, políticas e sociais, especialmente evidenciadas após o processo de redemocratização, no final da década de 1980. Não obstante, como apresenta Mendes (1996, p. 15):

[...] a crise da saúde não constitui privilégio do Brasil, nem sequer dos países em desenvolvimento, sendo, portanto, universal. Em segundo, ela manifesta-se nas dimensões da ineficiência, da ineficácia, da iniquidade e da insatisfação da opinião pública. A ineficiência dos sistemas de saúde tem sua face visível na crise do financiamento, determinada, de um lado, por um constante e incontrolável crescimento dos custos em atenção médica e, de outro, numa irracionalidade na alocação dos recursos decorrente, em grande parte, da força política e ideológica do modelo médico hegemônico.

A visibilidade de novos atores e novos arranjos institucionais permitiu a mudança de um modelo de saúde assistencial ao modelo de atenção à saúde (BERTOLHI FILHO, 2011; MENDES, 1996; PAIM, 2009). “Embora o direito à saúde tenha sido difundido internacionalmente, desde a criação da Organização Mundial

da Saúde (OMS), em 1948, somente quarenta anos depois o Brasil reconheceu formalmente a saúde como direito social” (PAIM, 2009, p. 41).

As mudanças paradigmáticas na saúde refletiram em transformações nos modelos referenciais, nas práticas sanitárias, nos processos de trabalho em saúde, na organização dos serviços de saúde, e, especialmente, nas políticas públicas elaboradas. Carvalho (2013, p. 23) considera relevante destacar que

[...] os paradigmas da Saúde Coletiva, no Brasil, e o da Promoção da Saúde, surgido na década de 1970 nos países desenvolvidos. Ambos os modelos teórico-conceituais influenciam, aqui, o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), coincidindo em afirmar a importância do social na determinação do processo saúde-doença.

A criação de uma política pública decorre de diversos processos e interações entre instituições, atores e esferas governamentais. Diversos autores da área de políticas públicas destacam que é função exclusiva da esfera governamental buscar resoluções aos problemas sociais emergentes. Logo, essas resoluções, ou também chamadas de *outputs*, são as políticas públicas.

Para estudar ou analisar uma política pública é necessário compreender os processos, as interações e os atores envolvidos à sua construção. Ademais, é fundamental identificar os arcabouços teóricos e paradigmas que a sustentam.

Theoudoulou (1995), ao tentar responder os motivos que levam a fundamentar os estudos sobre o campo da política pública, assevera que há considerações teóricas, práticas e políticas importantes que servem para compreender a natureza da política pública nas sociedades modernas industrializadas. Sabatier e Weible (2007, p. 4) destacam, sinteticamente, que

[...] compreender o processo de política pública requer conhecimento dos objetivos e percepções de centenas de atores em todo o país envolvendo possíveis questões técnico-científicas e legais durante o período de uma década ou mais [...]. (tradução nossa).

Esse processo de política pública remete à análise do ciclo da política, desde sua inserção na agenda governamental até sua implementação, bem como o processo contínuo de avaliação. A etapa de avaliação subsidia a análise da política implementada e permite retratar as mudanças geradas após a sua implementação. Através da avaliação e análise, como pontua Theodoulou (1995, p. 91), “[...] pode

ser feito para antecipar possíveis resultados de políticas alternativas, de modo que possa ser feita uma escolha entre as várias opções ou possa ser usada para descrever os resultados e o impacto das políticas existentes” (tradução nossa).

É interessante pontuar que as políticas de saúde apresentam, no contexto brasileiro, essa preocupação em avaliar e mensurar o impacto das políticas de saúde. Uma das formas de levantar informações e realizar o monitoramento é através da aplicação de formulário eletrônico, o FormSUS.¹⁰ Ademais, o Ministério da Saúde possui outros meios para monitorar a implementação e acompanhar políticas, programas e ações, através de sistemas de informação, a exemplo do e-SUS e do e-Gestor, do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (Saips) e do Sistema de Monitoramento de Obras (Sismob).

Claro que nas mais diversas etapas do ciclo político¹¹ da política pública existem influências de grupos de interesses distintos, seja desde a defesa de determinada agenda e sua inclusão na pauta governamental até a sua implementação e avaliação. A tese ancora-se nessa prerrogativa para compreender a ascensão do novo modelo de saúde pela elaboração, implantação e implementação de políticas, programas e projetos de governo galgados na perspectiva da nova saúde pública, a saúde coletiva.

Não obstante, reconhece que a ascensão do novo modelo de saúde não implica a supressão do que o antecedeu, uma vez que os dois comungam de espaços distintos no sistema de saúde brasileiro.

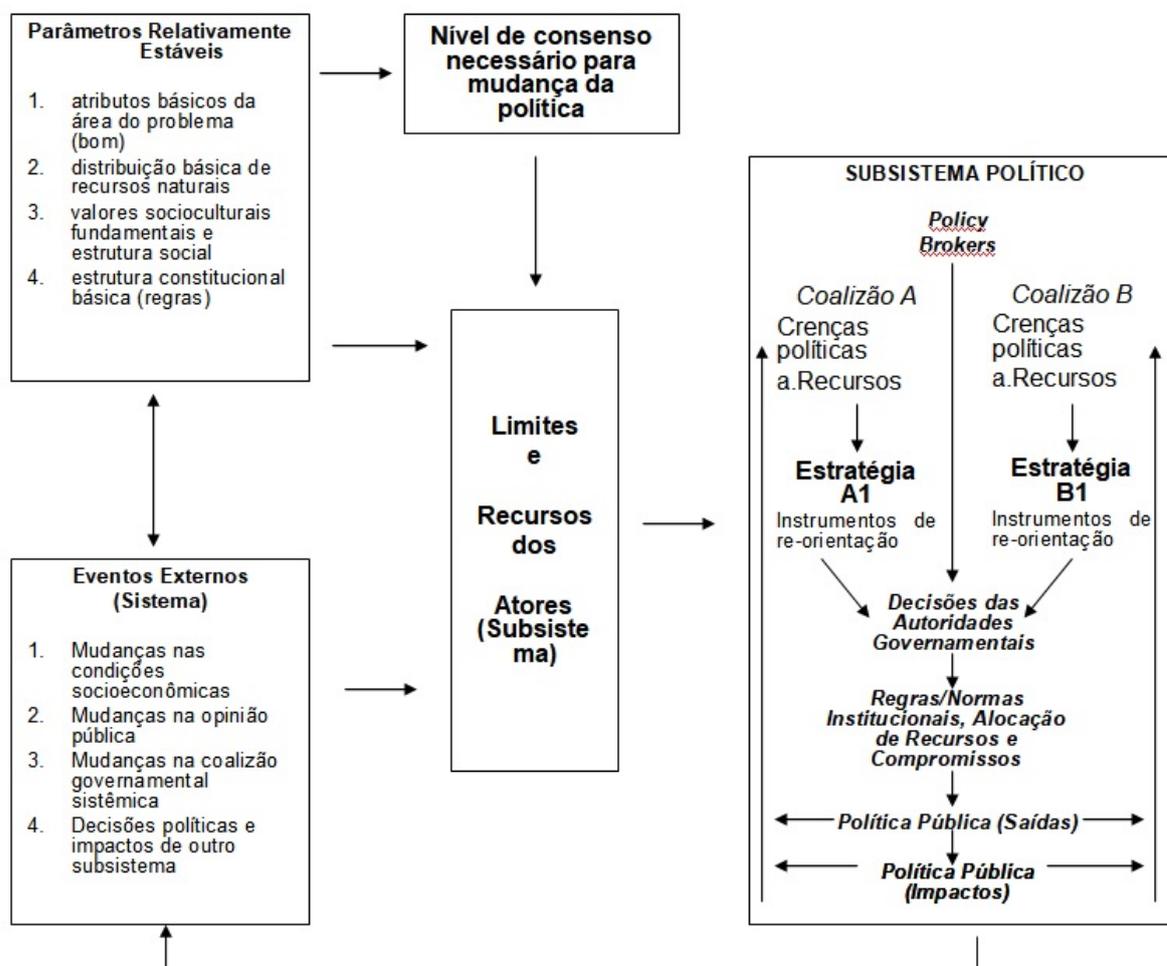
Destaca-se que dois grupos distintos atuam na saúde pública brasileira em busca de legitimar o modelo de saúde que advoga, bem como institucionalizar políticas, programas e projetos que estejam sustentados na concepção defendida.

Na ciência política, em específico na subárea de política pública, essa configuração da política, pautada na advocacia de determinada política pública, é chamada por Sabatier e Jerkins-Smith (1993) de modelo de coalizão de defesa (*Advocacy Coalition Framework – ACF*), apresentado na Figura 3. Ele evidencia as crenças, os valores e as ideias como dimensões importantes à formulação e à implementação de uma política.

¹⁰ O Programa Academia da Saúde, inclusive, é monitorado anualmente através de formulário estruturado, que é aplicado junto à gestão municipal e à gestão estadual.

¹¹ Howlett, Ramesh e Perl (2013) apresentam os cinco estágios do ciclo político-administrativo da política pública, que são os seguintes: 1. montagem da agenda; 2. formulação de política (desenho da política pública); 3. tomada de decisão; 4. implementação da política, e 4. avaliação da política.

Figura 3 – Diagrama do modelo de coalizão de defesa (*Advocacy Coalition Framework*)



Fonte: Sabatier e Weible (2007), tradução nossa.

No Brasil, as políticas de saúde – e o próprio Sistema Único de Saúde – foram e são elaboradas e organizadas por meio da disputa de grupos distintos inseridos no jogo político visando legitimar suas crenças, concepções e perspectivas acerca do campo da saúde.

Paim (2009) destaca que o sistema de saúde é formado por agentes (profissionais de saúde, trabalhadores da área) e agências (instituições e organismos públicos e privados). Admite-se ainda como agentes desse sistema outros sujeitos que compõem esse universo: os burocratas de médio e alto escalão, os políticos (legisladores), promotores e juízes, e a sociedade civil (usuários e conselheiros de saúde).

É importante pontuar a influência internacional na conformação das políticas públicas inseridas no contexto nacional e local, destacando as pautas e os temas tomados por organizações como a OMS e a Opas como prioritários e incorporados às agendas nacionais e locais.

Mendes (1996) examina, de forma sucinta, três elementos de reforma da saúde no contexto internacional que serviram de base à construção do modelo sanitário brasileiro: a europeia, a canadense e a latino-americana e caribenha. Observando as distinções existentes entre os três modelos mencionados, aponta que para analisar as diferenças entre as reformas sanitárias é necessário considerar determinados aspectos que as envolvam: o processo, o objeto, o conteúdo, o sentido e a inspiração (MENDES, 1996).

Quadro 7 – Modelos de reformas sanitárias que inspiraram o movimento de reforma sanitário brasileiro

| Aspectos | Modelo de reforma sanitária | | |
|-------------------|---|--|---|
| | Europeu | Canadense | Latino-americano e caribenho |
| Processo | Forma processual (propositiva-dialógica) | Forma processual (propositiva-dialógica) | Forma discreta (técnico-economicista) |
| Objeto | Eficiência no sistema de saúde | Cidadania em saúde | Eficiência no sistema de saúde |
| Conteúdo | Técnico-burocrático; Racionalização do sistema; Enfoque nos resultados e contenção de custos. | Direito à saúde; Respeito aos direitos dos cidadãos; Descentralização; Promoção da saúde; Preventivista; Intersetorialidade. | Técnico-burocrático; Racionalização do sistema; Enfoque nos resultados e contenção de custos. |
| Sentido | Centrífuga; Modelo <i>top-down</i> (de cima para baixo) | Centrípeto; Modelo <i>bottom-up</i> (de baixo para cima) | Centrífuga; Modelo <i>top-down</i> (de cima para baixo) |
| Inspiração | Racionalizadora-tecnocrática | Político-ideológica | Racionalizadora-tecnocrática |

Fonte: elaboração própria, com base em Mendes (1996) e Levino e Carvalho (2011).

Para Mendes (1996), a reforma sanitária brasileira atentou-se à proposta ampla de saúde do modelo canadense, mas sem desconsiderar pontos apontados pelos demais modelos, especialmente relacionados à racionalização econômica do sistema.

Assim, foi influenciado pelo modelo canadense, que se orientava pela concepção da saúde enquanto direito dos cidadãos, organizada de forma

descentralizada, ancorada na perspectiva da promoção da saúde, prevenção de doenças e na cooperação intersetorial, como aponta Mendes (1996). O movimento reformista sanitário brasileiro traz junto suas aspirações e objetivos de construir um novo sistema de saúde democrático, com interface nas ciências sociais, especialmente na sociologia, influenciando, inclusive, o processo político de redemocratização do Brasil.

Antes desse processo, na década de 1980, o sistema de saúde pautava-se no modelo assistencialista, hospitalocêntrico, fragmentado e com enfoque na medicina preventiva e curativa. Durante o regime militar, iniciado em 1964, a privatização dos serviços de saúde foi incentivada pelo governo e isso propiciou, segundo Castro e Fausto (2012, p. 176), o investimento privado no setor e ocasionou a expansão e a crise do modelo médico-previdenciário: “Nessa época, internacionalmente, discutiam-se os efeitos negativos da medicalização e da elitização da prática médica, bem como a profunda desigualdade existente entre o estado de saúde dos povos [...]”.

O sistema de saúde brasileiro tendia, cada vez mais, a se assemelhar com a medicina americana. Havia uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – prestadoras de serviços de saúde, muitas vezes dirigidas a uma mesma clientela, deixando milhões de pessoas excluídas da atenção, ou recebendo serviços de baixa qualidade. (PAIM, 2009, p. 38).

Inquietações e críticas emergidas no contexto internacional constituíram-se em propulsoras do movimento sanitarista brasileiro, que corroborou para a reorganização do sistema de previdência e de saúde ao final da década de 1970.

No Brasil, ao final da década de 1970, o movimento sanitarista apresenta como propósito a construção de uma saúde pública dissociada da lógica capitalista e neoliberal. Desse modo, objetivava-se a construção de uma saúde brasileira ancorada no paradigma de produção social da saúde, como um mecanismo de resistência política e ideológica em busca de uma sociedade mais justa e democrática (BERTOLHI FILHO, 2011; COHN, 2003; COTTA, 2013; PAIM, 2009).

Paim (2009) descreve que o sistema de saúde brasileiro, que antecedeu ao Sistema Único de Saúde (SUS), era insuficiente, desorganizado, ineficiente, ineficaz, inadequado e descoordenado, além de refletir o tipo de governo daquele momento histórico: autoritário, centralizado, corrupto e injusto.

Justamente para enfrentar aquele decálogo de problemas e democratizar a saúde no Brasil foi organizado um movimento social, composto por segmentos populares, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde, que propôs a Reforma Sanitária e a implantação do SUS. Instituições acadêmicas e sociedades científicas, como a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), entidades comunitárias, profissionais e sindicais, constituíram um movimento social na segunda metade da década de 1970, defendendo a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços. Trata-se do movimento da RSB, também conhecido como movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde. (PAIM, 2009, p. 39-40).

Ao final dos anos 1980, o movimento reformista, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, aponta princípios e diretrizes norteadores do SUS. O texto constitucional, em 1988, já reconhecia a saúde como direito de todos e dever do Estado. Logo, legitimava a criação de um sistema de saúde universal, integral e descentralizado. Acrescenta-se que “[a]s mudanças econômicas e políticas que se deram, especialmente a partir dos anos 80, determinaram o esgotamento do modelo médico-assistencial privatista e sua substituição por um outro modelo de atenção à saúde” (MENDES, 1996, p. 60).

Ainda que a saúde pública brasileira tenha sido influenciada pelo movimento sanitário, cujos objetivos são garantir uma saúde pública gratuita, universal, integral, descentralizada, democrática e participativa; não é possível ignorar a forte influência de organismos internacionais – como o Banco Mundial – como figuras que defendem a privatização e a lógica do mercado no campo da saúde.

Os princípios norteadores do SUS foram construídos galgados em um projeto maior de democratização e de garantia da cidadania, sendo fundamentais os seguintes: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; o direito à informação; a publicização de informações; a participação social; a descentralização político-administrativa e a regionalização; a integração no âmbito executivo das ações de saúde; a conjugação de recursos; e a organização dos serviços públicos (BRASIL, 1990).

Para Mendes (1996, p. 58), por ser a construção do SUS um projeto sócio-político, há de se considerar que

[o] SUS tem, também, dimensão ideológica, uma vez que parte de uma concepção ampliada de processo saúde-doença e de um novo paradigma sanitário, dela derivado, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural. Essa dimensão cultural, necessariamente, introduz, por sua natureza intrínseca, um elemento de temporalidade longa ao processo de implantação.

A crise do sistema de saúde no Brasil, no final do século XX, não se tratava de uma crise apenas no contexto local, mas era perceptível aos olhos das organizações internacionais – Organização Mundial da Saúde e Nações Unidas –, instalando-se no modelo de saúde estabelecido e predominante. No Brasil, sair da crise ensejava romper com o modelo de saúde, ou seja, “[...] transitar de um modelo de atenção médica, fruto do paradigma *flexneriano*, para um modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma da produção da saúde” (MENDES, 1996, p. 66-67).

A agenda da saúde apontava, nesse contexto reformista, para a necessidade de criação de políticas públicas que contemplassem essa nova saúde pública brasileira, a Saúde Coletiva. Machado e Baptista (2012, p. 155) destacam como principais exemplos “[...] a Política Nacional de Saúde Mental, a Política de Combate à Aids e a Estratégia Saúde da Família”. Para Castro e Fausto (2012), estratégias e programas com foco na Saúde da Família colocaram a Atenção Primária à Saúde (APS), também chamada de Atenção Básica (AB),¹² no cerne da agenda governamental e política no País.

As lógicas organizativas dos níveis de atenção da saúde são distintas. A atenção primária estrutura-se descentralizadamente, em cada município, nos territórios de abrangência, seu sujeito é hegemonicamente coletivo e sua base organizacional é a epidemiologia; ao contrário, os níveis secundário e terciário devem, por razões de economia de escala e de disponibilidade de recursos, ser relativamente centralizados, o seu sujeito é hegemonicamente individual e sua base organizacional é a clínica. (MENDES, 1996, p. 268).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹³ destaca que a atenção básica é “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que

¹² A PNAB considera “atenção básica” termo equivalente a “atenção primária à saúde”.

¹³ Refere-se à publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2012, vinculada à Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, que subsidiou a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2014.

abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...]” (BRASIL, 2012, p. 19).

Anteriormente à construção de uma política nacional com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), outro arcabouço legal que serve de sustentação à criação da PNPS, primeira versão de 2006, foi o Pacto pela Saúde 2006, como mecanismo para a consolidação do SUS e aprovação de diretrizes operacionais desse pacto. Três componentes conformam o Pacto pela Saúde: 1) Pacto pela Vida; 2) em Defesa do SUS; e 3) de Gestão (BRASIL, 2006b).

O pacto trata da promoção da saúde como um dos temas prioritários e impõe a elaboração e a implantação da política nacional com destaque para a

[...] ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular alimentação saudável e combate ao tabagismo. (BRASIL, 2006b, p. 2).

A maneira com que o pacto apresenta a promoção da saúde, sob uma visão preventivista e de mudança comportamental e individual, formaliza o primeiro modelo de promoção da saúde, pois aponta como objetivos:

Enfatizar a **mudança de comportamento** da população brasileira de forma a internalizar a **responsabilidade individual** da prática de **atividade física regular, alimentação adequada e saudável** e **combate ao tabagismo**;

Articular e promover os diversos programas de **promoção de atividade física** já existentes e apoiar a criação de outros;

Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável. (BRASIL, 2006b, p. 5, grifos nossos).

No mesmo ano de publicação do Pacto pela Vida, em 2006, também foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que se configura como um marco a essa nova forma de olhar a saúde, baseada nos marcos teórico-conceituais da própria promoção da saúde, com ênfase na Carta de Ottawa. Não obstante, as ações previstas na PNPS tratam de elencar temáticas preventivistas, visando reduzir o sedentarismo e a inatividade física. Ainda, na primeira versão as ações de

promoção da saúde são consideradas necessárias em todos os níveis da atenção, especialmente na atenção primária à saúde (APS).

Para Buss & Carvalho (2009, p. 2313) dentre as críticas que são direcionadas a primeira versão da PNPS são que

[...] as estratégias promocionais, assim como o desenho e implementação de políticas públicas para a saúde, têm esbarrado na estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, no predomínio da cultura setorial e competitiva, na ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e no predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde.

Evidencia-se que na construção da política de promoção da saúde, de elaboradores da política aos tomadores de decisão, na versão 2006, não oportuniza a participação ampliada de diversos segmentos e atores sociais, como menciona Malta et. al. (2016), a proposta de construção da política de forma dialógica limitou-se a participação de representantes do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde e pesquisadores da área.

O processo dialógico aí enunciado, entretanto, não ultrapassou as fronteiras da relação entre Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e alguns membros da academia, mas contribuiu para a análise da situação de saúde do Brasil, para a sistematização de boas práticas em Promoção da Saúde no SUS e, fundamentalmente, avançou no delineamento de sete “estratégias” para impulsionar a Política (MALTA et. al., 2016, p. 1685)

Essa lacuna quanto à participação e ampliação da representatividade da sociedade civil na criação da primeira versão se apresenta no processo de revisão e reelaboração da PNPS, publicada em 2014 (ROCHA et. al, 2014). Para as autoras o campo da promoção da saúde no Brasil apresentava avanços significativos. Mas, mostrava-se oportuno a revisão da política para o fortalecimento do SUS, ao movimento de renovação da promoção da saúde e a agenda estratégica da Saúde Coletiva Brasileira.

Ainda, a revisão vislumbra o fortalecimento de ações intersetoriais, como destaca Malta et. al. (2016, p. 1690)

[a] PNPS, revisada em 2013/14, aponta para a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho ao

enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde, reconhecendo, a priori, que as ações de promoção e prevenção precisam ser realizadas – sempre – de forma articulada com outras políticas públicas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil organizada para que tenhamos sucesso.

Na nova edição da PNPS, revisada no ano de 2014, inscreve-se que, em essência, a nova política estabelece relações com políticas públicas conquistadas pela população no setor da saúde e apresenta, em primeira ordem, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como referencial da PNPS.

O fortalecimento da APS no Brasil é reconhecido como um marco e destaque da política de saúde do governo Lula, configurando-se para além de uma política de saúde, uma política de âmbito social, focalizada na redução das desigualdades e iniquidades sociais (CASTRO; FAUSTO, 2012). Isso se deu pelo fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e com repasses financeiros, tanto para investimento quanto custeio, para manutenção e melhoria da APS:

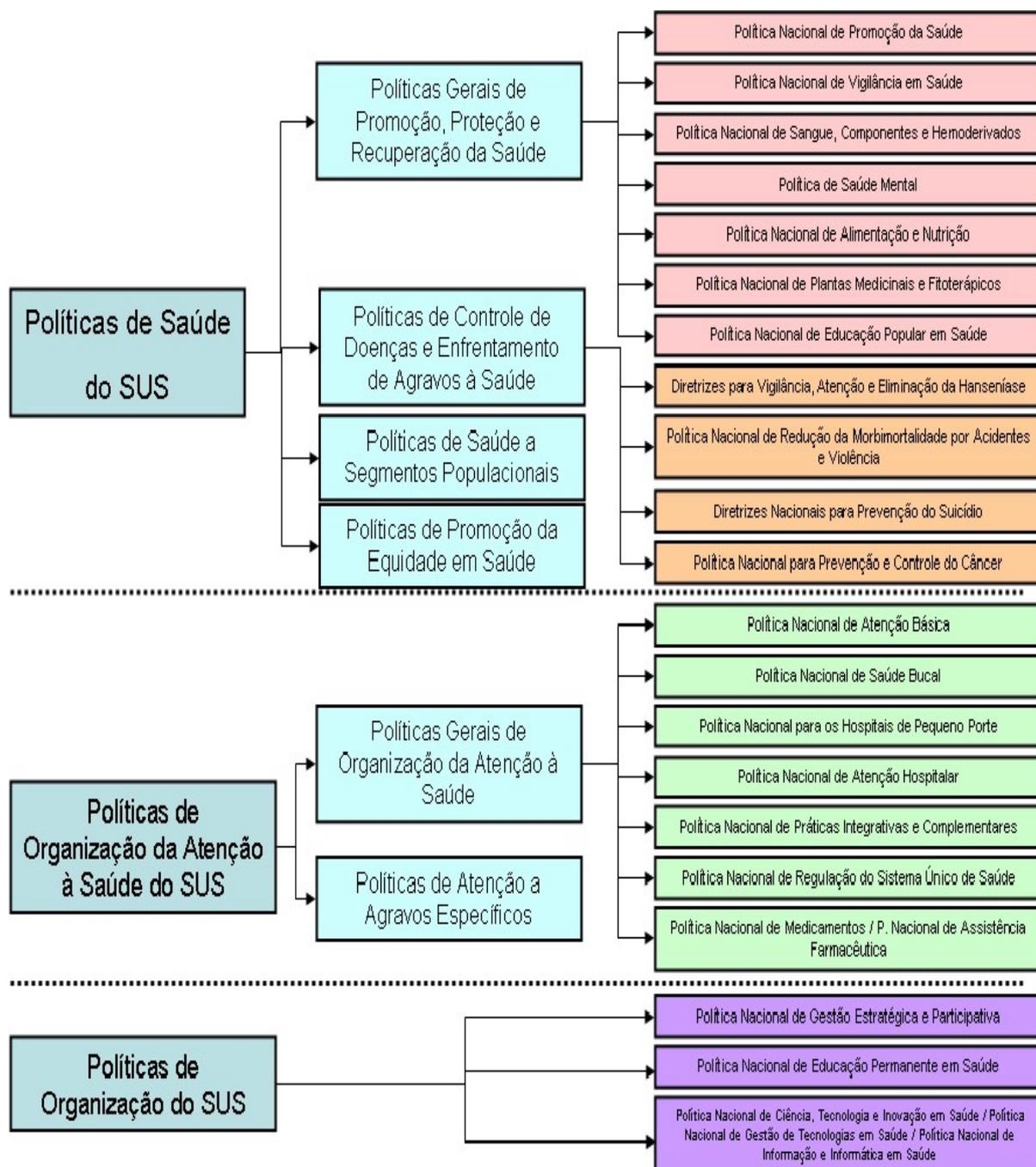
A agenda social repercutiu no financiamento da atenção básica, por meio de reajustes dos principais incentivos federais (*per capita* e os voltados para Saúde da Família), da criação de novos incentivos e da adoção de critérios relacionados à redução das desigualdades. (CASTRO; FAUSTO, 2012, p. 184).

Mendes (2015) destaca que para garantir a efetividade e a qualidade da APS é fundamental que sejam operacionalizados os seus sete atributos, sendo eles: 1) primeiro contato (acolhimento); 2) longitudinalidade (clínica ampliada); 3) integralidade; 4) coordenação (gestão compartilhada e co-responsabilidade); 5) focalização na família; 6) orientação comunitária (protagonismo e autonomia); 7) competência cultural (valorização sociocultural dos territórios).

Em 2017, inclusive, a Portaria de Consolidação n. 2 destaca como políticas de organização da atenção à saúde: Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Saúde Bucal; Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte; Política Nacional de Atenção Hospitalar; Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2017a).

Essa portaria ministerial trata de normatizar e organizar as políticas públicas de saúde a partir de suas competências e atribuições, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 – Organização das Políticas Nacionais de Saúde



Fonte: elaborado pela autora (2018).

As políticas nacionais passam a se organizar em três estruturas políticas constitutivas: 1. Políticas de Saúde; 2. Políticas de Organização da Atenção à Saúde; e 3. Políticas de Organização do SUS. A partir disso, cada estrutura política compõe-se de seis eixos de políticas públicas: 1. Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde; 2. Políticas de Controle de Doenças e

Enfrentamento de Agravos à Saúde; 3. Políticas voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais; 4. Políticas de Promoção da Equidade em Saúde; 5. Políticas Gerais da Organização da Atenção à Saúde; 6. Políticas de Atenção a Agravos Específicos (Figura 4).

É relevante destacar que tais políticas estão interligadas pelos princípios e diretrizes que constituem o SUS. Desse modo, aqui se evidencia que diversas políticas, em diferentes eixos e matrizes, estão vinculadas à Política Nacional de Promoção da Saúde.

O cenário epidemiológico e demográfico que se apresenta no início do século XXI com o avanço das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), marcado pelo processo de envelhecimento populacional, ascende na agenda política da saúde a necessidade de se criarem ações e estratégias capazes de reduzir o adoecimento da população decorrente de causas evitáveis e buscar garantir um envelhecimento saudável. Há de se considerar que as duas causas aqui apontadas são observadas como prioritárias dentre outras que participam desse problema complexo de mudança dos modos e estilos de vida da sociedade contemporânea, considerados não saudáveis e que, no contexto global e brasileiro, apresentam objetivos e metas que visem a construção de uma rede de espaços/locais saudáveis, a exemplo a proposta da Organização Mundial da Saúde de Cidades Saudáveis e da Agenda 2030 e seus dezessete Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável (ODS):

As mudanças demográficas que vêm ocorrendo, em especial nos países do terceiro mundo, tornam urgente a busca de novas estratégias para a promoção da saúde, que devem dar conta dos problemas urbanos dos segmentos populacionais que ali habitam. Com o objetivo de criar melhores condições de vida para a população, surge, na década de 1970 em Toronto, Canadá, o movimento denominado Cidades Saudáveis. Este movimento a partir de 1984 ganha força, expandindo-se para várias cidades da Europa (mais de mil cidades), Estados Unidos, Canadá e alguns países da América Latina (Cuba, Colômbia, México e Brasil). (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p. 109).

Desse modo, a perspectiva da promoção da saúde, ancorada especialmente no modelo canadense, se apresenta como um caminho oportuno para a mudança de comportamento dos sujeitos e a alteração nos modos de vida da população, visando enfrentar as principais causas de morbimortalidade relacionadas às DCNTs.

O modelo canadense, como já explicitado anteriormente, surge na década de 1970 em resposta à crise do sistema de saúde canadense, pois

Como os sistemas de saúde estão submetidos permanentemente a forças expansivas (à medicalização, ao desenvolvimento tecnológico, à transição demográfica e a mudança do perfil nosológico), reage-se com mecanismos de regulação, como o uso racional de recursos humanos e físicos, o controle financeiro e a ética profissional. Malgrado a utilização de mecanismos de regulação cada vez mais custosos e sofisticados, os sistemas continuam ineficientes, ineficazes, inequitativos e com pouco apoio da opinião pública. Surgem, então, novas concepções do processo saúde-enfermidade-cuidado, mais globalizantes, que articulam saúde e condições de vida. (BUSS, 2003, p. 21).

Para Buss (2003, p. 34), a confusão e as contradições encontradas nos programas e políticas com enfoque na promoção da saúde “[...] advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de riscos para determinadas doenças”. Além disso, esse autor complementa que esse contexto, com foco nos indivíduos e em seus comportamentos, traz em seu bojo teórico-conceitual a perspectiva tradicional da saúde, através da intervenção clínica e ancorada no paradigma biomédico.

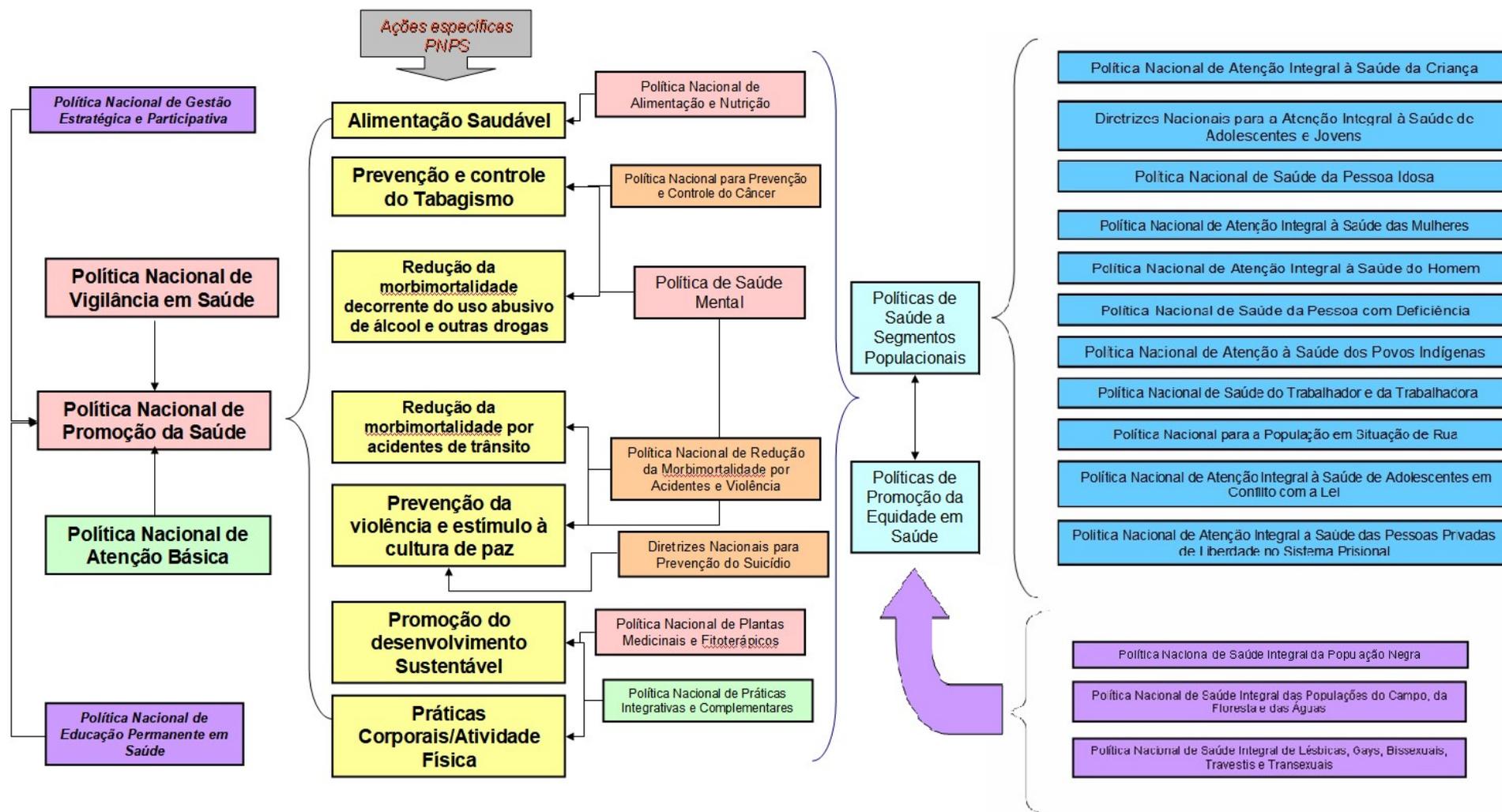
Para a promoção da saúde no contexto brasileiro pontua-se como marco legal a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006, ressaltando as diretrizes e os princípios apresentados na Carta de Ottawa (1986) e pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS). Em sua essência, a PNPS necessita

[...] estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população, incluindo aquelas do setor Saúde, tais como: a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT. (BRASIL, 2014, p. 8).

A intersecção com diversas políticas nacionais de saúde se deve ao fato de que a Promoção da Saúde trata, em seu bojo conceitual, de uma perspectiva que advoga pela articulação intrasetorialidade e intersetorialidade (Figura 5), bem como

na formação e participação. Isso se constitui exatamente pela compreensão de que o campo da saúde é complexo e transcende a esfera exclusiva das áreas e instituições da própria saúde (BUSS, 2003; CARVALHO, 2013; COTTA, 2013; FARINATTI; FERREIRA; 2006; HAWE; SHIELL, 2000, HEIDMANN *et al.*, 2006, McQUEEN; JONES, 2007).

Figura 5 – Rede de políticas públicas vinculadas à PNPS (Portaria n. 687, de 30 de março de 2006) e suas ações específicas



Fonte: elaborada pela autora (2018).

A versão da PNPS, criada em 2006, entende ser a promoção da saúde

[...] estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2006a, p. 12).

Logo, a PNPS objetiva a promoção da qualidade de vida pela redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde. Dentre seus objetivos específicos apresenta-se a preocupação em prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde.

No Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) no Brasil para o período de 2011 a 2022, a Política Nacional de Promoção da Saúde é evidenciada como uma política que tem por ações prioritárias de promoção da alimentação saudável, atividade física e prevenção ao uso do tabaco e comportamento etilista.

Esse plano para sustentar as ações e estratégias propostas apresenta o perfil epidemiológico do Brasil referente aos quatro principais grupos de DCNTs (Doenças do Aparelho Circulatório, Neoplasias, Doenças Respiratórias e *Diabetes Mellitus*) e como fatores de risco modificáveis tabagismo, etilismo, inatividade física, obesidade e alimentação não saudável.

No tocante à atividade física vinculada à PNPS, aponta o Programa Academia da Saúde como uma aposta a estimular e ampliar a prática de atividade física a partir da transferência de recursos para construção de estrutura física e financiamento das ações desenvolvidas junto ao programa.

O objetivo do plano de enfrentamento das DCNTs remete a “[p]romover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônica” (BRASIL, 2010). Pautado em três eixos de atuação (1. vigilância, informação, avaliação, e monitoramento; 2. promoção da saúde; e 3. cuidado integral), assume por metas nacionais:

- reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano;
- reduzir a prevalência de obesidade em crianças;
- reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes;
- deter o crescimento da obesidade em adultos;
- reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool;
- aumentar a prevalência de atividade física no lazer;
- aumentar o consumo de frutas e hortaliças;
- reduzir o consumo médio de sal;
- reduzir a prevalência de tabagismo;
- aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos;
- aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos;
- tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. (BRASIL, 2010, p. 14).

Em relação ao eixo da Promoção da Saúde, explicitado no Plano de Ações e Estratégias para enfrentamento das DCNTs, reforça-se o papel da promoção da saúde enquanto área importante à articulação e para a construção de parcerias que visem superar os fatores determinantes do processo saúde-doença. Essa ficou imbuída de “[...] viabilizar as intervenções que impactem positivamente na redução dessas doenças e seus fatores de risco [...]”. (BRASIL, 2010, p. 15).

Ademais, para além do enfoque em redução e enfrentamento dos fatores de risco, especialmente em relação às DCNTs, a PNPS assume ainda como objetivos específicos: ampliar a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos e coletividades; focar as ações de promoção da saúde no nível da Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica; promover a concepção ampliada da saúde; estimular ações alternativas e socialmente inclusivas; valorizar e otimizar os espaços públicos como espaços de convivência e de produção da saúde; favorecer a preservação do meio ambiente e potencializar a promoção de ambientes seguros e saudáveis; contribuir à elaboração e implementação de políticas públicas integradas; ampliar os processos de integração por meio da solidariedade, cooperação e participação democrática; estimular a adoção de modos de vida não violentos e da cultura de paz; valorizar e ampliar a cooperação e a articulação entre diferentes esferas governamentais e não governamentais para a gestão de políticas públicas para a redução das situações de desigualdade (BRASIL, 2006a).

Considera-se que o campo da promoção da saúde encontra-se em construção no contexto brasileiro, uma vez que se origina de uma concepção de

saúde muito recente e dinâmica, e, ao identificar lacunas existentes na sua versão, publicada em 2006, passou recentemente por revisão, culminando na publicação da Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014.

A primeira versão se configura em uma produção interna ao Ministério da Saúde, podendo ser considerada uma política de gabinete, em um modelo apresentado de cima para baixo (*top-down*). Por outro lado, sua versão passou por debates com a sociedade civil, a exemplo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, adquirindo um caráter mais participativo de como é apresentado pela ciência política, aproximando-se de um modelo *bottom-up*, construído de baixo para cima.¹⁴

A primeira versão da PNPS apresenta uma preocupação com os fatores de risco à saúde e com as doenças e agravos não transmissíveis (DANTs). Sua versão revisada em 2014 evidencia a concepção de saúde pautada na determinação social e produção social da saúde, como mostra o Quadro 8.

¹⁴ Howlett, Ramesh e Perl (2013) e Rua e Romanini (2013) discorrem sobre os modelos de implementação de políticas públicas, sendo o modelo *top-down* considerado racionalista e a primeira geração de teoria de implementação. Esse modelo centra-se nos burocratas de alto nível e parte da decisão centrada no governo, impondo a execução aos níveis mais baixos da gestão, ou seja, aos servidores da linha de frente. O modelo que subsidia a segunda geração é o *bottom-up*, que, diferente do seu antecessor, considera que para o sucesso de uma política pública é necessário que a implementação ocorra junto aos grupos que vivem cotidianamente os impactos da política, podendo realizar as adaptações nas políticas públicas implementadas. Para ambos os autores existe a terceira geração, considerada como modelo híbrido entre os criados na primeira e na segunda geração.

Quadro 8 – Diferenças teórico-conceituais da Política Nacional de Promoção da Saúde

| Componentes | Portaria n. 687 MS/GM, 2006 | Portaria n. 2.446, 2014 |
|-----------------|--|---|
| Concepção | É uma estratégia de articulação transversal que confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso País. | Um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial. |
| Direito à saúde | Implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer. | Exige a participação ativa de todos os sujeitos na análise e na formulação de ações que visem à sua promoção. Assim, a abordagem da promoção aponta para o desenvolvimento de políticas públicas e para a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa. |
| Objetivo geral | Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. | Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. |
| Diretrizes | <p>I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde;</p> <p>II – Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde;</p> <p>III – Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário;</p> <p>IV – Promover mudanças na cultura organizacional com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e o estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;</p> <p>V – Incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas; e</p> <p>VI – Divulgar e informar as iniciativas voltadas para a</p> | <p>I – O estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.</p> <p>II – O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.</p> <p>III – O incentivo à gestão democrática, participativa e transparente para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e da sociedade civil.</p> <p>IV – A ampliação da governança no desenvolvimento de ações de promoção da saúde que sejam sustentáveis nas dimensões política, social, cultural, econômica e ambiental.</p> <p>V – O estímulo à pesquisa, à produção e à difusão de</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional.</p> | <p>experiências, conhecimentos e evidências que apoiem a tomada de decisão, a autonomia, o empoderamento coletivo e a construção compartilhada de ações de promoção da saúde.</p> <p>VI – O apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável.</p> <p>VII – A incorporação das intervenções de promoção da saúde ao modelo de atenção à saúde, especialmente ao cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais.</p> <p>VIII – A organização dos processos de gestão e de planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na Rede de Atenção à Saúde (RAS), de modo transversal e integrado, compondo compromissos e responsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais.</p> |
| <p>Temas prioritários / ações específicas</p> | <p>a. Alimentação saudável; b. Prática corporal/atividade física; c. Prevenção e controle do tabagismo; d. Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; e. Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; f. Prevenção da violência e estímulo à cultura da paz; g. Promoção do desenvolvimento sustentável.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Formação e educação permanente; 2. Alimentação adequada e saudável; 3. Práticas corporais e atividades físicas; 4. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; 5. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas; 6. Promoção da mobilidade segura; 7. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; 8. Promoção do desenvolvimento sustentável. |
| <p>Orientação</p> | <p>Preventivista e redução de riscos.</p> | <p>Promoção da saúde e determinação social.</p> |

Fonte: elaboração própria baseado em Brasil (2006a, 2006b, 2014)

No Quadro 08 identificam-se diferenças conceituais e paradigmáticas na construção e revisão da PNPS, pois a primeira corrente de promoção da saúde partia de uma concepção preventivista, assumindo-se como um apêndice do modelo biomédico. Sendo assim, a promoção da saúde constitui-se como um dos níveis de prevenção: a prevenção primária (BUSS, 2003). A nova corrente da promoção da saúde, baseada na concepção de “Nova Saúde Pública”, parte de uma concepção ampliada da saúde, compreendendo-a como um produto social e influenciado pela determinação social.

É importante destacar que a concepção ampliada de saúde se apresenta, no Brasil, a partir do processo de redemocratização e criação do Sistema Único de Saúde, considerando os aspectos sociais, culturais e, recentemente, econômicos e comerciais, como determinantes e condicionantes da saúde. Para atuar positivamente na saúde é fundamental a constituição e a organização das redes de atenção à saúde (primária, secundária e terciária), a composição de equipes multidisciplinares e interdisciplinares, rompendo com a centralidade médica, constituição de uma cultura de cogestão e corresponsabilidade, envolvendo diferentes atores sociais – gestores, profissionais de saúde e usuários – e fortalecendo o controle social por meio dos conselhos de saúde.

Pontua-se, desse modo, que a concepção de promoção da saúde trazida, em 2006, pela PNPS, acaba sustentando o equívoco de compreensão da promoção da saúde enquanto subconjunto da prevenção (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). Buss (2003, p. 18-19) destaca que a promoção da saúde se sustenta em dois grandes grupos conceituais:

No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das ‘culturas’ da comunidade em que se encontram. Nesse caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais cambiáveis, que se encontrariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o aleitamento materno, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito, etc. Nesta abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos. O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a

qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido, num sentido amplo, por meio de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*).

A Política Nacional de Saúde ancorou-se nos dois grupos conceituais anteriormente apresentados em sua primeira versão, publicada em 2006, marcadamente vinculada ao que é chamado por Farinatti e Ferreira (2006) de abordagem conservadora da promoção da saúde. Em sua versão revisada em 2014 explicita-se uma necessidade de aproximação com a “Nova Promoção da Saúde”, com ênfase na perspectiva preventivista e conservadora da promoção da saúde, que propõe uma intervenção nos modos de vida dos indivíduos, especialmente na questão de impactar nos fatores de risco da morbimortalidade relacionados à obesidade e ao sedentarismo. Por isso, em 2011, o Ministério da Saúde cria o Programa Academia da Saúde (BRASIL, 2011b).

Na seção a seguir, tratar-se-á do referido programa, que toma como finalidade transformar-se em um ponto da atenção e de implementação das ações elencadas como prioritárias à PNPS.

4 O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE: A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NOS TERRITÓRIOS BRASILEIROS

Os Gregos levaram a atividade física a sério. Tanto que desenvolveram o conceito “paidéia” para significar educação integral. Filosofia, artes, política, guerra, retórica e educação corporal eram aspectos igualmente indispensáveis na formação do cidadão. Nós, os modernos, inventamos de separar todas essas partes. Se somos atletas, não sabemos Filosofia. Se nos agrada a poesia, pouco cuidamos da cultura científica. E assim viemos perdendo pedaços de cidadania pelo progresso afora. Sujeitos fragmentados foram produzidos aos milhões.

(CAMPOS, 2004, p. 21).

O Programa Academia da Saúde se constitui em uma estratégia governamental que visa efetivar a perspectiva da promoção da saúde nos territórios brasileiros. Gosch *et al.* (2013) ratifica o destaque à promoção da saúde como eixo fundamental ao programa e como base às atividades propostas (HALLAL *et al.*, 2010; MATSUDO *et al.*, 2009).

Iniciativas *locorregionais*, como as de Pernambuco, Minas Gerais e São Paulo se mostraram oportunas para o incentivo à prática de atividade física e ao enfrentamento da inatividade física, do sedentarismo e para a promoção da saúde.

O programa “Agita São Paulo”, elaborado em 1996 pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs), foi uma iniciativa oriunda de convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo em busca de promover a atividade física aos 40 milhões de habitantes de São Paulo (MATSUDO *et al.*, 2009).

O Agita São Paulo traz como figura mascote do programa um relógio, considerando a recomendação da Universidade Americana de Medicina do Esporte (ACSM, sigla em inglês¹⁵) de que indivíduos **devem** se exercitar 30 minutos por dia, por pelo menos cinco dias da semana (MATSUDO *et al.*, 2009, grifo nosso).

¹⁵ American College of Sports Medicine.

Figura 6 – Mascote do AGITA São Paulo – Meiorito.



Fonte: Portal Agita, 2019. Disponível em: <http://portalagita.org.br/pt/agita-sp/o-agita-sp/quem-somos.html>.

A figura do relógio como representação do tempo necessário a ser destinado à atividade física refere-se à importância dada a esse adorno e à necessidade de fragmentação do tempo na sociedade pós-industrialização. Parreira (2014) reforça a fragmentação do tempo e a imposição da forma como o indivíduo deve utilizar o seu tempo, dividindo-o, de forma genérica, em dois momentos – o tempo do trabalho e o do não trabalho. No entanto, como já mencionado, ambos são determinados pelo modelo de sociedade constituída – a sociedade moderna. Para a autora,

[...] o relógio, instrumento que simboliza a segmentação do tempo não só do indivíduo, mas, em contexto mais amplo, da própria sociedade ocidental. Esse acessório representa a forma como a sociedade, a partir das interações socioculturais entre seus integrantes, define o tempo do trabalho, do não trabalho, do tempo livre e do lazer. (PARREIRA, 2014, p. 23).

Também em Minas Gerais e Pernambuco, no início do século XXI, surgem novos programas com enfoque na promoção da atividade física e para o incentivo a comportamentos saudáveis, como o Programa Academia da Cidade. Sob o mesmo escopo do Agita São Paulo, como apontam Hallal *et al.* (2010, p. 70), “um quadro desfavorável no que se refere às práticas de atividades físicas pela população motivou organizações internacionais e nacionais a incluírem atividade física na agenda mundial de saúde pública”.

Inspirado em iniciativas com enfoque na atividade física e visando a melhoria dos modos de vida da população, como a Academia da Cidade (Pernambuco e Minas Gerais) e o Agita São Paulo, o Programa Academia da Saúde foi criado, em 2011, pelo Ministério da Saúde. Ou seja, “[...] baseado na avaliação das iniciativas anteriores, foi lançado o Programa Academia da Saúde, com o objetivo principal de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável e modos saudáveis de vida por meio de ações **culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais**” (GOSCH *et al.*, 2013, p. 97, grifos do autor).

No entanto, antes da constituição do programa, o Ministério da Saúde já buscava incrementar ações relacionadas à promoção da atividade física nos territórios pela Portaria n. 2.608, de 2005, de transferência de recursos financeiros.

Art. 2º Determinar que o incentivo financeiro seja transferido a estados e municípios de capitais para a adoção de ações em Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis, que considerem, entre outras:

I - fomento a ambientes livres do tabaco;

II - incentivo às ações de estímulo a uma alimentação saudável e incentivo à prática de atividade física;

III - participação no inquérito de fatores de risco e de proteção em escolares nas capitais;

IV - implementação da vigilância de saúde por meio de instrumentos de monitoramento, prevenção e vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco relativos às doenças e agravos não-transmissíveis, utilizando os sistemas de informação existentes na análise da situação de saúde e no planejamento das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos não-transmissíveis; e

V - produção de relatório de análise de situação em saúde no que se refere às doenças e aos agravos não transmissíveis e seus fatores de risco. (BRASIL, 2005, p. 1).

Ademais, como já apontado anteriormente, a própria PNPS é instituída com forte apelo à promoção de atividade física nos territórios, como consideram Hallal *et al.* (2010, p. 71): “[n]o Brasil, a recém-aprovada Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) inclui a promoção de atividades físicas na agenda nacional”.

O Programa Academia da Saúde foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde, em 2011, por meio de Portaria Ministerial n. 719, de 7 de abril de 2011, no intento de tornar concreta a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (CONASS, 2011).

Em sua portaria de criação, nesse mesmo ano, o enfoque estava em oportunizar a articulação e potencializar as ações integradas entre Atenção Primária,

Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde. Em sua portaria de redefinição do programa – Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013 –, reforça a necessidade de integrar as ações entre Atenção Primária à Saúde e Vigilância em Saúde, centralizada na promoção da saúde, prevenção e atenção de doenças e agravos não transmissíveis. Em seu artigo 2º, expõe o objetivo central do programa de “[...] contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados” (BRASIL, 2013, p. 1). Logo, o programa é considerado um serviço integrado aos diversos serviços e redes de saúde, da atenção primária à atenção terciária.

Figura 7 – Rede de Atenção à Saúde vinculada ao Programa Academia da Saúde (PAS).



Fonte: Brasil (2013).

As diretrizes apresentadas desde a instituição do Programa Academia da Saúde (PAS) e em sua redefinição preconizam a participação social, focada na territorialidade e no atendimento do cuidado e na promoção da saúde de forma individual e coletiva. Ressalta-se que as diretrizes adscritas na portaria de instituição do Programa Academia da Saúde (PAS) são geradas a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

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. (SILVA, 2017, p. 63).

Na PNAB (BRASIL, 2012), evidencia-se a valorização do controle e da participação social no item V, que diz respeito às Disposições Gerais:

[...]

V – Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar a sua autonomia e capacidade de construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social. (BRASIL, 2012, p. 22).

A participação social é um componente importante à mensuração do grau de democracia em uma sociedade, como aponta Dahl (2005). Com isso faz-se referência à convergência entre duas dimensões de democratização, a contestação pública e o direito de participação, ambos fundamentais para o fortalecimento da democracia brasileira nas políticas de saúde engendradas após a criação da “Constituição Cidadã” e desde a Lei Orgânica n. 8.080/1990, que reverbera nas políticas públicas de saúde criadas recentemente, a exemplo da Política Nacional de Vigilância em Saúde, instituída pela Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nessa última política destaca-se, no artigo 7º, inciso VII, o princípio da “[p]articipação da comunidade de forma a ampliar sua autonomia, emancipação e envolvimento na construção da consciência sanitária, na organização e orientação dos serviços de saúde e no exercício do controle social” (CNS, 2018, p. 4).

Compete destacar, também, as Políticas de Atenção Básica e Promoção da Saúde quanto à forma que apresentam a dimensão participação social. Na Nova PNAB, publicada em 2017, a participação comunitária é apontada como uma das nove diretrizes elencadas na política:

IX – Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social. (BRASIL, 2017b, p. 9).

Na nova PNPS (versão revisada em 2014), a participação da comunidade está presente nos princípios, nos valores fundantes e nas diretrizes da política. Como princípio, a participação social é vista como as intervenções pautadas na visão de atores distintos, seja de cunho individual, seja coletiva. Suas atuações são necessárias à identificação das demandas e necessidades dos territórios e corresponsáveis pelo processo de tomada de decisão, planejamento, implantação, implementação e avaliação.

Enquanto diretriz, na PNPS aponta-se o “incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e a corresponsabilidade de sujeitos, coletividades, instituições e esferas governamentais e sociedade civil” (BRASIL, 2014, p. 13).

Farah (2001, p. 121) ao debater sobre a constituição de novos arranjos institucionais no Brasil, identifica iniciativas, em âmbito local, que criam uma nova relação entre Estado e sociedade, entendido pela autora “[...] como parte de um processo de reconstrução da esfera pública, orientado para a democratização da gestão e das políticas públicas no país, o qual tem na descentralização um de seus componentes centrais”.

Logo, esses novos arranjos institucionais, com a presença da participação da sociedade civil e controle social, se mostram presentes na construção de políticas e programas da saúde, especialmente pelas origens do SUS. É considerável o destaque quanto a essa visão participativa e democrática estar contemplada nos aparatos normativo-legais que constituem tais políticas e programas, contudo, a participação social ainda se mostra muito distante das práticas e dos processos de gestão locais, como argumenta Nespoli (2014) sobre as dificuldades de efetivação da participação social na gestão do SUS. Para essa autora (2014, p. 80), “[...] um dos maiores entraves, transversal aos demais, é a implantação de dispositivos

democráticos de participação social na gestão do SUS, ponto crucial para a transformação dos mecanismos de ‘governamentalidade’”.

A portaria que redefine o Programa Academia da Saúde, de n. 2.681, de 7 de novembro de 2013, requer a constituição de grupos de gestão junto aos polos implantados, contando com a participação de diferentes atores sociais:

Art. 13. Fica recomendado ao Distrito Federal e aos Municípios a constituição de grupo de apoio à gestão para cada pólo implantado, formado pelos profissionais que atuam no Programa Academia da Saúde e na Atenção Básica da área de abrangência do pólo, por representantes do controle social e por profissionais de outras áreas envolvidas no Programa, a fim de garantir a gestão compartilhada do espaço e a organização das atividades. (BRASIL, 2013, p. 4).

O último relatório publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017c) apresenta o panorama nacional do Programa Academia da Saúde, baseado no monitoramento realizado no ano de 2016, em que, dos 1.372 polos em funcionamento que participaram do ciclo de monitoramento do programa, apenas 41% relatam possuir grupo de apoio à gestão (Tabela 1). Em relação aos membros que compõem os grupos existentes, o relatório (BRASIL, 2017c) mostra que 94,2% dos membros são profissionais que atuam diretamente no polo do programa; 91,1% são profissionais da AB; 52,4% usuários do polo e apenas 25,5% contam com a participação de lideranças locais/comunitárias.

Tabela 1 – Número de polos em funcionamento e situação de grupo de apoio à gestão, Brasil e UF, no ano de 2016

| Unidade federativa | Não possui grupo de apoio à gestão | Possui grupo de apoio à gestão | Total de polos em funcionamento |
|--------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| AC | 10 | 7 | 17 |
| AL | 13 | 8 | 21 |
| AM | 0 | 3 | 3 |
| AP | 1 | 1 | 2 |
| BA | 44 | 37 | 81 |
| CE | 31 | 15 | 46 |
| ES | 8 | 0 | 8 |
| GO | 38 | 25 | 63 |

(continua)

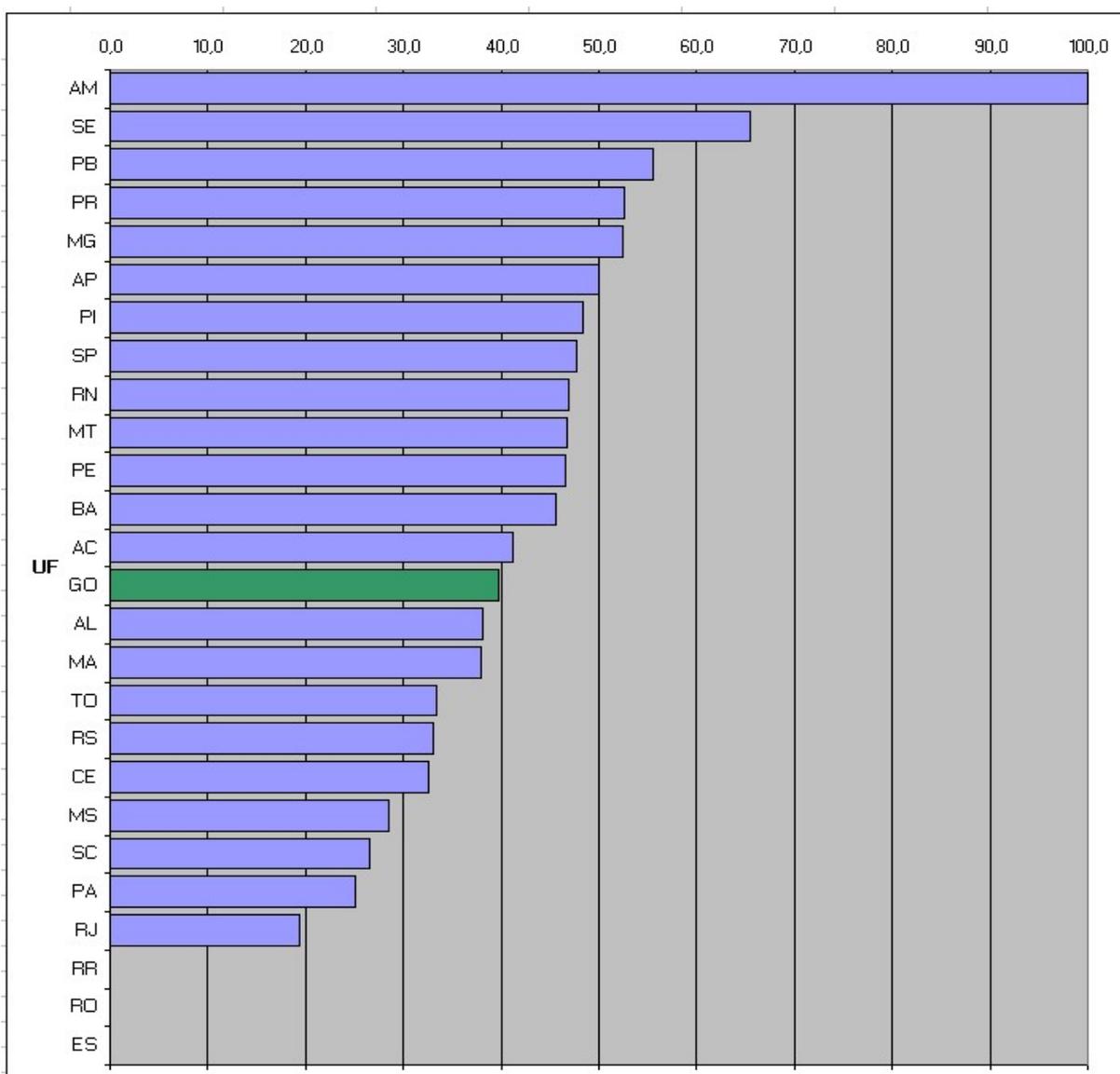
(conclusão)

| Unidade federativa | Não possui grupo de apoio à gestão | Possui grupo de apoio à gestão | Total de polos em funcionamento |
|--------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| MA | 18 | 11 | 29 |
| MG | 90 | 99 | 189 |
| MS | 15 | 6 | 21 |
| MT | 8 | 7 | 15 |
| PA | 27 | 9 | 36 |
| PB | 24 | 30 | 54 |
| PE | 86 | 75 | 161 |
| PI | 16 | 15 | 31 |
| PR | 36 | 40 | 76 |
| RJ | 83 | 20 | 103 |
| RN | 17 | 15 | 32 |
| RO | 4 | 0 | 4 |
| RR | 5 | 0 | 5 |
| RS | 87 | 43 | 130 |
| SC | 47 | 17 | 64 |
| SE | 10 | 19 | 29 |
| SP | 67 | 61 | 128 |
| TO | 16 | 8 | 24 |
| BRASIL | 801 | 571 | 1372 |

Fonte: Adaptado do Relatório de Monitoramento 2016 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS (BRASIL, 2017c).

Percentualmente, evidencia-se que, em relação aos números de polos em funcionamento e à criação de grupos de apoio à gestão, o estado de Goiás ocupa a 14ª posição, em que cerca de 40% (quarenta por cento) dos polos em funcionamento possuem grupo de apoio à gestão dentre as 26 unidades federativas, conforme gráfico a seguir.

Gráfico 1 – Percentual de polos em funcionamento com grupo de apoio à gestão, nas UF, no ano de 2016



Fonte: elaboração própria, baseado em Relatório de Monitoramento 2016 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS (BRASIL, 2017c).

A gestão participativa e compartilhada se coloca como um dos princípios instituidores do SUS e se apresenta em diversas políticas de saúde, especialmente a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), criada em 2003, e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), de 2009, ambas de cunho transversal, cujos princípios e/ou diretrizes encontram-se presentes nas demais políticas nacionais de saúde.

Para Quintanilha e Dalbello-Araújo (2014, p. 92), a participação societal é tida como um movimento de resistência, sendo fundamental, no campo da saúde

pública, o fortalecimento do próprio SUS. Para as autoras, “[a] participação social é uma das diretrizes mais importantes para a efetivação do SUS, posto que a sua legitimação foi uma conquista empreendida pelos movimentos sociais da década de 1980”.

Ademais, a PNAB, e, conseqüentemente, o Programa Academia da Saúde assumem a necessidade de oferecer o acesso universal, integral e contínuo do cuidado à saúde, princípios doutrinários do SUS. Para tanto, define, dentre suas diretrizes, a importância de

[...] desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. (BRASIL, 2012, p. 21).

A portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013, explicita que o programa é desenhado à luz de princípios, diretrizes e objetivos da PNPS (BRASIL, 2006a) e da PNAB (BRASIL, 2012). Logo, são objetivos específicos do programa:

- I – **ampliar o acesso** da população às políticas públicas de promoção da saúde;
- II – **fortalecer a promoção da saúde** como estratégia de **produção de saúde**;
- III – desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de **promover o cuidado integral**;
- IV – promover práticas de **educação em saúde**;
- V – promover **ações intersetoriais** com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território;
- VI – potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde;
- VII – promover a **integração multiprofissional** na construção e na execução das ações;
- VIII – promover a **convergência de projetos ou programas** nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer;
- IX – ampliar a **autonomia dos indivíduos** sobre as escolhas de **modos de vida mais saudáveis**;
- X – aumentar o nível de **atividade física** da população;
- XI – promover **hábitos alimentares saudáveis**;
- XII – promover **mobilização comunitária** com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade;
- XIII – potencializar as **manifestações culturais locais** e o **conhecimento popular** na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e

XIV – contribuir para ampliação e valorização da utilização dos **espaços públicos de lazer**, como proposta de **inclusão social**, enfrentamento das violências e **melhoria das condições de saúde e qualidade de vida** da população. (BRASIL, 2013, p. 2, grifos nossos).

Os objetivos do Programa Academia da Saúde coadunam com os apresentados nas políticas referenciais ao programa. Reconhece-se a necessidade de superar as limitações existentes em relação à acessibilidade ao Academia da Saúde e a presença de barreiras quanto à ampliação do acesso (BRASIL, 2017c).

O Programa Academia da Saúde fundamenta-se na transferência de recursos federais para a construção de infraestrutura e no incentivo de custeio para a manutenção do polo construído, conforme Portaria n. 1.707, de 23 de setembro de 2016. É fundamental destacar que o programa tem boa adesão dos municípios, decorrente do incentivo financeiro advindo de recursos federais por meio de transferência fundo nacional de saúde a fundo municipal de saúde. Trata-se, inclusive, de uma estratégia de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, pela Portaria n. 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o incentivo financeiro do referido programa, denominado de Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável).

No capítulo II – Do Incentivo Financeiro de Investimento do Programa Academia da Saúde, no art. 7º, fica estipulado o valor destinado à construção de polos do programa, classificado conforme o porte do polo a ser construído:

Art. 7º Fica instituído incentivo financeiro para investimento para construção de polos do Programa Academia da Saúde, nos termos do art. 2º, nos seguintes valores:
I – Modalidade Básica: R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais);
II -Modalidade Intermediária: R\$ 100.000,00 (cem mil reais); e
III – Modalidade Ampliada: R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais).
(BRASIL, 2016, p. 37).

Em 2017, uma nova portaria ministerial referente à transferência de recursos de fundo federal a fundo municipal, Portaria n. 381, de 6 de fevereiro de 2017, reajustou os valores a serem repassados aos municípios para os programas “Requalifica UBS” e “Programa Academia da Saúde”. Os repasses passaram a ser os seguintes: 1) modalidade básica: 81 mil reais; 2) intermediária: 125 mil reais; e 3)

modalidade ampliada: 218 mil reais, repassados em parcela única ao município habilitado junto ao PAS.

No que se refere às formas de acesso e ingresso ao programa, foi publicado no último relatório de monitoramento que o ingresso dos usuários nas atividades disponíveis nos polos dá-se, em 54% deles, por demanda espontânea e encaminhamento oportunizado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ainda, 33% deles referenciam estarem abertos a todos e com disponibilidade de receberem participantes a qualquer momento (demanda espontânea); apenas 4% deles recebem usuários exclusivamente por encaminhamento da Rede de Atenção à Saúde e 2% admitem participantes conforme vagas disponíveis (BRASIL, 2017c).

Os horários de funcionamento também são vistos como uma barreira de acessibilidade para determinados grupos populacionais, como os trabalhadores. O monitoramento de 2016 aponta que, dos 1.372 polos em funcionamento naquele ano, 93% ofereciam atividades no turno matutino e 82% no vespertino; apenas 44% deles desenvolviam atividades no turno noturno (BRASIL, 2017c).

Acerca do público assistido pelo programa, conforme dados (BRASIL, 2017c), 99% atuam junto ao público adulto. Uma ressalva: o monitoramento anual não distingue gênero e sexo, mas, ao questionar sobre as dificuldades encontradas, é mencionada a de atuar junto à população masculina nos polos em funcionamento (44,6%). Ainda, 98% (noventa e oito por cento) dos polos respondentes desenvolvem ações para a população idosa; para adolescentes e crianças o número decresce percentualmente para 77% e 39%, respectivamente.

A Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013, não discrimina ou direciona a qual público é destinado o Programa Academia da Saúde. Não obstante, a partir do monitoramento referente ao ano de 2015, são apresentadas questões sobre o tipo de público atendido, mas limitado ao ciclo de vida, da infância à velhice, e a grupos específicos, sem considerar gênero, sexualidade, etnia/raça, origem (nativo/migrante) e/ou outros marcadores sociais de diferença. A inclusão de grupos específicos surge na tentativa de elucidar e orientar quanto ao princípio da equidade em saúde, sensibilizando quanto a novas possibilidades de sujeitos e comunidades serem atendidas pelo programa, a exemplo: comunidade cigana, indígenas, quilombolas, ribeirinhos, pessoas em situação de rua e pessoas assentadas.

Tanto o monitoramento 2015 quanto o 2016 (BRASIL, 2016, 2017) apontam que são incipientes as ações e atividades direcionadas aos grupos acima

mencionados. Conforme relatório de monitoramento de 2015, apenas 3,2% dos polos, em todo o território nacional, desenvolveram atividades para a comunidade quilombola, 2,3%, para indígenas, 1,4%, para população em situação de rua, e 0,6%, para ciganos. Ademais, 5% afirmaram não possuir nenhum tipo de sujeitos dessas populações (BRASIL, 2016). No monitoramento 2016, 13% destacaram atividades para a população assentada, quilombola e população em situação de rua (7%), aos ribeirinhos (6%), indígenas (5%) e, por último, novamente a população cigana (4%) (BRASIL, 2016, 2017).

No artigo 6º da Portaria que trata da redefinição do programa, de n. 2.681, de 7 de novembro de 2013, são atividades que devem ser desenvolvidas no âmbito do Academia da Saúde:

- 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, 2013, p. 2-3).

O panorama nacional retrata que 98,6% dos municípios respondentes (n=1.372) oferecem práticas corporais e atividades físicas, 81,9% ações com enfoque na temática de alimentação saudável e adequada, 79,2% realizam atividades de educação em saúde, 23,5% promovem práticas artísticas e culturais e apenas 13,4% enfocam atividades vinculadas às práticas integrativas e complementares (BRASIL, 2017c).

Ainda nesse monitoramento entre práticas corporais e atividades físicas destacam-se as ginásticas (95,5%); caminhada ou corrida (85,6%); danças (56,3%); jogos e brincadeiras (51,4%); práticas esportivas (34,7%) e artes marciais (11,9%) (BRASIL, 2017c, p. 51).

Tabela 2 – Número de polos em funcionamento, segundo atividades desenvolvidas, Brasil, no ano de 2016

| Atividades desenvolvidas | Número de polos | | | Percentual | | |
|---|-----------------|------|-------|------------|------|-------|
| | Não | Sim | Total | Não | Sim | Total |
| PCs e/ou AF | 19 | 1353 | 1372 | 1,4 | 98,6 | 100 |
| Alimentação saudável | 248 | 1124 | 1372 | 18,1 | 81,9 | 100 |
| PICs | 1189 | 183 | 1372 | 86,6 | 13,4 | 100 |
| Práticas artísticas e culturais | 1050 | 322 | 1372 | 76,5 | 23,5 | 100 |
| Educação em saúde | 286 | 1086 | 1372 | 20,8 | 73,2 | 100 |
| Enfrentamento ao uso do tabaco/derivados | 526 | 846 | 1372 | 38,3 | 61,7 | 100 |
| Enfrentamento ao consumo abusivo de álcool/drogas | 696 | 676 | 1372 | 50,7 | 49,3 | 100 |
| Promoção da mobilidade segura | 911 | 461 | 1372 | 66,4 | 33,6 | 100 |
| Promoção da cultura de paz e dos DH | 880 | 492 | 1372 | 64,1 | 35,9 | 100 |
| Promoção do desenvolvimento sustentável | 1056 | 316 | 1372 | 77 | 23 | 100 |

Fonte: Adaptado do Relatório de Monitoramento 2016 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS (BRASIL, 2017c).

No tocante ao tipo de atividades físicas/práticas corporais desenvolvidas no programa em 2016, apontou-se as ginásticas (95,5%) – aeróbica, *step*, *jump*, localizada, funcional, pilates e/ou alogamento – como a principal atividade desenvolvida nos polos em território nacional; em segundo, caminhada/corrida (85,6%); danças (zumba, *hip hop*, axé e balé) em terceiro lugar (56,3%); seguido por jogos e brincadeiras (51,4%), esportes (34,7%) e artes marciais/lutas (11,9%) (BRASIL, 2017c).

O tipo de profissional contratado coaduna as principais atividades desenvolvidas no polo do Programa Academia da Saúde, práticas corporais/atividade física; educação em saúde; promoção de alimentação saudável. Destacam-se, assim, as categorias profissionais que atuam majoritariamente no polo: fisioterapia, educação física e nutrição, conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3 – Número de polos em funcionamento, segundo tipos de profissionais atuantes nos referidos polos, Brasil, no ano de 2016

| Profissionais (CBO ¹⁶) | Número de polos | | | Percentual | | |
|------------------------------------|-----------------|------|-------|------------|------|-------|
| | Não | Sim | Total | Não | Sim | Total |
| Profissional de educação física | 131 | 1241 | 1372 | 9,5 | 90,5 | 100 |
| Assistente social | 925 | 447 | 1372 | 67,4 | 32,6 | 100 |
| Terapeuta ocupacional | 1271 | 101 | 1372 | 92,6 | 7,4 | 100 |
| Fisioterapeuta geral | 617 | 755 | 1372 | 45 | 55 | 100 |
| Fonoaudiólogo(a) geral | 1222 | 250 | 1372 | 81,8 | 18,2 | 100 |
| Nutricionista | 630 | 742 | 1372 | 45,9 | 54,1 | 100 |
| Psicólogo(a) | 793 | 579 | 1372 | 57,8 | 42,2 | 100 |
| Sanitarista | 1302 | 70 | 1372 | 94,9 | 5,1 | 100 |
| Educador(a) social | 1296 | 76 | 1372 | 94,5 | 5,5 | 100 |
| Musicoterapeuta | 1351 | 21 | 1372 | 98,5 | 1,5 | 100 |
| Arteterapeuta | 1338 | 34 | 1372 | 97,5 | 2,5 | 100 |
| Dançarino(a) | 1217 | 155 | 1372 | 88,7 | 11,3 | 100 |

Fonte: Adaptado do Relatório de Monitoramento 2016 do Programa Academia da Saúde, CGDANT/DANTPS/SVS/MS (BRASIL, 2017c).

Considera-se como aspecto crucial na manutenção e na consolidação do Programa Academia da Saúde o tipo de vínculo dos profissionais que atuam no polo, bem como o tipo de contrapartida municipal e a inclusão, do programa, no planejamento estratégico dos municípios, como o Plano Municipal de Saúde. Em 2016, 45,7% dos profissionais que nele atuavam eram efetivos; 65,6% do tipo contrato temporário; 18% celetistas; e 13,7% cedidos de outra secretaria. Existem polos que admitem a presença de estagiário (10,8%) e voluntário (9%). Ainda, há profissionais que atuam sob o regime de cargo em comissão (9,4%) (BRASIL, 2017c).

O monitoramento realizado em 2016, publicado em 2017, acerca da contrapartida municipal aponta que 8,8% dos polos respondentes realizam a aquisição de material de consumo e 85,3% tem como contrapartida a aquisição de material permanente. Para a contratação de profissionais, 84,9% a consideram como uma demanda da contrapartida municipal, 96% para manutenção do espaço físico do polo; 44% fizeram construção complementar como contrapartida; e 19,2% referenciaram outro tipo de contrapartida (BRASIL, 2017c).

A institucionalização do Programa Academia da Saúde pelo Ministério da Saúde, através de decretos, portaria e outros instrumentos (Plano Municipal de

¹⁶ Classificação Brasileira de Ocupações. Dado publicado em Relatório de Monitoramento com inconsistência, corrigido pela pesquisadora.

Saúde), visa assegurar a sustentabilidade do programa (BRASIL, 2017c). Oitenta e três por cento dos municípios com polo em funcionamento incluíram o programa em seus Planos Municipais de Saúde (BRASIL, 2017c) e 62% deles apresentaram previsão de repasse financeiro ao programa em seu Plano Orçamentário Municipal.

Gosch *et al.* (2013) expõem que o programa trata-se de uma perspectiva que transcende a área governamental da saúde, exatamente pela vinculação a dispositivos não exclusivos a essa área, como sua inclusão no Plano Plurianual (PPA) Municipal.

O compromisso da gestão com o processo está marcado por exemplos nacionais, como o PPA 2012-2015 (plano Mais Brasil), no qual há metas de implantação de 4.800 Academias da Saúde até o final do período – sob o item “Aperfeiçoamento do SUS”, com o objetivo de “reduzir os riscos e agravos à saúde da população, por meio de ações de promoção e vigilância em saúde” (GOSCH *et al.*, 2013, p. 97).

Em relação às temáticas apresentadas como prioritárias no desenho inicial do programa, como alimentação saudável, Gosch *et al.* (2013) destacam como estratégias a serem adotadas a roda de conversa sobre o consumo de alimentos adequados e saudáveis e a realização de oficinas culinárias.

Em monitoramento anual de 2016, dentre as atividades de promoção da alimentação saudável, 89,4% dos polos realizam palestras sobre o tema; 16,4% oficinas de culinária; 87,5% rodas de conversa; 5,3% construíram horta comunitária e 9,8% desenvolvem atividade relacionada à alimentação viva (BRASIL, 2017c).

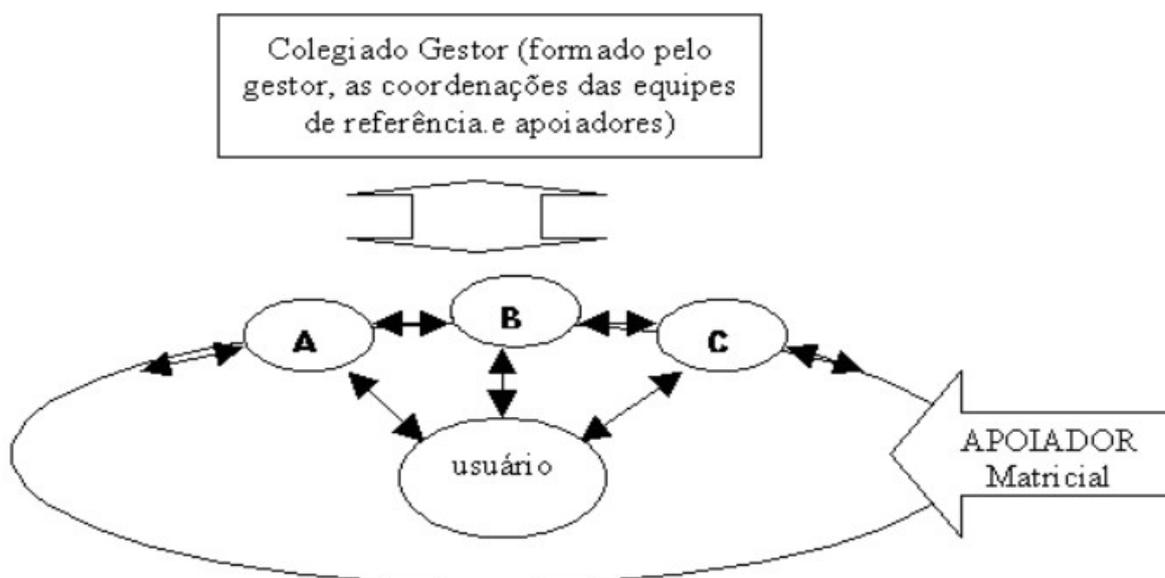
A necessidade de construção de protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas e projeto terapêutico singular (PTS) fundamentado em abordagem clínica é apontada por Gosh *et al.* (2013). Para os autores (2013, p. 134),

[o]s Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e os Cadernos de Atenção Básica (CAB) são importantes ferramentas de apoio a esta gestão do cuidado. Por exemplo, nos PCDT, são propostas diretrizes para o cuidado de indivíduos com doenças e agravos, como: Osteoporose; Infarto Agudo do Miocárdio; Asma; Artrite. Nos CAB, por sua vez, são tratados temas importantes para o Programa Academia da Saúde, como: Saúde da Criança – crescimento, desenvolvimento e nutrição; Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Doenças Respiratórias Crônicas; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus e Obesidade, provavelmente questões

prevalentes entre os usuários dos polos, bem como no cotidiano de sua gestão.

Sob a temática da alimentação adequada e saudável, o viés preventivista e curativista fica evidenciado pelo incentivo à clínica, mas busca avançar a perspectiva de clínica ampliada com a constituição de equipe de referência (interdisciplinar) e apoio matricial.

Figura 8 – Organograma estrutural da equipe de referência



Fonte: Brasil (2007, p. 31).

A proposta apresentada na Figura 8 busca criar uma rede de atenção humanizada composta por equipe de referência interdisciplinar que atue de forma horizontalizada em cada caso clínico que se apresenta nos serviços de saúde e recorrendo ao apoio matricial, a exemplo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Intenta-se, assim, organizar o serviço de forma dialógica, transversalizada e cooperativa.

Essa preocupação em construir e organizar os processos de trabalho a partir da constituição de equipe de referência e apoio matricial é evidenciado no monitoramento do Programa Academia da Saúde, por meio de identificar a implantação de equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o nível de sua participação em ações e atividades desenvolvidas no polo em funcionamento.

A clínica ampliada é entendida como a pactuação de um compromisso radical com o sujeito doente, visto em sua singularidade. Ademais, assume a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; busca criar uma rede de apoio com outros setores pela intersectorialidade; reconhece os limites técnico-científicos dos profissionais de saúde das diferentes áreas de atuação; e propõe a constituição de equipes multi e interdisciplinar.

O Projeto Terapêutico Singular, outra estratégia sugerida a ser incorporada na dinâmica dos profissionais que atuam no Programa Academia da Saúde, é

[..] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. Portanto, é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. O nome Projeto Terapêutico Singular, em lugar de Projeto Terapêutico Individual, como também é conhecido, nos parece melhor porque destaca que o projeto pode ser feito para grupos ou famílias e não só para indivíduos, além de frisar que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.). (BRASIL, 2007 p. 40).

Ressalta-se, ainda, a inclusão das práticas integrativas e complementares (PICs) no bojo do programa, referenciadas a perspectiva de saúde holística e ampliada, e no SUS fomentadas pela criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006. No relatório de monitoramento (BRASIL, 2017c) 2016, 13% dos polos em funcionamento ofereciam as PICs, visto pelo Ministério da Saúde como um percentual relativamente baixo, tendo em vista que a PNPIC havia completado, naquele ano, 10 anos. Dentre os respondentes que desenvolvem as práticas integrativas, 69,4% destacaram as práticas relacionadas à Medicina Tradicional Chinesa – MTC (*lian gong, tai chi chuan e do-in*), enquanto 31,7% realizam atividades relacionadas à fitoterapia e 12% à homeopatia.

Observada a alta visibilidade dada à temática atividade física, considerada como um elemento basal para o enfrentamento das doenças crônicas não

transmissíveis e para o combate ao sedentarismo e à obesidade, dar-se-á destaque a esse tema no tópico seguinte.

4.1 Práticas corporais e/ou atividade física: dissensos conceituais coexistentes no Programa Academia da Saúde

Uma forma de disciplinarização e controle social se dá pelas práticas vinculadas ao campo da educação física e, por vezes, as políticas públicas são engendradas com esse objetivo específico de garantir a ordem e regular não apenas os corpos, mas as vidas através dos corpos. Tais práticas podem ser assumidas sob duas formas: uma para controlar, disciplinar e submeter a uma ordem hegemônica e a outra para emancipar e *empoderar*, focada na autonomia do sujeito. Obviamente, por questões ora econômicas, ora políticas, a primeira forma encontra-se mais fortalecida e disseminada.

Nesse antagonismo conceitual e pragmático no que se refere a influenciar e a interferir nos corpos dos sujeitos, Yara de Carvalho (2004, p. 46-47) destaca que

[d]ireta ou indiretamente, tanto a Educação Física, como a Medicina têm o corpo como objeto de estudo. Para perceber de que modo o conceito de corpo é apreendido na sociedade, sua análise parte dos enfoques da atividade física e da saúde. Nesses campos, o corpo é uma forma de representação. Considerando que na sociedade as diferentes formas de representação são instrumentos ideológicos em potencial, qualquer noção “crítica” sobre o corpo deveria pressupor que este, socialmente concebido, retrata os elementos simbólicos sobre os quais a estrutura social se estabelece.

Ademais, para a mesma autora, a atividade física constitui-se como um “mito” na sociedade moderna e está estritamente ligada ao conceito de corpo, enfatizando que “[d]e um lado, ele, o ‘mito’, determina formas e maneiras de se usar o corpo. De outro lado, determina necessidades que justificam a produção e veiculação de conhecimento com intuito de conectar a atividade física à saúde, reforçando a associação” (CARVALHO, Y. O., 2004, p. 39).

Nos documentos que fundamentam e normatizam o Programa Academia da saúde – Portaria n. 719/2011 e a própria PNPS –, são apresentados os termos práticas corporais e atividades físicas como conceitos sinônimos. Damico e Knuth (2014, p. 333) preocupam-se com a padronização de uma linguagem institucional,

pois compreendem que cada termo carrega, em sua essência conceitual-teórica, interesses, valores e ideários distintos, especialmente no campo da educação física, em que tais termos “[...] produz[em] sentidos de poder e saber extremamente conflitantes e duais”. Isso significa que cada conceito carrega em si formas e percepções relacionadas ao uso e ao cuidado com o próprio corpo, salientando o uso legítimo dos corpos e as formas de enquadramentos sociais, como apontam Butler (2015) e Agamben (2017).

Desse modo, torna-se relevante apresentar as diferenças conceituais entre os termos atividade física, exercício físico e práticas corporais. Para distinguir, sinteticamente, a diferença entre atividade física e exercício físico, tem-se os fundamentos advindos da fisiologia do exercício. Caspersen, Powell e Christenson (1985) consideram a atividade física como qualquer movimento ou ação corporal produzida pela musculatura esquelética que resulte em gasto de energia.

A atividade física configura-se em qualquer forma de atividade muscular, enquanto o exercício físico é considerado um subgrupo da atividade física, que requer planejamento com o objetivo de melhorar ou manter o condicionamento físico (POWERS; HOWLEY, 2000).

Em relação ao conceito de práticas corporais, este se coloca um tanto mais complexo, por apresentar, como explicam Damico e Knuth (2014), uma noção polissêmica. E destacam que o termo aparece, inicialmente, em obras de cunho reflexivo e crítico da educação física brasileira. As práticas corporais são consideradas, assim, como elementos que compõem a cultura corporal. A educação física, no Coletivo de Autores (2012, p. 62), é entendida como uma disciplina que trata do conhecimento relacionado à cultura corporal:

O homem se apropria da cultura corporal dispondo sua intencionalidade para o lúdico, o artístico, o agonístico, o estético ou outros, que são representações, idéias, conceitos produzidos pela consciência social e que chamaremos de “significações objetivas”. Em face delas, ele desenvolve um “sentido pessoal” que exprime sua subjetividade e relaciona as significações objetivas com a realidade da sua própria vida, do seu mundo e das suas motivações.

Fundamentado na abordagem crítico-superadora, os conteúdos descritos como fundamentais à formação crítico-reflexiva do sujeito, na educação física,

coincidem com aquelas práticas corporais a serem desenvolvidas junto ao Programa Academia da Saúde: 1. Jogo, 2. Esporte, 3. Capoeira, 4. Ginástica e 5. Dança.

Tais conteúdos servem para transformar a realidade dos sujeitos por meio de uma formação crítica e reflexiva construída pela cultura corporal, pois parte da perspectiva de que a educação física

[...] tem como objeto a reflexão sobre a cultura corporal, contribui para a afirmação dos interesses de classe das camadas populares, na medida em que desenvolve uma reflexão pedagógica sobre valores como solidariedade substituindo individualismo, cooperação confrontando a disputa, distribuição em confronto com apropriação, sobretudo enfatizando a liberdade de expressão dos movimentos – a emancipação –, negando a dominação e submissão do homem pelo homem. (COLETIVO DE AUTORES, 1992, p. 41).

Damico e Knuth (2014) recordam, ainda, que a educação física originalmente traz, em seu bojo, a obediência às lógicas estatais e fundamentalmente adaptativas, relacionadas à eugenia, ao higienismo, militarista, esportivizante e, recentemente, medicalizante. Ademais, para Yara de Carvalho (2004, p. 69), “[a] educação física se justifica quando satisfaz determinada necessidade, relativa à saúde, ao trabalho ou ao lazer”.

As disciplinas que se “apoderam” do corpo como seu objeto de estudo conseguiram, de maneira geral, apenas elaborar formulações, compreensões parciais sobre o corpo, para cada vez mais, fragmentá-lo, reduzi-lo, limitá-lo. Um exemplo pode ser a freqüente comparação que se faz do funcionamento das sociedades com o funcionamento do corpo – análises mecanicistas, organicistas – servindo o corpo muitas vezes como instrumento de diagnóstico, ou de prevenção, ou de terapia. (CARVALHO, Y. O., 2004, p. 47).

Ao final do século XX, o estímulo à prática de atividade física e/ou exercício físico parte de um discurso que os equipara a um remédio para combater as doenças crônicas não transmissíveis. Mira (2003, p. 186), inclusive, tece críticas ao campo da promoção da saúde sob esse prospecto preventivista e paliativo, pois ressalta que

[a] atividade de promoção de saúde, na qual o exercício toma parte, não é uma atividade neutra. [...]. Parte do pressuposto – possível de ser questionado – de que a saúde e o cuidado da mesma constitui um valor em si mesmo (daí que os indivíduos deveriam preocupar-se por ela) ao mesmo tempo que possui juízos – também questionáveis

– acerca do que é um estilo de vida desejado, correto, adequado (estilo de vida que os indivíduos deveriam aderir). Ou seja, tanto por envolver juízos sobre valores como por influenciar a confecção de políticas de saúde pública e objetivar persuadir pessoas na adoção de determinados hábitos de vida, surge a necessidade, e obrigação, de pensarmos –, de que profissionais ligados ao campo da saúde reflitamos em forma crítica e cuidadosa sobre a atividade de promoção de saúde.

Mendes e Carvalho (2016) dissertam sobre a tendência da *bioEducação Física* para explicar como essa área é inserida no contexto da saúde pública sob a perspectiva de saúde limitada à ausência de doenças, com enfoque em combater a obesidade e o sedentarismo e relacionada à prevenção de doenças:

A atuação do profissional de Educação Física no contexto da Saúde tem sido tradicionalmente associada com a implementação de ações que sejam capazes de promover a saúde da população por meio de programas de exercícios físicos, os quais, ao se fundamentarem na racionalidade biomédica, privilegiam a dimensão biológica do ser humano em detrimento do conjunto de fatores relacionados ao processo saúde-doença-intervenção. (MENDES; CARVALHO, 2016, p. 38).

A tendência de uma nova educação física associada ao campo da Saúde Coletiva e baseada nas práticas corporais, como apontam Mendes e Carvalho (2016), propicia a ampliação dos saberes e das práticas da área com enfoque na cultura corporal e valorizando saberes, necessidades e interesses dos sujeitos e de suas coletividades. Logo, observa-se a presença do conceito de práticas corporais incorporado no arcabouço normativo do Programa Academia da Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde.

As práticas corporais concebem a gestualidade do ser humano a partir das manifestações da cultura corporal, tais como as danças, as lutas, os esportes e as ginásticas. Agregam as práticas ocidentais e as orientais. Destacam-se os sentidos, os significados e os valores das práticas corporais no que se refere à produção de cuidado segundo ações autônomas e compartilhadas. (MENDES; CARVALHO, 2016, p. 48).

Gosch *et al.* (2013) sistematizam as práticas corporais a serem desenvolvidas no contexto do Programa Academia da Saúde em 07 (sete) divisões: 1. esporte; 2. práticas corporais introspectivas; 3. práticas corporais expressivas; 4. práticas corporais junto à natureza; 5. jogo motor; 6. lutas; e 7. acrobacias.

Como já visto, o monitoramento anual, realizado pelo Ministério da Saúde, sobre o levantamento das atividades desenvolvidas nesse programa que serve à promoção da saúde na APS, em relação às práticas corporais / atividades físicas, traz diferentes tipos de atividades vinculadas a esse eixo de ação. No entanto, não especifica que tipo de modelo teórico-conceitual específico da educação física é abarcado nas práticas desenvolvidas nos polos, pois, intencionalmente ou não, considera como conceitos similares as atividades físicas e as práticas corporais. De forma sintética, o quadro a seguir mostra as diferenciações entre os dois conceitos.

Quadro 9 – Diferenças teórico-conceituais de atividade física e práticas corporais

| Características | Atividade física | Práticas corporais |
|--------------------------------|---|---|
| Modelo | Prescritivo e culpabilizador | Ampliado e emancipatório |
| Paradigma | Biomédico / BioEducação Física | Saúde ampliada e produção social da saúde |
| Lógica | <ul style="list-style-type: none"> - Racionalidade físico-sanitária - Epidemiológica / fatores de risco - Preventivista | <ul style="list-style-type: none"> - Crítico-reflexiva - Comunitária - Culturalista - Promoção da saúde |
| Processo de intervenção | <ul style="list-style-type: none"> - Homogeneizante - Regulador - Rotulação/estigmatização social - Fragmentado - Medicalizante - Verticalizado e hierarquizado | <ul style="list-style-type: none"> - Emancipatório - Educação popular - Construção de autonomia e reconhecimento da diversidade - Multivocal e intergeracional - Horizontalizado |
| Dimensão | <ul style="list-style-type: none"> - Individual - Assistencial | <ul style="list-style-type: none"> - Coletiva - Social |

Fonte: elaboração própria, baseada em Silva e Damiani (2005) e Mendes e Carvalho (2016).

O programa em sua concepção inicial enseja uma condição de sistematização das ações de cunho individual e coletivo, com base na primeira versão da PNPS, publicada em 2006. Com o foco de enfrentar o avanço das DCNTs e atender as metas estabelecidas no Plano Nacional de Enfrentamento destas, apresenta um predomínio da perspectiva preventivista, buscando atuar nos fatores de risco à saúde, considerando o aspecto comportamental e de controle dos modos de vida dos indivíduos.

Não obstante, o programa traz referências vinculadas ao campo da saúde coletiva sob uma perspectiva ampliada da saúde, bem como com conceitos advindos da vertente crítica da própria educação física, especialmente ao incorporar o conceito de práticas corporais e a noção de cultura corporal, no intento de construir um caminho para a autonomia e emancipação dos sujeitos.

As contradições encontradas nas bases textuais e normativas, tanto na PNPS quanto no Programa Academia da Saúde, colocam em questão compreender como essas contradições e perspectivas distintas se desenham nos territórios. Esse é o desafio de que se tratará logo adiante, através dos discursos dos agentes que vivem e experienciam a promoção da saúde no Programa Academia da Saúde, em seus territórios.

5 TRILHA METODOLÓGICA: ENTRE CIDADES, COMUNIDADES E REPARTIÇÕES

As ciências sociais não podem fornecer conhecimento (relevante) que possa ser “contido”, pronto para estimular intervenções sociais apropriadas quando necessário.

(Anthony Giddens, 2009 p. 416)

Entretanto, vistas em termos de sua infiltração no mundo que analisam, as ramificações práticas das ciências sociais foram, e são, deveras profundas.

(Anthony Giddens, 2009 p. 417)

Giddens (2009, p. 385-386) argumenta que “[...] o trabalho de pesquisa é empreendido para tentar elucidar muitas e diferentes questões, de acordo com a natureza dos problemas que o investigador se propõe esclarecer”. Logo,

[a]s ciências sociais apoiam-se necessariamente em muito do que já é conhecido dos membros das sociedades que elas investigam, e fornecem teorias, conceitos e conclusões que serão reintroduzidos no mundo que descrevem. Os “hiatos” que podem aparecer entre aparelho conceptual do especialista e as descobertas das ciências sociais, por um lado, e as práticas inteligentes incorporadas à vida social, por outro, são muito menos claros do que na ciência natural. Encaradas de um ponto de vista “tecnológico”, as contribuições práticas das ciências sociais parecem ser, e são, restritas. Entretanto, vistas em termos de sua infiltração no mundo que analisam, as ramificações práticas das ciências sociais foram, e são deveras profundas. (GIDDENS, 2009, p. 417).

Sob essa óptica, opta-se por combinar as abordagens qualitativa e quantitativa para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa e de seus elementos constituintes, pois se reconhecem as limitações existentes nas abordagens mencionadas e que associá-las torna possível minimizar vieses específicos de cada abordagem. Creswell (2007, p. 32-33) ressalta que

[b]em menos conhecidas do que as estratégias quantitativas ou qualitativas estão aquelas que envolvem coleta e análise das duas formas de dados em um único estudo. O conceito de reunir diferentes métodos provavelmente teve origem em 1959, quando

Campbell e Fiske usaram métodos múltiplos para estudar a validade das características psicológicas. Eles encorajaram outros a empregar seu “modelo multimétodo” para examinar técnicas múltiplas de coleta de dados em um estudo. Isso gerou outros métodos mistos, e logo técnicas associadas a método de campo, como observações e entrevistas (dados qualitativos), foram combinadas com estudos tradicionais (dados quantitativos).

A pesquisa se aporta na teoria da estruturação,¹⁷ de Anthony Giddens (2005, 2009), e assume um interesse nas interações sociais, nas práticas cotidianas dos sujeitos investigados e na apreensão e compreensão acerca do conceito de saúde em determinado local e tempo.

Constitui-se de um estudo que parte de um contexto macrossociológico, uma vez que se preocupa com a constituição de valores e crenças vinculados à promoção de saúde, advindos de uma perspectiva global e que potencialmente reverbera localmente. Assim, o presente estudo busca examinar o contexto microssociológico, por meio da análise de uma realidade local específica, que, no caso, refere-se à implementação na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) junto ao Programa Academia da Saúde no estado de Goiás.

É pertinente destacar que essas duas dimensões – macro e micro – são distintas. Entretanto, conforme aponta Giddens (2005), estão intimamente ligadas. Esse autor (2005, p. 84) aponta que “[...] a interação em microcontextos afeta processos sociais maiores e como os macrossistemas afetam casos mais restritos da vida social”.

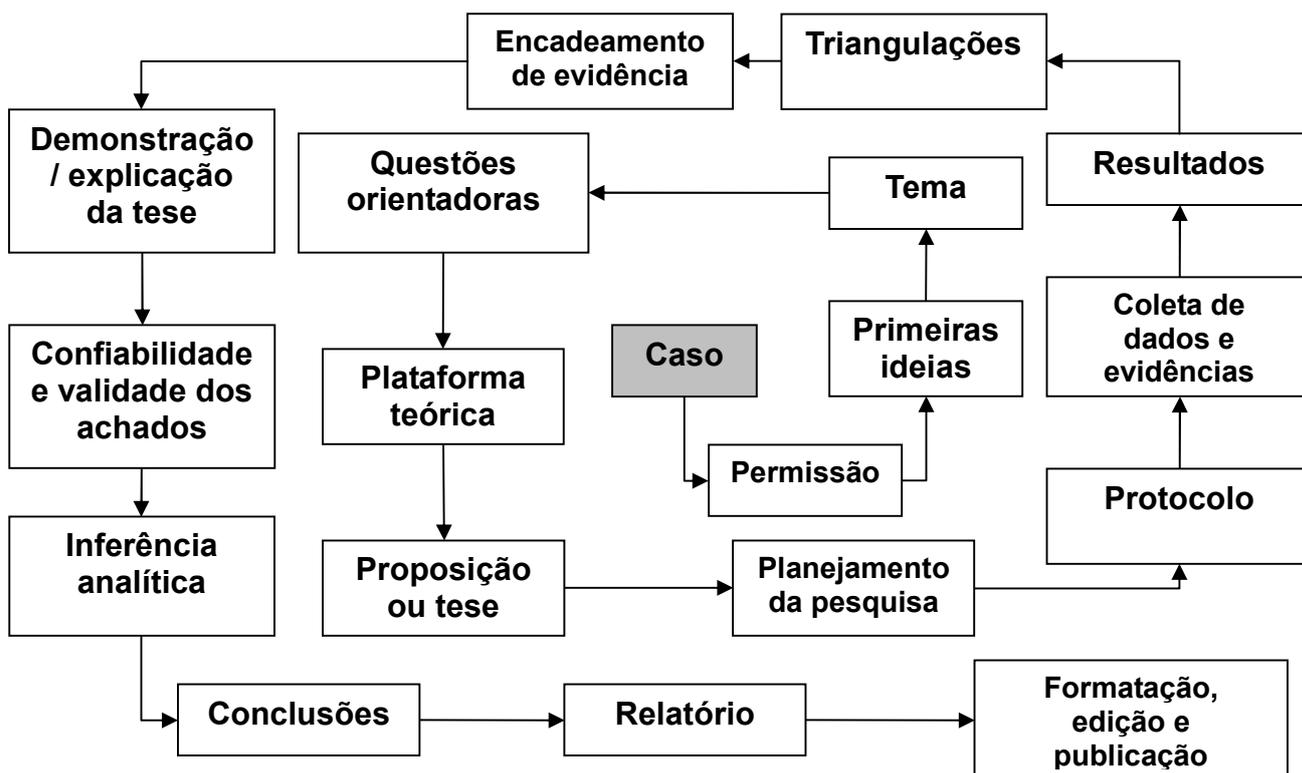
No tocante ao estudo de caso, Martins e Theophilo (2009, p. 62) declaram que,

[q]uando um Estudo de Caso escolhido é original e revelador, isto é, apresenta um engenhoso recorte de uma situação complexa da vida real cuja análise-síntese dos achados têm a possibilidade de surpreender, revelando perspectivas que não tinham sido abordadas por estudos assemelhados, o caso poderá ser classificado como importante, e visto em si mesmo como uma descoberta: oferece descrições, interpretações e explicações que chamam atenção pelo ineditismo.

¹⁷ Giddens (2009, p. 2), ao propor a teoria da estruturação, reconhece a importância de duas correntes teóricas sociológicas – funcionalista-estruturalista e hermenêutica –, mas tece críticas quanto aos limites presentes em cada uma e ressalta que “[s]e as sociologias interpretativas se assentam, por assim dizer, num imperialismo do sujeito, o funcionalismo e o estruturalismo, por seu lado, propõem um imperialismo do objeto pessoal. Uma de minhas principais ambições na formulação da teoria da estruturação é pôr fim a cada um desses esforços de estabelecimento de impérios”.

Sendo assim, para desenvolver um estudo de caso é necessário compreender o processo de elaboração e planejamento de uma pesquisa desse tipo. Na Figura 9 a seguir tem-se a sistematização do processo de estudo de caso, conforme Martins e Theophilo (2009, p. 70):

Figura 9 – Processo de um estudo de caso



Fonte: Adaptado de Martins e Theophilo (2009, p. 70).

Referente ao uso da abordagem qualitativa, é forte a preocupação em compreender as interações e relações entre os sujeitos investigados, uma vez que dentre os objetivos específicos aponta-se a necessidade de compreender as consonâncias e contradições encontradas junto à realidade investigada e o discurso normativo-legal da PNPS, bem como analisar o acesso, a participação e a cooperação dos agentes vinculados ao Programa Academia da Saúde, implantado no estado de Goiás.

No tocante ao aspecto quantitativo, aporta-se no método estatístico descritivo, utilizando-se de variáveis quantitativas discretas e variáveis qualitativas categóricas. Para Pereira (2004) o tipo de variável eleita decorre da natureza do objeto e a disponibilidade de recursos.

O estudo de um evento qualitativo não remete necessariamente a mensuração com variáveis qualitativas, sendo de todo pertinente que o pesquisador considere a utilização de medidas mais elementares (contínuas, discretas) que lhe permitirão maior flexibilidade de análise, já que poderão sempre comportar transformações que não seriam possíveis em sentido contrário (PEREIRA, 2004 p. 44).

Para tanto, a pesquisa utiliza de dados secundários advindos dos ciclos de monitoramento do Programa Academia da Saúde, no período de 2015 a 2017, e o universo de municípios habilitados junto ao programa em cada ano monitorado permite partir de generalizações sobre a realidade do programa no contexto goiano para posteriormente cruzar os resultados analisados, relativos aos dados estatísticos do monitoramento, com as informações coletadas junto aos municípios que participaram da etapa de campo, com a aplicação de entrevistas e observação direta.

5.1 Caracterização do estudo

Assume-se como um estudo de cunho exploratório-descritivo, de abordagem quanti-qualitativa, associando múltiplos métodos e técnicas de pesquisa e coleta de dados. Foi desenvolvida a associação entre pesquisa documental, estatística descritiva e de campo. Em relação à pesquisa documental, esta têm caráter complementar às demais etapas do estudo e remete à análise de documentos oficiais referentes ao contexto da promoção da saúde e do Programa Academia da Saúde, tais como portarias ministeriais, legislações específicas e relacionadas às políticas de saúde, especialmente a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), manuais instrutivos, notas técnicas, relatórios de gestão e monitoramento, dentre outros, conforme descrito no Quadro 10.

Quadro 10 – Documentos específicos à análise documental

| Tipo de documento | Especificação |
|--|---|
| Política Nacional de Atenção Básica (2012) | Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). |

(continua)

(continuação Quadro 10)

| Tipo de documento | Especificação |
|---|---|
| Política Nacional de Atenção Básica (2017 – revisão) | Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017 – Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) | Portaria n. 687, de 30 de março de 2006 – Aprova a Política de Promoção da Saúde. |
| Política Nacional de Promoção da Saúde (2014 – revisão) | Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014 – Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). |
| Política Nacional de Alimentação e Nutrição (2013) | Portaria n. 2.715, de 17 de novembro de 2011 – Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. |
| Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (2006) | Portaria GM n. 971, de 3 de maio de 2006 – Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. |
| Portaria n. 1.190, de 14 de julho de 2005 | Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. |
| Portaria n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005 | Define os recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das capitais. |
| Portaria Interministerial n. 1.010, de 8 de maio de 2006 / Gabinete do Ministro | Institui as diretrizes para a promoção da alimentação saudável nas escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. |
| Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013 | Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). |
| Portaria n. 183, de 30 de janeiro de 2014 | Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria n. 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. |
| Portaria n. 1.031, de 20 de maio de 2014 | Habilita programas em desenvolvimento nos municípios como similares ao Programa Academia da Saúde. |
| Portaria n. 1.698, de 22 de setembro de 2016 | Habilita os entes federativos ao recebimento do incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde. |
| Portaria n. 1.849, de 13 de outubro de 2016 | Habilita recebimento de incentivo de custeio para ólos do Programa Academia da Saúde em municípios com NASF implantado. |
| Portaria n. 1.707, de 23 de setembro de 2016 | Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para a construção de ólos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos municípios e o Programa Academia da Saúde. |

(continua)

(conclusão)

| Tipo de documento | Especificação |
|---|---|
| Relatório Anual de Monitoramento do Programa Academia da Saúde – 2014 (Regional) | Relatório Anual do Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde – Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. |
| Relatório Anual de Monitoramento do Programa Academia da Saúde – 2015 (Nacional e Regional) | Relatório Anual do Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde – Ministério da Saúde / Secretaria de Vigilância em Saúde / Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. |
| Relatório Anual de Monitoramento do Programa Academia da saúde – 2016 (Nacional) | Panorama Nacional de Implementação do Programa Academia da Saúde – Monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde, Ciclo 2016. |
| Nota Técnica 16/2011 – CONASS | Programa Academia da Saúde. |
| Nota Técnica 22/2012 – CONASS | Programa Academia da Saúde ou Projetos Similares de Atividade Física. |
| Nota Técnica 18/2014 – CONASS | Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. |

Fonte: elaborado pela autora (2017).

Todos os documentos elencados no Quadro 10 foram levantados a partir do termo promoção da saúde e seus eixos prioritários: alimentação saudável, práticas corporais/atividades físicas, redução da morbimortalidade decorrente do uso de álcool/drogas, enfrentamento ao uso de tabaco, redução da morbimortalidade decorrente das violências e dos acidentes de trânsito, promoção do desenvolvimento sustentável, sendo utilizados para construir mapas conceituais e quadros demonstrativos. Os relatórios nacionais de monitoramento foram utilizados para apresentar os resultados e comparar o cenário nacional ao estadual.

As fontes estatísticas e banco de dados oficiais, pesquisas sociodemográficas e censo populacional estão disponíveis em sítios do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto Mauro Borges (IMB) e do Departamento de Informática do SUS (DataSUS). As informações ali encontradas foram usadas para caracterizar o perfil sociodemográfico dos municípios selecionados, do estado de Goiás e da referência nacional. Por meio do portal de acesso à informação do TABNET/DataSUS buscam-se informações epidemiológicas (mortalidade e morbidade), da rede assistencial e da atenção primária à saúde.

Ademais, serão usados dados referentes aos ciclos de monitoramento anual do Programa Academia da Saúde, no período de 2015 a 2017, disponibilizados pela Coordenação Estadual de Vigilância e Promoção da Saúde/Gerência de Vigilância Epidemiológica/Superintendência de Vigilância em Saúde. Os dados brutos,

dispostos em planilhas eletrônicas, foram tabulados, codificados e submetidos à análise estatística descritiva, em *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), sendo gerados relatórios estatísticos nos quais constam as frequências absoluta e relativa dos dados analisados.

5.2 Local do estudo

A pesquisa ocorreu em diversos cenários e espaços – institucionais e urbanos. Dentre os órgãos que anuíram à realização da pesquisa pontua-se a Secretaria Estadual de Saúde, que, conforme Despacho n. 628/2017 – GAB/SES, autoriza a pesquisa junto à SES/GO sob o requisito de considerar a Secretaria de Estado da Saúde instituição coparticipante deste estudo. Além disso, as secretarias municipais de saúde dos municípios selecionados também oportunizaram a pesquisa e a coleta de dados através de termo de anuência.

A seleção da amostra a ser investigada foi de cunho intencional, levando em consideração os seguintes **critérios de inclusão**:

1. As Administrações Regionais de Saúde (ARS) com maior número de municípios com polo em funcionamento, apresentados na Tabela 4.

Tabela 4 – Número de municípios e polos do Programa Academia da Saúde em funcionamento no estado de Goiás, por região de saúde, no ano de 2017

| Regional de saúde / Sede administrativa | Número de municípios habilitados | Municípios com polos em funcionamento | Polos em funcionamento / municípios habilitados (%) |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| Centro-Sul (Goiânia) | 17 | 17 | 100% |
| Sudoeste II (Jataí) | 04 | 04 | 100% |
| Sul (Itumbiara) | 03 | 03 | 100% |
| Central (Goiânia) | 09 | 08 | 88,9% |
| São Patrício II (Goianésia) | 06 | 05 | 83,3% |
| Nordeste I (Campos Belos) | 05 | 04 | 80% |
| Oeste I (Iporá) | 05 | 04 | 80% |
| Rio Vermelho (Goiás) | 07 | 05 | 71,4% |
| Oeste II (São Luis de Montes Belos) | 03 | 02 | 66,7% |
| Entorno Norte (Formosa) | 06 | 04 | 66,7% |
| São Patrício I (Ceres) | 05 | 03 | 60% |
| Pirineus (Anápolis) | 07 | 04 | 57,1% |
| Nordeste II (Posse) | 10 | 05 | 50% |
| Entorno Sul (Luziânia) | 04 | 02 | 50% |

(continua)

(conclusão)

| Regional de saúde / Sede administrativa | Número de municípios habilitados | Municípios com polos em funcionamento | Polos em funcionamento / municípios habilitados (%) |
|--|---|--|--|
| Estrada de Ferro (Catalão) | 05 | 02 | 40% |
| Sudoeste I (Rio Verde) | 13 | 05 | 38,5% |
| Norte (Porangatu) | 08 | 03 | 37,5% |
| Serra da Mesa (Uruaçu) | 05 | 01 | 20% |
| Total | 122 | 81 | 66,4% |

Fonte: elaborada pela autora com base em dados disponíveis no FormSUS – Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde 2017.

2. Municípios das ARS selecionadas com maior número de polos em funcionamento;
3. Municípios que possuem polos que atendam o critério de similaridade, conforme Portaria n. 1.707, de 23 de setembro de 2016;
4. Municípios classificados como relativamente rurais,¹⁸ de acordo com a tabela de classificação de municípios do IBGE;
5. Municípios compostos por povos tradicionais (indígenas, quilombolas, assentados e ribeirinhos).

A pesquisa de campo, em primeira ordem, ocorreu por meio da visita *in loco* aos municípios selecionados, para desenvolvimento da observação direta e, em seguida, com a realização de entrevistas junto aos atores inseridos no Programa Academia da Saúde. Foram selecionados 4 (quatro) municípios dentre os 122 (cento e vinte dois) habilitados no referido programa; destes, 69 com polo em funcionamento – Aparecida de Goiânia, Hidrolândia, Ouro Verde de Goiás e Mineiros, conforme ciclo de monitoramento do PAS, em 2017.

A pesquisadora obteve autorização junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás no mês de fevereiro de 2017. No mês seguinte, a aprovação do CEP-UFG iniciou articulação, via contato telefônico e aplicativo de conversa (*Whatsapp*), com os coordenadores/diretores/gestores do programa nos municípios selecionados.

Os coordenadores/gestores/diretores do programa receberam bem e, de certa forma, com entusiasmo o convite para participar da pesquisa, mas informaram a necessidade de autorização junto aos(às) seus(suas) secretários(as) de saúde. Sendo assim, foi enviado o Termo de Anuência, via correspondência eletrônica – e-

¹⁸ População inferior a 50 mil habitantes, valor adicionado da agropecuária entre uma terça e quinze centésimos do produto interno bruto (PIB) nacional e densidade demográfica inferior a 80 habitantes por quilômetro quadrado.

mail –, aos municípios. Os coordenadores do programa mediarão esse processo junto aos(às) seus(suas) secretários(as).

No tocante à instituição coparticipante, a Secretaria Estadual de Saúde, foi recebida a autorização para a pesquisa do secretário estadual de saúde, Despacho n. 628/2017 – GAB/SE, bem como o parecer favorável do Comitê de Ética Local, da Escola de Saúde Pública do Estado de Goiás, Parecer n. 2.013.011 – Centro de Excelência em Ensino, Pesquisa e Extensão “Leide das Neves”. A entrevista foi feita com o coordenador estadual de promoção da saúde e responsável pela gestão estadual do Programa Academia da Saúde.

5.3 População e amostra

A população investigada e selecionada para participar das entrevistas remete aos sujeitos que atuam no Programa Academia da Saúde, conforme Tabela 5: gestores/diretores/coordenadores do PAS; profissionais de saúde que atuam diretamente no polo (excluindo da amostra profissionais do NASF ou da ESF, bem como profissionais que atuam indiretamente no PAS) e usuários/participantes do PAS. Ou seja, o método de amostragem, durante a coleta de dados, envolve o grupo de amostragem de caso estritamente relacionado ao PAS no contexto do estado de Goiás, e, desse modo, assume-se a opção pela amostragem teórica.

Tabela 5 – Instituições, municípios e polos do Programa Academia da Saúde selecionados para realização de pesquisa de campo e número de sujeitos participantes

| Locais selecionados | Coordenador | | | Coordenador estadual |
|--------------------------------------|-------------|--------------|---------|----------------------|
| | municipal | Profissional | Usuário | |
| Secretaria de Estado de Saúde | - | - | - | 01 |
| Aparecida de Goiânia | | | | |
| 1. Polo Veiga Jardim | 01 | 02 | 07 | - |
| 2. Polo Retiro do Bosque | | | | |
| Hidrolândia | | | | |
| 1. Polo Mais Saúde | 01 | 01 | 02 | - |
| 2. Polo Movimento | | | | |
| Ouro Verde de Goiás | | | | |
| 1. Polo Jair José | 01 | 01 | 01 | - |

(continua)

| Locais selecionados | | | | (conclusão) |
|------------------------------|-----------------------|--------------|-----------|----------------------|
| | Coordenador municipal | Profissional | Usuário | Coordenador estadual |
| Mineiros | | | | |
| 1. Polo Academia da Saúde I | 01 | 01 | 01 | - |
| 2. Polo Academia da Saúde II | | | | |
| Total | 04 | 05 | 11 | 01 |

Fonte: elaborada pela autora com base em dados disponíveis em CNES (junho/2017).

Conforme critérios adotados para inclusão de municípios selecionados, optou-se pelas regiões de saúde com maior número de municípios com pólos em funcionamento. Destes municípios optou-se, prioritariamente, por aqueles que possuem ao menos dois pólos em funcionamento. Sendo considerado ainda, um município com pólos incluídos por critério de similariedade e um município relativamente rural.

Para os coordenadores estadual e municipal, utilizou-se a amostragem teórica, pois, para Flick (2004), a decisão sobre as estratégias de amostragem é um processo que necessita estar relacionado ao tipo de objeto investigado. No caso específico da decisão pela amostragem teórica, ela pode ser tomada a partir de dois níveis:

[...] podem ser tomadas no nível dos grupos a serem comparados ou podem concentrar-se diretamente em pessoas específicas. Em ambos os casos, a amostragem de indivíduos, grupos ou campos concretos não se baseia nos critérios e nas técnicas usuais de amostragem estatística. A representatividade de uma amostra não é garantida nem pela amostragem aleatória, nem pela estratificação. Em vez disso, indivíduos, grupos, etc., são selecionados de acordo com seu nível (esperado) de novos *insights* para a teoria em desenvolvimento em relação à situação da elaboração da teoria até o momento. (FLICK, 2004, p. 79).

Em relação aos profissionais, utilizou-se a amostragem por conveniência, enquanto os usuários constituíram amostra não probabilística do tipo bola de neve. Cada usuário indicava um colega para participar da pesquisa como entrevistado.

5.4 Instrumentos e técnicas para coleta de dados

Observada a complexidade da temática estudada e as singularidades e nuances relacionadas aos espaços e territórios investigados, foram utilizados como

instrumentos para coleta de dados roteiros de entrevistas específicos para cada grupo pesquisado, roteiro de observação direta para os polos visitados e diário de campo. Ainda, fez-se uso de aplicativo de gravação de voz e fotográfico, instalado em aparelho smartphone *Samsung Galaxy S6*. Além das entrevistas terem sido gravadas para posterior transcrição, a pesquisadora, também durante o processo de visita *in loco*, desenvolveu o registro de diário de campo através de gravação de voz para posterior transcrição.

As entrevistas foram do tipo semiestruturada para gestores e profissionais do PAS e episódica para os usuários, pois se admite a importância do conhecimento experimental desses indivíduos. Não obstante, fez-se uso de guia de entrevista para os usuários do PAS. Na entrevista episódica,

[o] elemento central dessa forma de entrevista é o convite periódico à apresentação de narrativas de situações (por exemplo, “Voltando no tempo, qual foi o seu primeiro contato com a televisão? Você poderia fazer um relato dessa situação para mim?”). Séries de situações também podem ser mencionadas (“Você poderia contar como foi o seu dia ontem, e onde e quando a tecnologia deixou sua contribuição?”). (FLICK, 2004, p. 118).

No tocante à observação dos locais selecionados, apontados na Tabela 5, essa técnica “[...] apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação” (GIL, 2008, p. 100). Ademais, como considera Flick (2004, p. 147), “[a]lém das competências da fala e da escuta, empregadas nas entrevistas, a observação é outra habilidade diária metodologicamente sistematizada e aplicada na pesquisa qualitativa”. Desse modo, optou-se por dois tipos de observação de campo: nos municípios pesquisados foi desenvolvida a observação direta; no âmbito estadual, a observação participante.

A observação direta remete, primeiramente, à aproximação do pesquisador junto ao campo e às pessoas que o integram e esse processo deve ser concentrado nos aspectos essenciais às questões de pesquisa (FLICK, 2004). Para fins de realização da técnica de observação, consideraram-se as nove dimensões observacionais:

1. Espaço: o local, ou os locais, físicos;
2. Ator: as pessoas envolvidas;

3. Atividade: um conjunto de atos relacionados executados pelas pessoas;
4. Objeto: as coisas físicas que estão presentes;
5. Ato: ações individuais realizadas pelas pessoas;
6. Evento: um conjunto de atividades relacionadas executadas pelas pessoas;
7. Tempo: o sequenciamento que ocorre ao longo do tempo;
8. Meta: as coisas que as pessoas tentam alcançar;
9. Sentimento: as emoções sentidas e expressas. (FLICK, 2004, p. 154).

A observação direta nos municípios ocorria durante os dias destinados às visitas e durante a realização de entrevistas junto aos sujeitos selecionados.

A observação participante ocorreu, no âmbito estadual, na Coordenação Estadual de Promoção da Saúde, de setembro de 2016 a fevereiro de 2018, e, uma vez que a pesquisadora é servidora estadual – e considerando a importância da articulação junto à área que atua no acompanhamento e monitoramento não apenas do Programa Academia da Saúde, mas das demais ações de promoção da saúde no estado de Goiás –, solicitou à Secretaria de Estado da Saúde a sua remoção para a Coordenação Estadual de Vigilância e Promoção da Saúde.

A sua inserção nesse espaço foi de suma importância para a mediação nos municípios e em outros espaços institucionais, como o Grupo de Trabalho Intersetorial de Promoção da Saúde, o Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola e, inclusive, organismos de representação internacional, como a Organização Pan-americana de Saúde, acompanhando, também, a articulação de cooperação técnica entre a área de promoção da saúde, em âmbito estadual, e a área técnica de promoção da saúde da Opas/OMS, no período de janeiro de 2017 a novembro de 2017.

A articulação entre CVPS/GVE/SES e Opas/OMS serviu à conformação da agenda prioritária estatal, que, através de oficina de levantamento de necessidades em promoção da saúde apontou, no mês de janeiro de 2017, a necessidade de qualificação e formação em promoção da saúde no estado de Goiás. Para isso, colocou temas próprios da referida organização, com foco na implantação de cidades saudáveis e sustentáveis e cumprimento da Agenda 2030, como prioritários ao território goiano. Isso impactou, inclusive, na estrutura organizacional da Coordenação Estadual de Vigilância e Promoção da Saúde, com a incorporação de uma subcoordenação com enfoque na agenda prioritária da Opas/OMS, a Subcoordenação de Promoção de Cidades Saudáveis e Sustentáveis.

Ao final de 2017, compreendendo a necessidade de distanciar-se desse campo de observação, já que foi percebida a sua saturação teórica, a pesquisadora, no início de 2018, com vistas a garantir uma construção do conhecimento teórico-científico não enviesada, decidiu aceitar o convite para ser integrante de uma nova área e, assim, foi realocada em uma nova repartição, mas mantendo-se vinculada à área da saúde.

5.5 Análise e interpretação dos dados

Para a análise e interpretação de dados pontua-se que os dados de cunho quantitativo foram analisados de forma descritiva, considerando as variáveis estatísticas discretas e categóricas (número de polos em funcionamento; número de profissionais atuantes no polo; situação dos polos nos municípios habilitados; período de funcionamento do polo; temáticas da PS desenvolvidas no polo; tipo de profissional atuante no polo; vínculo empregatício; tipo de atividades desenvolvidas; constituição de grupo de gestão; integrantes do grupo de gestão; público-alvo; formas de adesão) presentes no banco de dados do Ciclo Anual de Monitoramento do Programa Academia da Saúde, desenvolvido por meio de formulário eletrônico do SUS – formSUS, no período de 2014 a 2017.

Para desenvolvimento de análise estatística utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)¹⁹ e o TABNET – DataSUS²⁰ para análise de variáveis e criação de gráficos e tabelas, além de *software* específico para criação de mapas, o TABWIN – DataSUS.²¹

Os dados obtidos foram organizados em programas específicos para análise e compilação de dados, assim como em planilhas eletrônicas. As variáveis utilizadas permitiam a associação com as categorias de análise relacionadas ao acesso e à participação do Programa Academia da Saúde, observando formas de acesso, tipo e forma de participação tanto no programa quanto na comunidade, tempo de

¹⁹ IBM SPSS Statistics 24.

²⁰ O programa TABNET – DataSUS foi elaborado com a finalidade de permitir às equipes técnicas do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde a realização de tabulações rápidas sobre os arquivos (DATASUS, 2018 – disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/ambulatoriais/10-informacoes-de-saude/276-tabnet>).

²¹ Versão para instalação em microcomputadores e notebooks com mais funcionalidades (construção de mapas), mas com a mesma finalidade do TABNET – DataSUS.

permanência, tipo de atividades disponíveis, período de funcionamento e público assistido.

Os dados qualitativos conseguidos por meio das entrevistas foram submetidos à análise de discurso, pois “[...] concentram-se em definir formas capazes de estudar a elaboração da realidade social nos discursos sobre determinados objetos ou processos” (FLICK, 2004, p. 213). No que se refere aos dados obtidos nas entrevistas aplicadas com os atores de linha de frente (equipe Academia da Saúde), coordenadores do programa em âmbito municipal e estadual, e usuários(as), estes foram organizados por grupo, após transcrição em editor de texto (*word*). Os arquivos com as transcrições das entrevistas foram submetidos a codificação e análise qualitativa utilizando o *software* Atlas-TI, versão 6.

As categorias construídas serão utilizadas nessa etapa da pesquisa para subsidiar a construção de códigos a partir das unidades hermenêuticas analisadas, sendo as seguintes: 1) acesso e participação e 2) compreensão e incorporação de crenças e valores.

6 O CENÁRIO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

“Os locais não são apenas lugares, mas cenários de interação [...]”

(Anthony Giddens, 2009, p. XXVIII).

Fotografia 1 –Polo do Programa Academia da Saúde (POLO E)



Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

No campo dos Direitos Humanos, em especial na Declaração Universal de Direitos Humanos, “[t]odo indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, 1948, p. 1). No entanto, segundo os argumentos de Butler (2015, 2018), todas as vidas são precárias. Para ela, a vida é um componente valorado social e politicamente e se produz a partir das relações de poder. Sendo assim, “[...] há sujeitos que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas” (BUTLER, 2015, p. 17). Então eles não seriam sujeitos de direitos, é isso?

A promoção da saúde, normativamente, trata do reconhecimento de que as condições de vida, trabalho, lazer e demais componentes socioeconômicos impactam qualitativamente na saúde. Ou seja, os modos de organização e produção da sociedade conectam-se com a noção de determinação social da saúde. Reconhecer isso é o primeiro passo para a ruptura com um sistema [re]produtor de desigualdades e iniquidades. Ainda como aponta Butler (2018, p. 129):

A precariedade só faz sentido quando somos capazes de identificar a dependência e a necessidade corporal; a fome e a necessidade de abrigo; a vulnerabilidade às agressões e à destruição; as formas de confiança social que nos permitem viver e prosperar; e as paixões ligadas à nossa persistência como questões claramente políticas.

Lefevre e Lefevre (2004, p. 153), em referência a Carta de Ottawa, aponta que a promoção da saúde, desde sua gênese, apresenta como preocupação principal, “[...] desestimular comportamentos e estilos de vida não saudáveis que possam resultar em precariedade de condições de vida e saúde”. Ao tratar dessa forma tais questões reforça, contudo, uma lógica de culpabilização individual e de punição daqueles que não estão em conformidade com os enquadramentos normativos impostos. “[O]s enquadramentos que, efetivamente, decidem quais vidas serão reconhecíveis como vidas e quais não o serão devem circular a fim de estabelecer sua hegemonia” (BUTLER, 2015, p. 28).

A Nova Promoção da Saúde é uma tentativa de romper com uma lógica hegemônica que atua no processo saúde-doença a partir de uma reflexão crítica e democrática por meio do **empoderamento** social e da valorização da autonomia para além de enquadramentos sociais ancorados em modos e estilos de vida considerados corretos. Akerman (2015, p. 24) diz que “[a] vida pulsa na tensão entre o bom e correto”, pois nem tudo que é bom é considerado correto, e nem tudo que é correto é tido como bom. Do mesmo modo, a promoção da saúde, desde sua concepção, é um campo tensionado pelo binômio teoria-prática, tensões entre princípios, ideologias e pontos de vistas.

Esta seção dedica-se a apresentar o panorama do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás e refletir como a promoção da saúde é compreendida nos lugares investigados. Inicia-se com a análise dos dados do monitoramento feito pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde, sendo a segunda responsável por articular a participação dos municípios nesse processo de avaliação e acompanhamento do programa. Em seguida, apresenta-se o perfil das cidades dos polos selecionados para compor esta pesquisa e, por fim, analisa-se os discursos dos entrevistados dos 06 (seis) polos do Programa Academia da Saúde participantes.

6.1 O retrato das cidades e territórios investigados

A Política Nacional de Promoção da Saúde, baseada no princípio de regionalização proposto pelo SUS, destaca como eixo operacional a **territorialização**, que decorre do processo de regionalização da política a partir de programas e ações implementadas nos territórios, pois a PNPS

- a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização dos serviços de saúde e para organizar a RAS;
- b) considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios;
- c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e de acesso e a execução de ações que identifiquem singularidades territoriais para o desenvolvimento de políticas, programas e intervenções, ampliando as ações de promoção à saúde e contribuindo para fortalecer as identidades regionais. (BRASIL, 2014, p. 2).

A perspectiva da promoção da saúde parte, inclusive, de uma discussão sobre a importância da atuação da saúde pública no contexto de cidades e ambientes saudáveis, pois traz, em seu arcabouço teórico, as premissas da concepção de saúde ampliada e vinculada ao paradigma de produção social da saúde, como traz a Carta de Ottawa (1986) e se debate por autores dessa área (CZERESNIA, 2003; GREEN; POLAND; ROOTMAN, 2000; HEIDMANN *et al.*, 2006; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, 2007; MCQUEEN; JONES, 2007; WITHELAW, 2001).

Na Carta de Ottawa (WHO, 1986), para a incorporação da perspectiva da promoção da saúde são necessários:

- [...]
- 9. Elaboração e implementação de 'políticas públicas saudáveis';
- 10. Criação de 'ambientes favoráveis à saúde';
- 11. Reforço da 'ação comunitária';
- 12. Desenvolvimento de 'habilidades pessoais';
- 13. 'Reorientação do sistema de saúde'. (BUSS, 2003, p. 26).

O potencial do Programa Academia da Saúde de difundir os princípios e as ações da promoção da saúde se mostra por sua capacidade de expansão no território, uma vez que 2.618 municípios estão habilitados junto ao programa, em um universo de 5.570 municípios registrados no ano de 2017, conforme dados do IBGE (2017). Isso significa que os municípios habilitados no PAS representam,

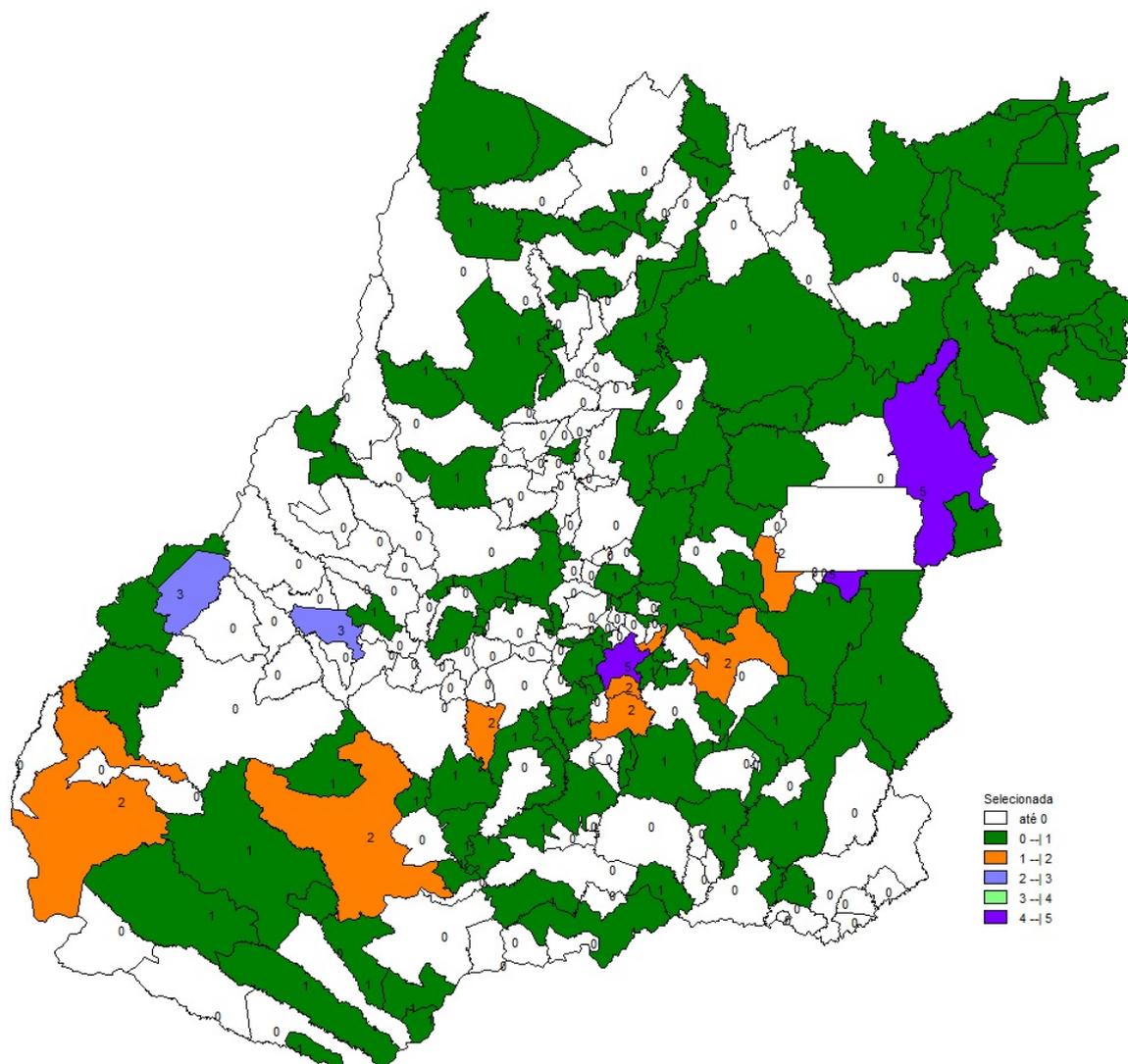
percentualmente, 47% dos municípios brasileiros. Evidentemente, não é suficiente somente a expansão territorial para que o modelo de promoção da saúde se implemente no território, mas sua expansão é o primeiro passo para que esse processo de mudança de concepção e visão do campo da saúde se efetive.

Paim (2009) considera que formalmente já não existam barreiras a garantir o princípio de universalidade aos serviços de saúde. Para ele, os serviços de saúde expandem para além da retórica, conquanto reconheça que existem dificuldades, especialmente locais, relacionadas ao financiamento e à organização dos serviços, impactando no acesso e na continuidade destes. Esse autor (2009, p. 127-128) destaca que

[s]e considerarmos as cinco grandes áreas de um sistema de serviços de saúde (infraestrutura, financiamento, organização, gestão e prestação de serviços), poderemos admitir avanços em todas elas. Mesmo diante do financiamento, reconhecidamente um dos maiores entraves para o desenvolvimento do SUS, não é possível ignorar que os recursos, só no âmbito federal, em termos absolutos, foram quadruplicados entre o início da década passada e o momento atual: de cerca de 12 bilhões para aproximadamente 48 bilhões de reais. É claro que esses recursos são insuficientes para um sistema que pretende ser universal e integral, diante de uma população que passa por uma transição demográfica, com mudanças significativas no perfil epidemiológico e com uma expectativa de consumo de serviços médicos que possivelmente equivale à dos países ricos.

Desde que se iniciou o monitoramento do programa, em 2014, em Goiás, é possível avaliar que houve boa expansão ao longo dos anos. Em 2014, havia 72 municípios habilitados, mas, em 2017, dos 246 municípios goianos, já eram 122 os que estavam habilitados no programa ministerial, conforme apresentado no Mapa 1.

Mapa 1 – Distribuição de polos nos municípios do estado de Goiás, no ano de 2017



Fonte: elaborado pela autora em programa *Tabwin*, dados do Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde (FormSUS, 2017).

Do mesmo modo que na realidade nacional, o estado de Goiás apresenta cerca de 50% de municípios habilitados no programa. Apesar de haver transferência de recurso financeiro para investimento no Programa Academia da Saúde, conforme critérios definidos na Portaria n. 1.707/2017, aos municípios é exigida a contrapartida na forma de aquisição de equipamentos e contratação de profissionais, levando alguns municípios a não aderirem a ele em virtude de recursos escassos para a área da saúde.

A implantação de polos do Programa Academia da Saúde oportuniza a discussão teórico-conceitual e sobre as práticas de saúde com foco na perspectiva

da promoção da saúde, especialmente na relevância de se instituírem espaços e ambientes saudáveis.

Para Carvalho (2013), o principal documento normativo da promoção da saúde, a Carta de Ottawa, é coerente com a abordagem socioecológica, uma vez que propõe a criação de ambientes favoráveis à saúde, que propiciem a harmonia entre o ser humano e o meio ambiente.

Os municípios participantes da pesquisa foram selecionados conforme critério de inclusão e exclusão apresentados no capítulo metodológico, baseado nas configurações sociodemográficas e em sua representatividade junto ao PAS. Torna-se importante investigar lugares com condições sociais e econômicas distintas, propiciando uma análise da representatividade do programa nesses territórios. Os quatro municípios pesquisados – Aparecida de Goiânia, Hidrolândia, Mineiros e Ouro Verde de Goiás – tem distribuição espacial e demográfica distinta e isso influenciou na escolha dos locais onde foram instalados os polos do Programa Academia da Saúde.

Os municípios de Aparecida de Goiânia e Mineiros possuem dois polos do Programa Academia da Saúde cada um, enquanto os dois municípios de menor porte de urbanização – Hidrolândia e Ouro Verde de Goiás – possuem apenas um polo habilitado e em funcionamento.

Aparecida de Goiânia e Mineiros estão entre os 20 municípios mais populosos de Goiás, o primeiro ocupava, em 2018, o 2º lugar, e o segundo estava no último lugar (IBGE, 2018a). Hidrolândia, conforme estimativa populacional (IBGE, 2018a), é o 54º (quingüésimo quarto) município mais populoso e Ouro Verde de Goiás fica na posição 173 (cento e setenta e três).

É interessante notar que o município de Ouro Verde de Goiás é considerado predominantemente rural e mostra taxa de crescimento geométrica populacional negativa (-0,22, em 2017). No último Censo Populacional (IBGE, 2010), o referido município contava com 4.034 (quatro mil e trinta e quatro) habitantes, sendo estimado, para o ano de 2017, uma queda nesse número para 3.971 (três mil, novecentos e setenta e um) habitantes. A distribuição populacional de Ouro Verde de Goiás e dos demais municípios participantes da pesquisa de campo, de acordo com o Censo 2010, segue a tendência nacional e mundial de processo de envelhecimento populacional.

Em relação ao incentivo financeiro disponibilizado aos municípios com programa implantado, aproximadamente 21% (vinte e um por cento) dos municípios respondentes do FormSUS (n = 122) no estado de Goiás afirmaram receber incentivo de custeio mensal, previsto na Portaria n. 1.707, de setembro de 2016.

Os quatro municípios participantes da pesquisa recebem, em sua totalidade, pelo menos para um polo, o incentivo de custeio mensal de manutenção do PAS. Em relação aos repasses realizados na modalidade “Fundo a Fundo”, excetuando-se o município de Aparecida de Goiânia, que tem recursos mais expressivos à média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, os demais apresentam mais financiamento para o bloco destinado à Atenção Básica no período de 2015 a 2017 (IBGE, 2018b).

Na Atenção Básica (AB) destaca-se o incentivo à estruturação de equipes de Saúde da Família e das Unidades Básicas de Saúde nos municípios investigados, conforme Tabela 6. É mais representativa a composição das equipes de Saúde da Família, Agentes Comunitários e Núcleos de Apoio nos municípios de médio porte, ou seja, Aparecida de Goiânia e Mineiros (Tabela 6). Isso aponta para um movimento, já evidenciado por Castro e Fausto (2012), de medidas adotadas no Brasil, a partir dos anos 1990, visando o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, especialmente nos municípios mais urbanizados e com maior concentração populacional.

Tabela 6 – Equipes de Saúde cadastradas nos municípios pesquisados em dezembro de 2017

| Tipo da equipe | Aparecida de Goiânia | | Hidrolândia | | Mineiros | | Ouro Verde de Goiás | |
|--|----------------------|------|-------------|------|----------|------|---------------------|------|
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| ESF – Equipe de Saúde da Família | 63 | 75,0 | - | - | 9 | 33,3 | - | - |
| ESFSB_M1 – ESF com saúde bucal – M I | 5 | 6,0 | 5 | 55,6 | 11 | 40,7 | 1 | 33,3 |
| ESFSB_M2 – ESF com saúde bucal – M II | - | - | 2 | 22,2 | - | - | 1 | 33,3 |
| EACS – Equipe de agentes comunitários de saúde | 2 | 2,4 | - | - | 2 | 7,4 | - | - |
| EPEN – Equipe de At. saúde Sist. Penitenciário | 3 | 3,6 | - | - | - | - | - | - |
| NASF1 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Modalidade 1 | 4 | 4,8 | 1 | 11,1 | 3 | 11,1 | - | - |
| NASF3 – Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF Modalidade 3 | - | - | - | - | - | - | 1 | 33,3 |

(continua)

| Tipo da equipe | (conclusão) | | | | | | | |
|---|----------------------|--------------|-------------|--------------|-----------|--------------|---------------------|--------------|
| | Aparecida de Goiânia | | Hidrolândia | | Mineiros | | Ouro Verde de Goiás | |
| | N | (%) | N | (%) | N | (%) | N | (%) |
| EMAD – Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar | 3 | 3,6 | - | - | 1 | 3,7 | - | - |
| EMAP – Equipe Multidisciplinar de Apoio | 1 | 1,2 | - | - | 1 | 3,7 | - | - |
| CR MIII – Equipe dos consultórios na rua modalidade III | 2 | 2,4 | - | - | - | - | - | - |
| EABP1 - EQ Atenção Básica Prisional Tipo I | 1 | 1,2 | 1 | 11,1 | - | - | - | - |
| TOTAL | 84 | 100,0 | 9 | 100,0 | 27 | 100,0 | 3 | 100,0 |

Fonte: Ministério da Saúde, Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, dezembro de 2017.

Ainda, partindo dessa configuração de fortalecimento da APS nos territórios brasileiros, a Tabela 7 mostra que, no estado de Goiás, os municípios habilitados ao PAS e respondentes do FormSUS 2017 consideram a Atenção Primária como responsável pela gestão do PAS (78%); em torno de 16% (dezesesseis por cento) compreendem como sendo um programa com gestão compartilhada entre Atenção Primária à Saúde e a Vigilância em Saúde. Isso pode ser considerado uma dificuldade da gestão municipal e estadual em atuar de forma articulada intrasetorialmente e sem compreender as bases que fundamentam a criação do programa.

Tabela 7 – Número de municípios habilitados no Programa Academia da Saúde, segundo a área responsável pelo Programa Academia da Saúde, Goiás, nos anos 2016 e 2017

| Área responsável pela gestão do PAS | 2016 | | 2017 | |
|--|------------|------------|------------|------------|
| | N | % | N | % |
| Atenção Básica | 103 | 83,7 | 95 | 77,9 |
| Vigilância em Saúde | 5 | 4,1 | - | - |
| Atenção Básica e Vigilância em Saúde (Co-Gestão) | 9 | 7,3 | 20 | 16,4 |
| Outra | 6 | 4,9 | 7 | 5,7 |
| Total | 123 | 100 | 122 | 100 |

Fonte: elaborada pela autora, com base em dados disponíveis em FormSUS – Ciclo de Monitoramento Anual do Programa Academia da Saúde (2016, 2017).

Conforme os dados apresentados, apesar da mudança na gestão municipal no período de 2016 a 2017, a representatividade da AB na gestão do programa permanece preservada. Isso evidencia que os municípios, intencionalmente ou não, seguem os preceitos estabelecidos na portaria que constitui o Programa Academia da Saúde, em específico no art. 3º, inciso I – “configurar-se como ponto da atenção

da Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica” (BRASIL, 2013).

Durante o ciclo de monitoramento anual do Programa Academia da Saúde, no ano de 2017, levantou-se o grau de representação e participação das áreas e equipes (a exemplo do NASF) envolvidas com as ações e atividades desenvolvidas nos polos em funcionamento no estado de Goiás.

Dentre os municípios habilitados no programa, 79,5% possuem NASF implantado. Quanto à disponibilidade dos profissionais do NASF para planejamento conjunto e suporte técnico ao Programa Academia da Saúde, 20,3% dos respondentes não recebem apoio significativo; 29,7%, apoio regular; e 50% apoio pontual.

Em relação à atuação presencial do NASF e à execução de ações e atividades junto aos polos em funcionamento, 89,2% consideram o apoio do NASF como significativo, seja de forma pontual (52,7%) ou regular (36,5%).

As equipes de Saúde da Família (ESF) também atuam tanto de forma presencial ou por meio de apoio matricial e na gestão do programa. Em levantamento realizado no monitoramento de 2017 quanto à participação da ESF para planejamento conjunto e suporte técnico, os municípios consideram que 16,2% não recebem apoio significativo da ESF; 37,8% apoio de forma pontual e 46% referenciam não ter apoio regular.

A atuação das equipes da ESF e do NASF nos diferentes serviços disponíveis na Atenção Básica, inclusive no Programa Academia da Saúde, como aponta Brasil (2007), amplia o poder de decisão delas do planejamento à gestão. Além disso, garantir um corpo multiprofissional permite a troca de saberes e conhecimentos, o compartilhamento de afetos, melhora a comunicação institucional e promove a corresponsabilidade.

A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os Sujeitos em partes ou patologias, as equipes de referência são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito [...]. (BRASIL, 2007, p. 38-39).

O próprio Programa Academia da Saúde passa a se constituir em um espaço de fortalecimento da humanização e à integralidade do cuidado. Nesse contexto, conseqüentemente, equipamentos de saúde como o Programa Academia da Saúde passam a ser incorporados à organização dos serviços de saúde.

A disponibilidade de equipamentos sociais e serviços de saúde impacta no desenvolvimento socioeconômico de determinado território e reforça a compreensão da determinação social. Trata-se de assumir a “[...] visão saúde-doença como resultante de um processo social [...]” (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017, p. 65) e que investimentos, sob a ótica intersetorial, influenciam os indicadores sociais, a exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano, da taxa de mortalidade materna, da taxa de mortalidade infantil, da proporção de pobres, dentre outros. Pontua-se que os municípios que apresentam melhor infra-estrutura, disposição de bens e serviços e suporte de recursos humanos capacitados aos seus municípios podem alcançar melhores indicadores sociais (Tabela 8).

Tabela 8 – Relação de indicadores sociais dos quatro municípios pesquisados, 2010

| Município | Índice de Gini ²² | IDHm ²³ | Taxa de Alfabetização ²⁴ | TMI ²⁵ | Ppob ²⁶ | Rdpc ²⁷ | Taxa de analfabetismo ²⁸ | Água ²⁹ |
|----------------------|------------------------------|--------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------------|--------------------|
| Aparecida de Goiânia | 0,49 | 0,718 | 95,04 | 13,2 | 5,22 | 689,30 | 5,30 | 98,43 |
| Hidrolândia | 0,47 | 0,706 | 93,49 | 13,7 | 5,31 | 651,41 | 7,09 | 97,81 |
| Mineiros | 0,56 | 0,718 | 93,03 | 12,6 | 6,03 | 869,04 | 7,55 | 98,38 |
| Ouro Verde de Goiás | 0,49 | 0,719 | 89,19 | 14,2 | 13,50 | 525,12 | 11,79 | 95,58 |

Fonte: elaborada pela autora com base em dados do Censo Demográfico (IBGE, 2010).

Ao tratarmos dos aspectos que afetam o processo de saúde-adoecimento-doença é importante considerar aqueles que geram desigualdades e iniquidades em saúde (ARCAJA; ARCAJA; SUBRAMANIAN, 2015; BECERRA; MUJICA, 2016;

²² Mede o grau de concentração de uma distribuição, cujo valor varia de zero (a perfeita igualdade) até um (a desigualdade máxima).

²³ Índice de Desenvolvimento Humano municipal.

²⁴ Taxa de alfabetização.

²⁵ Taxa de Mortalidade Infantil.

²⁶ Proporção de pobres (considerando os indivíduos com renda domiciliar *per capita* igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais, em reais de agosto de 2010).

²⁷ Renda *per capita* (razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 1º agosto de 2010).

²⁸ Taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais de idade (razão entre a população de 15 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nessa faixa etária multiplicado por 100).

²⁹ Percentual da população que vive em domicílios com água encanada.

MUJICA, 2015). As condições sociais de vida e saúde influenciam substancialmente, impactando, inclusive, nos dados de mortalidade. Retoma-se a concepção ampliada de saúde e do paradigma de produção social da saúde para compreender que fatores sociais, ambientais, econômicos e culturais são condicionantes e de determinação social (BUTLER, 2015; CARVALHO, 2013; CZERESNIA, 2003; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004). Essa conjuntura reverbera na tomada de decisão, na elaboração de políticas públicas e nos tipos de ações e atividades priorizadas, especialmente no Programa Academia da Saúde.

Acerca dos dados de mortalidade preliminarmente disponíveis no DataSUS, estes apresentam convergência em relação ao cenário de mortalidade nacional, mundial e nos locais pesquisados (Tabela 9), compreendendo as quatro causas de mortalidade: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e advindas de doenças do aparelho respiratório.

Tabela 9 – Proporção de óbitos, por sexo e causa, nos quatro municípios pesquisados, no ano de 2016

| Causa do óbito (CID BR10) | Aparecida de Goiânia | | | | Hidrolândia | | | Mineiros | | | Ouro Verde de Goiás | | |
|---|----------------------|-------------|----------|-------------|-------------|-----------|------------|------------|------------|------------|---------------------|-----------|-----------|
| | Sexo | | | | Sexo | | | Sexo | | | Sexo | | |
| | Masc | Fem | Ign | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem | Total |
| Doenças infecciosas e parasitárias (CID 001-031) | 120 | 110 | 0 | 230 | 8 | 8 | 16 | 4 | 3 | 7 | 2 | - | 2 |
| Neoplasias (CID 032-052) | 193 | 210 | 0 | 403 | 10 | 6 | 16 | 33 | 16 | 49 | 1 | 1 | 2 |
| Sangue e org hematológicos (CID 053-054) | 3 | 6 | 0 | 9 | - | - | - | 1 | 2 | 3 | - | - | - |
| Endócrinas, nutricionais e metabólicas (CID 055-057) | 48 | 41 | 0 | 89 | 4 | 6 | 10 | 12 | 7 | 19 | 2 | 2 | 4 |
| Transtornos mentais e comportamentais (CID 058-059) | 13 | 10 | 0 | 23 | 3 | 2 | 5 | 5 | 2 | 7 | - | - | - |
| Doenças do sistema nervoso (CID 060-063) | 31 | 27 | 0 | 58 | 3 | 0 | 3 | 5 | 9 | 14 | - | - | - |
| Doenças do ouvido e da apófise mastoide (CID 065) | - | 1 | 0 | 1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Doenças do aparelho circulatório (CID 066-072) | 454 | 330 | 0 | 784 | 24 | 9 | 33 | 50 | 44 | 94 | 10 | 7 | 17 |
| Doenças do aparelho respiratório (CID 073-077) | 174 | 125 | 0 | 299 | 7 | 7 | 14 | 15 | 12 | 27 | 1 | 2 | 3 |
| Doenças do aparelho digestivo (CID 078-082) | 120 | 63 | 0 | 183 | 8 | 2 | 10 | 20 | 8 | 28 | 1 | - | 1 |
| Doenças da pele e tecido subcutâneo (CID 083) | 6 | 3 | 0 | 9 | 1 | - | 1 | - | - | - | - | - | - |
| Doenças sist osteomusc e tecido conjuntivo (CID 084) | 6 | 4 | 0 | 10 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Doenças do aparelho geniturinário (CID 085-087) | 28 | 30 | 0 | 58 | 2 | - | 2 | 6 | 7 | 13 | - | - | - |
| Gravidez, parto e puerpério (CID 088-092) | - | 3 | 0 | 3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Afecções origin no período perinatal (CID 093-097) | 32 | 31 | 0 | 63 | 2 | - | 2 | 10 | 4 | 14 | 1 | - | 1 |
| Malf confên, deform e anormal cromossômicas (CID 098-100) | 21 | 18 | 1 | 40 | - | 2 | 2 | 5 | 3 | 8 | - | - | - |
| Sint, sin e ach anorm clín. e lab, ncop (CID 101-103) | 20 | 10 | 0 | 30 | 1 | - | 1 | 4 | - | 4 | 1 | - | 1 |
| Causas externas de morbidade e mortalidade (CID 104-113) | 451 | 70 | 0 | 521 | 13 | 5 | 18 | 43 | 8 | 51 | 2 | 2 | 4 |
| TOTAL | 1720 | 1092 | 1 | 2813 | 86 | 47 | 133 | 195 | 117 | 312 | 17 | 13 | 30 |

Fonte: elaborada pela autora com base em dados disponíveis em MS/SVS/CGIAE, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (dados preliminares, 2016).

Percentualmente, a causa que mais impacta na mortalidade das populações dos quatro municípios investigados é oriunda de doenças cardiocirculatórias, representando, em alguns casos, mais de 50%, a exemplo no município de Ouro Verde de Goiás (56,7%), seguindo por Mineiros (30,1%), Aparecida de Goiânia (27,9%) e Hidrolândia (24,8%), conforme apresentado na Tabela 9.

A preocupação quanto às doenças crônicas não transmissíveis e a redução da mortalidade prematura (abaixo de 70 anos) advém dos objetivos presentes no Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNTs) e que subsidiou a primeira versão da PNPS, e, por conseguinte, o Programa Academia da Saúde. Não obstante, é um ponto limitador, que se sustenta na perspectiva preventivista e de orientação negativa da saúde.

Dos polos respondentes ao monitoramento (n=75), em 2017, 98,7% informam desenvolver ações focadas nas práticas corporais/atividade física, 92% desenvolvem práticas de educação em saúde e 85,1% atividades de promoção de alimentação saudável. Nesse contexto, os profissionais de saúde vinculados ao Programa Academia da Saúde são aqueles que atuam com tais temáticas apresentadas na PNPS (BRASIL, 2006) – práticas corporais/ atividade física, alimentação saudável e adequada.

Em um contínuo avaliativo, entre 2015 e 2017, evidencia-se que as práticas corporais/atividades físicas (PCs/AF) mantiveram-se linearmente em ascensão nos polos implementados e em funcionamento no estado de Goiás. Em 2015, 94,3% dos polos desenvolviam atividades voltadas às AF/PCs; 96,8% em 2016 e, como já anunciado, em 2017, chega a quase 100% dos polos que implantaram ações e atividades desse tipo. Isso reflete a crença de que a Academia da Saúde, prioritariamente, é um espaço próprio e legítimo a essas práticas específicas.

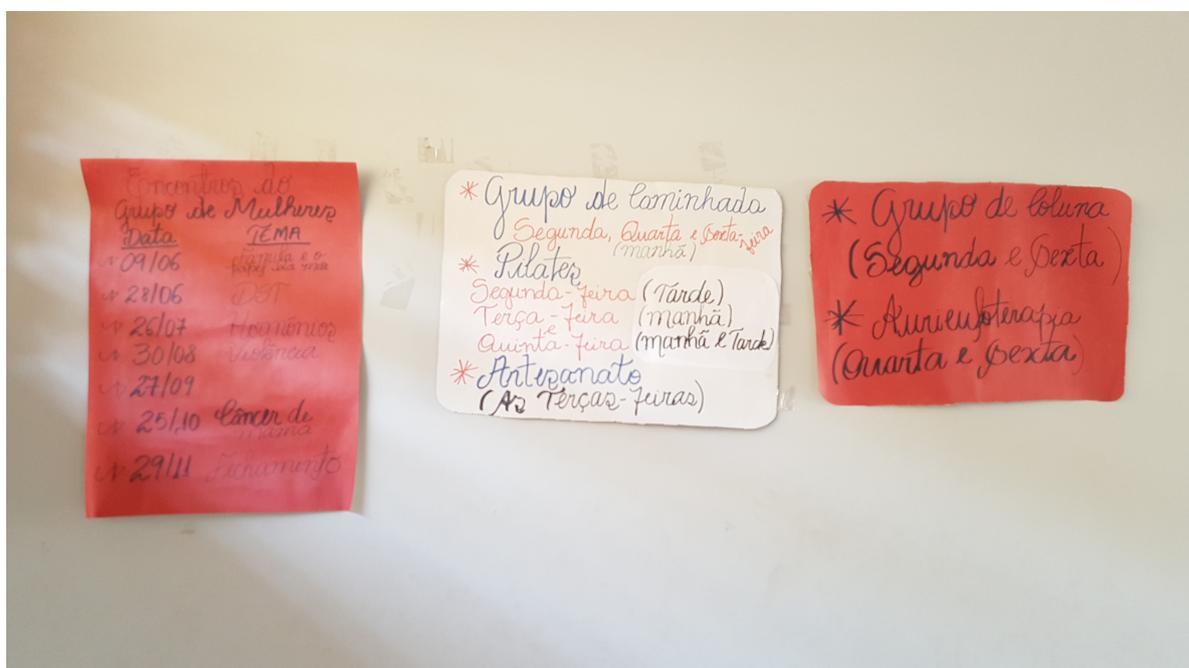
Esse enfoque nas práticas corporais e na alimentação saudável foi evidenciado tanto nos dados disponíveis via FormSUS, bem como durante pesquisa de campo, corroborado com os registros de imagens dos polos visitados (Fotografias 2 a 6). Durante as visitas, foi possível identificar uma preocupação em publicizar as atividades desenvolvidas junto aos polos, com destaque para as atividades vinculadas à temática de alimentação saudável e práticas corporais.

Fotografia 2 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO A)



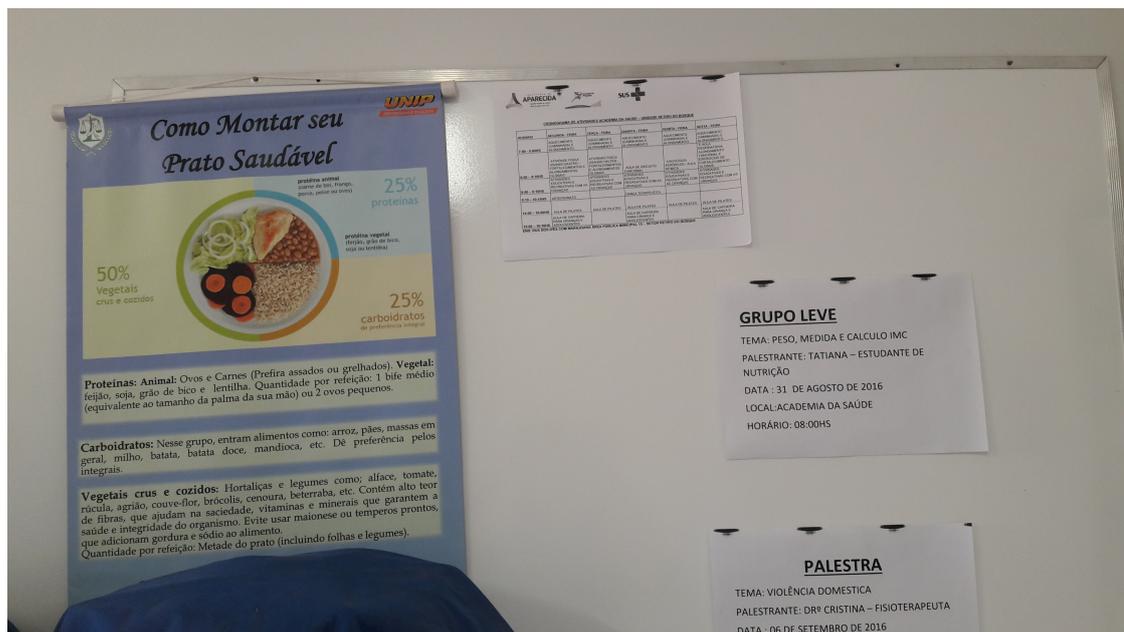
Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Fotografia 3 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO B)



Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Fotografia 4 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO B)



Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Fotografia 5 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO D)



Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Fotografia 6 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO E)

Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Nos polos visitados identificou-se também a presença de profissionais com formação que atendiam as demandas relacionadas ao enfrentamento e à redução das DCNTs, como fisioterapeutas, profissionais de educação física e nutricionistas.

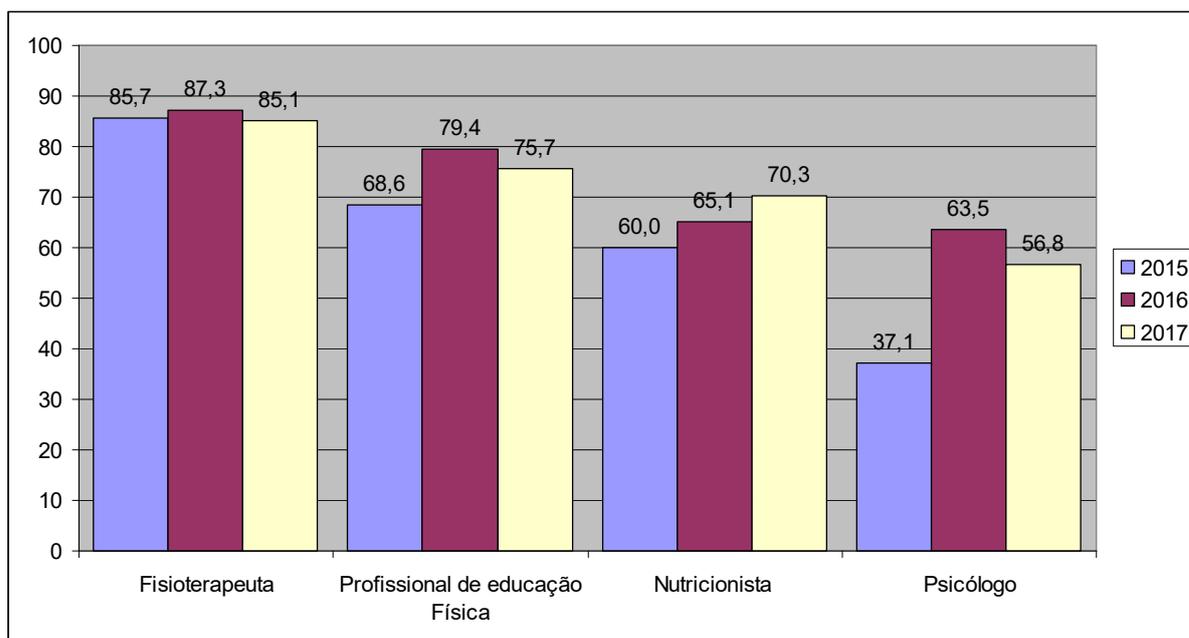
Ainda sobre os dados do monitoramento, ano 2017, 89,2% priorizam as ginásticas (aeróbica, funcional, alongamento, pilates e/ou localizada) e 87,8% desenvolvem grupos de caminhada e corrida; as práticas menos desenvolvidas no programa são artes marciais (10,8%) e atividades esportivas (27%).

Considera-se que dois fatores interferem no baixo incentivo das práticas corporais vinculadas às lutas e aos esportes. O primeiro refere-se à necessidade de equipamentos e/ou espaços adequados ao seu desenvolvimento, como instalação de tatames ou quadra poliesportiva. Em segundo, profissionais com formação e/ou qualificação para determinado tipo de modalidade.

No caso de Goiás, conforme dados já apresentados, muitos polos contam, exclusivamente, com a presença de profissional fisioterapeuta, limitando as possibilidades de desenvolvimento de atividades para além das ginásticas e dos grupos de caminhada. Ainda, por vezes não se promove a ressignificação das práticas a partir da cultura corporal e da multivocalidade, elementos fundantes das práticas corporais enquanto prática social (DAMICO; KNUTH, 2014; LAZAROTTI FILHO *et al.*, 2010; MENDES; CARVALHO, 2016).

Diferentemente do contexto nacional, em que o profissional de educação física é mais representativo no programa, no contexto goiano evidencia-se a maior participação e contratação de fisioterapeutas (Gráfico 2). Em seguida tem-se o profissional de educação física, seguido pelo nutricionista e pelo psicólogo.

Gráfico 2 – Comparação da categoria de profissionais que atuam nos polos em funcionamento (%), no estado de Goiás, entre 2015 a 2017.



Fonte: elaborado pela autora com base em banco de dados do Ciclo Anual de Monitoramento do Programa Academia da Saúde (2015-2017).

Durante os três períodos analisados, evidencia-se a maior contratação de fisioterapeutas, especialmente em 2015, comparado aos demais profissionais demonstrados (psicólogo, nutricionista e profissional de educação física). Em 2016 ocorre, também, um aumento significativo de contratações de profissionais de educação física e psicólogos. No último ano da série, 2017, há uma redução da atuação das principais categorias profissionais apresentadas (Gráfico 2) junto aos polos, com exceção dos nutricionistas, que apresentam um aumento de 5,3%.

Demandas visando a cessação do uso de tabaco, a inclusão de práticas corporais expressivas (danças) e atividades em grupo impactam no incremento de profissionais que atuam nessas temáticas, como nutricionistas e psicólogos, por meio de ações educativas, como oficinas, palestras e rodas de conversa. Entretanto, tomadas como ações prioritárias a serem desenvolvidas em praticamente todos os

polos em funcionamento, as atividades físicas/práticas corporais favorecem o recrutamento de fisioterapeutas e profissionais de educação física.

No cenário nacional pontua-se que nos polos da Academia da Saúde os gestores optaram pela contratação de profissionais de educação física, enquanto no cenário goiano há maior representatividade de fisioterapeutas.

A valorização de determinadas categorias profissionais, especialmente da área da fisioterapia e educação física, advém da preocupação de intervir nos fatores de risco relacionados às doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), especialmente o sedentarismo e a obesidade, presentes nas portarias ministeriais que constituem o programa e que referenciam as ações previstas no Plano Nacional de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das DCNTs e as ações prioritárias da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada em 2006, com enfoque no estímulo de atividades físicas.

O peso teórico-conceitual da atividade física aponta para uma lógica físico-sanitária, reguladora, assistencial e medicalizante. A atividade física/exercício físico é assumida como um remédio necessário para a cura das DCNTs. Isso, para Yara de Carvalho (2004), reflete a ideia de atividade física como “mito”, que assume o papel de moldar indivíduos e corpos, e não interpretar, refletir e explicar os fatos.

Para Mendes e Carvalho (2016, p. 22),

[a]inda que possam ser identificados avanços no que diz respeito à implementação de iniciativas de práticas corporais/atividade física nos serviços de saúde, destaca-se a necessidade de uma orientação teórico-metodológica que favoreça uma atuação mais coerente com as características da atenção básica, revendo a ideia de promoção da saúde centrada em critérios prescritivos, culpabilizantes e moralizadores.

Sobre as ações relacionadas à promoção da alimentação saudável e adequada, outro eixo prioritário da PNPS, é possível apontar que, ao analisar o formulário de monitoramento do PAS dos municípios habilitados e polos em funcionamento (n=75) do estado de Goiás, no ano de 2017, houve 63 respondentes que destacaram ações de educação em saúde para promoção da alimentação saudável, utilizando palestras (96,8%) e rodas de conversas (87,3%). Ainda assim, atividades que abordem a temática de alimentação vegetariana/vegana (6,3%) e o

incentivo ao cultivo de horta comunitária (4,8%) é bastante incipiente; 27% (vinte e sete por cento) deles realizam oficinas de culinária.

Além das atividades mencionadas, os quatro municípios visitados apresentaram outras estratégias criadas para tratar da temática de alimentação saudável e adequada, a saber: os grupos de controle de peso e reeducação alimentar, a exemplo do “Grupo LEVE”; “Grupo Amigos da Balança” e “Grupo Quem perde, Ganha”.

Acerca de outros componentes descritos como parte do cardápio de ações possíveis de serem desenvolvidas nos polos estão as práticas corporais introspectivas e expressivas, a exemplo das práticas integrativas e complementares (PICs). Segundo Mendes e Carvalho (2016), as práticas corporais, especificamente as introspectivas, agregam àquelas advindas da cultura oriental e que, no SUS, são reconhecidas e legitimadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e da própria PNPS. Ademais, as práticas artísticas e culturais admitidas pelo programa são consideradas práticas corporais do tipo expressivas.

No estado de Goiás, em 2016, 23,8% dos municípios polos respondentes (n=63) realizavam algum tipo de prática artística e cultural (circo, teatro, música, pintura, artesanato, entre outras) e 15,9% desenvolviam práticas integrativas e complementares. Em 2017, acerca das práticas artísticas e culturais, houve uma queda percentual em relação ao ano anterior: 17,6% dos polos em funcionamento (n=75) desenvolviam atividades desse cunho; em relação às PICs, houve um aumento na oferta dessas práticas, atingindo o percentual de 17,1%.

Dentre as práticas integrativas e complementares apontadas no monitoramento realizado em 2017, todos os respondentes (n=75) relataram não desenvolver atividades do tipo: Ayurveda, Naturoterapia, Homeopatia, Reflexoterapia e Reiki. A musicoterapia foi a atividade que se apresentou mais presente entre eles, 41,7%. Em seguida, com 33,3%, aponta-se a Medicina Tradicional Chinesa e a Meditação. A Terapia Comunitária Integrativa, a Yoga e a Shantala são desenvolvidas em 25% dos polos em funcionamento. Atividades ainda pouco desenvolvidas são Arteterapia (17,1%), Fitoterapia (16,7%), Quiropraxia (8,3%), Biodança (8,3%) e Osteopatia (8,3%).

Aqui, novamente, pontua-se que as atividades desenvolvidas no contexto do programa assumem uma configuração de práticas de controle e contenção, um

caráter utilitarista e performático.³⁰ Utilitarista sob a condição de que tais atividades sirvam para garantir uma melhoria na saúde pela prevenção de doenças, aqui com enfoque nas não transmissíveis. Aponta-se para uma dualidade entre as práticas concretas desenvolvidas no polo, chamadas de práticas de controle e contenção, e as práticas abstratas presentes na Política Nacional de Promoção da Saúde, que podem ser denominadas de práticas emancipatórias em saúde.

Nessa busca por fortalecer práticas emancipatórias, nota-se que novos agentes – usuários (as) e profissionais de saúde – passam a participar da gestão – a exemplo da constituição de conselhos de saúde – e dos processos de trabalho na saúde pública no Brasil com mais expressividade, especialmente na Atenção Primária. No caso da PNPS, ficam garantidos, por meio de seus objetivos, diretrizes e atividades, a inclusão de novas autoridades em saúde, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, profissionais de educação física, dentre outros. Ainda, há a participação social, uma vez que preconiza a criação de grupo de gestão ao PAS.

No período destinado ao monitoramento do programa, os municípios são questionados acerca da constituição desse grupo gestor e do nível de participação de cada agente envolvido (equipe UBS/NASF; profissionais PAS, usuários/familiares e lideranças comunitárias). No estado de Goiás, é possível observar um aumento importante em relação à criação e à efetivação dos trabalhos dos grupos de apoio à gestão, ao comparar os resultados dos monitoramentos realizados nos anos de 2016 e 2017. Em 2016, 39,7% dos municípios respondentes constituíram grupo de gestão (n=63), mas, em 2017, esse percentual atingiu 50% dos polos participantes (n=75).

Sobre a composição do grupo de apoio à gestão do polo Academia da Saúde no estado de Goiás, dos polos que instituíram o grupo de apoio à gestão, em 2016, praticamente todos (96%) apontam a participação da equipe UBS/NASF e dos profissionais do programa; 40,9% têm a presença dos usuários/familiares; e 18,2% das lideranças comunitárias para composição do grupo de apoio à gestão.

³⁰ Performático é aqui tratado a partir da noção de performatividade de Butler, considerando como um conceito que se constitui pelo discurso, ou seja, na linguagem, sendo a performatividade o ato da fala e o ato do corpo à regulação e normatização de sujeitos e seus corpos, envolta pela temporalidade e espacialidade. Não obstante, essa autora propõe a subversão performática com vistas a garantir direitos e poder a identidades invisibilizadas. Para Butler (2018 p. 35), “[...] a performatividade é um modo de nomear um poder que a linguagem tem de produzir uma nova situação ou de acionar um conjunto de efeitos”. E exemplifica que “[n]ão é por acaso que Deus geralmente receba o crédito pelo primeiro ato performático: ‘Faça-se a luz’, e então de repente a luz passa a existir” (BUTLER, 2018, p. 35).

No ano de 2017, dos 38 polos que constituíram grupo de apoio à gestão do Programa Academia da Saúde, 94,7% contavam com a participação da equipe UBS/NASF; 86,8% com profissionais do programa; 44,7% usuários/familiares; e 34,2% com lideranças comunitárias participando da constituição do grupo de apoio.

É interessante destacar que um fator que corrobora a diminuição da participação dos profissionais de saúde de 2016 para 2017 refere-se à condição de mudança na gestão municipal, pois, conforme destacou o monitoramento de 2017, 73% dos municípios que participaram do referido levantamento (n=122) apontaram mudança em sua gestão, ou seja, se houvesse renovação no quadro de prefeitos(as) dos respectivos municípios. Ademais, 78,7% relatam mudança, conseqüentemente, na gestão da Secretaria Municipal de Saúde, bem como de responsáveis pelo Programa Academia da Saúde (66,4%).

Acerca da periodicidade de reuniões dos membros do grupo de apoio a gestão, em 2017, dos polos que responderam possuir o grupo, 42,1% destacaram realizar reuniões mensalmente.

A participação comunitária é uma marca da Nova Promoção da Saúde, como expõe Carvalho (2013), pois é por ela que se materializa a condição de empoderamento social (*empowerment*). Para esse autor (2013, p. 78), “[e]sta categoria tem caráter ambivalente que origina polêmica e conflito uma vez que seu conteúdo reflete noções político-ideológicas sobre cidadania, direito e democracia”. Conforme explica, sem articulação política na organização social a noção de comunidade participativa e empoderada é uma ilusão.

Ao utilizar a “escada de participação de Arnstein”, Carvalho (2013) compreende que o poder do cidadão é o último nível de participação quando este assume o controle das decisões e, com isso, há uma participação comunitária plena. Vale ressaltar que, nesse modelo, existem três níveis de participação: 1. não participação, 2. *tokenism*³¹ (participação superficial) e 3. poder cidadão.

A participação da sociedade, no âmbito político-governamental, é uma dimensão basilar à democratização, como consideram Dahl (2005) e Howlett, Ramesh e Perl (2013). Para esses autores, a participação social potencializa o modelo democrático, pois a participação é garantia, institucional, das liberdades – de votar, de ser votado, de expressão e opinião, de associação e adesão a grupos e de

³¹ Carvalho (2013) refere-se como patamar intermediário, sendo um nível de participação em que o poder e o *status quo* não são questionados.

manifestação, ao passo que a ampliação da participação oportuniza a criação de cidadãos mais competentes e eficazes.

Mesmo preconizado nas portarias de constituição do Programa Academia da Saúde e na Política Nacional de Promoção da Saúde, ainda se apresenta tímido o processo de criação de grupo de gestão do programa, como anteriormente descrito. Para além da questão de criação de grupo destaca-se a participação do conselho municipal e da população, que praticamente ocorre sem sistematização ou organização, presente nas falas dos coordenadores municipais do programa.

No monitoramento de 2017 levantou-se a forma de participação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) junto ao Programa Academia da Saúde e, dos 122 municípios habilitados e participantes do monitoramento anual, 58% afirmaram desenvolver ações articuladas com o conselho municipal.

Além das dificuldades apresentadas pelos municípios habilitados no Programa Academia da saúde de articular-se não apenas com o conselho municipal, há também limitações quanto a articular-se, intersetorialmente, com outras instituições e grupos sociais. No monitoramento de 2017, 28,4% dos 75 polos respondentes destacaram a dificuldade de realizar articulação intersetorial. A cooperação intra e intersetorial é um princípio posto pela Política Nacional de Promoção de Saúde e baseia-se no entendimento advindo de documentos elaborados pela OMS, como a Carta de Bangkok (fortalecimento das parcerias para o empoderamento comunitário) e a Declaração de Helsinque (promoção da saúde em todas as políticas).

Em relação aos municípios com polo em funcionamento, demonstrado na Tabela 10 a seguir, as articulações intrasetoriais, ou seja, entre as secretarias de saúde e demais secretarias governamentais, estão vinculadas às áreas de assistência social, educação e esporte. Já as ações intersetoriais, ou seja, para instâncias que extrapolam o poder público, são representadas, em primeira instância, pelas instituições religiosas, seguidas pelas associações comunitárias.

Tabela 10 – Tipo de articulação intrasetorial e intersetorial desenvolvida pelos municípios com polo em funcionamento (GOIÁS – 2017)

| Articulação intrasetorial | Número de municípios respondentes | | | Percentual respondentes | | |
|----------------------------------|--|------------|--------------|--------------------------------|------------|--------------|
| | Sim | Não | Total | Sim | Não | Total |
| Secretaria de Assist. Social | 46 | 23 | 69 | 66,7 | 33,3 | 100 |
| Secretaria de Cultura | 12 | 57 | 69 | 17,4 | 82,6 | 100 |
| Secretaria de DH | 4 | 65 | 69 | 5,8 | 94,2 | 100 |
| Secretaria de Educação | 41 | 28 | 69 | 59,4 | 46 | 100 |
| Secretaria de Esporte | 31 | 38 | 69 | 44,9 | 55,1 | 100 |
| Secretaria de Meio Ambiente | 16 | 53 | 69 | 23,2 | 76,8 | 100 |
| Secretaria de Planejamento | 13 | 56 | 69 | 18,8 | 81,2 | 100 |
| Secretaria de Turismo | 5 | 64 | 69 | 7,2 | 92,8 | 100 |
| Articulação intersetorial | Sim | Não | Total | Sim | Não | Total |
| Associação comunitária | 18 | 51 | 69 | 26,1 | 73,9 | 100 |
| Instituições religiosas | 21 | 48 | 69 | 30,4 | 69,6 | 100 |
| Org. não governamentais (ONGs) | 6 | 63 | 69 | 8,7 | 91,3 | 100 |
| Inst. ensino superior (IES) | 9 | 60 | 69 | 13 | 87 | 100 |
| Instituições privadas | 8 | 61 | 69 | 11,6 | 88,4 | 100 |

Fonte: elaborada pela autora com base em banco de dados do Ciclo Anual de Monitoramento do Programa Academia da Saúde 2017.

Percebe-se, a partir dos dados apresentados na Tabela 10, que as articulações são construídas, prioritariamente, com a Secretaria de Esporte (44,9%), para o incentivo de ações de promoção da atividade física/práticas corporais, pela interface entre a Secretaria de Saúde e de Educação (59,4%) devido ao programa interministerial Saúde na Escola (PSE) e aos projetos sociais e ações culturais desenvolvidas pela Secretaria de Assistência Social (66,7%). Isso foi constatado, também, durante a coleta de dados junto aos municípios selecionados para a pesquisa de campo, em que o Programa Academia da Saúde utiliza espaços, piscina, ginásio de esporte e campos de futebol, sob a gestão da Secretaria de Esporte; e centros de convivência e áreas de lazer de abrigos para idosos, sob a gestão da Secretaria de Assistência Social.

Em Goiás, as parcerias para fora da esfera governamental, ou seja, com instituições e estâncias não governamentais, acontecem junto às associações comunitárias ou de bairros (26,1%) e as instituições religiosas (30,4%). É pouco incentivada a cooperação com ONGs (8%), instituições de ensino superior (13%) e as do tipo privada (11,6%), como demonstra a Tabela 10.

O cenário nacional converge aos dados analisados no estado de Goiás, no ano de 2016, nos quais 40% dos respondentes ao monitoramento anual realizaram

ações em parceria com associações comunitárias; 28% instituições religiosas; 12% com instituições de ensino superior; 9% ONGs e 8% com instituições privadas (BRASIL, 2017c). Em relação ao ano de 2017, dos 1.359 municípios brasileiros respondentes via Form-SUS³²: 33,9% desenvolveram ações em parceria com associações comunitárias; 24,14% com instituições religiosas (igrejas); 12,8% com faculdades/universidades; 10,23% com instituições privadas e 9% com organizações não governamentais (ONGs).

A articulação entre igrejas e o Programa Academia da Saúde não é uma realidade estrita desse programa. No cenário nacional, a influência da dimensão religiosa se destaca pela constituição, no parlamento, da bancada temática comumente chamada de “bancada da bíblia”, que tem atuado na tomada de decisão da agenda política e na elaboração de políticas públicas. Não compete a esse trabalho aprofundar-se nessa discussão, pois não é esse seu objetivo, mas apenas observar que esse fenômeno de capilarização da dimensão religiosa para dentro das instituições públicas perpassa também o universo microespacial do Programa Academia da Saúde.

Outro ponto levantado, em 2017, no monitoramento anual do programa refere-se à articulação entre programas e projetos desenvolvidos na própria Secretaria Municipal de Saúde, conforme Tabela 11. Identifica-se a forte presença do NASF e da equipe das Unidades Básicas de Saúde, decorrente da visão do polo enquanto ponto de atenção da APS, tendo em vista a condição da equipe do NASF de apoiar matricialmente e atuar junto às equipes de saúde da família (ESF) e do próprio Programa Academia da Saúde. Como já mencionado, tem se estimulado a articulação entre os programas Academia da Saúde e Saúde na Escola.

A articulação do Programa Academia da Saúde com outros programas e serviços, assim como é observado nas relações intersetoriais, é significativa em se tratando das áreas de educação, assistência social e esporte. No entanto, ainda se mostra incipiente quando se trata de programas e serviços destinados a populações estigmatizadas, como a em situação de rua, drogadictos, alcoolistas ou com transtornos mentais. Nesse monitoramento, em 2017, apenas 29,7% dos polos em funcionamento realizaram ações para enfrentar o uso abusivo de álcool e outras

³² Dados disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde – Coordenação de Vigilância e Promoção da Saúde – e extraídos do banco de dados do Ciclo de Monitoramento do Programa Academia da Saúde, em 2017.

drogas, especificadas como atividades – palestras para etilistas, campanhas para a comunidade em geral e orientação individualizada com etilista/usuário de outras drogas. Sobre as pessoas em situação de rua, dos 74 (setenta e quatro) polos em funcionamento, 17,6% relataram oferecer atividades para elas, no entanto, apenas 1,4% dos municípios realizavam articulação com a equipe de consultório de rua.³³

Plano Juventude VIVA e Vida no Trânsito, demandas com foco na população jovem, mais acometida por acidentes e violências, apresentam pouca colaboração dos polos. Isso porque 36,5% deles consideram difícil desenvolver atividades voltadas para os adolescentes, como aponta o monitoramento de 2017, e apenas 28,4% desenvolvem ações relacionadas à temática “prevenção de violências e promoção da cultura de paz, dos direitos humanos e do respeito às diferenças”.

Tabela 11 – Articulação do polo do Programa Academia da Saúde junto a outros programas da Secretaria Municipal de Saúde e de outras Secretarias, nos municípios habilitados e com polos em funcionamento (GOIÁS – 2017)

| Articulação com outros programas | Número de municípios respondentes | | | Percentual respondentes | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----|-------|-------------------------|------|-------|
| | Sim | Não | Total | Sim | Não | Total |
| CAPS | 18 | 51 | 69 | 26,1 | 73,9 | 100 |
| Consultório de Rua | 1 | 68 | 69 | 1,4 | 98,6 | 100 |
| Estratégia Saúde da Família | 67 | 2 | 69 | 97,1 | 2,9 | 100 |
| Melhor em Casa | 7 | 62 | 69 | 10,1 | 89,9 | 100 |
| NASF | 59 | 10 | 69 | 85,5 | 14,5 | 100 |
| Rede Cegonha | 17 | 52 | 69 | 24,6 | 75,4 | 100 |
| Unidade Básica de Saúde | 63 | 6 | 69 | 91,3 | 8,7 | 100 |
| Saúde na Escola (PSE) | 45 | 24 | 69 | 65,2 | 34,8 | 100 |
| Vida no Trânsito (PVT) | 3 | 66 | 69 | 4,3 | 95,7 | 100 |
| Plano Juventude VIVA | 3 | 66 | 69 | 4,3 | 95,7 | 100 |
| Cras | 41 | 28 | 69 | 59,4 | 40,6 | 100 |
| Esporte e Lazer na Cidade (PELC) | 15 | 54 | 69 | 21,7 | 78,3 | 100 |

Fonte: elaboração própria com base em banco de dados do Ciclo Anual de Monitoramento do Programa Academia da Saúde 2017.

³³ Em dados extraídos do Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES/DataSUS), em Goiás, no ano de 2017, mesmo ano do monitoramento analisado, havia 03 (três) equipes de consultório de rua – 01 (uma) no município de Goiânia e 02 (duas) no de Aparecida de Goiânia. Dados mais recentes, de maio de 2019, descrevem 08 (oito) equipes de consultório de rua no estado, 05 (cinco) em Goiânia, 02 (duas) em Aparecida de Goiânia e 01 (uma) em Anápolis.

Carvalho (2013) e Lefevre e Lefevre (2004) tratam de anunciar que a concepção de promoção da saúde, especialmente a Nova Promoção da Saúde (NPS) surge diante da necessidade de se reconhecer que a saúde é um elemento que transcende os muros institucionais da própria saúde (secretarias de saúde). Para tanto, se deve considerar o [re] ordenamento da gestão pública, com a efetiva inclusão de diferentes agentes sociais (usuários, lideranças comunitárias, trabalhadores e gestores) e o firmar de parcerias governamentais e não governamentais. O Conselho Municipal de Saúde é a instituição que melhor desenha o nível de participação por meio do controle social.

Os marcos legais e históricos da Promoção da Saúde tratam de reforçar a importância da participação social, como apresentada inicialmente na Declaração de Sundsvall (1991). A Carta de Bangkok (2005) incentiva a mobilização comunitária como um processo capaz de melhorar a saúde (individual e coletiva). No ano de 2009, na VII Conferência Global de Promoção da Saúde, em Nairóbi, evidenciou-se a necessidade de fortalecer as lideranças comunitárias para desenvolver o **empoderamento** comunitário.

No entanto, mesmo com pressupostos normativos sobre a participação comunitária, para Carvalho (2013) há uma contradição advinda da concepção dual na área – a Promoção da Saúde Tradicional e a Promoção da Saúde Radical –, pois a primeira cumpre a função de **desempoderar** (*disempowering*), enquanto a segunda traz um discurso libertário-emancipador. A participação da comunidade se restringe a executar as atividades propostas pelos profissionais do polo, como se mostra na seção seguinte desta tese, corroborada pelo discurso dos coordenadores entrevistados. Pontua-se que não existe um incentivo à participação destes no cenário de planejamento e gestão, ou seja, não se incentiva uma participação política e institucionalizada.

Ao longo das visitas junto aos polos, no segundo semestre de 2017 foi possível identificar, nos municípios de maior porte socioeconômico – Aparecida de Goiânia e Mineiros –, que os polos foram instalados em bairros populares, considerados como relativamente violentos. Os registros fotográficos dos polos apontam para esse cenário de insegurança e mais à frente apresenta-se essa percepção nos discursos de coordenadores e profissionais quanto às dificuldades relacionadas à segurança não apenas no polo, mas no contexto territorial do município. Em relatos dos usuários e da comunidade adstrita ao local, foi descrita a

existência do medo de transitar nos bairros durante a noite, o que acaba interferindo na possibilidade de funcionamento do polo nesse turno. O recurso de grafite foi utilizado em um dos polos na tentativa de coibir a prática de pichação do polo (Fotografia 7).

Fotografia 7 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO F)



Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Há, nas janelas, portas e entrada dos polos, grades (Fotografias 8 e 9), pois a sensação de insegurança e a ocorrência de episódios de depredação levaram os gestores(as) a tomarem essa atitude, alterando, inclusive, o *layout* da estrutura, proposto pelo Ministério da Saúde. Em 2019, no retorno a um dos polos visitados, identificou-se que ele estava em uma condição de depredação mais acentuada, especialmente os equipamentos instalados na parte externa do polo (barras, pranchas para abdominal, espaldares e bancos). Na etapa de observação do campo, foram colhidos relatos junto a moradores sobre invasão fora do período de funcionamento para prática de furto de equipamentos e materiais do polo.

Fotografia 8 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO E)

Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Fotografia 9 – Polo do Programa Academia da Saúde (POLO A)

Fonte: Registro da pesquisadora (2017).

Durante o processo de observação dos polos, tendo em vista que a pesquisadora chegava ao polo sempre com antecedência em relação ao horário de início das atividades, em conversa com moradores dos locais pesquisados obtiveram-se relatos sobre a construção do polo como um equipamento para coibir

condutas consideradas inapropriadas pelos moradores dos bairros, como o uso e o tráfico de drogas na região. Em um dos polos foi relatado que eles foram construídos em locais que funcionavam como “boca de fumo”; não obstante, os seus antigos frequentadores permanecem nos locais, embaixo das árvores que circundam o polo. Durante a visita aos polos participantes da pesquisa de campo foi possível visualizar pessoas, especificamente homens jovens, atrás da edificação onde se localiza o polo do Programa Academia da Saúde, sentados em bancos, debaixo das árvores, consumindo álcool e outras drogas.

O Programa Academia da Saúde se configura a partir das realidades vividas e vivenciadas pelos indivíduos e pela comunidade que o circunda, apontando para uma visão de que a saúde é construção social. Logo, para além da descrição dos lugares é importante expor os discursos dos sujeitos, atores e/ou agentes que [re]constroem a concepção de saúde com base no uso de seus corpos, de suas interações e condições sociais, sendo essa a etapa a ser empreendida na sequência.

7 PARA UMA VIDA MELHOR? A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA VISÃO DOS SUJEITOS INSERIDOS NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

Esta seção dedica-se a abordar discursos, interações e falas de atores que atuam na esfera microespacial que constitui o Programa Academia da Saúde. Para isso, desenvolve-se uma análise interpretativa de discursos, falas e silêncios que são produtos das relações de poder existentes nas interações sociais presentes no espaço chamado polo do Programa Academia da Saúde.

7.1 Coordenadores(as), profissionais e usuários(as) do Programa Academia da Saúde: discursos, ações, [des]condicionamentos e [re]existências

Foram visitados os quatro municípios selecionados para a realização da pesquisa de campo. As visitas ao campo ocorreram em dois momentos no segundo semestre de 2017 e no primeiro semestre de 2019. Foram realizadas 21 (vinte e uma) entrevistas, sendo 05 (cinco) com as coordenadoras, 05 (cinco) com profissionais de saúde e 11 (onze) com usuários(as) do Programa Academia da Saúde.

As entrevistas foram estruturadas em eixos temáticos e ancoradas nas duas categorias analíticas eleitas: 1) acesso e participação; e 2) compreensão e incorporação de valores e crenças.

Às coordenações, estadual e municipais, as entrevistas foram estruturadas em 05 (cinco) eixos temáticos: 1. Perfil do entrevistado; 2. Identificação do(a) coordenador(a); 3. Conhecimento e compreensão em Promoção da Saúde; 4. Parceria e interação na gestão; 5. Programa Academia da Saúde. Tais eixos foram sistematizados visando facilitar o processo de categorização e análise.

As entrevistas realizadas com os onze usuários do programa foram estruturadas buscando identificar o perfil socioeconômico dos participantes; conhecer hábitos e rotinas de vida e saúde destes e de suas famílias; elencar crenças e valores presentes em seus discursos relacionados à saúde e à promoção da saúde; levantar as formas de participação e interação com gestão, demais profissionais, usuários do PAS e comunidade. Por fim, assim como nas entrevistas

realizadas com coordenadores e profissionais, apreender impressões e percepções destes acerca do Programa Academia da Saúde.

7.1.1 Acesso e participação

Ao tratar de acesso, deve-se considerar não apenas o acesso da população aos serviços públicos de saúde, mas também entender como coordenadores e profissionais chegaram ao serviço, quais motivos os levaram a atuar em determinado programa e trabalhar com determinada política pública.

Lefevre e Lefevre (2009) consideram que a saúde/doença é uma teia complexa que é transpassada pelos interesses dos atores envolvidos, por pontos de vista, por relações de poder e inter-relações entre instituições e sistemas sociais, políticos e econômicos. Nessa complexa teia, a maneira como são acessados os atores envolvidos – por meio das formas e tipos de participação: excludente ou inclusiva, ativa ou passiva, regulatória ou emancipatória – é fundamental para compreendermos o modelo de saúde e promoção de saúde que entremeia a vida dos sujeitos e das coletividades no contexto do Programa Academia da Saúde.

O servidor que coordena o Programa Academia da Saúde no estado de Goiás responde pela Coordenação Estadual de Vigilância e Promoção da Saúde; já nos municípios quem responde pela gestão do programa acumula a responsabilidade de coordenar a Atenção Básica, com exceção de apenas um dos municípios visitados, cuja responsabilidade é delegada à nutricionista do polo do Programa Academia da Saúde.

O fato de o Programa Academia da Saúde constar como ponto de apoio à APS faz com que a gestão municipal entenda que compete a essa área acompanhá-lo e isso fica explícito nos ciclos de monitoramento do programa tanto em Goiás como no Brasil.

Vale mencionar que até o ano de 2018 o acompanhamento do Programa Academia da Saúde estava sob a responsabilidade, na estrutura do Ministério da Saúde, no Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DVDANTSPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), e a partir deste ano (2019), passa para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), junto ao Departamento de Atenção Básica (DAB), inclusive o processo de monitoramento, que antes ocorria por meio de formulário eletrônico do SUS (Form-SUS) e, desde

2018, passa a ser monitorado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/DAB/MS) no sistema e-Gestor AB.

O perfil das entrevistadas que ocupam a função de coordenar o programa na gestão municipal é do sexo feminino,³⁴ na faixa etária de 20 a 29 anos, com formação inicial em nutrição, fisioterapia e enfermagem, geralmente realizada em instituição de ensino privada, e pós-graduadas em nível de especialização ou mestrado. O tipo de vínculo predominante é o efetivo/concursado com gratificação comissionada, sendo uma delas servidora efetiva sem função gratificada e a outra servidora com vínculo temporário. A média de tempo no serviço público é de 03 (três) anos e 06 (seis) meses, 02 (dois) anos no cargo que se encontra, e 01 (um) e 02 (dois) meses junto ao Programa Academia da Saúde.

A coordenadora estadual apresenta um perfil que se distingue das demais coordenadoras municipais, pois é nutricionista, formada em instituição de ensino pública, tem 58 anos, 20 (vinte) anos como servidora pública e há 03 (três) anos responde pela área de promoção da saúde e pelo Programa Academia da Saúde.

As profissionais de saúde participantes da pesquisa também são mulheres (de 20 a 49 anos de idade) que atuam junto ao programa. O grupo entrevistado é formado, predominantemente, por fisioterapeutas, no entanto, outras profissões foram encontradas e entrevistadas, como formação em terapia ocupacional, nutrição e educação física. Assim como as coordenadoras, apresentam bom nível de formação, tendo pós-graduação em nível de especialização. Tais especializações são relacionadas ao campo de sua formação inicial, como ortopedia, terapias manuais, neurologia, saúde da família, acupuntura e fisiologia do exercício.

Esse aspecto multiprofissional encontrado durante a pesquisa de campo demonstra a diversidade profissional presente no contexto do SUS, especialmente na atenção primária à saúde. Os trabalhadores do SUS são considerados profissionais que atuam em diversos níveis da gestão pública e níveis da atenção à saúde e compõem, direta ou indiretamente, o Sistema Único de Saúde (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015).

Para efeito de estudos e pesquisas no campo da gestão do trabalho e da educação em saúde, consideram-se profissões típicas aquelas que têm formação específica e atuam fundamentalmente no setor

³⁴ Sendo assim, de aqui em diante assume-se a flexão de gênero no feminino, tanto em relação às representantes das coordenações municipais como também às profissionais de saúde.

Saúde, a saber: medicina, enfermagem, odontologia, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição e biomedicina. Registra-se que o Conselho Nacional de Saúde, adotando o conceito ampliado de saúde, por meio da resolução n. 218/1997, amplia o leque de profissões incluindo a biologia, a medicina veterinária, a psicologia, o serviço social e a educação física, totalizando 14 categorias profissionais de nível superior. (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2015, p. 297).

A ampliação do quadro de profissionais reconhecidos como do campo da saúde advém da transição paradigmática, que compreende ser o modelo biomédico limitado e não corresponder a todas as demandas de saúde, especialmente as psicossociais. Cardoso e Hennigton (2011) explicam que a composição de equipe multiprofissional é outorgada pela complexidade e pelas múltiplas dimensões que envolvem o campo da saúde – social, cultural, psicológica, ambiental e biológica. Tendo em vista o processo de especialização do conhecimento torna-se necessária a articulação de diversos campos do saber e profissionais.

As profissionais entrevistadas ressaltam a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar no programa e evidenciam sua participação nas diversas atividades propostas para o polo.

Acaba que esperam de mim mais do que simplesmente a minha formação, né? Porque como a gente trabalha diretamente com a comunidade, principalmente com a comunidade que mora aqui perto, eh, a gente abrange algumas coisas. Então as pessoas que vêm aqui elas têm atendimento nutricional, elas têm atividade física, elas têm, eh, arteterapia, que é artesanato, então acaba que a gente, eh, acaba sendo um agente social, assim, até a questão de saúde mental e tudo o mais ligado a isso, né? A gente às vezes participa de alguma caminhada, que já não... seria mais educação física, né, então a gente acaba sendo, todo mundo que trabalha nessa unidade acaba sendo um pouco multidisciplinar, assim, né? (PROFISSIONAL D).

Eu vejo como mais um, uma pessoa que veio pra somar, né, tipo um, uma peça do jogo, porque eu, eu atuo só com a parte dos exercícios, mas se eu, se elas não cuidarem de outros aspectos não vai adiantar muita coisa. Eu tô aqui basicamente pra somar com as outras áreas acerca da saúde. (PROFISSIONAL E).

Essa complexidade que envolve a captação de múltiplas categorias profissionais fica evidenciada também na construção tanto da Política Nacional de Promoção da Saúde, bem como no Programa Academia da Saúde, que trata da

incorporação da noção de clínica ampliada e do matriciamento em saúde, como demonstra o Quadro 13.

Quadro 11 – Profissionais habilitados para atuar no Programa Academia da Saúde

| CBO | OCUPAÇÃO |
|------------|--|
| 2241-E1 | Profissional de Educação Física na Saúde |
| 2516-05 | Assistente Social |
| 2239-05 | Terapeuta Ocupacional |
| 2236-05 | Fisioterapeuta Geral |
| 2238-10 | Fonoaudiólogo Geral |
| 2237-10 | Nutricionista |
| 2515-10 | Psicólogo |
| 1312-C1 | Sanitarista |
| 5153-05 | Educador Social |
| 2263-05 | Musicoterapeuta |
| 2263-10 | Arteterapeuta |
| 2628* | Artistas da Dança (exceto Dança Tradicional e Popular) |
| 3761* | Dançarinos Tradicionais e Populares |

Fonte: elaborado pela autora com base em Brasil (2014).

Assim como é possível vislumbrar nos monitoramentos anuais do programa Academia da Saúde (2015 a 2017), nas entrevistas pode-se levantar que a constituição de vínculo trabalhista do tipo temporário, não efetivo, é algo corriqueiro nos polos. Encontrou-se, dentre as 05 (cinco) entrevistadas, apenas uma servidora efetiva, com provimento feito por concurso público.

Em Goiás, nos monitoramentos anuais, os dados mostram que, em 2015, havia 88,6% dos polos em funcionamento com trabalhadores temporários; em 2016, esse percentual sobe 6,6%, atingindo 95,2%; já em 2017, reduziu para 90,5%. No Brasil, conforme relatórios próprios do Ministério da Saúde, no mesmo período havia, em 2015, 71% de profissionais com vínculo temporário; 65,6%, em 2016; e 68,4%, em 2017.

As relações trabalhistas são tão sensíveis no contexto do programa Academia da Saúde que na modalidade efetivo/concursado, em Goiás, em 2015, tinha-se 37,7% de servidores efetivos, 31,7% em 2016 e, no ano de 2017, o percentual chegou a 41,9%. Esse tipo de vínculo é a segunda forma mais utilizada pela gestão municipal para captar recursos humanos para o programa.

A condição de instabilidade empregatícia no âmbito do programa Academia da Saúde retrata o tempo médio de permanência de 02 (dois) anos e 06 (seis) meses.

Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004), Assunção (2011) e Machado, Dias e Forte (2015) apontam que o processo de flexibilização do trabalho no SUS, iniciado ao final da década de 1980, ganhou força no início na década de 1990. A tendência de desregulamentação e flexibilização surge ancorada no cenário de crise econômica desse período:

Ao longo dos últimos anos, as administrações federal, estadual e municipal vêm lançando mão de formas de contratação e estratégias de gestão de pessoal diferenciada, que incluem: contratação temporária, terceirização por meio de serviços prestados, bolsas de trabalho, estágios, contratos com entidades através de empresas ou cooperativas, contratos por órgãos internacionais, contratos privados lucrativos ou não lucrativos, contratos de gestão com organizações sociais, convênios com Organizações Sociais de Interesse Público (Oscips) etc. (CONASS, 2011, p. 16).

A intensificação desse processo que cria vínculos trabalhistas precários no sistema de saúde, no início do século XXI fez com que o Ministério da Saúde se manifestasse com preocupação e propusesse um Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, o DesprecarizaSUS, justificado pela relevância do campo da saúde, especialmente da saúde pública.

Em uma área considerada essencial, como a saúde, a ausência desses direitos e benefícios ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população. (BRASIL, 2006c, p. 5).

Mesmo com iniciativas como o DesprecarizaSUS, as contratações de profissionais por meio de credenciamento, terceirização ou como pessoa jurídica têm sido a forma adotada pelas gestões municipais como forma de “desburocratizar” e garantir a continuidade de prestação de serviços. Vale acrescentar que tal discurso de flexibilização das relações trabalhistas é reforçado pela reforma trabalhista recente, aprovada na Lei n. 13.467, de 13 de julho de 2017.

Uma profissional entrevistada cita, inclusive, que recebeu o convite para atuar no programa como contratada temporária diretamente do Prefeito:

[...] foi pelo convite, mais pelo convite do Prefeito mesmo, porque eu queria atuar um pouco aqui na cidade, né, porque eu formei, fiquei

morando 04 anos em Goiânia pra estudar, aí eu queria meio que trazer um retorno aqui pra cidade. (PROFISSIONAL E).

Destaca que o polo já se encontrava pronto, mas não havia profissional atuando até sua contratação, sendo utilizada apenas a estrutura externa, que conta com equipamentos fixos para realização de atividade física, como barras paralelas, espaldar duplo, bancos, prancha para abdominal, barra horizontal tripla e barras marinheiro, sem acompanhamento profissional. A profissional entrevistada é munícipe e o gestor municipal viu a possibilidade de efetivar as ações previstas no programa através de sua contratação, como ela própria relata:

[...] ele me ofereceu essa oportunidade. “Não, você quer, se quiser trazer alguma coisa pra cá, eu vou... assim que você terminar os estudos, eu vou tentar te encaixar pra você tá fazendo, iniciar um trabalho na Academia”. A Academia tava pronta, não tinha..., só que assim, as pessoas elas não veem só pra fazer os aparelhos ali. Geralmente, vêm, no finalzinho da tarde, às 6h, elas fazem, mas não têm um programa específico, não têm uma sistematização, aí ele me chamou pra conversar, trabalhar aqui. Eu gostei da ideia. (PROFISSIONAL E).

Como é possível observar, na gestão municipal há uma ampla flexibilização das relações de trabalho, especialmente quanto à contratação de profissionais que atuam nos serviços de saúde em todos os níveis da atenção.

Isso também ocorre para o provimento de cargos de chefia e assessoramento, como mostram os resultados do monitoramento do Programa Academia da Saúde em 2017. Dos 122 municípios participantes no monitoramento anual, 78,7% sofreram mudança na gestão da Secretaria Municipal de Saúde e, subsequentemente, 66,4% tiveram alterações na coordenação do Programa Academia da Saúde. Vale ressaltar que o monitoramento correspondia, em maio de 2017, a um período após a realização, no ano anterior, de pleito eleitoral.

Essa instabilidade dos vínculos trabalhistas impacta a gestão, pois, de um lado, atrapalha a continuidade do serviço, e, do outro, gera insegurança ao profissional tanto em relação aos seus direitos trabalhistas quanto a sua permanência após o término de seu contrato, presente, por exemplo, nas falas a seguir:

[...] se fosse assim, olhar pro contrato, eu não tenho direito a férias, não tenho direito a 13º, eu não tenho direito a entregar um atestado, então eu acho assim, que é amor, sabe, amor aos meus pacientes, e tudo... [...] Eu pensei que eu ficaria só um ano. De verdade. Eu pensei que eu ficaria um ano, mas já foram dois anos e três meses (risos). (PROFISSIONAL A).

[...] igual nesse contrato nosso, a gente não tem direito, né, a 13º, nem férias, nem nada, isso desmotiva, desmotiva o servidor pra trabalhar. Só que no meu caso, no caso da, da outra colega, ela, é o mesmo contrato, a gente não tem direito a nada, nem atestado pode trazer, né? Então assim, é complicado, mas mesmo assim a gente não cruza os braços, né? A gente quer oferecer porque a gente ama o que faz e acolhe a comunidade. A comunidade depende do nosso trabalho, né? Então assim, o município tem que fazer a sua parte? Tem que fazer, mas nós também temos que mostrar, né, o serviço e honrar ali, a sua profissão. (PROFISSIONAL B).

Outro ponto que cabe ressaltar é que essa multiplicidade de formas de contratação e captação de recursos humanos na gestão pública acende outro problema relacionado às relações interpessoais entre profissionais com vínculos distintos, pois

[e]ssas múltiplas formas de gestão de contratos mobilizaram mudanças na lógica de gestão interna dos órgãos públicos e geraram conflitos diversos, pelo tratamento desigual conferido a cada ente contratado. (CONASS, 2011, p. 17).

Essa percepção de tratamento desigual se apresenta no discurso das profissionais entrevistadas, especialmente entre os trabalhadores com vínculo provido por concurso público e aqueles com cargos de livre nomeação e exoneração, o caso dos cargos em comissão e contratos por tempo determinado:

Aí tem até uma certa rixa assim, as pessoas pensam que... os contratados pensam que os concursados têm alguma vantagem, e os concursados sempre acham que os contratados é que têm, porque eles, né, têm aquela... Mas assim, eu graças a Deus, eu entrei em uma gestão diferente, essa gestão foi mudada, e aí a gente tenta deixar bem claro que a gente só quer trabalhar. (PROFISSIONAL D).

Outro impacto advindo dessa instabilidade trabalhista é a quebra de confiança estabelecida entre o profissional e os usuários. Com a alternância de profissionais, a confiança e o vínculo entre profissional e usuário sofrem mudanças negativas, como

explica a Usuária 4 ao contar sobre seu relacionamento com a profissional que começou a atuar no programa recentemente:

[...] sem querer expor, mas, eh, no tempo da [nome suprimido] ela promovia muito mais animação, mais alegria... assim, sabe? [...]. (USUÁRIA 4).

[...] Não vou dizer que é ruim não, mas ela que se precise de si abrir mais um pouquinho com a gente (USUÁRIA 4).

Eberhardt, Carvalho e Murofuse (2015), Machado, Dias e Forte (2015) e Martins (2016) discutem o processo de flexibilização das relações de trabalho no SUS, e, conseqüentemente, a precarização do trabalho, a desvalorização do trabalhador e o comprometimento na qualidade do serviço prestado à sociedade. Assim, apontam para a necessidade de repensar a gestão do trabalho no SUS, pois esta não envolve apenas o gestor, mas todos os atores que participam na construção e consolidação do sistema de saúde, já que há uma relação entre “[...] usuários, trabalhadores de saúde e gestores no processo de produção e consumo de cuidados de saúde” (CONASS, 2011).

Destaca-se, em relação ao perfil das entrevistadas, das coordenadoras às usuárias, a questão do papel da mulher e os espaços e as profissões vistas como tipicamente femininas. Isso fica claro quando se evidencia a presença massiva de mulheres na coordenação do programa, em grande parte atuando diretamente na execução das atividades do polo. Para Hirata e Kergoat (2007), isso se relaciona à conformação da “divisão sexual do trabalho”, considerada por elas como um termo com duas acepções. A primeira refere-se à acepção sociográfica, que estuda

[...] a distribuição diferencial de homens e mulheres no mercado de trabalho, nos ofícios e nas profissões, e as variações no tempo e no espaço dessa distribuição; e se analisa como ela se associa à divisão desigual do trabalho doméstico entre os sexos. (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 596).

A segunda trata da lógica de dominação e hierarquização entre o binômio masculino-feminino,

[...] segundo a qual falar em termos de divisão sexual do trabalho é: 1. mostrar que essas desigualdades são sistemáticas e 2. articular essa descrição do real como uma reflexão sobre os processos

mediante os quais a sociedade utiliza essa diferenciação para hierarquizar as atividades, e portanto os sexos, em suma, para criar um sistema de gênero. (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 596).

Isso também se mostra presente em relação ao perfil dos usuários do programa Academia da Saúde nos municípios visitados. No programa há a forte presença de mulheres adultas e idosas. A compreensão das usuárias entrevistadas acerca do programa refere-se a um espaço exclusivo e destinado para o público feminino. Uma das usuárias diz que, ao convidar as vizinhas e as amigas, referencia o programa como destinado às mulheres, como mostra o trecho a seguir sobre esse chamamento/convite:

No início foi uma dificuldade que até hoje eu ainda convido amiga, vizinha, eu vou fazer uma entrega de gás eu convido, “Oi, vai lá pra nossa academia. Vamo, vamo agregar”, né, eh, “à população lá dentro pra não acabar o programa, que é um programa muito bom pra nós, principalmente pra nós, mulheres”, porque os homens quase não vêm. Na verdade a gente tinha, tava tendo dois homens aí, mas já quase não tão vindo mais, então assim, tá... Mais uma academia, não é, seria assim uma academia de saúde para mulheres, porque o fluxo aumentou de tanto a gente tá convidando. (USUÁRIA 1).

Então assim, pra mim, essa, essa academia não pode parar, ela tem que aumentar, porque nós temos que aumentar o espaço dela, pra poder essas mulheres chegar e a gente ficar ali, porque ali dentro tem privacidade. O negócio, ali no início a gente, né, não tinha esse espaço pra, pra fazer, as mulheres queriam fazer exercício na, na, no tempo e ao mesmo tempo aquelas senhorinhas, que são evangélicas, que não vestem uma calça comprida nem a [termo suprimido]. Então assim, é desconfortante, né, fazer um exercício, abaixar e ficar ali. Então elas não gostam. Então ali pra nós é um ambiente totalmente propício. (USUÁRIA 1).

A presença feminina no programa é marcada por uma compreensão hegemônica do papel social atribuído à mulher. Para as entrevistadas, a mulher precisa cuidar de sua saúde com o intuito de desempenhar seu papel doméstico-familiar. Uma delas gostaria de ver o polo cheio de mulheres realizando as atividades propostas. Ao perguntar à usuária entrevistada por que essa vontade de ver as mulheres participando daquele espaço ela responde da seguinte forma:

Porque, eh, a saúde, a saúde em primeiro lugar e se a mulher não tem saúde não vai ser uma boa dona de casa, ela não vai ser uma boa mãe, não vai ser uma boa esposa, porque ela vai tá cheia de maria-das-dores. A maria-das-dores é aquela assim: “Ah, que dor

que você tá sentindo?”, “Dói quase nada, só duas coisas: da ponta do cabelo até o pé”. Então, né, da ponta do cabelo até o pé, só duas coisas. Aí vai fazer o quê? Se não tem saúde, né? Sem a saúde nós não vamos a lugar nenhum. (USUÁRIA 1).

Goellner (1999) destaca que a imagem da mulher, ao longo da história, está estreitada a três dimensões: beleza, maternidade e feminilidade. Um ponto a ser considerado, é que mesmo com as conquistas feministas, o papel reprodutivo colocado como papel prioritário para as mulheres ainda não foi superado.

Quanto ao perfil do público, os municípios visitados enfatizaram a presença de participantes idosos nas atividades desenvolvidas pelo Programa Academia da Saúde, fato que corresponde aos dados apresentados nos monitoramentos anuais, via FormSUS, em que nos períodos de 2015 a 2017 cerca de 100% dos municípios respondentes alegaram desenvolver atividades para a população idosa (2015, 100%; 2016, 100%; 2017, 98,6%). A fala da coordenadora estadual do PAS e responsável por seu acompanhamento e monitoramento corrobora essa constatação:

Olha como é uma demanda espontânea, então vai referenciar muito o município pra essa porta de entrada. Mas o que o Estado tem de ... observação, vamos dizer, são usuários em sua grande maioria feminino, usuários com uma idade um pouco mais ... no contexto do envelhecimento, eu diria de 40 a 69 anos o público participante, a grande maioria. Apesar de que alguns municípios já trabalham com grupos específicos, grupo de gestantes, grupo de hipertensos, e alguns poucos já trabalham com grupos de crianças e adolescentes, inclusive pelo PET também. (COORDENADOR ESTADUAL).

As falas das coordenadoras municipais também apontam para esse perfil de mulheres adultas e idosas.

É mais a terceira idade. Assim, atinge todos os níveis, mas a maior demanda é da terceira idade. (COORDENADOR MUNICIPAL 3).

Mais mulheres numa faixa de idade entre... de vinte e cinco a quarenta anos, mais ou menos. (COORDENADOR MUNICIPAL 4).

Para além da estruturação social que culturalmente delega à mulher o papel do cuidado e da responsabilidade com a saúde e a educação familiar, os tipos de

atividades realizadas não são consideradas interessantes para a população masculina ou para a juventude.

No caso dos homens, culturalmente não há uma aproximação desse público ao universo do autocuidado e da promoção da saúde. Ademais, os polos tendem a desenvolver atividades físicas de baixa intensidade e/ou aeróbicas, comumente identificadas como práticas corporais para as mulheres, como explicitado nos discursos das coordenadoras entrevistadas.

[...] a gente tem as caminhadas com alongamento. A gente tem o Pilates, Auriculoterapia, Grupos Específicos, por exemplo, aqui a gente tem o Grupo de Alimentação Saudável que chama “Quem PERDE, GANHA”. Esse grupo a gente iniciou em fevereiro ou março, o último encontro será agora sexta-feira, dia 14 de setembro. Foi um grupo bem dinâmico, o pessoal participou bastante. Temos o grupo de estimulação precoce, que é realizado com as crianças encaminhadas pelo médico da Unidade de Saúde. Ações desenvolvidas em datas comemorativas, como o Dia da Mulher, Dia Nacional da Saúde. Temos também o Grupo de Mulheres, que é conduzido em parceria com as meninas da Vigilância Epidemiológica, especificamente da chefia de Violência. Lá na Academia II a gente tem grupo de artesanato, e atividades parecidas com as do pólo I, Pilates, Caminhada, Alongamento, Atividades em Datas Comemorativas – Dia Mundial da Saúde, que envolveu todas as Unidades próximas da Academia –, Festa Junina, que é uma tradição na unidade, Dia das Crianças, a questão do Bazar. Os Bazares, onde vendemos roupas, etc., e é uma forma da comunidade participar, se engajar no movimento e traz um recurso financeiro interessante para a unidade. Esse recurso ajuda na realização de passeios, por exemplo, lá na unidade II tem o CEO das Artes, uma praça, que é gerida pelo pessoal da Cultura e Assistência Social, que possui diversas atividades à comunidade e fica próximo a Academia do [nome suprimido]. Direto eles vão para o CEO das Artes, como tem o auditório, tem o “CinePIPOCA”, as pessoas vêm para a unidade fazer atividades como a Zumba, e o pessoal gosta bastante de dança. Lá ainda tem o Grupo “LEVE”, que desenvolve ações parecidas com o “Perde e Ganha”, inclusive estão na segunda edição, e tem atingido bastante resultados positivos. (COORDENADOR MUNICIPAL PAS 1).

[...] desenvolve as atividades físicas, a caminhada, alongamento. Tem a Zumba, tem a dança. Cada semana tem uma dança. E agora a gente está com um projeto pra tá fazendo uma piscina lá, para os idosos. Então, tem as reuniões que a gente faz lá com eles, o forró. (COORDENADOR MUNICIPAL PAS 2).

Dentre os usuários entrevistados há o predomínio de participantes casados ou em união estável, com escolaridade em nível fundamental ou ensino médio, que afirmaram possuírem renda familiar média de cerca de dois salários-mínimos.

As mulheres entrevistadas que não estão aposentadas realizam atividades que coincidem com o trabalho doméstico, como cuidar da casa e dos filhos(as), e até mesmo dos netos(as). Relatam desenvolver trabalhos artesanais ou como revendedoras de produtos de catálogo de beleza, com vistas a complementar a renda familiar. Trabalham também como merendeiras ou auxiliares de serviço gerais em instituição escolar.

Sobre suas rotinas diárias, relatam suas tarefas domésticas e o cuidado com a família:

É, acordo cedo, tomo café, já lavo uma cozinha, já lavo roupa, limpo casa e tal, tal, tal [...] onze horas mais ou menos eu faço o almoço, busco o neto na escola e vou trabalhar. (USUÁRIA 4).

Olha, eu levanto ali pelas 6h30 da manhã, primeiramente eu oro a Deus, né, agradeço a Deus pelo, pela noite dormida, aí vou cuidar dos meus afazeres, tomo meu cafezinho, um pãozinho integral francês, meu leite com cappuccino, e... aí vou fazer, vou fazer os afazer de casa, depois eu saio pra trabalhar um pouco na rua, né? Trabalhar, que eu trabalho com vendas, né? Deixo as revistas, depois eu passo recolhendo as revistas, vou entregar produto, alguém me liga pra mim levar algum produto, ver se eu tenho, levo o produto, e aí... isso durante o dia, né? Aí eu almoço, depois tomo meu lanche, durmo meu soninho da tarde, depois aí eu lancho, aí à noite eu vou pra Igreja, geralmente, quase todos os dias eu vou pra Igreja. Eu sou Evangélica. E aí volto, como alguma coisa, ou janto, ou como alguma coisinha e dormir de novo. (USUÁRIA 5).

Ai, eu levanto de manhã, horário 6h, 6h30, aí faço o café da manhã, né, aí dou uma arrumada na casa, aí venho aqui pra academia três dias, né, e durante a semana eu faço, faço almoço, faço, lavo roupa, faço, assim, todo o serviço de casa, né? Porque é só eu na casa, então tem que ser só eu mesmo, né? É rotina mesmo, né? (USUÁRIA 11).

O tempo livre também está envolvido no contexto familiar ou religioso, como demonstrado nos trechos a seguir relacionados:

Artesanato, eu gosto muito. Eh, é assim, é muito injetado em tempinho. Aí eu, a hora que eu descanso, que eu tô fazendo um quilinho do almoço, eu vou lá e faço um pouco, às vezes depois, mais tarde, quando tá mais tranquilo, os meninos já tão alguns pra escola, a outra já tá lá em casa, a netinha que eu olho tá dormindo, dando um soninho, eu já corro lá e faço mais um pouco. Aí mais tarde, lá pelas 10h, quando eu sento ali pra assistir novela, eu faço mais um pouco e é assim, nesses horários mesmo e puxado mesmo, pra fazer, senão não faz não. (USUÁRIA 1).

É, eu gosto de caminhar, às vezes eu caminho à tarde com o meu esposo, porque ele gosta também e... vou no shopping às vezes. (USUÁRIA 2).

No tempo livre eu gosto muito de ler, sabe? Aí eu, qualquer livro eu tô lendo, quando eu não tô no, na, no livro eu tô no, na internet, curiosa, olhando as coisas... (USUÁRIA 8).

Eu sou radioamador, falo com o Brasil e com o mundo. Eu sou radiotelegrafista, então a minha rotina é pesquisa, é contato, é amizade, é servir ao próximo também. (USUÁRIO 9).

Eu gosto de ficar em casa mesmo... eu já tô naquela fase “de idade” já... curtindo o meu filho. (USUÁRIA 10).

A forma como usufruem o tempo livre reflete na avaliação que os usuários têm em relação à qualidade das relações familiares e sociais. Nesse sentido, suas crenças religiosas são um componente importante à sociabilidade e socialização:

Olha, agora tá um pouco a desejar, mas, assim, família é um relacionamento bom, com a minha igreja... que eu tô falando, tá deixando a desejar esses amigos que eu considero família. Hoje em dia, com a correria da vida, eu acho que tá todo mundo distanciando um pouco. Eu sinto isso, não sei. Eu vejo que essa questão de vir, almoçar junto, essa semana mesmo eu conversava com uma grande amiga minha, e a gente sente falta disso, mas ninguém tem tempo, entendeu? (USUÁRIA 4).

É razoável, né? Boa, boa, nem existe, né? Deus me deu até uma criança especial, né? Nós somos duas irmãs que tem, eu e mais uma irmã. A minha irmã, a outra, a filha dela é auditiva, né? E eu tenho o meu, que é síndrome de *down*. Aí muitas vezes, por causa de ter uma criança especial, sempre entra em atrito com o povo, né? Fica assim, mais... assim, nossos meninos nunca é chamado pra passear, sabe, sem a gente, né? Aí às vezes entra em atrito por isso, né? Porque nunca é chamado pra ir... (USUÁRIA 10).

É muito boa, graças a Deus. Eu tô com essa idade e eu nunca tive, assim, atrito com ninguém, nunca tive discussão com ninguém. Eu tenho uma amizade, assim, de coração, amor. Amigo assim, igual, eu moro mais próximo aqui da minha cunhada, né, que a gente já morou toda a vida assim, próxima uma da outra, e eu nunca tive do que falar dela. Tenho, tenho meu genro, tenho minha neta que eu criei, né, ela casou. Saiu lá de casa pra casar, né? Então eu não sou, tenho minhas vizinhas, eu gosto muito delas, elas também de mim, nunca ninguém teve queixa uma da outra. As irmãs lá da Igreja, eu me dou bem com todo mundo... (USUÁRIA 11).

A influência da igreja na vida dos entrevistados oportuniza analisar a questão do por que de a gestão municipal realizar uma maior articulação com as instituições

religiosas (30,4% dos municípios respondentes), como já apresentado nos dados do monitoramento do programa, em 2017, no estado de Goiás. É interessante ressaltar, também, a ascensão religiosa, por vezes de uma corrente religiosa específica, que tem se intensificado no universo das políticas públicas, bem como exercido influência na gestão pública, como apontam Burity (2008), Gomes e Menezes (2015) e Eccel (2018).

Não se trata, aqui, de trazer um argumento antirreligioso, pois este não é o propósito deste estudo, contudo, tendo em vista que esse cenário ascendeu durante o levantamento de dados e nas entrevistas realizadas, compete à pesquisadora mostrar essa realidade que envolve a articulação do programa às instituições religiosas.

O perfil de seus usuários(as) quanto a suas crenças e valores religiosos permite compreender que, diferentemente da defesa clássica, no campo teórico político ocidental, do afastamento do campo político e religioso, o que se tem observado é o oposto, um estreitamento entre essas duas dimensões.

Eccel (2018, p. 119) reforça que existe um avanço das questões religiosas para o âmbito da política e vice-versa. Para ela, “[e]m tese, religião e política, em função do *Zeitgeist* da modernidade, deveriam estar cada vez mais afastadas, porque a dimensão religiosa permaneceria restrita ao âmbito privado ou pessoal”. E mais, essa autora considera que

[...] é preciso proteger a política dos fundamentos religiosos, por um lado, e, por outro, é preciso garantir aos religiosos a liberdade de cultivar suas crenças, protegendo-as igualmente dos discursos políticos que tentam legitimar as crenças religiosas, mas apenas as expõem ao risco de permanecer à deriva de uma situação política. (ECCEL, 2018, p. 120).

Burity (2008) destaca que o processo de secularização dos Estados, na (pós) modernidade, não é linear e uniforme:

Articulando ou deixando-se cruzar por questões de etnicidade, identidade nacional/racional/de gênero/etária, classe social e reivindicações políticas, essa contemporaneidade dos fenômenos religiosos, apesar do tom dramático e por vezes apocalíptico com que é descrita, encontra numerosas formas de expressão e acomodação menos espetaculares, pela via do envolvimento nas instituições representativas, nos formatos institucionalizados de participação popular (conselhos, câmaras, conferências, fóruns) e em

distintas redes da sociedade civil. No processo, vão surgindo “reconhecimentos”, “valorizações” e “diálogos” entre atores laicos e religiosos, não somente na esfera nacional (e subnacional) como também no plano internacional e global. Organismos multilaterais e bilaterais, uma certa “sociedade civil global” de crescente importância, vão abrindo espaço a novas formas de conversação com os atores religiosos, enquanto no âmbito nacional e local as políticas públicas e a militância social vão se abrindo a formas de participação e legitimação desse segmento. (BURITY, 2008, p. 85-86).

Claramente, o Brasil também se mostra seguindo essa nova configuração sócio-político-religiosa. Gomes e Menezes (2015) destacam que, no Brasil, a forte presença de atores religiosos no cenário legislativo torna frequente os discursos religiosos nos debates públicos sobre temas sociais e morais tidos como controversos, como a descriminalização do aborto; o direito à união civil homoafetiva; a reprodução assistida; a eutanásia; os estudos com células tronco-embrionárias; a descriminalização da maconha, dentre tantas outras pautas abordadas na cena política e religiosa. Para essas autoras,

A efetividade da participação das instituições religiosas, com seus representantes nas distintas esferas sociais, indica quanto os valores religiosos integram e influenciam as discussões e as orientações legislativas, médicas e jurídicas, que seriam, inicialmente, consideradas como dimensões dirigidas pela racionalidade e a laicidade. (GOMES; MENEZES, 2015, p. 30).

O hibridismo que tem se constituído entre o campo político e religioso trata de gerar posicionamentos e valores que passam a ser incorporados não apenas normativamente, mas nas práticas sociais. Além disso, promovem um emolduramento/enquadramento social de dimensão biopolítica, que enfatiza o controle dos corpos, bem como das vidas, como é tratado por Butler (2015, 2018) e Foucault (1977, 1984, 1987).

Essa percepção e mensuração do valor da vida e o reconhecimento daqueles considerados “dignos” de usufruir do programa também aparece nos discursos dos entrevistados quando são levantados os motivos de inserção no programa e a criação do polo em determinado bairro e/ou comunidade. Para eles, a implantação do programa recorre a uma tentativa de melhorar a qualidade de serviços públicos à população assistida, mas também como uma forma de excluir e invisibilizar, ainda

mais, àqueles que não se enquadram no perfil social que a comunidade almeja como modelo, a exemplo dos usuários de drogas.

O relato da Usuária 10 explicita essa visão de que o programa tem um caráter higienista, ao buscar tornar um local utilizado para depositar lixo e usado por pessoas usuárias de drogas em um espaço para acesso da comunidade a equipamentos de ginástica e ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Porque, por exemplo, de primeiro isso aqui era só terra, né? Mato, lixo. Aí vieram e promoveram a Academia da Saúde aqui pra nós e hoje só tá faltando aqueles aparelhos, né, aí de fora pra gente fazer, né? Era mais era depósito de lixo, né? Isso aqui era muito feio. (USUÁRIA 10).

Em outro trecho, a entrevistada pontua que, antes da instalação do polo, o espaço era frequentado por usuários(as) de drogas: “Ah, era mais era pessoal de droga, essas coisas, né?” (USUÁRIA 10).

Observa-se um discurso discriminatório e cheio de preconceitos, exatamente pela noção de que o programa é destinado a um público específico, sob um viés de merecimento e hierarquização social, e, portanto, aqueles que são considerados “ilegítimos” são desqualificados de seu direito de usufruir do programa. Essa noção advém de uma relação de subalternidade. Para Souza (2017, 2018), a instituição de uma ralé estrutural advém da segmentação da sociedade brasileira em cidadania e subcidadania. Essa divisão social entre cidadãos e subcidadãos esteve e é, por diversas vezes, marcada pela cor da pele/raça. Jessé Souza (2018, p. 231) diz que

[a] marginalização permanente de grupos sociais inteiros tem a ver com a disseminação efetiva de concepções morais e políticas, que passam a funcionar como ideias-força nessas sociedades. É a explicação que atribui a marginalidade desses grupos a resíduos a serem corrigidos por variáveis economicamente derivadas – dominantes, não só em Florestan, mas em todo o debate nacional teórico e prático acerca do tema das causas e dos remédios da desigualdade – que melhor contribui para a sua permanência e naturalização.

Além disso, reforça Butler (2011, 2015, 2018) que a existência do sujeito ocorre pela interação entre o eu e o outro. Essa interação entre os sujeitos, com o uso do discurso, nos enquadramentos engendrados pela sociedade, propicia o (re)conhecimento, ou a invisibilização, do outro. Esse é o ponto de partida para que

a vida de outrem seja vista e reconhecida. É importante destacar que os enquadramentos, como argumenta Butler (2015, p. 26), estabelecem “[...] as condições para surpresa, indignação, repulsa, admiração e descoberta, dependendo de como o conteúdo é enquadrado pelas variações de tempo e lugar”.

O reconhecimento exige a criação de obrigações éticas, pautadas em princípios e valores que coadunem com uma perspectiva de convivência, pois a interação deve se constituir de uma responsabilidade ética e que pressupõe a capacidade de resposta ética (BUTLER, 2018).

As leis, normas e políticas públicas são, assim, construídas a partir da exigência de reconhecer as necessidades e os direitos de sujeitos, grupos e populações, que passam a ser vistas e reconhecidas.

Os entrevistados consideram que o programa pode melhorar as condições de saúde da população adscrita ao polo implantado, contudo, a instalação do polo do Programa Academia da Saúde não garante mudanças significativas relacionadas à sensação de segurança. Ao contrário, o próprio polo sofre depredação e vandalismo. Costumam funcionar, prioritariamente, nos turnos diurnos, exatamente por considerar que exista mais riscos de violência e criminalidade no período noturno. A coordenação municipal de um dos polos mostra forte preocupação em garantir a segurança dos profissionais durante o horário de funcionamento, apontando a violência como um problema para a gestão:

[...] a gente tem aqui é a questão da falta de segurança. Aqui, por estar ao lado da UBS, na maioria das vezes a profissional da Academia vem para a UBS, pois para ela ficar sozinha lá na Academia é um pouco perigoso. A grade que tem na entrada da Academia, se não tivesse talvez as pessoas procurariam mais a Academia. Na outra Academia, que fica um pouco mais distante da UBS, as meninas ficam mais fechadas por que é perigoso ficar com a porta aberta. É uma dificuldade que a gente tem e que limita o trabalho. Não é o tempo todo que as meninas ficam disponíveis, pois estão em um lugar perigoso. Equipamentos que foram deixados dentro da unidade e foram roubados, e pensando nessa realidade não sei o que poderíamos fazer para solucionar isso. Por ser de outras áreas não é da nossa governabilidade, pois não é um problema só das Academias de Saúde, mas que dificulta um pouco o trabalho. (COORDENADOR MUNICIPAL PAS 1).

O “ataque” ao programa – através de destruição de janelas, arrombo de portas, destruição e roubo de materiais/equipamentos –, aponta que parte da comunidade, que não é assistida e reconhecida junto ao programa, tomam essas

atitudes como forma de mostrar sua existência. Essa existência não é apenas invisibilizada, mas estigmatizada no espaço social a que pertence.

O processo de vandalizar, depredar, o pólo demonstra que determinados grupos não se reconhecem como pertencentes da comunidade, exatamente pela condição imposta de enquadramento social baseada naqueles que já usufruem desse equipamento social. Para Butler (2015 p. 25) “o enquadramento que busca conter, transmitir e determinar o que é visto [...]”. Ademais, “[...] o ‘enquadramento’ não é capaz de conter completamente o que transmite, e se rompe toda vez que tenta dar uma organização definitiva a seu conteúdo” (BUTLER, 2015 p. 25).

Os enquadramentos que, efetivamente, decidem quais vidas serão reconhecíveis como vidas e quais não o serão, no entanto o movimento de resistir se apresenta como meio de reverter e subverter os enquadramentos impostos. Isso é possível ser identificado pela atitude de pichação do pólo do programa (Fotografia 7). A gestão na tentativa de coibir essa prática incorporou a arte de rua (Grafite), conquanto as pichações estão presentes nos vazios que não foram ocupados pelos grafitos.

Como já explicitado, o tipo de público participante é formado, prioritariamente, por mulheres e idosos(as). Isso ocorre devido a duas situações: em primeiro lugar, o programa foi pensado para se aproximar mais das demandas do Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas, com o objetivo de incentivar idosos ao envelhecimento ativo e promover atividade física em espaços saudáveis, do que da própria Política Nacional de Promoção da Saúde. Em segundo, a presença maciça de mulheres e de pessoas idosas decorre do tipo de atividades oferecidas, dos horários de funcionamento e das dificuldades de trabalhar com populações específicas – ciganos, em situação de rua, crianças e adolescentes, etilistas, drogadictos, pessoa com deficiência, população LGBTT, dentre outros.

No sistema de saúde brasileiro a universalização do acesso é princípio fundante e que norteia as políticas e programas de saúde. Como exemplo desse princípio como prioridade no SUS pontua-se a instituição de um programa com enfoque na melhoria do acesso à Atenção Básica, nominado Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), em 2011, que, por meio de repasse de recursos financeiros, visa melhorar o desempenho das equipes de saúde, bem como o padrão de atendimento (acesso e acolhimento) dos usuários do SUS.

Do mesmo modo, destaca-se o objetivo do Programa Academia da Saúde de ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde. No monitoramento anual, realizado pelo Ministério da Saúde, as formas de acesso disponíveis, em Goiás, aos usuários do programa apontam para o recebimento destes através de demanda espontânea e/ou encaminhamento (52,7%). Ademais, dos 74 polos respondentes, 35,1% recebem usuários exclusivamente por demanda espontânea (a qualquer momento), enquanto 4,1% apenas via encaminhamento de outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e 2,7% somente aceitam novos usuários se houver vagas disponíveis.

Os municípios que possuem polos em funcionamento buscam oportunizar o acesso tanto via demanda espontânea, movida pelo próprio interessado, bem como de forma convencional, através de encaminhamento por profissional de saúde das unidades de saúde, ou seja, referenciada pela autoridade de saúde/médica. As coordenadoras entrevistadas descreveram essa mesma condição de oferta de acesso ao polo do programa, exemplificada pela fala a seguir:

Nas Unidades Básicas de Saúde. Todos os profissionais, de todas as equipes, são orientados a informar sobre os programas que temos disponíveis no município. A gente fala: “Oh tem o programa [... [nome suprimido]. Tem Hidroginástica, né?”. Então assim, a gente, eu sempre bato nessa tecla de tentar meios alternativos antes de iniciar qualquer tratamento. Igual, encaminhou para fisioterapia, vamos tentar encaminhar para o programa. Então assim, é muito divulgado por conta disso. Até mesmo pra tentar desafogar os serviços nossos. Então assim, todas as equipes, se chegar aqui na secretaria e perguntar onde que funciona, eles saberão responder: “— Olha, tem que fazer inscrição em tal lugar. Funciona em tal lugar. Em tais dias. Talvez pode acontecer uma confusão dos horários e dias, mas assim, o local, quem são os professores, profissionais. (COORDENADOR MUNICIPAL 3).

As profissionais entrevistadas falaram que o acesso do público assistido ocorre de diversas formas, exemplificada pela demanda voluntária e por encaminhamento de outros níveis de atenção e serviços, considerando que o acesso é livre e “desburocratizado”. Não obstante, existem polos que admitem, preferencialmente, frequentadores que tenham sido encaminhados pela equipe médica da UBS, como mencionam as Profissionais A e E.

Então todos os meus pacientes eles têm que passar pelo médico antes. O médico tem que dar a orientação, tem que dar o laudo

médico autorizando ele a fazer uma atividade física. Esse, é a única coisa que exige aqui a Academia da Saúde é que o paciente traga esse laudo do médico autorizando pra ter um respaldo pra mim, enquanto profissional, e também pro paciente, pra gente saber o que até a gente pode fazer pro paciente, até onde ir com o paciente, se ele tá liberado pra tais atividades, né? Então é a única coisa que precisa é esse laudinho. (PROFISSIONAL A).

Eles vêm aqui, falar comigo. Aí eu faço a inscrição deles no grupo que eles querem ir e já começam. Não tem muita burocracia pra começar não, tem que trazer o cartão do SUS e começa. À noite, à noite, como é aberto, então eu não tenho, eles não falam comigo antes, eles só vêm no dia. Aí eu vou, faço eles experimentarem, né, e aí, se eles gostarem, eles voltam e trazem o cartão. Agora de manhã, só no grupo da, da nutricionista, que tem pessoas que têm doenças coronarianas, tem..., são casos de obesidade, essas coisas, que aí, que aí eu peço um atestado, eles passam pelos médicos, pegam autorização do médico. Aí só depois vem. (PROFISSIONAL E).

Para as profissionais é indispensável, a apresentação de atestado médico para a realização de atividades físicas/práticas corporais, a lógica do cuidado, presente no programa, perpassa as relações de poder existentes entre o usuário e as autoridades de saúde e está expresso no discurso das profissionais entrevistadas ao considerar todos os usuários com o *status* de pacientes, apresentando uma hierarquização entre as autoridades de saúde, na qual a figura médica se coloca como a com maior poder, pois é a que autoriza e legitima a presença e a participação do usuário no programa. A racionalidade médica, ancorada no modelo biomédico, constitui-se em um sistema de poder e de reprodução de práticas e rotinas que se mostram presente no modo como os usuários(as) acessam o programa a partir da decisão dessas autoridades e/ou peritos da saúde (FOUCAULT, 1984, 1987, 2006; GIDDENS, 1991; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, 2007).

Outro agente mencionado ao longo das entrevistas foi referente ao papel do Agente de Saúde. Ao agente comunitário de saúde (ACS) é designado o papel de atuar como profissional responsável pela divulgação e comunicação das ações desenvolvidas no programa. No entanto, para os usuários entrevistados, a divulgação mais efetiva é pela comunicação entre a própria comunidade, de frequentadores aos demais membros do setor/bairro, o que é chamado por eles como divulgação “boca-a-boca”.

Aos usuários a forma com que tomaram ciência do programa coincide com as que foram apresentadas pelas profissionais dos polos, por meio de convite da equipe de saúde ou em conversa com a comunidade.

Eu fiquei sabendo através das amigas que ia ter, e vizinhas aqui. (USUÁRIA 1).

Foi a indicação de uma vizinha, que ela ficou sabendo que ia começar o grupo de Pilates, aí ela me falou e a gente veio, colocou meu nome, aí a gente começou. (USUÁRIA 2).

É porque eu vim na UBS aqui, consultei né, [pausa], porque eu tava acima do peso um pouquinho, né, a barriga meio grande, né, aí falei, “Tá, então me dá o atestado aí pra mim participar, né?”. E faz tempo que venho, tô achando bom, né, muito bom. (USUÁRIO 3).

A cidade é muito pequena, né, então a gente já sabia dele, né, e depois que eu fiz a cirurgia o médico me recomendou. Então eu procurei ela e aí eu iniciei. (USUÁRIA 7).

As meninas que passa na casa da gente, né, fazendo visita, aí elas, elas passam pra gente: “Ó, vai ter isso, isso e isso. Agora lá no postinho vai ter, né, vai ter academia”. Elas que passa pra gente. (USUÁRIA 11).

O Programa Academia da Saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), encontra-se ancorada nas cartas e declarações internacionais sobre a promoção da saúde e nos princípios e diretrizes do SUS, para a garantia do direito à saúde e à cidadania. Assim, são cruciais a garantia de participação e controle social na gestão e nas políticas públicas.

A promoção da saúde, apresentada na Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), traz princípios e diretrizes como equidade, **empoderamento** por meio da participação social, cooperação intersetorial e valorização do saber popular. Em 2014, reforça, com sua revisão, esses princípios da publicação de 2006, agora intensificando a importância do reconhecimento da diversidade e apresentando novos enquadramentos à saúde, pautados na justiça e inclusão social.

A PNPS:

- a) reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida;
- b) considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização;
- c) adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrasetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade. (BRASIL, 2015, p. 10).

No tocante à percepção da coordenação estadual relacionada à interação e à participação junto aos municípios habilitados no Programa Academia da Saúde entende-se como fundamental o estreitamento dos laços entre as gestões e considera esta como uma responsabilidade importante do Estado para a efetivação da PNPS nos territórios:

Eh:: o Estado tem uma responsabilidade já até já pautada também na operacionalidade da PNPS, que é de fato apoiar os municípios levando, né, a política viva pros municípios. E no nível dos municípios, obviamente, é papel do Estado congrega todos os atores eh:: no âmbito municipal. Como por exemplo, o gestor municipal de saúde, todo... a equipe de profissionais, a representação dos usuários com o controle social, eh:: enquanto conselho municipal de saúde, e a gente inclui inclusive os movimentos sociais também dos territórios. Então aí a gente compreende que o papel do Estado é exatamente levar, né, esse conhecimento da PS para que ela seja implementada no município. (COORDENADORA ESTADUAL).

Ela destaca que a política viva é

[e]ssa articulação de você levar e referenciar toda a política no contexto do território, pra que o território, ele compreenda e ele receba essa política pra que ele implante e a implemente a política viva no território. (COORDENADORA ESTADUAL).

Essa perspectiva de articulação com diversas esferas governamentais e não governamentais está presente na Política Nacional de Promoção da Saúde por meio das diretrizes da referida política, que envolve a intersetorialidade, a mobilização e a participação social. Assim, a coordenação estadual sustenta-se nos ditames normativos expressos na PNPS.

Para as participantes – coordenadoras estadual e municipais, profissionais e usuários –, existem entendimentos distintos sobre o nível de participação de cada agente no planejamento e na gestão do programa.

A gestão estadual considera relevante a participação da comunidade no planejamento, na gestão e na avaliação do programa, especialmente pela essência democrática e com vistas ao **empoderamento** social. A coordenação estadual destaca a necessidade de a sociedade civil elaborar políticas públicas de saúde, a exemplo da Política Estadual de Promoção da Saúde.

Eh:: para a área de PS essa participação ela é relevante. Inclusive estamos em processo de elaboração da política estadual de Promoção da Saúde³⁵ para que seja implantada e implementada no nível municipal e, com certeza, teremos todos esses atores, inclusive com a participação da comunidade na elaboração dessa política. Estamos organizando o processo da programação anual de saúde, pro próximo ano, 2018, que vamos debruçar na elaboração da política estadual de PS, que no segundo momento será a política municipal de PS pra que ela de fato aconteça no território e pra a comunidade. Então, obviamente, que o controle social é participativo, é uma construção participativa, com todos os atores. (COORDENADOR ESTADUAL).

Ademais, em relação à participação da sociedade civil apontada pela coordenação estadual, ela mesma destaca que tem articulado suas ações buscando a integração entre os diferentes setores governamentais, não governamentais e sociedade civil. A coordenadora estadual esclarece que a integração se fez através da instituição de Grupo Intersetorial de Promoção da Saúde do Estado de Goiás (GTIPSGO).

Houve já uma composição de integrantes, membros do GT, que já insere na intersectorialidade, como, por exemplo, as universidades, eh:: movimentos sociais também que participa. No momento não temos ainda ONGs, mas em processo de busca dessa representação, inclusive já com o disparo de ofícios para essa composição. Porque acreditamos que quanto mais representativa, mais eficiente será o GT. E parcerias eh:: inclusive em etapa de ampliação de parcerias, mas elas existem tanto na intrasetorialidade, como a própria secretaria estadual e outras secretarias municipais e as regionais de saúde também compõe o GT Estadual. E com o olhar de ampliação, né, inclusive com interesse em compor outros representantes, como por exemplo Ministério Público e algumas ONGs. (COORDENADOR ESTADUAL).

Ao participar das reuniões do GTISPGO a pesquisadora pôde identificar que de fato há uma preocupação em garantir a participação de diferentes órgãos e instituições, mas vinculadas à área da saúde. Constam como representações assíduas a essas reuniões, que ocorrem uma vez ao mês, a Abrasco (representação Centro-Oeste), Cebes (regional Goiás), Programa de Pós-graduação em Ensino da Saúde e Ciências da Saúde (UFG); Faculdade de Nutrição e Enfermagem; Conselho Estadual de Secretários Municipais (Cosems); das Secretarias Municipais de Saúde (SMSs) Goiânia e Aparecida de Goiânia e trabalhadores da Secretaria Estadual de

³⁵ A Política Estadual de Promoção da Saúde foi publicada em Diário Oficial do Estado de Goiás n. 23.079, de 25 de junho de 2019.

Educação (SES), do nível central e trabalhadores do SUS lotados nas Regionais de Saúde.

Sobre a participação dos Conselhos Municipais de Saúde (CMS) junto aos polos visitados, percebe-se que esta é pouco efetiva. Para as entrevistadas, há dois cenários: em um ocorre a ausência de representatividade dos conselhos junto ao programa Academia da Saúde; em outro, a presença dos conselhos restringem-se à participação de seus membros como usuários do polo do programa.

É, então (risos). Eh... o que eu tenho a afirmar assim mais, Conselho nunca veio não... (PROFISSIONAL A).

Não, nunca vi. Vim aqui, conversar comigo, nunca vieram não. Eles só, eles passam as demandas só pra secretária. (PROFISSIONAL E).

Igual o seu [nome suprimido], né, que ele é um participante do projeto, ele trabalha aqui, tá com problema no joelho, mas ele é do Conselho Municipal de Saúde, então querendo ou não eles sempre estão presentes também. (PROFISSIONAL C).

Para a Coordenadora Municipal 1, a participação do Conselho não ocorre diretamente no programa e avalia que existem falhas de comunicação e interação entre a gestão e o controle social:

É outra questão que eu não sei como acontecia antes, mas eu **não vejo o Conselho tão diretamente comigo, a PS e nas Academias. Pode ser até que eles participem, mas vou ser bem sincera que eu não tive esse contato.** Não tive nenhuma solicitação deles, por exemplo, prestação de contas, o que está acontecendo no programa. Até esse momento a gente não teve uma ação próxima, não sei dizer se houve mudança no CMS neste ano, se estão se inteirando, não vou saber te dizer ao certo. Aqui não tive esse contato com o CMS, não sei se eles conhecem as ações das Academias e de PS. Fico um tanto subjetiva a minha resposta. Pois não sei se falta da nossa parte levar para eles o que está acontecendo ou pelo contrário, se são eles que precisam buscar, uma vez que se configura em um órgão fiscalizador. Não sei, mas acho que os dois lados estão deixando a desejar. (COORDENADOR MUNICIPAL 1, grifos nossos).

Para as Coordenadoras Municipais 2 e 3, a participação do CMS ocorre de maneira mais genérica, em reuniões que tratam de diversas questões da gestão da AB, e não apenas relacionadas ao programa.

Eles são bastante participativos. Nós fazemos uma reunião mensal. Ehhh... todo mês a gente apresenta para eles, né, os projetos. Inclusive esse mês a gente está com um projeto de fazer uma horta lá na UBS pros idosos estarem cuidando. Então, eles sempre estão participando, votando e eles são muito a favor da prevenção e da promoção da saúde. (COORDENADOR MUNICIPAL 2).

O CMS é bastante atuante no município, né? Ele sabe, ehhh, eu **acredito que em todos os programas existentes vários membros do conselho participam dos programas**, principalmente desse programa que é do povo da Academia. E acredito que eles são bastante incentivadores em relação aos trabalhos em prol da promoção da saúde. (COORDENADOR MUNICIPAL 3, grifos nossos).

No monitoramento anual 2017 foi consultado se os responsáveis pelo polo buscam incorporar as necessidades e demandas da comunidade no planejamento das atividades: 59,5% sempre, ou quase sempre, buscam atender as demandas da comunidade; 39,2% às vezes atendem as demandas e 1,4% raramente. Contudo, ao longo das entrevistas e da observação de campo, identificou-se que a participação da população ocorre quase exclusivamente nas atividades, de maneira pouco ativa no planejamento e na organização. Os usuários entrevistados afirmam que, na gestão do programa, sua participação ocorre de maneira informal, não atuando no grupo de apoio à gestão; tampouco mencionam a existência de um grupo institucionalizado.

É interessante destacar que a participação da comunidade, normativamente, não se restringe a frequentar as atividades propostas, mas também em sua inclusão nas etapas de planejamento e gestão do programa. Sobre o grau de participação dos usuários, duas coordenadoras identificam a participação no planejamento e na gestão de maneira informal:

Mais específico das Academias, eu vejo que a população participa sim. Não que seja de uma forma tão política assim, mas a população quem dá o retorno sobre a atividade desenvolvida, se foi positiva ou se não foi. Ela [a comunidade] faz sugestões de ações. Especificamente das Academias da Saúde, a comunidade participa e participa bastante. (COORDENADOR MUNICIPAL 1).

Não, não nas reuniões. Mas existem sempre palpites, a gente sempre escuta alguma coisa, “ah:: podia fazer isso”, “podia fazer aquilo”, a gente já escutou, então assim, com palpites sim, mas em reuniões não. (COORDENADOR MUNICIPAL 4).

Elas consideram que há falta de interesse do próprio público em participar das reuniões de planejamento, ou, ainda, falta de incentivo e estímulo por parte da gestão municipal em fomentar essa participação social:

A comunidade, aqui de [município suprimido], não é muito... Assim, meio termo, ela não é muito participativa. Assim, a gente chama, comunica, tivemos o conselho municipal. Em si a comunidade é bastante..., geralmente, que participa mais são os idosos que usufruem dos serviços. Eles participam mesmo. (COORDENADOR MUNICIPAL 2).

Não. Não participa. Eu acho que não tem, não existe esse espaço, não existe esse convite. Porque quem participa são os coordenadores das respectivas unidades e dos respectivos setores. A comunidade não. (COORDENADOR MUNICIPAL 3).

O baixo nível de participação dos usuários na gestão e no planejamento do programa passa a ser considerado como uma decisão individualizada e de responsabilidade do próprio usuário. No entanto, na PNPS (BRASIL, 2014) a participação social é um princípio a ser adotado e as intervenções – conforme a visão de diferentes atores, grupos e coletivos – devem buscar identificar lacunas e soluções para as necessidades e demandas, sendo esses atores corresponsáveis por todas as etapas de gestão, do planejamento à avaliação das ações desenvolvidas.

Para as profissionais, a interação com a comunidade ocorre, prioritariamente, através das atividades realizadas junto aos usuários. Inclusive, é reconhecida, pelas profissionais, a ausência de participação desses no planejamento e gestão do programa. Relatam que a forma de participação envolve a avaliação de desempenho da profissional junto ao grupo que usufrui das atividades do polo, servindo para reavaliar o planejamento das ações por parte da profissional, como explicita a Profissional A:

Então eu chego nas minhas pacientes, eu sempre pergunto se elas tão de acordo, tem algumas coisas que eu tenho, eu sei que eu tenho que tomar a decisão sozinha, e tem outras coisas que é necessária que elas me deem *feedback*, porque o meu público é elas. O que eu faço ou o que eu penso em fazer, o que eu planejo, é tudo pensando em, nelas, né? Se elas vão aderir ou não, então eu tento passar isso pra elas. Às vezes eu falo, por exemplo, quando eu fui começar o grupo de artesanato, “Pessoal, vai ter esse grupo aqui,

vocês concordam? Vocês vão participar?” Aí teve uma adesão boa, eu falei: “Ok, eu vou colocar ele aqui”. (PROFISSIONAL A).

Quanto à percepção dos usuários sobre a sua participação no programa, predominantemente, ela ocorre apenas na frequência às atividades ali realizadas. Há, contudo, usuários que atuam como voluntários na execução de atividades, a exemplo de uma usuária, que relata atuar como tutora nas aulas de artesanato:

Eu participo como voluntária no projeto de artesanato, eh, pratico os exercícios, o Pilates, muita coisa aqui. Pilates, caminhada, tudo eu tô participando. (USUÁRIA 2).

[...] a gente vem nas aulas e também, tipo assim, a gente dá sugestões, né, a gente podia ter uma aula de zumba, a gente podia hoje fazer aula lá fora, aqui dentro.... Eh... que nem agora vai ter o bazar, a gente vem, ajuda na organização, eh, é aberto pra gente tá se interagindo e tá participando. (USUÁRIA 6).

Veza por outra temos alguns diálogos, né, que pergunta sugestões, né, de como que tá indo. Então assim, eh..., as agentes de saúde aqui do município elas é muito... engrenada também, eh, nesse..., na nossa saúde aqui, né? Então ela conversa muito conosco, lá, a nossa agente de saúde. Então a gente tá sempre dialogando, trocando ideias... (USUÁRIA 7).

Olha, quando tem assim, uma reunião, a gente, eu venho, né, e participo da, da, dos exercícios da academia, só não venho o dia que eu tenho médico, porque não pode deixar de ir no médico, né? E quando a, quando a [nome suprimido] fala assim: “Ó, tem que, vai ter uma reunião, vai ter isso”, igual, por exemplo, nós estamos aqui, né, então eu tô participando, né, dessa entrevista porque se eu moro aqui eu tenho que ajudar pra ver se aqui tem mais progresso. (USUÁRIA 11).

Para além da participação na gestão do programa, questionou-se os usuários sobre sua participação na comunidade, se participavam da associação comunitária ou de bairro, conselho comunitário, grupo religioso, sindicato, movimentos sociais ou outro tipo de grupo ou coletivo, buscando identificar o nível de engajamento social e em que esfera os participantes se situam como mais atuantes.

Os discursos apontam para dois tipos de participação: a primeira trata-se da completa ausência de participação em qualquer grupo ou instituição; a segunda relaciona-se ao engajamento religioso e/ou ao contexto comunitário (associação de moradores, por exemplo):

Não, do Conselho assim eu não participo, mas eu, eu frequento a igreja da paz, que fica em [endereço suprimido], lá no [bairro suprimido], né, no bairro [bairro suprimido]. Então assim, eu tô, eu tô muito bem, assim, eu tô só, igual eu falei, né, eu gostaria de participar de mais coisas, mas eu infelizmente, pra mim, eu não tô tendo tempo, mas eu gostaria. (USUÁRIA 1).

É, eu realmente tô participando só da, do grupo religioso mesmo. Da Igreja Católica, é. Mas assim, eu não sou de ir todos os dias, né, é assim, no dia que eu me sinto bem eu vou, no dia que eu não me sinto, né? E... a gente participa de muitas outras partes também, né, uma visita para os irmãos lá, coloca [trecho inaudível], já bem isolado, sabe? Encontro de casais também, é. Eu já fui em sessões de vereadores, eu já fui [trecho inaudível] de vereador, né, e... [trecho inaudível] de uma Associação, essas coisas, né, então vejo bastante esse tipo de coisa aí. Agora é que eu tô mais desiludido, né? Mas antigamente eu participava muito. (USUÁRIO 3).

Não, só o grupo religioso. Porque eu sou evangélica então, e lá na igreja eles dão o ministério pras pessoa, né? Eh, você vai tomar conta dessa parte, o outro toma conta daquela outra parte, e eu tomo conta de uma parte lá na Igreja. Então eu me ocupo com esse, é um dia na semana, a gente sai pra fazer visita pros enfermo, com os irmão que tão desempregado, pra... até os que tão sadio também a gente visita, né, uma vez por semana. Então é essa parte religiosa que eu faço. (USUÁRIA, 5).

Eu participei aqui, já participei aqui do conselho de saúde, já participei de vários conselhos [...]. (USUÁRIO 9).

Além da participação na comunidade e no controle social, na portaria do programa preconiza-se a participação dos profissionais no grupo de apoio à gestão. A corresponsabilidade e participação de diversos atores na gestão advém da Política Nacional de Humanização e está presente nos documentos oficiais do programa.

A Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS considera fundamental para o fortalecimento do SUS a participação de todos os atores envolvidos na saúde pública brasileira – gestores, trabalhadores e usuários –, tendo como princípios a indissociabilidade entre atenção e gestão; a gestão participativa e cogestão; o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos.

Ao perguntar sobre a forma de atuação das profissionais, pois os municípios destacam a participação da equipe da EsF/NASF e dos profissionais durante a etapa de planejamento e na gestão do polo, as posições divergem entre as que consideram participar, mesmo de maneira discreta, no planejamento, até aquelas que entendem ser seu papel atuar somente na execução das ações e atividades

propostas pela gestão e coordenação do programa, como relatam as profissionais C e D:

Eu fico mais na atuação. Sempre que tem alguma coisa a [nome suprimido] me chama e a gente vem aqui, senta, faz os estímulos, mas eu fico mais é na atuação mesmo. (PROFISSIONAL C).

Eu cheguei a fazer uma capacitação, eh, de implantação, né? Então foi um curso oferecido pela, pela Universidade de Santa Catarina, junto com o Governo Federal, então foi uma coisa... Ele dura, assim, mais de ano, é uma coisa bem... e aí eu sentei com a Secretária de Saúde, que ela até queria ter feito esse curso, mas ela não teve a oportunidade, porque ele tem uma seleção, né, uma coisa assim que ele tem, e aconteceu, e acabou que me selecionaram, eu fiz e aí a gente sentou, reuniu e tivemos esse, esse contato, mas, eh... política é política, né? Então tem... a gente até... a gente é um funcionário, né, então até certo ponto a gente participa e até certo ponto não. A gente precisa fazer um trabalho, né, a gente recebe ordens, enfim... (PROFISSIONAL D).

Àquelas que consideram que participam do planejamento expõem que não é um processo formal, ou seja, institucionalizado dentro do programa, ora ficando a cargo do responsável por realizar a gestão do programa, ora ocorrendo de forma individualizada e feita pelo próprio profissional, como mostram as seguintes falas:

Então, todas as atividades que a [nome suprimido] tem, agora, depois que a [nome suprimido] passou a ser coordenadora da Academia ela têm me ajudado bastante, eh, mas antigamente eu não tinha nenhum..., a gente nunca sentou pra planejar alguma coisa, sabe? Todas as atividades que têm aqui, todos os grupos, fui eu mais ou menos que planejei sozinha. Como eu sou a única profissional aqui responsável pela Academia [nome suprimido]. Eu vejo assim, “Não, isso aqui vai dar certo. Será que isso aqui vai dar certo?”. Aí eu vejo, procuro sempre alguém que pode me ajudar. Eu sempre... graças a Deus eu tenho muitos parceiros, né? Eu acho que no início foi muito complicado pra mim, porque era tudo novo e o povo, o pessoal não me conhecia, então às vezes tinha uma resistência muito grande. E agora não, assim, eu, eu penso em algum trabalho, eu falo “Não, essa enfermeira pode me ajudar”, “A nutricionista pode me ajudar”. Então eu sempre convido e graças a Deus eu não tenho recebido “não” como resposta. (PROFISSIONAL A).

Um pouco. Na verdade, assim, eu tenho meio que um livre-arbítrio pra, pra trabalhar aqui. Eu, porque é assim, é uma equipe, do NASF, só que eu não... Fica lá no, no postinho, na Unidade Básica de Saúde. Então eu não fico muito próximo deles. Então sempre que tem alguma coisa relacionada a exercícios eles me chamam, mas fora isso eu fico basicamente aqui. Então eu planejo as minhas

atividades, eu, eu faço a lista de materiais que eu preciso, mando pra secretaria. (PROFISSIONAL E).

Também se levantou a questão da interação com outros agentes, coordenação do programa, equipe da UBS, equipe do NASF, comunidade e Conselho Municipal de Saúde junto às profissionais entrevistadas.

Em relação à coordenação e aos demais membros da equipe que compõe a UBS, a consideram como uma interação harmônica e tranquila. Contam com a presença de membros que compõem o NASF para executar ações e atividades junto ao polo, especialmente a equipe de enfermagem e nutrição. Em determinados momentos, a equipe médica da UBS também desenvolve algum tipo de intervenção no polo.

Vem jovem médico, enfermeira, nutricionista, vários profissionais, eh, da área da saúde trabalhar essa questão de educação e saúde aqui com as minhas pacientes. (PROFISSIONAL A).

O NASF tem apoiado, né, a Academia no que a gente precisa, eles têm várias unidades que apoiam, então não é todas as vezes que eles podem estar dando apoio aqui, mas sempre que, que dá certo vem, dá palestra, né, dá uma orientação. Com a gestão, assim, apesar do serviço muito burocrático, muito serviço, também não dá pra dar atenção 100%, a gente compreende isso, né, mas sempre que a gente precisa eles estão ajudando, né? (PROFISSIONAL B).

A forma de acesso e participação, desde a maneira com que coordenadores e profissionais são cooptados a atuarem no programa, o tipo de formação e as categorias profissionais mais evidenciadas, as ações e os serviços disponibilizados e a que público se destina e qual é atingido, a organização dos serviços e o nível de interação entre os atores envolvidos refletem na forma com que o programa e a promoção da saúde são compreendidos. Mais que isso, influenciam nas crenças e valores disseminados pelas práticas e saberes reproduzidos, bem como nos modelos de saúde e de vida legitimados e institucionalizados nesses espaços.

Butler (2015) destaca que o enquadramento, ou seja, o emolduramento, “[...] busca conter, transmitir e determinar o que é visto [...]”. As mudanças de concepção e compreensão da realidade permitem afirmar que, ao longo da história, busca-se romper com os enquadramentos impostos e novos quadros são apresentados, pois

[o] que “escapa ao controle” é precisamente o que escapa ao contexto que enquadra o acontecimento, a imagem, o texto da guerra. Mas se os contextos são enquadrados (não existe contexto sem uma delimitação implícita), e se um enquadramento rompe invariavelmente consigo mesmo quando se move através do espaço e do tempo (se deve romper consigo mesmo a fim de se mover através do espaço e do tempo), então o enquadramento em circulação tem de romper com o contexto no qual é formado se quiser chegar a algum outro lugar. (BUTLER, 2015, p. 25).

Se as interações sociais ocorrem, em enquadramentos (des)construídos, por meio de discursos e ações entre os sujeitos envolvidos em determinado tempo e espaço, é possível afirmar que essas interações são emolduradas em modelos de saúde e promoção da saúde, dentro da realidade do Programa Academia da Saúde, e produzem cenários distintos e perspectivas distintas, no que toca à compreensão sobre saúde, doença, morte e vida.

7.1.2 Compreensão e incorporação de valores e crenças

O processo de compreensão e incorporação de valores e/ou crenças é atravessado pelas interações sociais e pelas relações de poder que as envolvem. As dinâmicas sociais geram, pela reflexividade, novos cenários e realidades, construindo a chamada modernidade reflexiva, e, como confirma Giddens (1991, p. 48), a reflexividade “[...] é introduzida na própria base da reprodução do sistema, de forma que o pensamento e a ação estão constantemente refratados entre si”. Ainda para esse autor (2009 p. 106), “[a] cognoscitividade incorporada às atividades práticas que constituem a maior parte da vida cotidiana é uma característica constitutiva (com o poder) do mundo social”.

Os fatores que influenciam a remodelagem das relações e interações sociais à reprodução do sistema envolvem, para Giddens (2009), o acesso de atores, a articulação do conhecimento, a validade de crenças interpretadas como conhecimento e a disseminação do conhecimento.

Aqui o conhecimento, a apreensão e a disseminação da promoção da saúde no Programa Academia da Saúde passa a ser o ponto de discussão a partir dos discursos dos agentes que interagem e se relacionam nesse contexto microespacial.

Durante a atividade de campo e coleta de dados através da realização de entrevistas buscou-se, inicialmente, identificar os motivos que levaram a gestão

municipal a investir no programa pela construção de um polo. Captar esses motivos nos discursos, especialmente dos coordenadores do PAS, permitiu analisar se eles estão ancorados em um conhecimento e compreensão do arcabouço teórico e normativo-legal que deu origem ao programa.

Nos monitoramentos realizados pelo Ministério da Saúde sobre o Programa Academia da Saúde é consultado, junto aos municípios habilitados, se os gestores conhecem a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Dos 122 municípios goianos participantes, em 2017, 65,6% relatam conhecer e utilizar a PNPS como referência no planejamento e na gestão do programa; 18,9% a conhecem, mas não a utilizam; 13,1% não conhecem; e 2,5% não conhecem, mas já ouviram falar.

Conhecer a Política Nacional não necessariamente representa, contudo, a incorporação de valores, princípios e bases teórico-metodológicas que sustentam a promoção da saúde e sobre a nova noção de saúde pública, ancorada no modelo de produção social da saúde e, no Brasil, pela Saúde Coletiva. Representa, porém, o começo para esse novo olhar sobre o campo da saúde e despertar para as possibilidades existentes na perspectiva da promoção da saúde e normatizado no Brasil pela Política Nacional de Promoção da Saúde.

As coordenadoras, ao conceituar saúde nas entrevistas, trazem referenciais pautados na concepção de saúde dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a exemplo da fala da Coordenadora Municipal 1:

Ai! É tão engraçado que a gente lembra logo da definição da Organização [OMS]. Mas eu acredito, e sempre falo que saúde vai muito além do fato de uma pessoa não ter uma doença. Mas acredito que ela [saúde] faz parte do dia-a-dia. Ou seja, vai muito além realmente de não ter doença, principalmente quando a gente fala da pessoa estar bem. Então, ela conseguir fazer suas atividades, fazê-las com prazer, estar feliz. Eu acredito que tudo isso faz parte sim da saúde. Eu acho que não é só a pessoa não ter doença, mas ela estar bem, se sentir feliz, ela ter convivência com outras pessoas. Ela participar da comunidade, interagir bem com os colegas. Então eu acho que tudo isso faz parte também. (COORDENADOR MUNICIPAL 1).

Elementos, como bem-estar, felicidade e integração social, levantados pela coordenadora, são valores inclusive presentes na versão revisada da Política Nacional de Promoção da Saúde, no ano de 2014, e coaduna com o viés positivado

da saúde, reconhecendo o conceito ampliado de saúde (CZERESNIA, 2003; LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, 2007).

O mesmo foi dito pelas profissionais do programa, que destacam a saúde como um elemento necessário para a garantia de bem-estar e qualidade de vida. Algumas apontam como importante a disponibilização de serviços e equipamentos de saúde para a promoção da saúde e prevenção de doenças:

É o que o mundo tá precisando, né? Melhorar a qualidade de vida, eu relaciono muito a saúde à qualidade de vida. Por exemplo, se você não tiver sua saúde, você é impedido de fazer muitas coisas, então a saúde é primordial pra todo ser humano. E é necessário que tenha, né, pra gente ter uma qualidade de vida melhor. É essencial. (PROFISSIONAL A).

Qualidade de vida, eh, promoção da saúde, tipo, prevenção da saúde,³⁶ qualidade de vida, não só de..., físico também, mas psicológico, mental, mais ou menos isso. (PROFISSIONAL E).

No entanto, diferente da percepção da Coordenadora Municipal 1, as profissionais atrelam o conceito de saúde à lógica negativa (ausência de doenças), muitas vezes apontando a promoção como prevenção de doenças.

Para os usuários, o conceito de saúde perpassa pelos temas/atividades desenvolvidos dentro do polo, estando intrinsecamente conectado a viver uma vida boa ou ter uma vida melhor com saúde. Externam a saúde como um “elixir” da vida. Além disso, abordam as dimensões física e mental no contexto da saúde.

Eh, a saúde é esse, é esse, esse ponto, esses dois pontos: estar fazendo uma atividade pra que o nosso organismo não pare e ter uma boa alimentação, mas alimentação eu ainda não tô muito correta, mas no termo físico, de fazer os exercícios físicos eu tô e tô numa luta tremenda pra trazer meu esposo também. (USUÁRIA 1).

Saúde? Eu pra mim, eu acho que a saúde física ela é muito importante, mas a saúde mental é melhor. (USUÁRIA 4).

Olha, o principal da vida. Sem saúde não tem nada que aproveite. Saúde é o que interessa. (USUÁRIO 9).

Saúde? É tudo também, né? Igual à alimentação. Você tem que sempre tá cuidando da saúde, procurar caminhar, né, fazer educação física, porque a maioria das pessoas que morre de repente é porque não fazem isso, né? Sempre é assim. Aí eu acredito que você tem

³⁶ Possivelmente nesse trecho a entrevistada cometeu ato falho, ao dizer prevenção da saúde, e possa-se considerar prevenção de doenças.

que procurar, né? Se você fica muito quieta dói pra todo lado do corpo, né? Dói as juntas, dói, né, as articulações... Então se você não fizer educação física, essas coisas, você vai adoecer, vai sentir tudo isso, né? (USUÁRIA 10).

Quanto a essa mistificação da saúde, presente nos discursos dos usuários, é interessante ressaltar, como apontam Yara de Carvalho (2004) e Mendes e Carvalho (2016), que isso se apresenta também quando se trata do campo da educação física sob uma perspectiva biologizada, denominada por ela de *bioEducação Física*. Essa forma de interpretar o campo da saúde e da educação física é considerada reducionista e limitada, pois acaba por desconsiderar as influências sociais e culturais, bem como os aspectos da determinação social que impactam na vida das pessoas.

Ainda acerca da compreensão e conceituação dos usuários sobre saúde, outro elemento inquietante refere-se à lógica do cuidado externada nas falas das Usuárias 5 e 7.

Ah, saúde é se cuidar, né? É se cuidar. Cuidar, cuidar do corpo, cuidar da alimentação, cuidar da mente também, né? Porque a mente também influencia muito, né? Eu creio, né? Porque a mente tando boa, tando sadia, o corpo também fica sadio, né? (USUÁRIA 5).

Extremamente importante, extremamente importante e que infelizmente, hoje, assim, muitos não dão valor a isso, não cuida disso. (USUÁRIA 7).

Foucault (2006) e Agamben (2017) avaliam que a noção de cuidado está imbricada nas relações de poder entre sujeitos, especialmente entre os dominantes e os dominados, que normatiza e regula o uso dos corpos. Isso é expresso, também, nos relatos que os usuários apresentam sobre as motivações que os levaram ao programa e à mudança de atitudes e comportamentos na sua vida cotidiana, especialmente na maneira de se alimentar.

O discurso não necessariamente refere-se à palavra falada ou à linguagem verbal, mas também àquilo que é silenciado, omitido ou negligenciado. Butler (1997, 2011, 2015) inclusive considera que o discurso é performativo, pois é o processo de performar a ação.

O performativo precisa ser repensado não apenas como um ato que um usuário de linguagem oficial exerce com a finalidade de

implementar efeitos já autorizados, mas precisamente como um ritual social, como uma das muitas "modalidades de práticas [que] são poderosas e difíceis de resistir, precisamente porque elas são silenciosas e insidiosas, insistentes e insinuantes". Quando nós dizemos que um insulto é como um golpe, nós sugerimos que nossos corpos são feridos por tal discurso. E certamente são, mas não da mesma maneira que um golpe puramente físico. Assim como a lesão física implica a psique, a lesão psíquica afeta corporalmente, que viveu e registrou um conjunto de crenças que constituem a realidade social. (BUTLER, 1997, p. 159-160, tradução nossa).

Esse termo serve, também, para explicitar nossas convicções, nossos estilos, nossos valores, nossas crenças e nossa representação nos espaços que ocupamos, além das relações de poder que nos permeiam. Foucault (1984, p. 8) destaca que “[o] que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso”.

Ademais, para Foucault (1984), o poder se trata de insígnias nos corpos e presentes nos discursos dos sujeitos, já que a forma do poder existir se dá no nível dos indivíduos, alcançando seus corpos, gestos, expressão, atitudes, discursos, sua aprendizagem e seu cotidiano (FOUCAULT, 1984). É possível considerar que atingem, inclusive, a própria consciência do sujeito e o processo de “monitoração reflexiva da ação”, que envolve a **reflexividade** apresentada por Giddens (1991, 2009); essa reprodução de práticas sociais através da reflexividade pode ser exemplificada pela economia.

A economia é uma ciência dominante em diversas áreas na sociedade moderna e, implicitamente, todos os membros da população dominaram seus conceitos e uma variedade de outros, como “mercado”, “lucro”, “inflação”:

O indivíduo leigo não pode necessariamente fornecer definições formais de termos como “capital” ou “investimento”, mas todo mundo que, digamos, utiliza uma conta bancária, demonstra um domínio implícito e prático destas noções. Conceitos como estes, e as teorias e informação empírica a eles ligada, não são meramente dispositivos convenientes por meio dos quais os agentes estão de algum modo mais aptos a compreender seus comportamentos do que estariam de outra forma. Eles constituem ativamente o que o comportamento é e informam as razões pelas quais ele é empreendido. (GIDDENS, 1991, p. 41).

Para Foucault (1984), ainda, a prática científica serve para apresentar não a verdade, mas compreender as verdades circunscritas e por vezes adormecidas.

A promoção de saúde é compreendida de maneira distinta pelos diversos atores. As coordenadoras passam pelo entendimento de que a promoção da saúde requer a corresponsabilidade dos sujeitos e a melhoria dos espaços públicos, tornando-os espaços saudáveis, passando pela melhoria da qualidade de vida e bem-estar até a visão estrita de promoção sob a visão preventivista.

Suas compreensões da promoção da saúde partem da responsabilização do indivíduo, sendo esse colocado como promotor da própria saúde. Há um discurso que reforça a autoridade da saúde como a categoria legítima para intervir nos corpos e na saúde daqueles que utilizam o sistema, explicando que na

[...] Promoção da Saúde eu passo a ser um ator, né? Eu passo a ter um papel de ser promotor. Então, eu tenho uma responsabilidade pra comigo no contexto da PS. Então, de que forma que eu sou um ator promotor da saúde? Aí sim, já trago uma responsabilidade pra eu de fato desempenhar esse papel de promotor de saúde. (COORDENADOR ESTADUAL).

Eu penso que é justamente quando a gente consegue então proporcionar para essas pessoas, que podem procurar unidade de saúde ou qualquer outro equipamento. Que a gente consiga de alguma forma proporcionar que essas pessoas tenham saúde nesse conceito maior, não só prevenindo doenças, mas que ela possa se sentir bem onde está, que possa ter amigos aqui dentro ou em qualquer outro lugar. Que ela possa estar bem, se sentir bem. Eu acho que é quando a gente pode proporcionar isso para a pessoa a gente está sim promovendo saúde. (COORDENADOR MUNICIPAL 1).

É você pode tá contribuindo, né, para essa pessoa ter essa qualidade de vida, esse bem-estar. Porque, assim, as pessoas tratam saúde, assim, como doença, né. E não é assim. Primeiramente você tem que ter uma qualidade de vida e a gente tem que tá promovendo isso pra pessoa. (COORDENADOR MUNICIPAL 2).

P-R-O-M-O-Ç-Ã-O, eu acho que cê tá querend.... Eu acho que tá muito ligado com prevenção, né? Quando eu faço a promoção da saúde eu tô prevenindo algo. (COORDENADOR MUNICIPAL 3).

Pessoas livres de doenças, pessoas que se exercitam, que [pausa curta] que não tenha diabetes, que não tem hipertensão, que não tem nenhum problema com colesterol algo. (COORDENADOR MUNICIPAL 4).

Ainda, há dois pontos importantes expostos nos discursos sobre a compreensão sobre saúde e promoção da saúde: o primeiro envolve a perspectiva preventivista, muito presente nas falas das coordenadoras e profissionais. O

segundo ponto trata de constituir um olhar para a centralidade do cuidado na autoridade de saúde, sendo essa detentora do poder e capaz de produzir/controlar a saúde dos sujeitos que utilizam os serviços de saúde. Os discursos reforçam a condição de responsabilização e culpabilização do sujeito em relação a sua saúde.

O discurso parte de um posicionamento, como explicado por Giddens (2009), e fica expresso na fala e na postura corporal, no movimento e nos gestos. Esse posicionamento decorre da interação, sendo que, para ele, é uma interação situada, pois se situa no tempo e espaço.

A coordenadora estadual considera que ações multisetoriais são necessárias para promover saúde e aproxima seu discurso da perspectiva dos determinantes sociais de saúde propostos pela OMS, bem como da defesa da “[s]aúde em todas as políticas”, prevista na Declaração de Helsinque, elaborada na VIII Conferência Global de Promoção da Saúde, em 2013. Para ela,

[p]romover saúde é:: a condição de alcançar, né, uma qualidade de vida eh:: relevante para as pessoas. E que as pessoas possam usufruir desse eh:: produto de saúde no contexto mais amplo mesmo de viver bem, né. Do modo de vida e do viver bem. Então, é inserido tudo que é importante pra se viver bem, como moradia, como eh:: acesso a todos os bens e serviços, e incluindo, principalmente, cultura, lazer e:: o próprio serviço de saúde. (COORDENADOR ESTADUAL).

Aqui a coordenação estadual passa a advogar acerca da importância do engajamento de diversos setores governamentais para o exercício de cidadania pela promoção da saúde.

A seguir é possível identificar, nas falas das coordenadoras municipais, o entendimento da promoção da saúde como um campo preventivista. Também reforçam o papel do profissional de saúde para executar ações preventivistas, legitimando uma relação de poder hierarquizada entre profissional-usuário no processo saúde-doença:

Pra mim, promover saúde é você poder dar para o usuário, né, aquela... o acesso daquilo que ele precisa. Por exemplo, no caso da Academia, os idosos vão e fazem os exercícios, eles melhoram fisicamente, psicologicamente, emocionalmente. Assim, isso pra mim é promover, é você estar atendendo a necessidade do usuário. (COORDENADOR MUNICIPAL 2).

Acho que assim, são ações preventivas, né? Elaboração de ações preventivas, né? Tanto... Não só na promoção, né, mas nos três níveis, né, da saúde, né, primário, secundário, terciário. Acho que engloba todos os níveis, né? (COORDENADOR MUNICIPAL 3).

Promover saúde... Passar para a população eh:: informações básicas do que que é certo como saúde eh:: manter mesmo a saúde da população para que não venha ter nenhum tipo de doença. (COORDENADOR MUNICIPAL 4).

As profissionais entrevistadas seguem, similarmente, a compreensão das coordenadoras municipais. Consideram a promoção da saúde um campo para fortalecer as ações de prevenção de doenças e reconhecem seus papéis, enquanto autoridades de saúde, como potencialmente influenciadores para alterar os modos de vida e comportamentos dos usuários. Para elas, a Promoção da Saúde é compreendida como:

Mais importante ainda, rs. É que é uma forma da gente estar prevenindo algumas doenças, tá melhorando realmente pro paciente evitar doenças em relação a prevenir, a gente promover a saúde, eh, eu acho que tá em primeiro lugar antes de você ir para um tratamento médico, de você procurar um hospital. Eh, também as duas, eh, a saúde e a promoção hoje é primordial. (PROFISSIONAL A).

Promoção seria, eh, você prever, né, pensar, eh, antes que a doença chegue, né? Então trabalhar com a saúde, prevenção da saúde, seria isso. (PROFISSIONAL B).

Prevenção, é tratar o que pode vir a acontecer, tipo, vamos ver se vai com outras palavras, eh::, prevenção. Prevenir alguma futura doença, tipo, igual os grupos, a gente tem pessoas com doenças coronarianas já desenvolvidas e a gente costuma tratar isso pra não piorar, pra, tipo, e as pessoas que não têm a gente busca, eh, fazer um tratamento pra não vir a acontecer, principalmente as pessoas mais idosas, né? (PROFISSIONAL E).

Algumas falas colocam o conceito saúde como sendo o mesmo que promoção da saúde, entendendo-a como área destinada a garantir a qualidade de vida:

Promoção da saúde é você tentar de todas as formas, de todas as formas possíveis, você ter uma boa qualidade de vida, eh, que é uma boa saúde, e você continuar suas atividades de vida bem. (PROFISSIONAL C).

Eh... que seja garantida essa qualidade de vida pras outras pessoas. (PROFISSIONAL D).

As falas dos usuários, a seguir, sobre o conceito de promoção da saúde compreendem como sinônimo do conceito saúde. Além disso, a promoção da saúde faz sentido em um contexto concreto, como sendo o próprio programa e as atividades e ações realizadas no polo.

Ah... eu acho que precisa melhorar um pouco, né? Tá muito ruim esse negócio da saúde. (USUÁRIA 3).

É uma prevenção. Pra mim, é você hoje buscar ter uma alimentação melhor, praticar exercício físico, eh, exercitar também a sua mente, ter hábitos saudáveis, pra você ter uma promoção da saúde melhor, pra você prevenir algo que pode ser futuro. (USUÁRIA 6).

Vem, assim, a promoção da saúde quer dizer assim, uma coisa assim, melhor, né? Eu creio que seja. (USUÁRIO 8).

Ah, eu penso que nós precisamos muito. Nem sempre a gente só vê hospitais lotados, posto de saúde lotado e reclamações. Isso aí me deixa preocupado. (USUÁRIO 9).

As falas dos usuários do programa acompanham o discurso das profissionais, entendendo a promoção sob o aspecto da prevenção de doenças ou assumindo desconhecer esse conceito. Ao construir seus discursos, buscam referências concretas, reais e palpáveis para defini-la, identificando o Programa Academia da Saúde como sendo a própria promoção da saúde:

No caso os projetos? Pra mim é, foi algo que mudou a minha vida. Me ajudou bastante. O trabalho dos voluntários e todo é excelente, é muito importante também. (USUÁRIA 2).

Promoção da saúde? Olha, hoje eu tô aqui – aqui na Academia da Saúde da cidade – justamente por isso. Ah... o município ter promovido esse espaço, né, a [nome suprimido], que é a nossa professora, tive um incentivo também da agente de saúde, ah..., então assim, o município ter proporcionado isso é muito importante. Pena que as pessoas no geral não têm a consciência da importância disso daqui. Você dorme melhor, você tem uma disposição melhor, entende? Então é extremamente importante. (USUÁRIA 7).

A Academia da Saúde é um desses plano, né? (USUÁRIA 10).

Promoção da saúde? Essa palavra eu nem sei te responder... o que significa “promoção da saúde”? (USUÁRIA 11).

Esse modo de pensar a promoção da saúde remete ao processo de **governamentalidade**, baseado no conceito foucaultiano, e ao sistema perito de Anthony Giddens, pois, para os entrevistados, trata-se de decidir e impor modos considerados apropriados à população, que são reproduzidos cotidianamente e rotineiramente dentro e fora do programa.

A promoção da saúde, na visão das coordenadoras, das profissionais e dos próprios usuários, aproxima-se da vertente da Promoção da Saúde Tradicional, compreendida como de cunho comportamentalista, moralizadora e reguladora. Vale destacar que essa primeira vertente é fortemente criticada por autores como Czeresnia (2003), Lefevre e Lefevre (2004, 2009); Rocha et.al. (2014), Farinatti e Ferreira (2006) e Arkeman (2015).

Akerman (2015, p. 33) afirma que as tensões existentes em relação ao campo da promoção da saúde estão atreladas à existência de crise ética, entre as duas fases da promoção da saúde (primeira onda da Promoção da Saúde Tradicional; e a segunda onda da Nova Promoção da Saúde), e está na questão de que “[...] o sujeito do cuidado não está no centro, quer dizer, outros fatores é que estão determinando o cuidado”.

Para Akerman (2015), existe, inclusive, uma tensão entre o substantivo (promoção) e o infinitivo (promover); a promoção, enquanto substantivo, é um campo teórico-ideológico, enquanto o verbo “promover” remete à ação, ou seja, assume um viés pragmático.

A implantação de estratégias e ações de promoção da saúde no contexto nacional, como aponta Mota et. al. (2016), iniciada nos anos 1990 ainda é reproduzida neste século, junto ao programa Academia da Saúde. Os autores avaliam que a implantação do PAS ocorre de forma indutiva, com baixa participação das esferas federativas estaduais e municipais, configurando-se em uma política pública que segue o modelo de implementação *top-down*, também chamada de modelo tradicional racionalista.

Esse movimento de indução, e de certa maneira impositivo, influencia inclusive a forma como o programa é conduzido no nível local. Pois, tendo como agenda prioritária o enfrentamento das DCNTs, logo visando reduzir a obesidade e/ou sedentarismo, e conseqüentemente a mortalidade prematura, passa-se a desenvolver atividades com esse enfoque no interior do pólo do programa. Especialmente, pelo cenário epidemiológico demonstrado na Tabela 9, que aponta

dentre as principais causas de mortalidade, nos municípios visitados, as doenças cardiovasculares.

Para as coordenadoras, a promoção da saúde enseja uma mudança de visão, o que implicitamente conduz a uma compreensão sociocultural do campo da saúde. Isso permite reportar à fala de Czeresnia sobre o caráter reflexivo que deve ser construído no campo da promoção da saúde, pois

[n]ão há como trabalhar devidamente e de modo prático a construção da ideia de promoção da saúde sem enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: a necessidade da reflexão filosófica e a consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde. (CZERESNIA, 2003, p. 51).

No decorrer das entrevistas, foram levantadas informações sobre as temáticas da promoção da saúde que as coordenadoras e as profissionais identificam estarem sendo abordadas no contexto do Programa Academia da Saúde, especificamente nos polos de seus municípios. As entrevistadas, tomando por referência a própria Política Nacional de Promoção da Saúde, pontuam os seguintes temas/temáticas: alimentação saudável, atividades físicas, tabagismo, e, com vistas ao enfrentamento da DCNTs, especialmente hipertensão e diabetes.

Ao enfatizar temas relacionados à prevenção das DCNTs, os discursos confirmam que o Programa Academia da Saúde tende a desenvolver ações e atividades que estejam envolvidas com as temáticas julgadas pelas entrevistadas como próprias do campo da promoção da saúde, buscando controlar os hábitos, alterar comportamentos e adequar os usuários a novos estilos de vida. O mesmo discurso se mostra nas falas das profissionais.

Por exemplo, aqui na Academia a gente, a gente, trabalha-se muito, o tabagismo nem tanto, né, porque são poucos os usuários, mas assim, evitar diabete, a obesidade, né, eh, o colesterol alto, então assim, a gente baseia nas doenças e o que a gente pode tá fazendo em ações, né, que pode tá conscientizando essa população antes que essa doença chegue. (PROFISSIONAL B).

Atividade física, alimentação, eh, talvez um trabalho psicológico, trabalho social também, porque a gente sabe que o que determina a saúde não é só a ausência da doença, né? É tudo que envolve, é o contexto de vida da pessoa, né, o lugar que ela vive. (PROFISSIONAL E).

Elas destacam as políticas de saúde para os segmentos populacionais, como saúde da mulher, da criança e do homem, como parte das temáticas a serem desenvolvidas no programa, conforme demonstram os diálogos a seguir:

Ah, saúde da mulher, eh, saúde mental, eh, fora a parte da saúde física, também. Eu também gosto muito dessa questão de trabalhar com a criança, porque se você forma, eh, se você mais ou menos tenta passar pra criança o que ela pode fazer pra quando ser adulto evitar alguns problemas de saúde, você tem que..., você tem que educar a criança pra isso, né? Se você passar os conhecimentos pra ela desde a infância, quando ela chegar mais na idade adulta ela vai saber mais ou menos o que fazer. (PROFISSIONAL A).

A prevenção de distúrbios, a prevenção de... toda a parte preventiva. Contém todos os programas, a preven-, a atuação, eh, com a terceira idade, a prevenção até alguns programas que têm, eh, como é que fala...? (pausa) Esqueci da parte da mama lá... Nossa! Esqueci. Os eventos que têm da promoção em relação ao estímulo da saúde da mulher, da saúde do homem, a saúde na escola. (PROFISSIONAL C).

Para as profissionais entrevistadas, sua atuação na execução de atividades no polo ocorre pelo contato direto com o usuário, tratado por elas como pacientes. Os discursos expressam a relação de interdependência entre profissional-usuário, bem como fundamentam uma posição de poder exercida pela autoridade de saúde e sob a ótica da hierarquização entre profissional-usuário:

Então, eu acho, não é porque sou eu, mas eu acho assim, um profissional, uma coisa é você fazer o seu trabalho individual, sozinha na sua casa, e outra coisa é você fazer o trabalho orientado pelo profissional, é você fazer uma atividade sendo orientado. Então eu vejo de, que o meu trabalho aqui ele é de fundamental importância, até mesmo porque os pacientes reconhecem isso, sabe? Eh, quando, nunca faltei, eu tô há dois anos e três meses aqui, nunca faltei. Nunca faltei. Sempre que precisei sair, eu sempre assim, aviso, eu sempre atendo meus pacientes antes pra poder sair. Então você chega mesmo assim, as pacientes chegam mesmo a comentar: "Se você não estiver eu não, não me sinto segura em fazer". Eh, e eu acho que tem que ter um profissional mesmo orientando. Então o meu papel aqui eu vejo assim que é muito importante. Eu recebo um carinho muito grande e eu tento dar esse carinho também para os meus pacientes, porque é muito gratificante. Eu acho que qualquer profissional, quando você tá lá na faculdade, que você escolhe essa profissão, no meu caso que eu escolhi a fisioterapia, eu realmente, assim, decidi fazer tudo que eu faço por amor, ter meu profissionalismo, é claro, porque eu tenho que ser, eu cobro isso de mim, que eu tenho que ser uma boa profissional. (PROFISSIONAL A).

Aí se você chega e você não dá uma devida atenção pro paciente... É, é fácil você vir fazer seu trabalho do jeito que você aprende na faculdade, do jeito que você aprendeu nos cursos, mas principalmente, eu vejo que quem trabalha com a saúde pública e..., tem que passar isso pro paciente, tem que passar pro paciente que é importante ele tá aqui, que vai ser bom pra ele. (PROFISSIONAL A).

Aos usuários buscou-se identificar como os temas da promoção são desenvolvidos e as temáticas, consideradas prioritárias, estão presentes na vida deles. Durante as entrevistas foi perguntado aos usuários sobre suas preferências alimentares e o que consideram como comida. Na primeira questão, evidencia-se a incorporação da noção de alimentação saudável e adequada apontada pelos profissionais de saúde que atuam no polo; na segunda questão é atribuída uma relação afetiva e emocional, que se relaciona com a noção de comida. Sobre a rotina alimentar, relatam:

Agora, eh, depois do programa que eu entrei do “quem perde ganha”, eu gosto muito de frutas, porque é melhor pra saúde. Aprendi a comer, né? É uma reeducação que eu tô fazendo. (USUÁRIA 2).

Então... aí é que tá o problema: eu gosto muito de comer doce. Só que o meu esposo ele é muito certo com a alimentação dele. Então devido a isso eu tenho, assim, eu melhorei muito minha alimentação, a gente consome muito verdura, fruta, mas eu ainda preciso abrir mão do doce. Eu consumo menos, não consumo como antes, mas é algo que eu gosto muito. (USUÁRIA 6).

Fruta. Amo fruta, amo, amo mesmo. Porque eu me sinto melhor, elas não têm aquela... quando eu como uma fruta eu não sinto aquela... parece que eu me sinto até mais alegre, sabe? Aquele negócio assim, você come e eu tô me sentindo bem? Satisfeita. Se eu como uma comida que eu falo, errada, né, errado que eu falo é a... o pão, é massa, essas coisas, gente, aquilo parece que eu me sinto que tô em chamas assim, ó. Eu me sinto, eu fico nervosa, minha ansiedade aumenta. Então eu, eu mudei completamente a minha alimentação por causa disso. (USUÁRIA 8).

Eu acho que saco vazio não para em pé e tem que levantar e cuidar pra que, tipo, o mais natural possível. (USUÁRIO 9).

A nutricionista daqui me mandou comer coisa bem *light*. Aí, eu gosto muito de salada de verdura, eh, arroz, feijão, carne... (USUÁRIA 10).

Muita fruta (risos). Verdura também gosto, eu como bem, eh, fruta, verdura... arroz, feijão, essas coisas assim eu já como só um pouquinho. Não gosto muito de tá comendo, porque eu já sou, né, pesadinha mesmo (risos). Aí eu evito, né, comer muito, muita massa. (USUÁRIA 11).

Sobre o termo comida, por vezes os(as) usuários(as) o consideram como sinônimo de alimento:

[...] comida é saborosa. É saborosa, né? Minha esposa adora cozinha. Muito saborosa, muito gostoso o tempero dela. (USUÁRIO 3).

Ah, comida é comida mesmo, caseira, um arroz bem-feitinho, um feijão, eu tô comendo arroz integral agora e um feijãozinho, uma carne, um bife, uma costela, eu gosto muito de costela de gado, né? As verdura, bastante salada, nossa, um mundo de salada... é normal, comida normal. (USUÁRIA 5).

Se você não comer você não veve [sic] (risos). Eu acredito nisso, né? (USUÁRIA 10).

Olha, a comida ela é uma alimentação que, que é o que sustenta a gente é a alimentação, né, e de preferência saber comer, né? Comer as coisas que não faz mal, né, aquilo que mais, assim, faz bem à saúde, né? Por exemplo, é óleo, né, comer muito óleo, usar margarina, usar açúcar, muito sal, tudo isso faz mal. (USUÁRIA 11).

A comida é uma dimensão sociocultural. Desse modo, é possível ver os aspectos culturais e afetivos atribuídos nas falas dos usuários ao invocar termos como “comida caseira”, “comida saborosa”, “comida bem-feita”.

A inclusão da atividade **física/práticas corporais/exercício físico** (e aqui utiliza-se os três termos devido ao fato de as falas das entrevistadas não distingui-los) na vida dos usuários decorre da necessidade de melhorar a saúde e de cuidado com o próprio corpo, como elas próprias argumentam a seguir:

Antes de vir aqui pra UBS, deles trazerem esse programa de Academia da Saúde em bairro, e ter feito essa praça e essa unidade aqui, eu fazia caminhada lá no, na calçada do posto do Bombeiro, sempre de 6h a 7h da manhã. Já frequentei academia, né, então assim, já tem muitos anos que eu não paro de cuidar dessa minha saúde. (USUÁRIA 1).

Eu comecei por uma atividade dura no trabalho, um trabalho que era, um trabalho bem pesado, que era numa outra escola, e era de tempo integral, e lá o batidão era almoço. E eu comecei com dores no braço, e aí eu fui pra... eu não me lembro bem, pra... do outro lado, um espaço que tem lá que tem vários atendimentos, e a filha da minha chefe é, é fisioterapeuta. Aí ela me mandou pra lá e, graças a Deus, né? Me mandou pra ela, eu fiz um tratamento com ela e de lá ela me encaminhou pra cá e eu tô aqui até hoje ainda. Amo a X! Gosto dela demais! (USUÁRIA 4).

[...] exercícios é ruim, mas faz tão bem, tão bem, que você tem que fazer. (USUÁRIA 7)

[...] eu toda a vida eu sempre gostei de fazer, é a hidroginástica, é natação, academia, eu não paro. Sempre eu tô em atividade. (USUÁRIA 11).

Interessante notar a forma como a Usuária 7 aborda o exercício físico, que confere um sentimento de sacrifício e dor; contraditoriamente, ela diz: “é ruim, mas é bom”, ou seja, em essência, para ela, a experiência não é positiva, mas o discurso imposto a faz reproduzir uma noção de que o exercício é um remédio, de sabor indigesto, mas que irá curá-la. Anteposto ao fato de ser uma falsa ideia e que serve ao controle e à regulação dos corpos e das vidas dos sujeitos.

Para os participantes das atividades desenvolvidas no polo, os profissionais e as coordenações do programa o polo possui múltiplas funções e objetivos, mas, predominantemente, serve como porta de entrada para a promoção da saúde no contexto do SUS, especialmente na APS, e para o enfrentamento das DCNTs.

Acerca da organização e da gestão em promoção da saúde, para a coordenadora estadual a criação da coordenação estadual de promoção da saúde foi oriunda do surgimento do Programa Academia da Saúde, em 2013. A coordenadora estadual (2017) destaca que “[...] a primeira porta de trabalho da promoção da saúde, sem dúvida nenhuma, foi o Programa Academia da Saúde”. A atuação do Estado junto aos municípios no que concerne à promoção da saúde é descrita como ativa e próxima aos municípios, como a fala que segue:

A gestão estadual atua de forma muito ativa junto aos municípios que já habilitaram polos e com polos implantados e implementados de várias formas. Eh:: com as visitas técnicas, né, pra apresentação da PNPS e todas as ações. Inclusive, também, apresentando o referencial de monitoramento através do formulário de monitoramento desse programa, que é através do Form-SUS, do MS. Eh:: Fazemos, também, é um acesso grande junto as:: regionais de saúde que são mais próximas do município, e essas regionais fazem um trabalho muito participativo junto aos municípios. Temos também as videoconferências que desenvolvemos com os municípios e incluindo as regionais de saúde. E o que mais qualifica, de fato, é essa atuação mais próxima possível através das visitas, que fazemos através de roda de conversa, onde a gente faz a escuta qualificada desses municípios e levamos todo o referencial de trabalho para eles. Fazemos toda assistência via *e-mail*, via telefone, *whatsapp*, utiliza várias redes pra manter a comunicação.

No intento de compreender o impacto do programa e, bem mais que isso, a legitimidade do programa e a incorporação dos valores e princípios da promoção da saúde, foi solicitado às coordenadoras que apontassem os resultados e impactos advindos da implantação dos polos do Programa Academia da Saúde. Todas as entrevistadas consideram positiva a criação e a implantação do programa, observando que houve uma melhoria do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS), o aumento da carta de serviços disponíveis na APS e o enfoque ao enfrentamento das DCNTs visando a redução da morbimortalidade por esses agravos. Destacam-se as falas das coordenadoras municipais 1 e 2 e da coordenadora estadual.

Olha, acreditamos que é um impacto extremamente positivo, uma vez que o programa, ele tem a competência de trabalhar as ações referenciadas na PS e isso no âmbito da APS. Porque o programa, o polo do PAS, ele é um ponto de atenção da atenção primária, assim como as Unidades Básicas de Saúde. E com isso, eh:: muito importante porque a partir do momento do acesso do usuário dentro desse programa ele vai conhecer e compreender o que é uma Promoção da Saúde e de que forma que ele pode ser ator, né, do processo da PS pra com ele, pra com sua família e pra com a coletividade. E de fato, o programa muda eh:: essa visão de saúde e dá um salto na garantia de oferta de ações de PS, como várias ações, tanto na ordem de atividade física, quanto alimentação, enfrentamento de tabaco, álcool e drogas, de cultura de paz. Então o trabalho é todo os referenciais, ele potencializa todos os referenciais que estão na temática prioritária da PS. (COORDENADORA ESTADUAL).

Eu acredito que nós já temos muitos resultados, principalmente se a gente for olhar pessoas que estão desde o começo. Muitos relatos que houve melhora na saúde, que conseguiram desempenhar uma atividade. Inclusive o vínculo da população, pois as pessoas se envolvem nas atividades da Academia. Mulheres, donas de casa, que vem para cá para não ficar sozinha em casa. A gente já tem muitos resultados positivos nesse sentido. E a continuidade dessas ações e articulada com outras ações a gente pode realmente impactar positivamente na vida da comunidade. E essa comunidade abraça a Academia, a unidade, e vê aquele local como um lugar para buscar orientação, para criar vínculos, seja de amizade ou confiança junto aos profissionais. Ou seja, os resultados são os mais positivos possíveis. (COORDENADOR MUNICIPAL 1).

Então, um dos resultados muito grande foi a grande diminuição de pacientes dependentes de antidepressivo aqui. Porque aqui a gente tinha uma demanda muito grande de antidepressivo, ansiolíticos, e tudo mais. Depois dessa implantação da Academia da Saúde juntamente com o CRAS que faz esse serviço, a gente pode ver que teve uma melhora muito grande em relação à questão emocional

deles. Questão física também, muitos perderam peso, diabetes e hipertensão bastante controladas. (COORDENADOR MUNICIPAL 2).

As entrevistadas apresentaram suas visões sobre o papel do programa junto ao município, referindo-se a ele sob um aspecto assistencialista, sem atrelar seu potencial de estimular a autonomia e o empoderamento:

Quem dera eu, até comentei com a minha mãe, quem dera eu ter um programa desse próximo a minha casa, sabe? Eu acredito que ia ajudar muita gente, evitaria muita gente ir no médico, evitaria a..., só de você vir pra academia e de você ter aquele contato pessoal, eu falo assim, com outro paciente, com outras pessoas, de você, só de você comunicar, às vezes seu dia começa tão pesado, e se você vem pra cá com, esse paciente ele vem pra cá, já começa a rir e aquilo vai desestressando, sabe? Eu queria muito que esse projeto, esse programa fosse em frente. Eu acho que ajudaria muitas pessoas. Eh, isso depende muito, como eu falei, de profissional, da gestão, mas assim, outro dia eu tava lendo lá na internet como que funciona o programa. Ele é um programa muito bom! Executado da maneira correta, gente! É... sabe? Quem sabe futuramente a gente vá evitar que os pacientes, assim, muitos pacientes melhorando a qualidade de vida deles, o paciente evitando mais médico e tudo. (PROFISSIONAL A).

As falas dos profissionais apresentadas reforçam o papel do programa de disseminar o que para elas é considerado como ideário da promoção da saúde, novamente destacando a prevenção de doenças, bem como um serviço de acompanhamento do profissional de educação física prestado à comunidade, de forma a garantir a inclusão de pessoas carentes, como mostram as falas a seguir:

Pra melhorar, melhorar a qualidade de vida do pessoal, incentivar a promoção da saúde e evitar a parte curativa. Tratar mais da parte preventiva mesmo. (PROFISSIONAL C).

É um espaço destinado pra, pras pessoas que tem vontade de fazer exercícios, mas às vezes não têm recursos, né, dinheiro pra fazer em alguma academia que, que paga. Então eu acho que a função dele é ofertar esse serviço pra sociedade. (PROFISSIONAL E).

A relação de confiança estabelecida entre usuários e profissionais, como pontuam as coordenadoras, gera uma relação de dependência entre autoridade e o indivíduo leigo, em que o primeiro se coloca como detentor dos saberes da área da saúde e transmite ao usuário parte desse saber visando alterar não o seu modo de

pensar, mas o seu modo de agir, como também mencionam Lefevre e Lefevre (2009).

A forma de pensar o processo de promoção da saúde permite fazer uma alusão ao modelo educacional tradicional europeu, para o qual nascemos como uma “tábua rasa” e no qual a autoridade educacional (professor) cumpre o papel de transmitir o conhecimento e, assim, cunhar, em cada indivíduo, ideias, valores, crenças e ideologias.

O Programa, identificado como um ponto de atenção da APS, deveria focar em valores e conceitos da promoção da saúde, e não na lógica curativista e medicalizante. O relato da Profissional D apresenta essa ligação entre o polo e a unidade de saúde visando atender as necessidades da população local, no entanto, para ela, a unidade serve para atender pessoas enfermas e o Programa Academia da Saúde pessoas saudias; no entanto, há uma absorção de pessoas com algum tipo de agravo ou doença nos dois espaços:

O polo, eu acredito que a gente tá aqui pra atender as necessidades das Unidades Básicas de Saúde. Então assim, porque igual, lá, a princípio, como eu falei, a gente tá meio que numa transição. Ali teria que ser pessoas que já estão doentes, vamos dizer assim, e aqui seria pra não ficar doente. Então aqui a nossa intenção é fazer grupos de gestantes, grupos de tabagismo, grupos de vários estilos e incentivar a atividade física, a alimentação saudável, por aí, né? Eu acho que é mais ou menos isso. E principalmente atender a demanda da comunidade, botar o povo do bairro aqui dentro, assim, sabe? Resumindo o assunto. (PROFISSIONAL D).

As coordenadoras afirmam que as ações desenvolvidas no polo do PAS propiciaram resultados que refletem esse contexto de redução e enfrentamento de doenças metabólicas e cardíacas:

Aqui a gente trabalha muito na questão da atividade física, alimentação saudável, tabagismo, tema que ficou comigo e acaba sendo trabalhado, mas não na academia, as meninas até passaram pela capacitação, mas o público, a maioria, que frequenta Academia, não tem esse perfil ou contato com o tabaco, enfim. Mas a gente trabalha muito com essa questão de prevenção e cessação do tabagismo. Também as Doenças Crônicas. E nessas quatro vertentes a gente visa promover saúde. (COORDENADOR MUNICIPAL 1).

[...] a gente vê que tá tendo muita perda de peso. Eu acredito que isso seja promoção da saúde. Mas não só isso, mas vamos pensar

também em pessoas que chegam aqui com colesterol, triglicérides altíssimos, que a gente consegue reverter com uma consulta só, e a pessoa... a gente chama e traz para a atividade física e... a pessoa gosta disso e tá dando certo. Controle da pressão, diabetes também, às vezes com só uma consulta a gente já consegue baixar drasticamente e a gente traz para a atividade física também. Bastante controle, controle de peso, controle glicêmico, controle de pressão. Tudo isso a gente nota aqui. (COORDENADOR MUNICIPAL 3).

[...] muitos perderam peso, diabetes e hipertensão bastante controladas. (COORDENADOR MUNICIPAL 4).

A fala do Coordenador Municipal 3 explicita a naturalização do discurso de controle e regulação dos corpos, em que consta a repetição massiva da palavra “controle”. Demonstram a incorporação de valores relacionados ao modelo biomédico, a hierarquização e a relação de poder entre profissional e usuário do programa. E como vislumbrado por Foucault (1987) como mecanismo de disciplinarização e controle social dos corpos

Os usuários veem o programa como um espaço que valoriza o setor/bairro e uma forma de melhorar as condições de saúde e vida daqueles que usufruem desse espaço. Para a Usuária 1, a construção do polo trouxe progresso ao seu setor, pois agregou serviços e ações junto à unidade de saúde instalada lá:

Então isso aqui agregou saúde pra nós, comodidade, agregou, na nossa vida, coisa, coisa boa, além que saiu daquele matão, daquele, daquele descampado, aquele bairro, eh, assim, apagado, aquele bairro com ar de gente desleixada. Isso aqui foi ótimo! Daqui eu não tenho nada pra reclamar, só a elogiar.

Coadunando com essa perspectiva de melhoria da ambiência do bairro com a instituição do programa colocada pela Usuária 1, a Usuária 10 relata que

[...] foi pra limpar essa praça, pra ter um objetivo, que ela, isso aqui já ficou um ambiente muito bom, que tirou os pessoal de má índole daqui, né? E ajudou muito nós, os moradores e os demais bairro, crescer, né, cuidar da saúde, fazer atividade física, né? Tudo isso e mantém um professor sempre aqui, né, que sempre atrai, né, os doutor tudo aqui, é...

Vale destacar que políticas e agendas internacionais já atribuem a necessidade de articulação de diversas instituições e esferas organizacionais e

governamentais para a promoção da saúde e a constituição de cidades e ambientes saudáveis, como explicitada na Declaração de Helsinque através da proposta de abordagem da “Saúde em todas as políticas” e, recentemente, na Declaração de Xangai que aproxima a promoção da saúde como componente importante ao desenvolvimento de uma sociedade equitativa e sustentável, vislumbrando os “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável”, comumente chamado “17 ODS”.

O polo do programa Academia da Saúde se constitui, assim, um lugar que qualifica o ambiente urbano, mas mais que isso, envolve a percepção de garantia da cidadania e ao direito à cidade. Uma vez que os pólos investigados foram instalados em bairros e/ou setores populares.

O conceito de direito à cidade incita um novo olhar às agendas e políticas urbanas, ao destacar que todos, em especial os grupos vulneráveis e marginalizados, têm direito à cidade em si, e direito de moldá-la e transformá-la. O planejamento das cidades tem o potencial de tratar problemas complexos de forma integrada, e oferece uma porta de entrada para a construção de novos modelos de desenvolvimento e experimentação de novas políticas e intervenções. O foco no urbano traz a reflexão sobre o contexto (território, tempo, espaço), que se reflete na organização social e política da cidade e possibilita pensar em como influenciar as decisões políticas e ações que ocorrem na e para a cidade (ANDRADE & FRANCESCHINI, 2017 p. 3850).

Contudo, ao passo que o programa potencializa essa noção de garantia de direitos sociais, emerge na fala de uma das entrevistadas a compreensão de que o programa destina-se a parte da comunidade considerada, na fala da Usuária 10, de “boa índole”.

Há usuários que avaliam o papel do programa para a melhoria da saúde e das condições físicas:

Serve pra... pra, assim, pra ajudar a gente, pra saúde da gente, né? Porque você fazendo exercício você melhora a sua saúde, né, o seu desenvolvimento, né, pra saúde, até pra trabalhar. Você tem mais coragem. (USUÁRIA 3).

Nossa! É uma benção de Deus pra nós, eu não dava, eu não tava, eu tava com um problema tão sério de coluna que eu não tava dando conta, né, de limpar a casa, tinha que pagar as pessoas pra limpar a casa pra mim, pra cuidar, né, das coisas. Aí depois que eu comecei a fazer os exercícios hoje é eu que faço tudo. (USUÁRIA 5).

É pra saúde mesmo, né, pra pessoas que têm problema de saúde e manter, às vezes pode fazer também sem ter doença nenhuma, pra manter, né? (USUÁRIA 11).

Os usuários consideram o programa importante para a saúde mental e para incentivar a socialização e a sociabilidade da comunidade, além de fortalecer a ideia medicalizante ao tratar as ações do programa como similares a um remédio:

Olha, é uma forma de interagir a comunidade. Eu vejo assim que chega a ser até um remédio, eu vejo que tem muitas pessoas que já tão numa determinada idade ou até mesmo jovens que se vem deprimido, que não tem assim, aquele, muito recurso e em vez de ficar em casa, preso, eh, ali deprimido, eles procuram aqui e hoje em dia a gente sabe que você ter um plano de saúde e pagar uma academia é caro, não é todo mundo que tem essa condição, e aqui as pessoas têm isso. Já tem assim, ela vem, cuida da sua saúde, né, e já tem uma forma de interagir, de conhecer outras pessoas, porque eu, por exemplo, quando eu vim pra cá eu conheci muitas pessoas, fiz novas amizades e me sinto bem melhor. (USUÁRIA 6).

A construção de vínculos de confiança, seja com os demais membros da comunidade, mas fundamentalmente com os profissionais de saúde que atuam no polo, se torna importante para legitimar o programa e para a institucionalização da política de promoção da saúde – a PNPS. Giddens (1991) relata que a confiabilidade nos sistemas abstratos ocorre exatamente pela associação afetiva de amizade e intimidade.

A confiança propicia a legitimidade da política pública, bem como das crenças e do paradigma ali posto. Vale ressaltar, baseando-se nos sistemas peritos, que o profissional de saúde se configura na autoridade legítima quando atua como o componente-chave para o enfrentamento das DCNTs por meio de ações de controle e práticas de contenção, também entendidas como práticas de disciplinarização.

O discurso aponta para uma compreensão da promoção da saúde fortemente relacionada ao eixo do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNTs), bem como reforça a visão preventivista, restrita à realização de atividades físicas sistematizadas e orientação nutricional. Pauta-se em controlar os fatores de risco que levam às doenças crônicas não transmissíveis.

Czeresnia (2003 p. 45) reforça que “[a] base do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno; seu objetivo é o controle da transmissão de

doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos”.

Na modernidade, como expõe Giddens, o pensamento é orientado para o futuro, como uma maneira de conectar o passado e o presente; considera-se, desse modo, os mecanismos de desencaixe, o que, para Giddens (1991, p. 31), ocorre pelo “[...] ‘deslocamento’ das relações sociais de contextos locais de interação e sua reestruturação através de extensões indefinidas de tempo-espaço”. Sendo assim, às coordenadoras foi perguntado como visualizam o Programa Academia da Saúde no futuro.

A coordenação estadual ressalta a incorporação do programa ao cotidiano e à realidade dos territórios que o possuem:

Eu vejo como um ponto de serviço que já vai fazer parte da cultura dos municípios, né, e das comunidades. E isso é muito importante para nós, uma vez que com esse trabalho nós teremos de fato eh:: a PS nos territórios no âmbito da atenção primária. E com isso, eh:: esperamos que haja uma redução na incidência de doenças, que hoje é responsável pelo 1º lugar de mortalidade no país, que são as doenças crônicas não transmissíveis e que a gente referencia as doenças do aparelho circulatório. Que hoje a gente sabe de incidência maior de mortalidade é o infarto agudo do miocárdio, ou seja infarto do coração, e também os AVCs – os acidentes vascular-cerebrais –, e que podem tranquilamente ser modificada esse cenário de mortalidade no país se todos os municípios trabalharem com o referencial de PS. É bem possível, especialmente se a gente levar esse programa dentro das escolas, no referencial das crianças e dos adolescentes, que, com certeza, serão adultos mais saudáveis. (COORDENADOR ESTADUAL).

Como aponta o discurso das coordenadoras, fica evidenciado o forte papel do programa de atuar no enfrentamento das DCNTs, como já apresentado. Para as coordenadoras municipais, o grande desafio para o futuro está em mantê-lo em funcionamento, tendo em vista as dificuldades relacionadas a recursos financeiros e humanos.

Aqui no município eu espero que a gente possa superar essas dificuldades relacionadas à falta de equipamentos. E principalmente, não digo ampliar com outras unidades, mas de a população procurar os serviços. Aumentar o quadro de profissionais que atuam na Academia, pois se tivermos outros profissionais, uma solicitação que já foi feita, a gente poderá aproveitar melhor os espaços que a gente tem e tenhamos outras atividades. Para o futuro a expectativa está em consolidar o Programa, as Unidades, os profissionais e ampliar

os serviços oferecidos. Apesar das dificuldades, a gente precisa acreditar. (COORDENADOR MUNICIPAL 1).

Então, eu estou superempolgada com essa piscina que a gente vai fazer de reabilitação para os idosos, para deficientes físicos e tudo mais. Estou empolgada com essa aparelhagem que vai colocar lá. Então eu vejo que futuramente a Academia vai ser perfeita, vai ser maravilhosa, mantendo os cuidados certos. Nossa, eu acho que vai ser uma grande conquista. Vai aumentar a adesão, com a questão da piscina vai aumentar o fluxo também. Creio que com a aparelhagem também aumenta bastante. (COORDENADOR MUNICIPAL 2).

É um programa que só tem a melhorar, pois eu acho que nós não desenvolvemos nem 1/3 do que é proposto pelo programa, né? Porque quando a gente preenche, responde o FormSUS, né, o programa oferece muitas coisas, né? Então eu acredito que só melhorar mesmo, porque nós realmente não desenvolvemos 1/3 do que é a proposta do programa. Talvez nos precisaríamos de mais profissionais, né, de mais recursos humanos, talvez seria isso. (COORDENADOR MUNICIPAL 3).

Há a tentativa de mudar o paradigma de saúde ainda instalado no âmbito da Atenção Básica, buscando romper com o modelo biomédico, como destaca a Coordenadora Municipal 1, mas recai na primeira onda da PS, a onda preventivista.

Uma vez que está muito em voga a Promoção da Saúde e a gente precisa modificar a cultura das pessoas que só procuram as Unidades de Saúde quando estão doentes. Precisamos sair dessa parte curativista, e isso só se dá através de ações que façam as pessoas entenderem que precisa ser diferente, que busquem a prevenção. E a Academia é o lugar mais que nunca em que isso acontece, então a gente precisa ampliar. (COORDENADOR MUNICIPAL 1).

Voltando às dificuldades encontradas para a manutenção e a sustentabilidade do polo em funcionamento, e, conseqüentemente, do programa para as profissionais participantes da pesquisa, as dificuldades encontram-se em duas dimensões: organizacional e operacional.

No tocante à organização do serviço, relaciona-se à sistematização das atividades e horários, conforme demandas e necessidades do território, a exemplo de um horário que contemple o público masculino e/ou trabalhador, e às lacunas na comunicação interna. Na dimensão operacional, destacam as dificuldades relacionadas às condições físicas e materiais, bem como de recursos humanos capazes de atender o volume de frequentadores e potenciais frequentadores.

Eh... eu acho que uma coisa que me ajudaria muito, que eu venho pedindo, eh, muito tempo aqui, é de um outro profissional, principalmente um educador físico pra tá me ajudando. E eu já solicitei bastante e eles não me atendem. Eh... fala que é por falta de profissional, essas coisas. Eu até entendo realmente que o município não estava contratando e agora que voltou a contratar eu espero que venha um outro profissional, porque eu acredito que o trabalho seria muito bem executado, ou mais bem executado, se eu tivesse alguém aqui comigo pra me ajudar. (PROFISSIONAL A).

[...] difícil manter e adquirir o que a gente precisa, né, tanto que as atividades de fisioterapia têm que trazer garrafa PET com areia, né, trazer o cabo da vassoura, né, pra ser o bastão, então improvisar recursos, né, e com dinheiro às vezes do bazar comprar os materiais. Então assim, eh, pra mim, como profissional fica assim até meio vergonhoso, porque a gente às vezes quer fornecer para a comunidade um serviço bom, um serviço, né, que a gente quer oferecer algo de qualidade pra ela, né, só que a gente não tem, né, esse, essa ajuda financeiramente e também a gente não tem como comprar tudo que a gente precisa pra trabalhar e isso é um dificultador, isso é, e o espaço físico também tá bem difícil. Também. Às vezes fica no corredor, assim, igual o do Pilates mesmo, hoje porque teve atividade de manhã, né, os da tarde não vieram, a maioria, mas às vezes elas ficam no corredor, porque lá dentro já não dá. O número de bolas é pouco, aí faz de dupla, as atividades de dupla, porque não tem bola pra todo mundo. Aí se pôr bola pra todo mundo, aí o espaço não dá (risos), né? (PROFISSIONAL B).

É a comunicação e eu acho que todo lugar deve passar por isso, a questão financeira, né, que hoje em dia a gente tá passando por uma crise, então, por exemplo, se você quiser fazer as coisas você tem que tirar do seu próprio bolso. (PROFISSIONAL D).

Os usuários também se preocupam com a extinção do programa, especialmente em virtude da falta de recursos materiais e humanos que possam garantir a manutenção dos polos, bem como a baixa adesão de novos participantes nas atividades desenvolvidas, expressas nas falas das Usuárias 3, 6 e 7.

A sala é pequena, né, o pessoal fica exprimido lá, né, e o resto eu acho que tá tudo bom. [...] os ventiladores que nós compramos, fizemos vaquinha, né? (USUÁRIA 3).

[...] mais valorização das professoras em si, que eu vejo que, apesar de ser um espaço tão pequeno, elas dão o melhor delas, elas se esforçam muito pra fazer as coisas, pra tá melhorando dia após dia aqui. Então o que falta é isso, porque você vê que o terreno aqui em si é um terreno grande, mas, porém, a área coberta é muito pequena. (USUÁRIA 6).

Poderia fazer logo a piscina, porque aqui tem muita gente que tem problema de articulação nos joelhos, né, e às vezes os exercícios, ãh, se fosse na água, seria melhor. (USUÁRIA 7).

[...] tá faltando muito apoio do poder público, a professora ela fica sozinha, teria de ter... o que tá havendo com vocês aqui hoje, uma entrevista dessa, teria que ter mais um apoio aí do, do, da área de saúde, né, secretária de saúde, aproximar aí, porque tem muitos idosos aqui que tem problema de saúde, pressão... Agora mesmo tinha uma senhora ali que foi pro posto de saúde porque ela não tava se sentindo bem. Então eu acho que uma secretária de saúde, a secretária de esporte e também dar palestra, conversar com os componentes do projeto. (USUÁRIO 9).

Houve menção sobre a carência de programação de atividades destinadas para outros grupos, como crianças, adolescentes e homens. A Usuária 10 destaca que

[...] falta pra criança, né? Pra homem, né? Não tem, só tem mulheres. Aí por exemplo, no caso, dava pra ir meu filho e mais alguns por aí que poderia tá fazendo, né? À noite, por exemplo, deveria ter um profissional à noite, que é um horário que talvez o, outras pessoas possa tá fazendo a mesma coisa que a gente, né?

Os problemas apontados pelos atores envolvidos no programa – de coordenadores a usuários – mostram uma preocupação que perpassa, inclusive, pelas outras áreas do Sistema Único de Saúde, especialmente após ajuste fiscal federal, Emenda Constitucional n. 95/2016, que impôs restrições orçamentárias que impactaram em todas as áreas da gestão pública, especialmente no subfinanciamento do sistema público de saúde.

Observados os problemas e desafios apontados pelos entrevistados, ao Programa Academia da Saúde, e a própria Política Nacional de Promoção da Saúde, o fortalecimento da participação e integração social, através do empoderamento, visando à autonomia e emancipação dos sujeitos que o vivenciam e aos potenciais usuários do programa, pode-se considerar essa um estratégia para a sustentabilidade não apenas do PAS, mas da promoção da saúde, sob a nova vertente do campo.

Mesmo com as dificuldades apontadas, as profissionais de saúde relatam que os resultados e impactos já são sentidos e evidenciados junto ao programa e fazem uma avaliação prospectiva sobre o Academia da Saúde, considerando-o positivo por vincular-se à melhoria das condições de saúde dos usuários. Isso é descrito por elas nas falas que enfatizam a redução de peso corporal, o controle dos níveis glicêmicos e de hipertensão arterial, a redução do consumo de medicamentos e a

conscientização quanto à alimentação adequada e saudável. Outros impactos evidenciados referem-se à socialização, que reflete nos aspectos emocionais e na saúde mental e melhoria nas condições sociais a partir da renda das participantes.

É muito satisfatório você ouvir delas, assim, “Nossa, eu diminuí meu medicamento, eu diminuí o medicamento da depressão, da, que eu tomava pra emagrecer”, eh, “Minha depressão diminuiu”, a dificuldade de respiração, você ouve muito isso. “Nossa, eu tinha uma dificuldade de respirar, agora, com os seus exercícios, eu estou respirando melhor” e tal, “Tô me sentindo mais tranquila”, né? E com as atividades artesanais atraiu um público, assim, muito ansioso, né? Então diminuiu a ansiedade. Produzir em casa o que fez aqui... às vezes é uma pessoa que nem, nem participou da confecção, mas só de observar ela chegou em casa e fez. Têm pessoas que já estão vendendo os, os produtos, né, do artesanato, tá tirando uma rendinha, porque não pode sair pra trabalhar, né, e aí a gente trabalha muito com materiais recicláveis e são materiais, assim, que dá pra ter um, um final, um produto final muito bom, sabe, bem apresentável, resistente, né, e dá pra vender. Então elas tão tirando uma renda, né, e isso aí é muito satisfatório pra gente, né? (PROFISSIONAL B).

Para os entrevistados, a visão é otimista quanto ao futuro do programa, apontando para soluções das dificuldades colocadas:

Então um espaço maior, um público maior, né, um... Recursos realmente pra gente trabalhar. Eh... um trabalho visto pelo município, né, porque às vezes a gente mostra e trabalha e trabalha, né, e ninguém fica sabendo, né, do que a gente faz também, né? Então eu vejo assim, dessa forma. Eh, uma diminuição, lógico, dos casos, né, das doenças e um público mais sadio, uma população mais sadia, uma, uma diferença na estatística. Nossa Senhora! Se tiver uma diferença estatística por causa dos nossos trabalhos? Isso vai ser maravilhoso! (PROFISSIONAL B).

Esperam que o programa se consolide pelo aumento do financiamento, inclusão de novos profissionais, ampliação dos horários e atividades a serem desenvolvidas, ampliação do público e diversidade da população a ser assistida.

Os participantes do programa relatam uma gama de resultados positivos alcançados após sua inserção nas atividades do programa. Os resultados mencionados relacionam a redução de dores e a ocorrência de doenças, o aumento da disposição e do condicionamento físico.

Olha, muitos, né? Eu melhorei muito, eu emagreci 18 kg, isso já é... né? Minha rotina, eu tenho uma atividade pra fazer, mais... eu tenho mais energia hoje e também minhas colegas, a gente tem mais colegas, né? (USUÁRIA 2).

Nossa! É como eu te falei: eu já amo exercício, né, aí depois que eu conheci então aqui foi maravilhoso. Por quê? Eu tinha problema com escoliose, então eu não tenho mais minhas crises de escoliose, eu vi que a questão da minha respiração melhorou, a minha mente em si melhorou, porque quando você pratica exercício aqui, e você tem uma assistência aqui, o seu corpo se sente melhor, parece que seu organismo funciona melhor, minha respiração é melhor, o meu dia é mais melhor. Pra mim, assim, tem sido maravilhoso, não só na minha saúde física, mas também mental, e eu sei que eu vou ver isso melhor ainda daqui a um longo prazo, porque promover saúde você tem que olhar também ao longo prazo. Não é só uma questão de estética, mas é uma questão de bem-estar também. (USUÁRIA 6).

Saúde, muita saúde, graças a Deus! (USUÁRIO 9).

Muitas! Acabou todas as dores! (risos). Diminuiu os remédios, a pressão tá normal, né? Só... mesmo com esse calorão a gente e não tá mais sentindo aquelas coisa que eu sentia, melhorou bastante. (USUÁRIA 10).

Porque na época, antes de eu começar, eu sentia mais dores, eu sentia assim que eu ia ajoelhar ou agachar e eu não tava dando conta, o meu joelho parece que tava travando. Aí depois que eu comecei, agora eu já tenho mais facilidade de eu agachar, de eu, de eu fazer alguma coisa, né, assim, eu ia pegar assim no chão era difícil, minha coluna doía mais, minhas junta, né? Melhorou mais, eu não tô falando assim, eu sarei, mas melhorou bastante. (USUÁRIA 11).

Os resultados alcançados no programa envolvem as mudanças adotadas pelos usuários em seu cotidiano, especialmente quanto à rotina alimentar como mostra as narrativas de vida dos mesmos. Como destaca Giddens (2009, p. 06) “[o] monitoramento reflexivo da atividade é uma característica crônica da ação cotidiana e envolve a conduta não apenas do indivíduo mas também de outros”. O processo de rotinização aponta para a produção de modos de vida e [re]produção da promoção da saúde, pois Giddens (2009, p. 2) considera que

As atividades sociais humanas, à semelhança de alguns itens auto-reprodutores na natureza, são recursivas. Quer dizer, elas são criadas por atores sociais mas continuamente recriadas por eles através dos próprios meios pelos quais eles se expressam como atores.

Sobre as perspectivas futuras dos participantes junto ao programa, os anseios e desejos externados são a permanência e a consolidação do programa e alcançar os objetivos pessoais relacionados ao estado de saúde. Para os usuários, evidencia-se uma preocupação com a estética corporal associada à qualidade da saúde individual e de vida:

Eu quero me ver como agora. Não quero estar gorda, não quero estar com diabetes, nem nenhuma doença oculta, né, que é uma doença, eh, são as traiçoeiras, né, que eu chamo. Então assim, eu quero tá como agora, bem, andando, caminhando, passeando, fazendo meus exercícios aqui, não quero sair daqui. Quero que esteja melhor do que agora, porque vai chegar outras, né, mais jovens do que eu, então eu quero, eu quero estar bem como eu estou agora. (USUÁRIA 1).

Menina, eu me vejo uma senhora com os músculos tonificados (risos), porque eu faço Pilates, a postura maravilhosa, muito elegante, uma senhora muito elegante, que pratica exercícios. Eu não quero ser aquelas senhorinhas que ficam em casa “Ah, eu tô com dor de coluna”, “Eu tô com artrite”, “Eu tô com artrose”, “Eu tô com pressão baixa”, “Eu tô com depressão”, “Tô com hipertensão”, “Tô com...”, essas coisas, colesterol. Não, eu quero ser uma senhorinha que anda de bicicleta, faz Pilates, corre, que pratica exercícios, uma senhorinha saudável. Porque hoje eu vejo que a sociedade ela vive mais, né? Só que ela vive mais com menos saúde. E eu quero, eu até costumo dizer assim, eu quero ter longevidade, mas com saúde. Por isso que eu procuro sempre fazer exercício. (USUÁRIA 6).

Um modelo de corpo é apresentado a partir de menções relacionadas à composição corporal magra e com referência à corrente *fitness*. Isso advém de uma lógica de produção de corpos que sigam um padrão dominante e hegemônico, presente na sociedade contemporânea e mediatizada. A disseminação de tipos ideais de corpos, também sob o aspecto estético, é uma das estratégias traçadas para imposição de poder e consiste numa forma de controle, condicionamento social e disciplinarização.

Em Fraga (2006), essa produção de corpos “sarados”, magros e longevos está encapsulado em, como diz esse autor, uma lógica tirânica de uma conformação anato-muscular, que recentemente tem sido verbalizada pela gíria “shape”, na busca da forma corporal perfeita conforme os padrões pregados.

As Usuárias 3 e 11 esperam que o programa, no futuro, amplie os horários e as atividades visando incluir mais pessoas da comunidade junto ao polo:

Aí eu acho que a tendência é aumentar mais o pessoal, né? E no espaço às vezes maior, né, com certeza vai aumentar. Mais gente que vai aposentando, né, que vai tendo o tempo, né? Porque a maioria das pessoas também precisa, mas não tem tempo, né? Aí com certeza mais gente for aposentando e vai aumentando, né? Vai aumentar o número de pessoas. (USUÁRIA 1).

A gente espera que ele continue melhorando mais e mais, né? Se não faltar, não faltar a... as profissional que dá aula pra gente, né, e... que eles não tira, que continue, né, tendo progresso aqui, não para nada, que continue melhor, né? (USUÁRIA 11).

Para finalizar as análises sobre os discursos, destaca-se uma fala apresentada em uma das tantas reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial de Promoção da Saúde (GTIPSGO) a que a pesquisadora esteve presente. Na ocasião dessa reunião específica, a Coordenação Geral de Promoção da Saúde apresentou uma inquietação que foi demandada pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems): nesse momento articulava-se e debatia-se a construção da Política Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Goiás (PEPSGO). A questão levantada pelo Cosems constituía na percepção da promoção da saúde como um elemento etéreo.

Essa inquietação se apresenta não apenas na fala da representação do conselho de secretários municipais, mas também nas falas dos estudiosos da área, como Westphal (2003), Czeresnia (2003), Yara de Carvalho (2004), Lefevre e Lefevre (2004), Buss & Carvalho (2009), Rocha et. al. (2014), Akerman (2015) e Malta et. al. (2016), que reconhecem a promoção como um campo multidimensional e polissêmico, que acaba por denotar tensões e conflitos teóricos, metodológicos e empíricos.

O Programa Academia da Saúde torna-se um espaço de coexistência paradoxal, de perspectivas, paradigmas e ideários da saúde e da promoção da saúde, distintas. Como já dito, tudo isso perpassado por disputas de interesse e de poder que se digladiam em meio a concepções teórico-normativas e práticas que são disseminadas.

A existência de lutas e disputas no campo da promoção da saúde mostra a tentativa de constituí-la como uma vertente de emancipação em saúde, através de práticas reflexivas-emancipatórias e opostas à presença de uma vertente de

disciplinarização e regulação na saúde, utilizando-se de práticas de controle e contenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central da presente tese foi analisar a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) por meio do Programa Academia da Saúde e de sua configuração no contexto microespacial, buscando compreender como o conceito de saúde e promoção da saúde é vivenciado, [re]produzido e [re]significado nos polos do programa investigados. Para isso, usam-se duas categorias analíticas – acesso e participação; e compreensão e incorporação de valores e crenças. Reitera-se que as duas categorias se inter-relacionam ao passo que a forma de participação e os grupos sociais que acessam o programa influenciam na maneira como o programa, a promoção da saúde e a própria saúde é compreendida e incorporada na rotinização e vida dos sujeitos.

A saúde, nos moldes que se apresenta na contemporaneidade, é um conceito multidimensional, envolto pelas dimensões sociais, culturais, econômicas e fisiobiológicas. A abordagem da promoção da saúde é um fruto dessas mudanças societárias, conseqüente da modernidade, oriunda do processo de industrialização, vigilância e monitoração social, estatização e capitalismo.

Aos sujeitos participantes do programa Academia da Saúde – coordenadores(as), profissionais de saúde e usuários(as) – o conhecimento acerca da promoção da saúde perpassa pelo processo de reflexividade e apresenta entendimentos que são influenciados pela forma e tipo de acesso e participação. Essa dimensão, de acesso e participação, reflete no modo como o programa Academia da Saúde, e a própria Política Nacional de Promoção da Saúde, são compreendidos e são apreendidas as crenças e valores, como apresentado nos resultados da pesquisa.

Se inicialmente, a promoção da saúde apresentava uma configuração de cunho comportamentalista-ecológica, focada na prevenção primária e ao enfrentamento dos fatores de riscos à saúde, expresso no Relatório de Lalonde. No final do século XX, a promoção da saúde, ou também chamada de Nova Promoção da Saúde, incorpora termos como a intersetorialidade e participação social visando mudanças não apenas dos hábitos e estilos de vida individuais e coletivos. Mas, através do empoderamento social, do envolvimento de diferentes esferas governamentais e não-governamentais, para além da estrita à saúde, gerar

transformações sociais para a garantia do direito à saúde, o direito de viver dignamente e ao exercício da cidadania.

As discussões relacionadas ao campo da promoção da saúde são profícuas, tendo em vista ser um campo teórico-conceitual e empírico muito jovem no contexto mundial e no Brasil e que representa um processo de mudança paradigmática no campo da saúde. Não obstante, há de se considerar que essa transição paradigmática acaba por criar políticas públicas e, conseqüentemente, programas governamentais híbridos, hibridismo este constituído exatamente pela coexistência de dois modelos: o antecessor (biomédico) e o emergente (produção social da saúde).

A promoção da saúde julgada, por vezes, como uma nova roupagem ao modelo antecessor – porém diferente do biomédico, com viés negativo –, toma forma positiva enquanto movimento em prol da qualidade de vida. Um novo rótulo para o modelo de saúde hegemônico, acrítico e neoliberal, coloca a promoção da saúde como sucessora ao modelo tradicional utilizando-se de estratégias de sucessão, como classifica Bourdieu (1983). A área de Saúde Coletiva inclusive atribui à promoção da saúde diversas críticas e aponta lacunas quanto à sua criação como vertente apartidária e por ter abandonado a luta político-ideológica (Lefevre; Lefevre, 2004). No entanto, para Lefevre e Lefevre (2004) é crucial a Saúde Coletiva subverter esse uso da promoção da saúde, usando-a como porta-voz do modelo emergente de saúde – da produção social da saúde. Como explicam esses autores (2004, p. 166), “a Saúde Pública ou Coletiva, enquanto proposta transformadora, precisa reagir a esta tentativa de abastardamento de seus eixos, mantendo, como ‘missão maior’, o enfrentamento teórico e prático, aqui, agora e amanhã, da doença [...]”.

Evidencia-se que a Política Nacional de Promoção da Saúde, em sua versão revisada, explora novas possibilidades e uma nova visão da saúde, aproximada da Saúde Coletiva, na tentativa de romper com uma perspectiva focada no adoecimento e regulatória dos corpos e das vidas dos sujeitos, distinguindo-se de sua primeira versão, que trata de propor ações específicas para sustentar aquilo que se concretiza como Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), corroborando com a criação de projetos e programas com enfoque na redução dos índices e taxas relacionadas à internação e à mortalidade

advindas dos quatro principais grupos DCNTs. Dentre essas propostas destaca-se o próprio Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, no momento de sua elaboração, trazia a forte presença do modelo biomédico por ter marcadamente em seu arcabouço teórico-legal a presença da primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2006a) e do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNTs (BRASIL, 2011a).

Em seu bojo, o programa apresenta como foco principal a redução do sedentarismo e da obesidade; a melhoria do condicionamento físico e o enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis relacionadas a hábitos de vida considerados não saudáveis. Ademais, acaba por elencar elementos que coadunam com a nova concepção de promoção da saúde, atrelada a uma perspectiva emancipatória e de empoderamento social, em que indivíduo e coletividade possam decidir sobre seus corpos, saúde e vidas, como forma de exercício de cidadania e garantia de direitos fundamentais.

Compete dizer que não se desconsidera a importância de fortalecer ações que impactam na redução da mortalidade prematura – população com idade inferior a 70 anos – decorrente das doenças crônicas não transmissíveis. Contudo, é crucial compreender, de maneira crítica, que a saúde é um elemento que depende de aspectos sociais, culturais, econômicos e ambientais, necessitando que novas práticas e concepções transcendam a supervalorização da epidemiologia e do modelo biomédico (preventivista, curativista, higienista e biologicista).

Lefevre e Lefevre (2007) asseveram ser necessário, para o estabelecimento de um novo paradigma, romper com as amarras do antecessor. Para isso é preciso realizar um processo de negação da negação, especialmente na promoção da saúde. Destaca-se que a promoção da saúde somente será efetivamente uma prática de saúde emancipatória quando refutar o sistema político-social estabelecido, cujo paradigma legitimado trata da perspectiva preventivista-curativista e enfoca a culpabilização do indivíduo pelas mazelas que vivem.

O Programa Academia da Saúde, sendo um programa de governo recém-criado, na segunda década dos anos 2000, traz em seu bojo as hibridizações entre paradigmas de saúde que coexistem no Sistema Brasileiro de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Ao passo que incorpora práticas de controle e regulação de atitudes e comportamentos visando a redução da morbimortalidade por doenças

crônicas não transmissíveis, normativamente ascende princípios e valores capazes de fomentar uma sociedade participativa, mais democrática e com protagonismo social. Logo, o programa Academia da Saúde pode e deve se constituir num lugar que, para além das DCNTS, subverte o modelo dominante e de dominação e concretize a transformação idealizada pela Saúde Coletiva através do movimento da promoção da saúde.

A maneira como a população compreende a saúde está imbricada com o tipo de serviço de saúde, com as equipes envolvidas e as ações e atividades desenvolvidas nos territórios. O incremento de serviços em nível de atenção primária traz à tona uma percepção distinta daquela empreendida em níveis de atenção secundária e terciária, inclusive na compreensão dos atores que atuam na gestão e execução das políticas de saúde.

O grande desafio que se apresenta no contexto do programa Academia da Saúde é colocar a saúde como ponto de partida ao esforço coletivo e ao protagonismo das coletividades para retirar sujeitos e vidas da condição precária – sem dignidade, sem direito à saúde, sem direito de viver.

Evidencia-se que mesmo trazendo em seu seio normativo-legal aspectos que buscam romper com o modelo biomédico-hospitalocêntrico-curativista, pontua-se que as ações específicas explicitadas no corpo da Política Nacional de Promoção da Saúde servem para sustentar o que se concretiza como Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNTs) e corrobora a criação de projetos e programas com enfoque na redução de índices e taxas relacionadas à internação e à mortalidade advindas dos quatro principais grupos DCNTs, com destaque ao próprio Programa Academia da Saúde

Componentes como o tipo de vínculo estabelecido pela gestão para captação de recursos humanos é relevante para atentarmos quanto ao impacto para a sustentabilidade e a consolidação do programa.

Aqueles que desempenham o papel de gerir e planejar o programa apresenta valores, crenças e perspectivas que, devido ao seu lugar de fala e poder, influenciam na conformação dada ao programa e na forma de compreensão da promoção da saúde. Ouvi-los propicia compreender o paradigma preponderante nesses espaços e lugares; entretanto, não se deve, a partir de uma concepção da própria saúde pública brasileira e das ciências sociais, limitar-se apenas ao ponto de vista de um grupo específico. É necessário que os outros agentes que atuam e participam nesse

cenário legitimem sua participação através da oportunidade de falar e apresentar seus discursos, sejam esses de [re]produção ou não, perpassados pelas relações de poder presentes no mesmo tempo e espaço.

Ao Programa Academia da Saúde, com nos documentos que subsidiaram a sua construção, Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006) e o Plano Nacional de Enfrentamento de DCNTs, bem como as experiências que o antecedem, evidencia-se a primeira corrente da Promoção da Saúde, de orientação preventivista e a compreensão de enfrentar os fatores de risco.

Ao Programa Academia da Saúde cabe tornar real todos esses ideários, rompendo com uma lógica moralizante, regulatória, medicalizante, esportivizante e centrada na doença. Os sujeitos entrevistados compreendem que o polo não é um lugar da doença, mas a forma como se estruturou e a organização do serviço concentraram-se nas doenças crônicas não transmissíveis e na população idosa. E neste sentido, tem se construído um espaço de distinção social entre os “merecedores” e os “não merecedores” das ações desenvolvidas junto ao programa. Sendo que, como apontam os resultados da tese, poucos pólos desenvolvem atividades para comunidades tradicionais, indígenas, população assentada e em situação de rua, migrantes, sendo que apenas no monitoramento de 2017 incluíram-se a população LGBT, jovens em conflito com a lei e meninas/mulheres em situação de violência.

Existe uma proto-participação social, pois a comunidade ou não atua no planejamento e gestão do programa, ou essa participação ocorre de maneira incipiente, não-sistematizada e com inclusão dessa no grupo de apoio à gestão. As lideranças comunitárias e o controle social não possuem uma visibilidade e participação, conforme os discursos apresentados. O mesmo ocorre aos profissionais do programa, que compreendem que seu papel é organizar as aulas ministradas e atividades promovidas. E o tipo de vínculo empregatício contribui para que esses atuem como executores de tarefa, havendo pouca participação no processo de gestão do programa, diferente do que aponta os dados levantados junto ao monitoramento anual do programa Academia da Saúde.

Mesmo os coordenadores apontando haver uma boa interlocução entre as diferentes esferas da gestão, pontua-se que a rotatividade de profissionais, nos três níveis da gestão, dificulta a articulação para desenvolver a co-gestão do programa. Isso inclusive foi um fator limitante a pesquisa, a dificuldade de acessar nos

municípios os responsáveis (coordenadores) pelo programa, mesmo contando com a colaboração da gestão estadual do programa. Em um dos casos, já no campo de investigação, a coordenadora estava no cargo há pouco mais de seis meses, e a pesquisadora ao chegar aos serviços e na unidade as informações eram imprecisas e confusas quanto à indicação da área (vigilância em saúde ou atenção à saúde) e da pessoa responsável pela coordenação do programa. Um dos municípios escolhidos, e que não autorizou a pesquisa, foi selecionado tendo em vista que o pólo atua junto a comunidades tradicionais, e os dados levantados *in loco* possibilitaria ampliar o debate sobre a forma de participação, interação e o acesso entre os pólos investigados que não desenvolvem atividades com esse tipo de público específico.

Para finalizar, a tese apresenta uma proposta de [re]significação do Programa Academia da Saúde na seguinte perspectiva: promover práticas e ações voltadas à emancipação através da saúde, utilizando como base a educação em saúde sob a perspectiva de educação popular, já institucionalizada pela política pública de promoção da educação popular no SUS e pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde. É oportuno considerar que no estado de Goiás esse processo de [re]significação se mostra através da pactuação e publicação da Política Estadual de Promoção da Saúde (ANEXO D), no ano de 2019, com enfoque em valores como empatia, pluralidade cultural, criatividade, articulação de saberes (tradicional, popular e científico) e a laicidade.

É importante repensar a formação inicial dos profissionais de saúde, enfocada nos valores e princípios da saúde coletiva e a própria promoção da saúde. Como exemplo, considero que na graduação em Educação Física é preciso reforçar a distinção entre os conceitos de práticas corporais e de atividade física, esclarecendo as diferenças paradigmáticas e epistemológicas presentes em cada conceito. Bem como situar o papel desses profissionais no Sistema Único de Saúde, que, por vezes, não se reconhecem como profissionais da saúde pública.

O Programa Academia da Saúde se mostra como um lugar fértil para a saúde coletiva e a promoção da saúde, sendo possível avançar para além da compreensão de ser um lugar de prevenção de doenças e ao enfrentamento das DCNTs. A semente da promoção da saúde foi plantada, mesmo que ainda com forte presença do modelo biomédico, já se identificam atividades relacionadas ao modelo de produção social da saúde. Essa semente precisa ser adubada com práticas e

saberes que gerem frutos à emancipação em saúde, à autonomia e à equidade social e que fortaleçam a participação social e ao empoderamento.

REFERÊNCIAS

ABRASCO. **Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade** [Internet]. Curitiba: UIPES, 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/08/Carta-de-Curitiba-Portug%C3%AAs.pdf>. Acesso em: jul. 2017.

AGAMBEN, Giorgio. **O uso dos corpos**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2017.

AKERMAN, Marco. Que tensões nos revelam a teoria e a prática da promoção da saúde? *In*: MACHADO, Maria de Fátima A. S.; DIAS, Maria Socorro de A.; FORTE, Franklin D. S (Orgs.). **Promoção da Saúde**: um tecido bricolado. Sobral: Edições UVA, 2015.

ANDERSEN, H. C. **A pequena vendedora de fósforos**. Trad. Michèle Íris Koralek. São Paulo: Scipione, 2008.

ANDRADE, Elisabete A.; FRANCESCHINI, Maria Cristina T. O direito à cidade e as agendas urbanas internacionais: uma análise documental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(12):3849-3858, 2017.

ARCAYA, Mariana C.; ARCAYA, Alyssa, L.; SUBRAMANIAN, S. V. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. **Glob Health Action**, 2015.

ASSUNÇÃO, Ada A (Org.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BECERRA, Posada Francisco; MUJICA, Oscar. Equidad em salud para el desarrollo sostenible. **Revista de Salud Pública y Nutición**, v. 15, n. 1, enero-marzo 2016.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. *In*: ORTIZ, Renato. **Pierre Bourdieu**. Tradução de Paula Montero & Alicia Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **Para uma sociologia da ciência**. Lisboa: Edições 70, 2001.

BOURDIEU, Pierre. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. **Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011**. Instituição do Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Portaria n. 1.707, de 23 de setembro de 2016**. Redefine as regras e critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de

polos; unifica o repasse de incentivo financeiro de custeio por meio de Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. **Portaria 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005.** Define recursos financeiros do Teto Financeiro de Vigilância em Saúde, para incentivar estruturação de ações de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos Não-transmissíveis por parte das Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde das capitais. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Portaria 2.681, de 7 de novembro de 2013.** Redefine o Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

BURITY, Joanildo A. Religião, política e cultura. **Tempo Social – Revista de Sociologia da USP**, v. 20, n. 2, nov. 2008.

BUSS, Paulo M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

BUSS, Paulo M.; CARVALHO, Antonio I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-2316, 2009.

BUTLER, Judith. **Excitable speech**: a politics of the performatives. New York: Routledge, 1997.

BUTLER, Judith. Vida precária. **Contemporânea**, São Carlos: UFSCAR, n. 1, p. 13-33, 2011.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra**: quando a vida é passível de luto? Tradução de Sérgio Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha; revisão de tradução de Marina Vargas; revisão técnica de Carla Rodrigues. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

BUTLER, Judit. **Corpos em aliança e a política das ruas**: notas para uma teoria performativa de assembléia. Tradução de Fernanda Siqueira Miguens; revisão técnica de Carla Rodrigues. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O elogio do mito. *In*: CARVALHO, Yara Maria de. **O “mito” da atividade física e saúde**. 3. ed., 1. reimpr. São Paulo: Hucitec, 2004.

CARDOSO, Cíntia, G.; HENNINGTON, Elida A. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: Uma construção à espera pelos sujeitos de mudança.

Trabalho, Educação e Saúde, v. 9, supl. 1. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2011.

CARVALHO, Yara Maria de. **O “mito” da atividade física e saúde**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção da saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CARVALHO, Sérgio R. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito de mudança**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CASPERSEN, Carl J.; POWELL, Kenneth; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Rockville, v. 100, n. 2, p. 126-131, Mar./Apr. 1985.

CASTRO, Ana Luisa Barros de; FAUSTO, M. C. R. A Política brasileira de atenção primária à saúde. *In*: MACHADO, Cristiani Vieira; BAPTISTA, Tatiana W. F.; LIMA, Luciana D. **Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez/CEDEC, 2003.

COLETIVO DE AUTORES. **Metodologia do ensino da educação física**. São Paulo: Cortez, 2012.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do trabalho e da educação em saúde**. Brasília: Conass, 2011.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Nota Técnica nº 28/2012 – Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS e dá outras providências**. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde/Progestores, 2013.

COTTA, Rosângela M. M. **Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa: UFV, 2013.

CRESWELL, John. W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. *In*: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

DAHL, Robert A. Democratização e oposição pública. *In*: DAHL, Robert A. **Poliarquia: participação e oposição**. São Paulo: EDUSP, 2005.

DAMICO, José Geraldo Soares; KNUTH, Alan Goularte. O des(encontro) das práticas corporais e atividade física: Híbridizações e borramentos no campo da saúde. **Revista Movimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2014.

EBERHARDT, Leonardo D.; CARVALHO, Manoela; MUROFUSE, Neide T. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, jan.-mar. 2015.

ECCEL, Daiane. Hannah Arendt e o problema da secularização na fundação de novos corpos políticos. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 41, n. 2, p. 119-136, abr./jun. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-3173.2018.v41n2.07.p119>

FARAH, Marta F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local do governo. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-44, jan./fev. 2001.

FARINATTI, Paulo de Tarso Veras; FERREIRA, Marcos S. **Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos, princípios e aplicações**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, 2006.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRAGA, Alex B. Anatomias emergentes e o *bug* muscular: Pedagogias do corpo no limiar do século XXI. In: SOARES, Carmen L. (Org.). **Corpo e história**. Campinas: Autores Associados, 2001.

FONTES, Olney Leite. **Além dos sintomas: superando o paradigma saúde e doença**. Prefácio de Gilberto Luiz Pozetti. Piracicaba: Editora Unimep, 1995.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GARBOIS, Júlia A.; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate** [CEBES], Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017.

GIDDENS, Anthony. **As consequências da modernidade**. São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

GIDDENS, Anthony. Interação social e vida cotidiana. In: GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. 3. ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GREEN, Lawrence; POLAND, Blake D., ROOTMAN, Irving. The settings approach to health promotion. *In*: POLAND, Blake D.; GREEN, Lawrence; ROOTMAN, Irving. **Settings for health promotion: linking theory and practice**. California/USA: Sage Publications, Inc. 2000.

GOELLNER, Silvana V. **Bela, maternal e feminina**: imagens da mulher na Revista Educação Physica. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

GOMES, Edlaine C.; MENEZES, Rachel A. Diferentes perspectivas sobre aborto y gestión de la muerte en Brasil: posiciones religiosas y del discurso médico. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**. n. 20, p. 28-48, aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2015.20>.

GOSCH, Cristiane S. *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.

HALLAL, Pedro C. *et al.* Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 70-78, 2010.

HAVE, P.; SHIELL, A. Social capital and health promotion: a review. **Social Science & Medicine**, v. 51, p. 871-885, 2000.

HEIDMANN, Ivonete T. S. *et al.* Promoção da Saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 352-358, abr.-jun. 2006.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniele. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, set.-dez. 2007.

HOWLETT, Michael; RAMESH, M.; PERL, Anthony. **Política pública**: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integradora. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

IANNI, Aurea Maria Zollner. Saúde pública e sociedade de risco. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 38-48, 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa da População**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018a. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 21 mar. 2019.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Panorama de Cidades:** Aparecida de Goiânia. Brasília: IBGE, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/aparecida-de-goiania/panorama>. Acesso em: 19 jan. 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal de consulta de recursos repassados aos municípios brasileiros** – Fundo Nacional de Saúde (FNS). Brasília: FNS, 2018b. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/comparativo> Acesso em: 11 fev. 2018.

IMB – Instituto Mauro Borges. **Estatísticas Municipais** – Taxa de Crescimento Geométrico Populacional [Ouro Verde de Goiás]. Goiás: Instituto Mauro Borges de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos /SEGPLAN/IMB, 2017. Disponível em: http://wwwold.imb.go.gov.br/perfilweb/Estatistica_bde.asp?vprint=1&var_cod=272&ano_imp=2007,2008,2009,2010,2011,2012,2013,2014,2015,2016,2017,&loc_cod=0170. Acesso em: 21 mar. 2019.

KINGDON, John W. Agenda setting. *In*: THEODOULOU, Stella, Z.; CAHN, Matthew A. **Public policy: the essential readings**. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas**. 5. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1962.

LABONTE, Ronald. Globalization and health promotion: the evidence challenge. *In*: McQUEEN, David V.; JONES, Catherine M. **Global perspectives on health promotion effectiveness**. Atlanta/USA: Springer, 2007.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Department National Health and Welfare/Government of Canada, 1974.

LAZAROTTI 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, 2010.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. A promoção de saúde como oportunidade para a emancipação. **Revista Eletrônica de Comunicação e Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 234-240, 2007.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência – sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

LEVINO, Antonio; CARVALHO, Eduardo Freese. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 30, n. 5, p. 490-500, 2011.

LOPES, Octacílio de C. **A medicina no tempo**: notas de história da medicina. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1970.

MACHADO, Cristiani V.; BAPTISTA, Tatiana W. F. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridades. *In*: MACHADO, Cristiani V.; BAPTISTA, Tatiana W. F.; LIMA, Luciana D. **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MACHADO, Maria de Fátima A. S.; DIAS, Maria Socorro de A.; FORTE, Franklin D. S (Orgs). **Promoção da Saúde**: um tecido bricolado. Sobral: Edições UVA, 2015.

MACHADO, Maria Helena; VIEIRA, Ana Luiza S.; OLIVEIRA, Eliane. Gestão, trabalho e educação em saúde: perspectivas teórico-metodológicas. *In*: BAPTISTA, Tatiana W. F. (Org.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde**: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

MAFFESOLI, Michel. **O tempo das tribos**: o declínio do individualismo nas sociedades pós-modernas. 4.ed. Rio de Janeiro: Fonte Universitária, 2006.

MAFFESOLI, Michel. **Saturação**. São Paulo: Iluminuras: Itaú Cultural, 2010.

MALTA, Deborah C. et. al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1683-1694, 2016.

MARTINS, Gilberto de Andrade; THEOPHILO, Carlos Renato. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, Maria Inês C. Desafios para a gestão do trabalho em saúde no setor público. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, 2016.

MATSUDO, Sandra M. et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 13, n. 3, 2009.

McQUEEN, David V.; JONES, Catherine M. **Global perspectives on health promotion effectiveness**. Atlanta/USA: Springer, 2007.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.

MENDES, Valéria M.; CARVALHO, Yara M. **Práticas corporais e clínica ampliada**. 1. ed. São Paulo: Hucitec/Capes, 2016.

MINOWA, Evelin. **Produção científica dos grupos de pesquisa em Promoção da Saúde no Brasil: perfil e discussão de uma amostra nacional**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MIRA, Carlos Magalhães. Exercício físico e saúde: da crítica prudente. In: BAGRICHEVSKY, Alexandre Palma; ESTEVÃO, Adriana. **A saúde em debate na educação física**. Blumenau/SC: Edibes, 2003.

MOTA, Paulo Henrique S.; VIANA, Ana Luiza D.; BOUSQUAT, Aylene. Relações federativas no Programa Academia da Saúde: estudo de dois municípios paulistas. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 64-73, 2016.

MUJICA, Oscar J. Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad em salud. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, n. 6, p. 433-41, 2015.

NESPOLI, Grasielle. Biopolíticas da participação na saúde: O SUS e o governo das populações. In: GUIRZARDI, Francini L. (Org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária – UFPE, 2014.

NOGUEIRA, Roberto P.; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar A. **Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na Administração Pública**. Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ObservaRH. Universidade de Brasília. Brasília: UnB, 2004. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp>. Acesso em: 18 abr. 2019.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração do Milênio das Nações Unidas**. Nova Iorque, 2000. Disponível em: <https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>. Acesso em: jul. 2017.

ONU – Organização das Nações Unidas. **Declaração da Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável: RIO +20**. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://riomais20sc.ufsc.br/files/2012/07/CNUDS-vers%C3%A3o-portugu%C3%AAs-COMIT%C3%8A-Pronto1.pdf>. Acesso em: jul. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARREIRA, Fernanda R. **Corpo marginal: o processo de inclusão social nas políticas públicas desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer, no município de Goiânia, entre 1997 e 2013**. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2014.

PEREIRA, Júlio César R. **Análise de Dados Qualitativos: Estratégias Metodológicas para as Ciências da Saúde, Humanas e Sociais**. 3ª ed. 1. reimpr. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

POWERS, Scott K.; HOWLEY, Edward T. **Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000.

QUINTANILHA, Bruna C.; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Participação rizomática: um modo de participação social no Sistema Único de Saúde. In: GUIZARDI, Francini L. *et al.* **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJB; Recife: Ed. Universitária UFPE, 2014.

ROCHA, Dais C. et. al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4313-4322, 2014.

ROCHA, Patrícia Rodrigues; DAVID, Helena Maria Scherlowski. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 8 v.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para aprender políticas públicas: conceitos e teorias (volume 1)**. Curso On-line Políticas Públicas. Brasília: Instituto de Gestão, Economia e Políticas Públicas, 2013.

SABATIER, Paul A. Political science and public policy. In: THEODOULOU, Stella, Z.; CAHN, Matthew A. **Public policy: the essential readings**. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

SABATIER, Paul, A.; WEIBLE, Christopher M. **Theories of the policy process**. Colorado: Westview Press, 2007.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Senac São Paulo, 2005.

SILVA, Amauri de Oliveira. **Programa Academia da Saúde: contribuições para aproximações entre Promoção da Saúde e Educação**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Unidade Acadêmica Especial de Educação, Universidade Federal de Goiás, Jataí, 2017.

SILVA, Ana Márcia; DAMIANI, Iara Regina. **Práticas corporais: gênese de um movimento investigativo em Educação Física**. v. 1. Florianópolis: Naemblu, 2005.

SOARES, Carmem. **Educação física**: raízes européias e Brasil. 5. ed. rev. Campinas/SP: Autores Associados, 2012.

SOUZA, Jessé. **A elite do atraso**: da escravidão à lava-jato. Rio de Janeiro: Editora Leya, 2017.

SOUZA, Jessé. **Subcidadania brasileira**: para entender o país além do jeitinho brasileiro. Rio de Janeiro: Leya, 2018.

THEODOULOU, Stella Z. The contemporary Language of public policy: a starting point. *In*: THEODOULOU, Stella Z.; CAHN, Matthew A. **Public policy**: the essential readings. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

WEBER, Max. História geral da economia. *In*: WEBER, Max. **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1974. p. 123-168.

WESTPHALL, Marcia F. Múltiplos atores da promoção da saúde. **Sanare**, Sobral/CE, ano IV, n. 1, jan./fev./mar. 2003.

WITHELAW, S. *et al.* 'Settings' based health promotion: a review. **Health Promotion International**, Oxford Academic, v. 16, n. 4, p. 339-353, 2001. doi: 10.1093/heapro/16.4.339.

WHO – World Health Organization. **Health promotion**: a discussion document on the concept and principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984.

WHO – World Health Organization. **The Ottawa Charter for health promotion**. Ottawa: WHO, 1986.

APÊNDICES

1. APÊNDICE A – Artigos submetidos para publicação
2. APÊNDICE B – Quadros explicativos
3. APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista – Gestor/Coordenador/Diretor Municipal do Programa Academia da Saúde
4. APÊNDICE D – Roteiro de entrevista ao Coordenador/Diretor/Gestor estadual do Programa Academia da Saúde
5. APÊNDICE E – Roteiro de entrevista profissional do Programa Academia da Saúde
6. APÊNDICE F – Roteiro de entrevista ao usuário do Programa Academia da Saúde
7. APÊNDICE G – Roteiro de Observação de Campo

APÊNDICE A – Artigos submetidos para publicação

Artigo 1

Título: O Trabalho no SUS: retrato das relações trabalhistas no Programa Academia da Saúde

Periódico: APS em Revista

Resumo: **Justificativa:** As contratações na área da saúde pública brasileira – especialmente em nível municipal – perpassam por essas novas dinâmicas laborais. Trabalhadores da saúde contratados por tempo determinado, relações trabalhistas sem estabilidade ou garantias mínimas de direitos trabalhistas e previdenciários. **Objetivo:** Refletir sobre as dinâmicas laborais existentes no contexto de um programa. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-transversal, que utiliza dados secundários referente ao programa Academia da Saúde, bem como dados oriundos de pesquisa de campo. **Resultados:** Predomínio de profissionais do sexo feminino, jovens, com elevado grau de instrução, presença de equipes multiprofissionais, mas com relações e vínculos de trabalho precarizados, constituídos por meio de contratações temporárias, por exemplo, credenciamento, baixa permanência de trabalhadores. **Conclusões:** As relações de trabalho – no contexto do programa Academia da Saúde, no estado de Goiás – constroem-se de forma precarizada e sem estabilidade ao trabalhador, e contribui a pouca motivação e desinteresse de profissionais em atuarem no programa.

Palavras-chave: Gestão do Trabalho no SUS, Trabalhadores da Saúde, Subempregabilidade, Atenção Primária à Saúde

Artigo 2

Título: Beyond coping with chronic non-communicable diseases: reflections on paradigms in the Brazilian Academy of Health Programme

Periódico: Sociology of Health and Illness

Resumo: This study provides reflections on the hybridisation of paradigms resulting from the creation of the Academy of Health Programme created by the Brazilian National Ministry of Health. This was a descriptive study, analysing the National Health Promotion Policy (2006 and 2014), the National Strategic Action Plan to Battle Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) and the Academy of Health Programme (established by Ordinance no. 719/GM/MS in 2011). The scientific disputes seen during the development of the programme have had an impact on the practices it advises and on its implementation. We reflect that the Academy of Health Programme can and should create a space where, beyond the chronic NCDs, the model of dominator and dominated can be subverted and the transformation idealised by collective health through the health promotion movement can be made concrete.

Keywords: health promotion, national health programmes, chronic non-communicable diseases, sociology of health

APÊNDICE B – Quadros explicativos

QUADRO 1 – As bases normativas da Promoção da Saúde no contexto global

| Documento | Origem | Base teórico-conceitual |
|--|--|--|
| Relatório de Lalonde - “Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses” | 1974 – Ministério Nacional de Saúde e Bem-estar/Canadá | O campo conceitual da saúde envolve as mudanças comportamental e ambiental. Compreende que a saúde está relacionada a aspectos individuais (biológicos e comportamentais), ambientais e organizacional. |
| Declaração de Alma-Ata | 1978 – Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde / Alma-Ata/URSS | Enfatiza a concepção de saúde enquanto pleno estado de bem-estar físico, mental e social e não exclusivamente como a ausência de doenças. Desse modo, compreende a saúde como direito humano fundamental e, para o desenvolvimento econômico e social em certa ordem econômica internacional, é necessário garantir a promoção e a proteção da saúde dos povos, contribuindo para a melhor qualidade de vida e para a paz no mundo. Adverte sobre a relevância da participação social e da responsabilidade individual e coletiva na execução de seus cuidados de saúde, além de considerar os cuidados primários de saúde como essenciais à garantia da saúde, do bem-estar e para o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. |
| Relatório OMS/Regional Europa - “Conceitos e princípios para a promoção da saúde” | 1984 – Organização Mundial da Saúde / Regional Europeia – Copenhague/Dinamarca | A promoção da saúde representa a unificação conceitual que reconhece a necessidade de mudanças nos caminhos e condições de vida a fim de promover a saúde. Representa a estratégia de mediação entre pessoas e seus ambientes, sinteticamente relacionada às mudanças pessoais e à responsabilidade social em saúde no intento de criar um futuro saudável. |
| Carta de Ottawa | 1986 – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde / Ottawa/Canadá | A Promoção da Saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde por meio da participação e do controle desse processo. Considera que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Percebe-a como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Logo, aponta a saúde como um conceito positivo, pois se afasta da perspectiva curativa e com enfoque na doença. Uma vez que enfatiza os recursos sociais e pessoais e para além de um estilo de vida saudável, busca-se a construção de um bem-estar global. |

(Continua)

(Continuação do Quadro 1)

| Documento | Origem | Base teórico-conceitual |
|--|--|---|
| Declaração de Adelaide | 1988 – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde / Adelaide / Austrália | O marco teórico-conceitual enfoca a equidade e a construção de políticas públicas saudáveis, educação em saúde e de ambientes saudáveis. Reforça os compromissos e as linhas de ação apresentadas na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Considera-se não mais indivíduos, mas cidadãos. Logo, a saúde, além de constituir-se como direito humano, é elemento necessário ao exercício da cidadania. A saúde torna-se um investimento social importante à produtividade da sociedade tanto em termos sociais quanto econômicos. Ao tratar do conceito de cidadania emergem outros conceitos, tais como a vulnerabilidade e o reconhecimento das minorias: povos indígenas, minorias étnicas, mulheres e imigrantes. |
| Declaração de Sundsvall | 1991 – III Conferência Internacional de Promoção da Saúde | Reforça a perspectiva de ambientes/cenários saudáveis ao considerá-los como interdependentes da saúde. Destaca-se a importância da participação social na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. O conceito de justiça social se apresenta como objetivo a ser alcançado por ações e políticas de saúde. Sugere a reorganização dos sistemas de saúde para além dos moldes tradicionais, pois parte-se da ideia de que a saúde é engendrada nos diversos setores sociais e institucionais e devem objetivar a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. |
| Declaração de Santafé de Bogotá - "Promoção da saúde na América Latina" | 1992 – Conferência Internacional de Promoção da Saúde | O papel da Promoção da Saúde nos países latino-americanos envolve transformar as relações econômicas e sociais, visando conciliar os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar social, sustentados nos princípios de solidariedade e equidade. Desse modo, apreende-se que o direito e o respeito à vida e à paz são valores éticos e morais fundantes da cultura e da saúde, bem como para intervenção nos determinantes e fatores condicionantes da saúde. |
| Declaração de Jacarta | 1997 – IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde / Jacarta / Indonésia | O foco da IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde é a Promoção da Saúde para o século XXI. Nas conferências que a antecederam considera-se que a saúde é um campo vinculado a diversos setores sociais – governamentais e não governamentais. No entanto, é nela que ocorre a inclusão do setor privado no apoio à promoção da saúde. Assegura que é por meio de ações da |

(Continua)

(Continuação do Quadro 1)

| Documento | Origem | Base teórico-conceitual |
|---|--|--|
| Declaração de Jacarta (continuação) | | promoção da saúde que ocorre a redução significativa das iniquidades em questões de saúde, assegurando os direitos humanos e o fomento do capital social. Aponta a pobreza como o fator de risco à saúde mais preocupante e como a maior ameaça à saúde. Incluem-se os fatores transacionais e globais como representativos ao impacto da saúde. |
| Carta da Rede de Megapaíses | 1998 – Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde – Genebra / Suíça | A urbanização; o crescimento da população e a mudança do perfil demográfico e epidemiológico; a globalização; o aumento da degradação do meio ambiente e de conflitos sociais e as desigualdades econômicas e sociais são consideradas tendências mundiais e globais que impactam significativamente na saúde da população. Assim, a criação da Rede de Megapaíses configura-se em uma estratégia de |
| Carta da Rede de Megapaíses (continuação) | | fortalecimento da capacidade de promoção da saúde nos âmbitos mundial e nacional. A rede assume, dentre os sete objetivos, umentar a advocacy e o reconhecimento de promoção da saúde; melhorar a capacidade nacional de promoção da saúde e incrementar as questões de promoção da saúde na agenda política nacional. |
| Declaração do México | 2000 – V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Cidade do México / México | Destaca como conceitos, já sustentados em documentos que a antecedem, determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde: a elaboração de ações em promoção da saúde deve ser compartilhada entre os diversos setores da sociedade; e a garantia da equidade e justiça social. |
| Carta de Bangkok - “A Promoção da Saúde em um mundo globalizado” | 2005 – VI Conferência Mundial de Promoção da Saúde / Bangkok / Tailândia. | As políticas e as parcerias devem visar o empoderamento das comunidades, a equidade e a melhoria da saúde e devem ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional. Sustenta os princípios e valores da promoção da saúde estabelecidos na Carta de Ottawa, assim como as recomendações das conferências globais subsequentes. Considera o conceito de promoção da saúde como direito humano fundamental, galgado no conceito positivo e inclusivo de saúde, sendo esse um determinante da qualidade de vida. Logo, a promoção da saúde é o processo que oportuniza que as pessoas tenham controle sobre sua saúde e seus |

(Continua)

(Conclusão do Quadro 1)

| Documento | Origem | Base teórico-conceitual |
|--|---|---|
| Carta de Bangkok - “A Promoção da Saúde em um mundo globalizado” (continuação) | | determinantes, mobilizando-se (individual e coletivamente) para obter a melhoria de sua saúde. |
| Chamada de Nairóbi para o desenvolvimento de ações focadas na redução das lacunas de implementação da promoção da saúde | 2009 – VII Conferência Global de Promoção da Saúde / Nairóbi / Quênia. | Evidencia-se a necessidade de fortalecer as lideranças comunitárias e de força de trabalho; priorizar a promoção da saúde; desenvolver o empoderamento comunitário e individual; aumentar o processo de participação e aplicar o conhecimento construído acerca da promoção da saúde. |
| Declaração de Helsinque - “A saúde em todas as políticas” | 2013 – VIII Conferência Global de Promoção da Saúde / Helsinque / Finlândia | Sob o argumento “ A saúde é a maior meta dos governos, e a pedra angular do desenvolvimento sustentável ”, reconhece-se a responsabilidade e o compromisso do Estado para com a saúde de seus povos. Ancora-se nos princípios e conceitos das declarações e documentos que a sucedem: saúde é um direito humano fundamental, assim como a equidade em saúde e justiça social é determinante social da saúde, com destaque para a pobreza e a violência. As consequências para a área da saúde não são apenas responsabilidade do setor saúde, mas uma questão política mais ampla, além de ser uma questão comercial, uma questão de política externa. Combater isso envolve uma vontade política capaz de abranger todo o governo em saúde. Sendo assim, aponta-se como abordagem para as políticas públicas em todos os setores a “ Saúde em Todas as Políticas ”, que leva em conta as implicações das decisões para a saúde e a busca de sinergias e evita impactos prejudiciais, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade em saúde. |
| Declaração de Xangai - “Promoção da saúde no desenvolvimento sustentável” | 2016 – IX Conferência Global de Promoção da Saúde – Xangai/China | Apresenta a necessidade de aproximação da Promoção da Saúde na produção e no desenvolvimento de uma sociedade sustentável. Inclui como elementos-chave a construção de ações promotoras de saúde relacionadas aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS): atrever-se a criar escolhas políticas para a saúde; cidades e comunidades são cenários críticos para a saúde, educação em saúde empoderada e direcionada à equidade. |

Fonte: elaborado pela autora (2017).

QUADRO 2 – Ações prioritárias à Promoção da Saúde elencadas no Plano de Ações e Estratégias para o Enfrentamento das DCNTs, no Brasil.

| ATIVIDADE FÍSICA | |
|--|---|
| Estratégia | Descrição |
| Programa Academia da Saúde | Construção de espaços saudáveis que promovam ações de promoção da saúde e estimulem atividade física/práticas corporais, o lazer e modos de vida saudáveis em articulação com a Atenção Básica em Saúde. |
| Programa Saúde na Escola | Universalização do acesso ao incentivo material e financeiro do PSE a todos os municípios brasileiros, com o compromisso de ações no âmbito da avaliação nutricional, avaliação antropométrica, detecção precoce de hipertensão arterial, sistêmica, promoção de atividades físicas e corporais, promoção da alimentação saudável e de segurança alimentar no ambiente escolar. |
| Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) | Fortalecimento do componente da construção de praças do PAC 2, no Eixo Comunidade Cidadã, como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação para o mercado de trabalho, serviços socioassistenciais, políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, oferecendo cobertura a todas as faixas etária. |
| Reformulação de espaços urbanos saudáveis | Criação do Programa Nacional de Calçadas Saudáveis e construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas. |
| Campanhas de comunicação | Criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulando com grandes eventos, como a Copa do Mundo de Futebol (2014) e as Olimpíadas (2016). |
| ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL | |
| Programa Nacional de Alimentação Escolar | Promoção de ações de alimentação saudável no Programa Nacional de Alimentação Escolar. |
| Aumento da oferta de alimentos saudáveis | Estabelecimento de parcerias e acordos com a sociedade civil (agricultores familiares, pequenas associações e outros) para o aumento da produção e da oferta de alimentos <i>in natura</i> , tendo em vista o acesso à alimentação adequada e saudável. Apoio a iniciativas intersetoriais para o aumento da oferta de alimentos básicos e minimamente processados, no contexto da produção, do abastecimento e do consumo. |
| Regulação da composição nutricional de alimentos processados | Estabelecimento de acordo com o setor produtivo e parceria com a sociedade civil, com vistas à prevenção de DCNT e à promoção da saúde, para a redução do sal e do açúcar nos alimentos. |
| Redução dos preços dos alimentos saudáveis | Proposição e fomento à adoção de medidas fiscais, tais como redução de impostos, taxas e subsídios, objetivando reduzir os preços dos alimentos saudáveis (frutas, hortaliças), a fim de estimular o seu consumo. |
| Plano Intersetorial de Controle e Prevenção da Obesidade | Implantação do Plano visando à redução da obesidade na infância e na adolescência e à detenção do crescimento da obesidade em adultos. |

(continua)

(conclusão do Quadro 2)

| ATIVIDADE FÍSICA | |
|--|--|
| Estratégia | Descrição |
| ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (continuação) | |
| Regulamentação da publicidade de alimento | Estabelecimento de regulamentação específica para a publicidade de alimentos, principalmente para crianças. |
| TABAGISMO E ÁLCOOL | |
| Regulação sobre o ato de fumar | Adequação da legislação nacional que regula o ato de fumar em recintos coletivos. |
| Projeto de Prevenção e de cessação do tabagismo | Ampliação das ações de prevenção e de cessação do tabagismo, com atenção especial aos grupos mais vulneráveis (jovens, mulheres, população de menor renda e escolaridade, indígenas, quilombolas). |
| Política Fiscal e Tributária | Fortalecimento da implementação da política de preços e de aumento de impostos dos produtos derivados do tabaco e álcool, com o objetivo de reduzir o consumo, conforme preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS). |
| Fiscalização de estabelecimentos e locais públicos | Apoio à intensificação de ações fiscalizatórias em relação à venda de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos. |
| Programa Saúde na Escola | Fortalecimento, no Programa Saúde na Escola (PSE), das ações educativas voltadas à prevenção e à redução do uso de álcool e do tabaco. |
| Controle de comercialização de álcool e tabaco | Apoio a iniciativas locais de legislação específica em relação ao controle de pontos de venda de álcool e horário noturno de fechamento de bares e outros pontos correlatos de comércio. |
| ENVELHECIMENTO ATIVO | |
| Atenção Integral à Saúde do Idoso | Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde, prevenção e atenção integral. |
| Saúde Suplementar | Promoção do envelhecimento ativo e ações de saúde suplementar. |
| Programa Academia da Saúde | Incentivo aos idosos para a prática da atividade física regular no programa Academia da Saúde. |
| Qualificação das equipes AB | Capacitação das equipes de profissionais da Atenção Básica em Saúde para o atendimento, acolhimento e cuidado da pessoa idosa e de pessoas com condições crônicas. |
| Auto-cuidado e racionalização do consumo de medicamentos | Incentivar a ampliação da autonomia e independência para o autocuidado e o uso racional de medicamento. |
| Formação de profissionais "Cuidador" | Criar programas para formação do cuidador de pessoa idosa e de pessoa com condições crônicas na comunidade. |

Fonte: Brasil (2010).

**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista ao Gestor/Coordenador/Diretor municipal
do Programa Academia da Saúde**

PERFIL DO PARTICIPANTE

Idade: _____

Sexo:

- Feminino
 Masculino

Formação profissional: _____

Sua formação ocorreu em que tipo de Instituição de Ensino Superior (IES)?

- Pública
 Privada (com fins lucrativos)
 Privada (sem fins lucrativos – Comunitárias, Confessionais, Filantrópicas)

Possui pós-graduação:

- Sim
 Não

Se responder sim, em que área? _____

Vínculo com a Instituição:

- Efetivo/Concursado
 Cargo de confiança/Comissão
 Contrato Temporário
 Outro. Qual? _____

IDENTIDADE

Há quanto tempo é servidor público?

Há quanto tempo ocupa o cargo de gestor da Atenção Básica? E do Programa Academia da Saúde?

Como chegou ao cargo de gestor da Atenção Básica?

CONHECIMENTO E COMPREENSÃO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

1) O que vem a sua cabeça quando eu menciono a palavra SAÚDE?

2) O que você pensa sobre PROMOÇÃO DA SAÚDE?

3) Para você, como o Estado/Governo atua na SAÚDE e na PROMOÇÃO DA SAÚDE?

4) Na sua opinião, compete exclusivamente às Secretarias de Saúde planejar, implantar e implementar políticas, programas e ações com foco na SAÚDE e na PROMOÇÃO DA SAÚDE? Por quê?

5) O que é promover saúde para você?

6) Para você, quais temas estão relacionados à PROMOÇÃO DA SAÚDE?

7) Qual o papel do gestor na PROMOÇÃO DA SAÚDE?

PARCERIA E INTERAÇÃO

1) Que tipo de relação a gestão municipal tem com a gestão estadual, em especial na implantação e implementação de políticas, programas, projetos e ações de Promoção da Saúde?

2) Como a gestão municipal se relaciona com o Ministério da Saúde?

3) De que forma o Conselho Municipal de Saúde participa da gestão das ações e serviços de saúde?

4) É diferente a participação de outras esferas e instituições nos níveis de atenção primária, secundária e terciária?

5) A comunidade participa do planejamento, da gestão e da avaliação das políticas de saúde? Por quê?

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

1) Há quanto tempo o(s) polo(s) do ACADEMIA DA SAÚDE funcionam?

2) Quais atividades são realizadas nos polos? Por quê?

3) Qual o perfil de usuário do Programa ACADEMIA DA SAÚDE? Por quê?

4) Você sabe por que a gestão municipal decidiu implantar o(s) polo(s) do PAS?

5) Que tipo de profissionais atuam no(s) polo(s)?

6) De que forma o usuário tem acesso aos serviços oferecidos no(s) polo(s)? Por quê?

7) Como são alocados os recursos utilizados para a manutenção do(s) polo(s)?

8) Quais as dificuldades encontradas por você, enquanto gestor, em relação ao Programa ACADEMIA DA SAÚDE?

9) Que resultados ou impactos o PAS pode ou poderá trazer a sua comunidade?

10) No futuro, como você vê o PAS em sua comunidade?

**APÊNDICE D – Roteiro de entrevista ao Coordenador/Diretor/Gestor estadual
do Programa Academia da Saúde**

PERFIL DO PARTICIPANTE

Idade: _____

Sexo:

- Feminino
 Masculino

Formação profissional: _____

Sua formação ocorreu em que tipo de Instituição de Ensino Superior (IES)?

- Pública
 Privada (com fins lucrativos)
 Privada (sem fins lucrativos – Comunitárias, Confessionais, Filantrópicas)

Possui pós-graduação:

- Sim
 Não

Se responder sim, em que área? _____

Vínculo com a Instituição:

- Efetivo/Concursado
 Cargo de confiança/Comissão
 Contrato Temporário
 Outro. Qual? _____

IDENTIDADE

Há quanto tempo é servidor público?

Há quanto tempo ocupa o cargo de gestor do Programa Academia da Saúde?

Como chegou ao cargo de gestor estadual da PS/PAS?

CONHECIMENTO E COMPREENSÃO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

1) O que vem a sua cabeça quando eu menciono a palavra SAÚDE?

2) O que você pensa sobre PROMOÇÃO DA SAÚDE?

3) Para você, como o Estado/Governo atua na SAÚDE e na PROMOÇÃO DA SAÚDE?

4) Na sua opinião, compete exclusivamente às Secretarias de Saúde planejar, implantar e implementar políticas, programas e ações com foco na SAÚDE e na PROMOÇÃO DA SAÚDE? Por quê?

5) O que é promover saúde para você?

6) Para você, quais temas estão relacionados à PROMOÇÃO DA SAÚDE?

7) Qual o papel do gestor na PROMOÇÃO DA SAÚDE?

PARCERIA E INTERAÇÃO

1) Que tipo de relação a gestão estadual tem com os municípios, em especial na implantação e implementação de políticas, programas, projetos e ações de Promoção da Saúde?

2) Como a gestão estadual se relaciona com o Ministério da Saúde? Por quê?

3) Existe o relacionamento entre a gestão estadual da PS e outros setores governamentais, não governamentais e sociedade civil? Como é esse relacionamento? Quais são os setores que são parceiros da gestão estadual?

4) Na sua opinião, existem diferenças na participação de outras esferas e instituições nos níveis de atenção primária, secundária e terciária?

5) A gestão estadual visualiza de que forma a participação da comunidade no planejamento, na gestão e na avaliação das políticas de saúde e PS? Por quê?

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

1) Há quanto tempo a CVPS atua junto ao PAS? Por quê?

2) Como a gestão estadual atua junto aos polos do PAS?

3) Qual o perfil do usuário do Programa ACADEMIA DA SAÚDE? Por quê?

4) Que tipo de profissionais atuam no(s) polo(s)?

6) De que forma o usuário tem acesso aos serviços oferecidos no(s) polo(s)? Por quê?

7) Como são alocados os recursos utilizados para a manutenção do(s) polo(s)?

8) Quais as dificuldades encontradas por você, enquanto gestor, em relação à implantação e implementação do Programa ACADEMIA DA SAÚDE?

9) Que resultados ou impactos o PAS pode ou poderá trazer aos municípios que o possuem?

10) No futuro, como você vê o PAS no estado de Goiás?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista profissional do Programa Academia da Saúde

PERFIL DO PARTICIPANTE

Idade: _____

Sexo:

- Feminino
 Masculino

Formação profissional: _____

Sua formação ocorreu em que tipo de Instituição de Ensino Superior (IES)?

- Pública
 Privada (com fins lucrativos)
 Privada (sem fins lucrativos – Comunitárias, Confessionais, Filantrópicas)

Possui pós-graduação:

- Sim
 Não

Se responder sim, em que área? _____

Vínculo com a Instituição:

- Efetivo/Concursado
 Cargo de confiança/Comissão
 Contrato Temporário
 Outro. Qual? _____

IDENTIDADE

Há quanto tempo é servidor público?

Qual o seu cargo/função? Há quanto tempo o ocupa?

Como chegou ao cargo que atualmente ocupa junto a PS/PAS?

CONHECIMENTO E COMPREENSÃO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

- 1) O que vem a sua cabeça quando eu menciono a palavra SAÚDE?
- 2) O que você pensa sobre PROMOÇÃO DA SAÚDE?
- 3) Para você, como o município atua na SAÚDE e na PROMOÇÃO DA SAÚDE?

4) Na sua opinião, compete exclusivamente às Secretarias de Saúde planejar, implantar e implementar políticas, programas e ações com foco na SAÚDE e na PROMOÇÃO DA SAÚDE? Por quê?

5) O que é promover saúde para você?

6) Para você, quais temas estão relacionados à PROMOÇÃO DA SAÚDE?

7) Qual o seu papel na PROMOÇÃO DA SAÚDE?

PARCERIA E INTERAÇÃO

1) Você participa do planejamento e da gestão do PAS? Como?

2) Como é seu relacionamento com o gestor? E com os demais membros da equipe EsF/NASF?

3) Como a comunidade participa do PAS? Apenas nas atividades oferecidas? Participam das reuniões da equipe? Existe representante da comunidade junto ao conselho gestor do PAS?

4) O Conselho Municipal frequenta o polo? De que forma?

5) O que a gestão exige de você junto ao PAS?

6) Você é avaliado? De que maneira?

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

1) Você poderia me contar como é sua rotina no PAS?

2) Por que você decidiu atuar no PAS?

3) Na sua opinião, para que serve o polo do PAS?

4) Qual o perfil de usuário do Programa ACADEMIA DA SAÚDE? Por quê?

5) De que forma o usuário tem acesso aos serviços oferecidos no(s) polo(s)? Por quê?

6) Você sabe como são alocados os recursos utilizados para a manutenção do(s) polo(s)?

7) Quais as dificuldades encontradas por você, enquanto profissional, em relação ao Programa ACADEMIA DA SAÚDE?

8) Que resultados ou impactos o PAS pode ou poderá trazer aos usuários do polo? E para a comunidade?

9) No futuro, como você vê o polo do PAS daqui?

APÊNDICE F – Roteiro de entrevista ao usuário do Programa Academia da Saúde

PERFIL DO PARTICIPANTE

Naturalidade: _____

Reside: _____

Idade: _____

Sexo:

- Feminino
- Masculino
- Transgênero
- Intersexo
- Assexuado

Estado Civil:

- solteiro
- casado
- divorciado
- viúvo
- outro _____

Nível de Instrução:

- fundamental
- médio
- superior
- pós-graduação

Ocupação profissional: _____

Renda mensal familiar:

- ≤ 1 salário-mínimo
- 1 – 2 salários-mínimos
- 3 – 5 salários-mínimos

() 6 – 9 salários-mínimos

() \geq 10 salários-mínimos

Cor/Raça:

() Branca

() Preta

() Parda

() Amarela

() Indígena

() Não quero declarar

IDENTIDADE E ROTINA

- 1) Pode descrever seu dia? (Hábitos, atividades)
- 2) Poderia descrever o dia de hoje, como foi desde a hora que acordou até agora?
- 3) O que você gosta de fazer no seu tempo livre?
- 4) Há quanto tempo realiza atividade física? Que tipo de atividade física?
- 5) O que você mais gosta de comer? Por quê?
- 6) O que significa a comida/alimentação para você?
- 7) Você costuma consumir bebidas alcoólicas? Quando? Com quem?
- 8) Você faz(fez) uso de tabaco? Se sim, quantos cigarros você consome(ia)?
- 9) A sua família tem histórico de alguma doença – hipertensão, diabetes, câncer, depressão? Qual(is)?
- 10) E você possui alguma doença crônica (hipertensão, diabetes, câncer, outras)? Se sim, você faz o acompanhamento? Com quais especialidades?
- 11) Você se considera uma pessoa ativa? Por quê?
- 12) De forma geral, como você se sente em relação a sua família e amigos?

CONHECIMENTO E COMPREENSÃO SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE

- 1) O que vem a sua cabeça quando eu menciono a palavra SAÚDE?
- 2) O que você pensa sobre PROMOÇÃO DA SAÚDE?

4) Na sua opinião, compete exclusivamente às Secretarias de Saúde planejar, implantar e implementar políticas, programas e ações com foco na SAÚDE e na PROMOÇÃO DA SAÚDE? Por quê?

5) O que é promover saúde para você?

PARCERIA E INTERAÇÃO

1) Como você participa no polo do PAS?

2) Como é seu relacionamento com o profissional do polo? E com os demais membros da equipe EsF/NASF? E com os colegas do PAS?

3) Você participa de alguma associação comunitária, conselho comunitário, grupos religiosos, sindicato? Por quê?

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

1) Como você ficou conhecendo o polo do PAS?

2) Você poderia me contar como é sua rotina no polo do PAS?

3) Na sua opinião, para que serve o polo do PAS?

4) Você está no PAS há quanto tempo?

5) Para você, quais as dificuldades encontradas no polo do PAS? O que poderia ser melhor?

6) Quais impactos/resultados você viu em sua vida após começar a frequentar o polo do PAS?

7) Daqui há uns 5 anos, como você se vê? Você ainda frequentará o polo do PAS? Como estará o polo do PAS?

8) O que você gostaria de mudar no polo do PAS? Por quê?

APÊNDICE G – Roteiro de observação de campo¹

| EIXO DE OBSERVAÇÃO | ELEMENTOS ESPECÍFICOS |
|---------------------|--|
| Urbano-geográfico** | Localização (bairro central/periférico) |
| | Infraestrutura urbana (asfaltamento, rede de água e esgoto, energia elétrica) |
| | Bens e serviços adjacentes ao polo (público/privado) |
| População*** | Perfil sociodemográfico geral e específico ao PAS (nível de renda, sexo, faixa etária) |
| | Interação social |
| | Rotina da comunidade |
| Profissionais | Comportamento e atitudes junto ao público assistido |
| | Perfil do profissional |
| | Interação com a comunidade em geral |
| | Interação com demais profissionais PAS ou UBS |

¹ O diário de observação foi realizado através de gravação de áudio pela própria pesquisadora, em aplicativo “Gravador de Som” instalado em aparelho smartphone *Galaxy Samsung S6*.

** Registros fotográficos

*** Relatos da comunidade não sistematizado (falas de cunho informal)

ANEXOS

1. ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/UFG
2. ANEXO B – Parecer Consubstanciado CEP/SEST-SUS
3. ANEXO C – Comprovantes de submissão de artigos científicos
4. ANEXO D – Política Estadual de Promoção da Saúde – Estado de Goiás

ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/UFG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política de Saúde e Promoção da Saúde: O caso do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás

Pesquisador: fernanda ramos parreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 64921517.3.0000.5083

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Sociais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.986.240

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem por objetivo analisar a implementação da PNPS, através do programa academia da saúde, e sua configuração no contexto microespacial, assim, orienta-se através de métodos mistos (mixed methods – MM). Sendo assim, opta-se em combinar a abordagem qualitativa e quantitativa para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa e de seus elementos constituintes. Ademais, a pesquisa configura-se como do tipo observacional-exploratório, pois desenvolver-se á pesquisa de campo. Em face de se constituir um estudo que parte de um contexto macrossociológico, pois se preocupa com a constituição de valores e crenças vinculados a promoção de saúde sob a perspectiva global. Não obstante, a presente pesquisa busca estudar o contexto microssociológico, por meio d análise de uma realidade local específica que, no caso, refere-se a implantação e implementação do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás. A pesquisa de campo será realizada junto gestão estadual e municipal do referido programa, utilizando como técnicos para coleta de dados a observação direta e entrevista com gestores, profissionais e usuários do programa. Dentre os 86 (oitenta e seis) municípios que possuem polo do Programa Academia da Saúde em pleno funcionamento, definiu-se, inicialmente, sete municípios goianos para realização da pesquisa de campo. Aparecida de Goiânia Hidrolândia, Ouro verde, Iporá, Rio verde, Ceres e Jaraguá. Fundamentalmente, a pesquisa cumprirá os ditames e as normas éticas estabelecidas pelo

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.986.240

sistema CONEP/CEP, ao qual a pesquisa será submetida a avaliação. Os sujeitos e as instituições participantes serão esclarecidas acerca dos benefícios e riscos do presente estudo e formalizarão suas participações através de instrumento próprios TCLE e Termo de Anuência.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a implementação da PNPS, através do programa Academia da Saúde, e sua configuração no contexto microespacial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa buscará cumprir os preceitos éticos, focando nos princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e a justiça. Não obstante, compreende que as pesquisas em ciências sociais possuem instrumentos próprios do campo e a realização de entrevistas e observação direta in loco possam gerar desconforto aos sujeitos participantes seja com a presença da pesquisadora ou em relação a algum item do roteiro aplicado. Sendo assim, vale destacar que o sujeito tem toda liberdade, autonomia de recusar-se a participar, e aqueles que consentirem em participar, terá garantidos seu direito de anonimato.

Benefícios: As ações advindas da pesquisa visam ampliar os estudos sobre a saúde enquanto uma construção social. Logo, o benefício apontado para a realização da pesquisa refere-se a contribuir para a construção do conhecimento sociológico em saúde. E os resultados possam corroborar no trabalho e na vida dos sujeitos e instituições envolvidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É um estudo relevante no que tange á saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

os documentos obrigatórios foram todos apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado após reformulação do TCLE

Considerações Finais a critério do CEP:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes. Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.986.240

de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, prevista para fevereiro de 2019.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_867533.pdf | 21/03/2017 17:38:13 | | Aceito |
| Outros | carta.odt | 21/03/2017 17:37:45 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE2.doc | 21/03/2017 17:37:22 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha.pdf | 17/02/2017 14:05:19 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | Gestor.odt | 15/02/2017 00:44:11 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | GestorM.odt | 15/02/2017 00:43:51 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | Profissional.odt | 15/02/2017 00:42:25 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | Usuario.odt | 15/02/2017 00:42:01 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 15/02/2017 00:37:04 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Compromisso.pdf | 15/02/2017 00:36:16 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Suvisa.pdf | 15/02/2017 00:35:05 | fernanda ramos parreira | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com



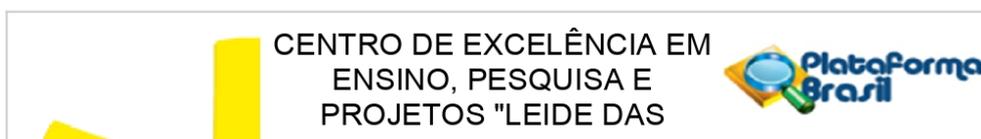
Continuação do Parecer: 1.986.240

GOIANIA, 28 de Março de 2017

Assinado por:
João Batista de Souza
(Coordenador)

Endereço: Prédio da Reitoria Térreo Cx. Postal 131
Bairro: Campus Samambaia **CEP:** 74.001-970
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-1163 **E-mail:** cep.prpi.ufg@gmail.com

ANEXO B – Parecer Consubstanciado CEP/SEST-SUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Política de Saúde e Promoção da Saúde: O caso do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás

Pesquisador: fernanda ramos parreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64921517.3.3001.5082

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Sociais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.013.011

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

A pesquisa trás como objetivo analisar a implementação da PNPS, através do programa Academia da Saúde, e sua configuração no contexto microespacial, assim, orienta-se através de métodos mistos (mixed methods – MM). Sendo assim, opta-se em combinar a abordagem qualitativa e quantitativa para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa e de seus elementos constituintes. Ademais, a pesquisa configura-se como do tipo observacional-exploratório, pois desenvolver-se-á pesquisa de campo. Em face de se constituir um estudo que parte de um contexto macrossociológico, pois se preocupa com a constituição de valores e crenças vinculados à promoção de saúde sob a perspectiva global, em especial no que tange à influência do norte global na configuração da saúde no sul global. Não obstante, a presente pesquisa busca estudar o contexto microssociológico, por meio da análise de uma realidade local específica que, no caso, refere-se à implantação e implementação do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás. A pesquisa de campo será realizada junto gestão estadual e municipal do referido Programa, utilizando como técnicas para coleta de dados a observação direta e entrevista com gestores, profissionais e usuários do programa. Dentre os 86 (oitenta e seis) municípios que possuem polo do Programa Academia da Saúde em pleno funcionamento, definiu-se, inicialmente, sete

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS

Bairro: Bairro Santo Antônio

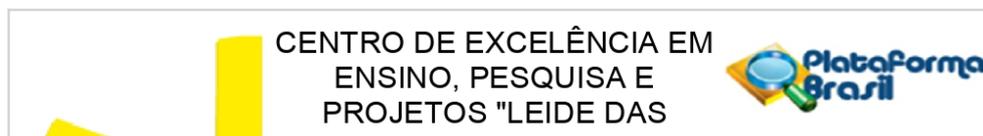
CEP: 74.853-070

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3201-3408

E-mail: cep.cepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.013.011

municípios goianos para realização da pesquisa de campo: Aparecida de Goiânia, Hidrolândia, Ouro Verde de Goiás, Iporá, Rio Verde, Ceres e Jaraguá.

Fundamentalmente, a pesquisa cumprirá os ditames e as normas éticas estabelecidas pelo sistema CONEP/CEP ao qual a pesquisa será submetida à avaliação. Os sujeitos e as instituições participantes serão esclarecidos acerca dos benefícios e riscos do presente estudo e formalizarão suas participações através de instrumentos próprios: TCLE e Termo de Anuência.

Perguntas de pesquisa:

- De que forma o modelo ou a concepção de saúde engendrado no final do século XX se [re]constrói e se reproduz junto aos atores inseridos no contexto do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás?
- Como ocorre a interação e a cooperação entre as diferentes esferas governamentais, não governamentais e os demais agentes envolvidos no Programa Academia da Saúde implantado no estado de Goiás?

Metodologia Proposta:

A pesquisa orienta-se através de métodos mistos (mixed methods – MM). Esse método representa uma perspectiva dialógica e permite ampliar a maneira de analisar objetos e questões cuja complexidade demanda.

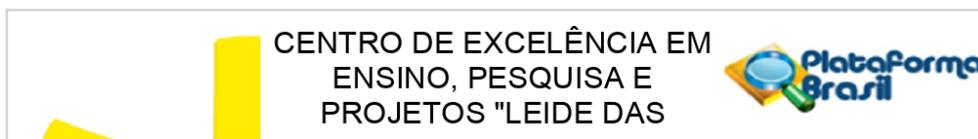
Sob essa óptica, opta-se em combinar a abordagem qualitativa e quantitativa para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa e de seus elementos constituintes.

Em face de se constituir um estudo que parte de um contexto macrossociológico, pois se preocupa com a constituição de valores e crenças vinculados à promoção de saúde sob a perspectiva global, em especial no que tange à influência do norte global na configuração da saúde no sul global. Não obstante, a presente pesquisa busca estudar o contexto microssociológico, por meio da análise de uma realidade local específica, que, no caso, refere-se à implantação do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás.

É pertinente destacar que essas duas dimensões – macro e micro – são distintas. entretanto, elas estão intimamente ligadas.

Etapas projetadas para a realização desta pesquisa:

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.ceepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.013.011

1) Levantamento de dados (qualitativos e quantitativos) e seleção de amostras:

- Documentos oficiais relacionados ao Programa Academia da Saúde – leis, decretos, ofícios, dentre outros – nas três esferas governamentais (municipais, estaduais e federal);
- Fontes estatísticas – Ministério da Saúde (número de polos implantados, valores destinados ao Programa Academia da Saúde por estados e municípios, etc.); Secretaria Estadual de Saúde/Vigilância em Saúde (número de polos implementados, construídos, desabilitados e inativados do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás; dentre outros). Banco de dados a serem acessados PNAD, FormSUS, e-SUS, Conecta-SUS, IBGE;
- Definição de número de polos do Programa Academia da Saúde e de sujeitos participantes da pesquisa: gestores públicos (estaduais e municipais), profissionais de linha de frente, representantes sociais (conselho municipal de saúde) e usuários.

2) Pesquisa de campo:

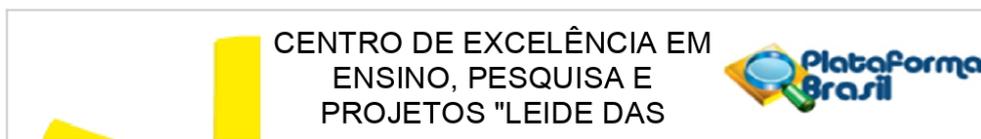
- Realização de entrevistas junto aos atores envolvidos na construção, implementação e [re] elaboração do Programa “Academia da Saúde”. Utilizar-se-á a técnica semiestruturada aos gestores do Programa; aos atores que atuam junto ao programa (profissionais) e usuários aplicar-se-á a entrevista episódica, pois se admite a importância do conhecimento experimental desses indivíduos.
- Observação dos locais selecionados, uma vez que, essa técnica “[...] apresenta como principal vantagem, em relação a outras técnicas, a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação” (GIL, 2008 p. 100).

3) Análise e interpretação dos dados:

- Os dados obtidos serão organizados em programas específicos para análise e compilação de dados, assim como em planilhas eletrônicas. Buscar-se-á evidenciar relações entre variáveis de identificação e de participação e o processo de institucionalização e legitimação do Programa Academia da Saúde.

- No que se refere à análise de dados obtidos através de entrevistas aplicadas com os atores de linha de frente (gestores municipais, equipe ESF, equipe “Academia da Saúde”, usuários, conselhos municipais e movimentos comunitários), será utilizado para construção de códigos o programa de

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.ceepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.013.011

análise qualitativa Atlas-ti.

Para dados obtidos através de fontes estatísticas (FormSus, PNAD, etc.), utilizar-se-á o PSPF ou Stata para análise de variáveis e criação de gráficos e tabelas.

As categorias construídas serão utilizadas nesta etapa da pesquisa visando atingir os objetivos propostos aqui. Tomam-se por categorias a serem analisadas: 1. acesso e participação; 2. compreensão e incorporação de crenças e valores; 3. confiança e legitimidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivos da pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar a implementação da PNPS, através do programa Academia da Saúde, e sua configuração no contexto microespacial.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar os pólos do Programa Academia da Saúde implementados no estado de Goiás;
- Analisar o acesso, a participação e cooperação dos agentes vinculados ao Programa Academia da Saúde implantado no estado de Goiás;
- Elencar as ações de Promoção da Saúde desenvolvidas nos pólos do Programa Academia da Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

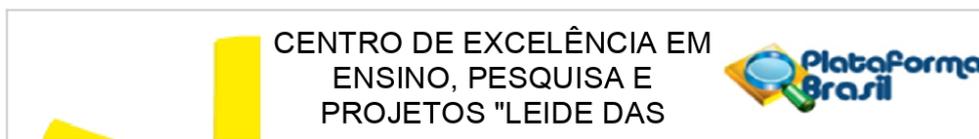
Avaliação dos riscos e benefícios:

Riscos:

A pesquisa buscará cumprir os preceitos éticos, focando nos princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência e a justiça. Não obstante, compreende que as pesquisas em ciências sociais possuem instrumentos próprios do campo, e a realização de entrevistas e observação direta in loco possam gerar desconforto aos sujeitos participantes, seja com a presença da pesquisadora ou em relação a algum item do roteiro aplicado. Sendo assim, vale destacar que o sujeito tem toda liberdade, autonomia de recusar-se a participar, e àqueles que consentir em participar, terão garantidos seu direito de anonimato.

Benefícios:

| |
|--|
| Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS |
| Bairro: Bairro Santo Antônio CEP: 74.853-070 |
| UF: GO Município: GOIANIA |
| Telefone: (62)3201-3408 E-mail: cep.cepp@gmail.com |



Continuação do Parecer: 2.013.011

As ações advindas da pesquisa visam ampliar os estudos sobre a saúde enquanto uma construção social. Logo, o benefício apontado para a realização da pesquisa refere-se a contribuir para a construção do conhecimento sociológico em saúde. E os resultados possam corroborar no trabalho e na vida dos sujeitos e instituições envolvida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto foi aprovado pelo CEP-UFG.

O protocolo atende aos requisitos éticos, com TCLE adequado, apresenta todas as garantias éticas e a análise de riscos e benefícios está adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerações sobre os termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

Folha de Rosto: Contendo assinatura da pesquisadora e Vice-Diretora da Faculdade de Ciências Sociais da UFG;

TCLE: Contendo todos os itens preconizado, com linguagem clara e objetiva;

Termo de Compromisso;

Informações básicas do projeto;

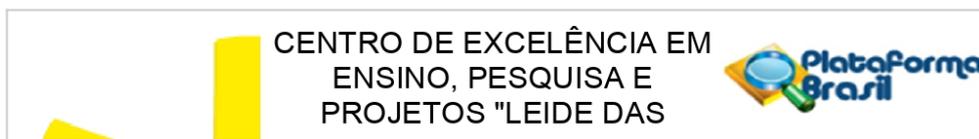
Projeto de pesquisa na íntegra;

Roteiros de entrevistas:

- Ao Gestor Estadual do Programa Academia da Saúde;

- Ao Gestor Municipal do Programa Academia da Saúde;

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.ceepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.013.011

- Aos profissionais do Programa Academia da Saúde;

- Aos usuários do Programa Academia da Saúde.

** Não foi apresentado Currículo Lattes da pesquisadora e nem da orientadora.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclusão da relatoria:

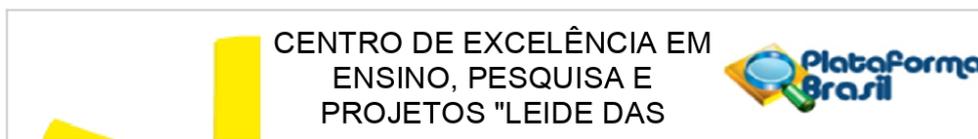
- Considerando tratar-se de projeto de pesquisa relevante para a saúde pública;
- Considerando que o projeto atende os aspectos éticos relacionados à pesquisa que envolve seres humanos, segundo sua legislação;
- Considerando que a pesquisa oferece risco mínimo aos participantes(possível exposição pública) e a pesquisadora se compromete com o anonimato dos participantes;
- Considerando que a pesquisa não trará ônus à SES;
- Considerando que esta pesquisa possui parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisas da UFG.

Esta relatoria é favorável à aprovação do Projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos aos pesquisadores que apresentem relatório parcial a cada seis meses e relatório final no encerramento da pesquisa. É obrigatória a apresentação desses relatórios. O relatório parcial deve descrever os danos e efeitos provocados pela pesquisa (se eles ocorreram ou não) e medidas de proteção e recuperação da saúde realizadas . O relatório final deve deve descrever os danos e efeitos provocados pela pesquisa e medidas de proteção e recuperação da saúde realizadas, bem

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.ceepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.013.011

como descrever os resultados da pesquisa. Os relatórios devem ser anexados numa notificação realizada na Plataforma Brasil. O relatório tem modelo próprio, por favor, solicite o modelo pelo email <cep.cepp@gmail.com>.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

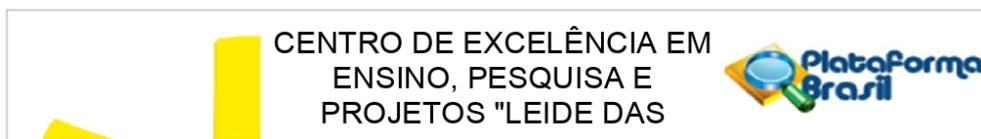
| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_867533.pdf | 21/03/2017 17:38:13 | | Aceito |
| Outros | carta.odt | 21/03/2017 17:37:45 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE2.doc | 21/03/2017 17:37:22 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_867533.pdf | 17/02/2017 14:06:45 | | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha.pdf | 17/02/2017 14:05:19 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | Gestor.odt | 15/02/2017 00:44:11 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | GestorM.odt | 15/02/2017 00:43:51 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | Profissional.odt | 15/02/2017 00:42:25 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Outros | Usuario.odt | 15/02/2017 00:42:01 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 15/02/2017 00:37:44 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto.pdf | 15/02/2017 00:37:04 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Compromisso.pdf | 15/02/2017 00:36:16 | fernanda ramos parreira | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Suvisa.pdf | 15/02/2017 00:35:05 | fernanda ramos parreira | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.cepp@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.013.011

Não

GOIANIA, 12 de Abril de 2017

Assinado por:
YARA HILARIO MEDEIROS PEIXOTO
(Coordenador)

Endereço: Rua 26, n. 521, Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS
Bairro: Bairro Santo Antônio **CEP:** 74.853-070
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3201-3408 **E-mail:** cep.ceepp@gmail.com

ANEXO C – Comprovantes de submissão de artigos científicos

31/10/2019

Submissões

APS EM REVISTA

Tarefas 0

Português (Brasil)

Ver o Site

fernandarp

Submissões

Fila **Arquivos**

Ajuda

Submissões

Minhas Submissões Designadas

[Nova Submissão](#)

45 **Fernanda Ramos Parreira, Marta Rovey de Souza**
 O Trabalho no SUS: retrato das relações trabalhistas no Programa Ac...

Submissão


Discussões abertas

[Ver Submissão](#)

1 de 1 submissões

Platform &
 workflow by
 OJS / PKP

02/11/2019

ScholarOne Manuscripts

 **Sociology of Health and Illness** **Home** **Author**

Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

Submitted to

Sociology of Health and Illness

Manuscript ID

SHI-00366-2019

Title

Beyond coping with chronic non-communicable diseases: reflections on paradigms in the Brazilian Academy of Health Programme

AuthorsParreira, Fernanda
Rovero de Souza, Marta**Date Submitted**

02-Nov-2019

[Author Dashboard](#)

ANEXO D – Portaria e Resolução de Política Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Goiás

GOIÂNIA, TERÇA-FEIRA, 25 DE JUNHO DE 2019
ANO 182 - DIÁRIO OFICIAL/GO Nº 23.079

 **Diário Oficial**

15

Saúde, e, enquanto durar tal exercício, conforme disposto no § 1º do referido artigo;

Considerando o Decreto Estadual nº 9.122, de 28 de dezembro de 2017, que regulamenta a concessão da Gratificação de Produtividade Fiscal, instituída pelo art. 21 da Lei nº 18.464/2014, especificamente em seu art. 5º, inciso II, que trata da necessidade de edição de ato do Secretário de Estado da Saúde para a referida concessão; Considerando a fiel observância aos critérios para a designação de servidor para exercer a função de fiscal de vigilância sanitária, contidos na Portaria nº 168/2017 - GAB/SES/GO, de 17 de fevereiro de 2017.

RESOLVE:

Art. 1º - Designar a servidora Clécia Di Lourdes Vecci Menezes, portadora do CPF nº 300.957.941-15, servidora efetiva da SES/GO, onde ocupa o cargo de enfermeiro, para exercer a função de FISCAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, a partir do dia 02 de maio de 2019, junto à Superintendência de Vigilância em Saúde - SUVISA.

Art. 2º - Conceder a Gratificação de Produtividade Fiscal a servidora mencionada no artigo anterior, em conformidade com o art. 21 da Lei nº 18.464/2014, combinado com o art. 1º, do Decreto nº 9.122/2017, conforme disposto nos artigos 14 e 15 do referido Decreto.

Art. 3º - Excepcionalmente, a Gratificação de Produtividade Fiscal mencionada no artigo anterior, será paga no percentual de 20% (vinte por cento) do vencimento inicial do cargo, do grupo ocupacional em que a servidora estiver posicionada, no lapso temporal entre uma avaliação e outra, conforme disposto no § 2º, do art. 3º, do Decreto nº 9.122/2017.

Art. 4º - O Titular da Superintendência de Vigilância em Saúde, deverá informar, de imediato, qualquer alteração que implique na interrupção ou encerramento do direito da percepção da gratificação concedida nesta Portaria, tais como mudança de lotação ou quando a servidora deixar de exercer a função de Fiscal de Vigilância Sanitária.

Art. 5º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação. CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

Gabinete do Secretário do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 16 dias do mês de abril de 2019.

ISMAEL ALEXANDRINO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 135359

Portaria 134/GAB/SES/GO./2019 - SES

Considerando a Resolução nº 041/2019 - CIB, de 15 de fevereiro de 2019, que pactuou a Política Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Goiás - PEPS/GO;

Considerando a Resolução nº 002/2019/CES/GO, que aprovou a Política Estadual de Promoção da Saúde, conforme contido em seu Artigo 1º, publicada no D.O/GO, nº 23.014, de 18 de março de 2019; RESOLVE:

Aprovar, na forma do anexo a esta Portaria, a Política Estadual de Promoção da Saúde do Estado de Goiás, a fim de subsidiar a implantação e implementação das Políticas municipais de Promoção da Saúde no Estado de Goiás.

CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

Gabinete do Secretário do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 16 dias do mês de abril de 2019.

ISMAEL ALEXANDRINO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 135360

Portaria 135/GAB/SES/GO/2019 - SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas, e

Considerando que alguns servidores deixaram de exercer a função de fiscal de vigilância sanitária, conforme informação da Superintendência de Vigilância em Saúde/SES/GO;

Considerando a prerrogativa que tem a Administração Pública de rever seus atos, em especial no que diz respeito a designação de servidores para exercer a função citada.

RESOLVE:

Art. 1º Excluir da Portaria nº 054/2018-GAB/SES/GO, de 07 de fevereiro de 2018, os nomes dos seguintes servidores:

1 - LILIAN SILVIA PANSANI, CPF nº 198.576.671-04.

2 - GILMAR LAZARO FERREIRA DE ASSIS, CPF nº 192.990.281-68-20.

3 - NILMA ENEAS GOMES, CPF nº 349.264.021-49.

Art. 2º Excluir da Portaria nº 055/2018-GAB/SES/GO, de 07 de fevereiro de 2018, o nome da servidora ANDREA CRISTINA DE CARVALHO, CPF nº 515.543.301-06.

Art. 3º Excluir da Portaria nº 964/2018/GAB/SES, de 29 de novembro 2018, o nome da servidora MÁRCIA DE MACEDO CAMPOS SILVA, CPF nº 814.521.361-49.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos a partir da data da aposentadoria dos servidores citados no Artigo 1º, e a partir de 01 de maio de 2019, com relação as servidoras citadas nos Artigos 2º e 3º.

CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

Gabinete do Secretário do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 02 dias do mês de maio de 2019.

ISMAEL ALEXANDRINO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 135361

Portaria 136/GAB/SES./2019 - SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são legalmente conferidas e,

Considerando o que ficou determinado por meio da Portaria nº 111/2019 - SES, de 28 de fevereiro de 2019, acerca da concessão da Gratificação de Produtividade Fiscal a servidora MARIA CECILIA MARTINS BRITO, CPF nº 472.350.471-00, em conformidade com o art. 21 da Lei nº 18.464/2014, combinado com o art. 1º, do Decreto nº 9.122/2017, conforme disposto nos artigos 14 e 15 do referido Decreto;

Considerando que referida servidora estava exercendo a função de Fiscal de Vigilância Sanitária junto a Superintendência de Vigilância em Saúde - SUVISA;

Considerando que a servidora foi removida para a Regional de Saúde Central - Goiânia, conforme contido na Portaria nº 188 - GGP GAB/2019-SES, onde permanece no exercício da função de Fiscal de Vigilância Sanitária,

RESOLVE:

Artigo 1º - Alterar a Portaria nº111/2019 - SES, de 28 de fevereiro de 2019, em especial com relação a lotação da servidora MARIA CECILIA MARTINS BRITO, haja vista que atualmente a servidora está exercendo a função de Fiscal de Vigilância Sanitária junto a Regional de Saúde Central - Goiânia.

Artigo 2º - O Titular da Regional de Saúde Central - Goiânia, deverá informar, de imediato, qualquer alteração que implique na interrupção ou encerramento do direito da percepção da gratificação concedida a servidora, tal como a mudança de lotação, ou quando a servidora deixar de exercer a função de Fiscal de Vigilância Sanitária.

Artigo 3º - Determinar à Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças a adoção de medidas legais e adequadas para o pagamento da Produtividade Fiscal.

Artigo 4º - Ficam ratificados os demais termos da Portaria nº 111/2019 - SES, de 28 de fevereiro de 2019.

Artigo 5º - Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir do dia 14 de março de 2019.

CUMPRA-SE e PUBLIQUE-SE.

Gabinete do Secretário do (a) SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, aos 02 dias do mês de maio de 2019.

ISMAEL ALEXANDRINO
Secretário de Estado da Saúde

Protocolo 135364

Portaria 137/2019 - SES

O SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE, em cumprimento ao disposto na Portaria nº 344/98-SVS/MS e no Art.124, Parágrafo único, da Portaria nº 006/99-SVS/MS, e tendo em vista o que consta no Processo nº 201900010009822, de 18/03/2019,

RESOLVE:

Art. 1º. Aprovar o cadastro da firma DROGARIA RODRIGUES MARQUES LTDA, inscrita no CNPJ/MF sob o N.º 19.578.125/0001-21, localizada na Rua Professor Joaquim Pedro, nº 290, Setor Central, Rio Verde-GO, CEP 75.901-170, a comercializar, conforme



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Resolução nº 041/2019 - CIB

Goiânia, 15 de fevereiro de 2019.

Pactua a Política Estadual de Promoção da Saúde de Goiás - PEPS/GO.

A Coordenação da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Goiás, no uso das suas atribuições regimentais que lhe foi conferida e considerando:

- 1 – O Art.196 ao 200 da Constituição Federal de 1988;
- 2 – A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes;
- 3 – A Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências;
- 4 – O Decreto 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e monitoramento;
- 5 – O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa;
- 6 – A Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecimento a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- 7 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. ANEXO I Política Nacional de Promoção da Saúde - Fica instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde;
- 8 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, da Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO III Política Nacional de Alimentação e Nutrição;



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

- 9 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO VII Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência;
- 10 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO X - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança;
- 11 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO XI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;
- 12 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - ANEXO XXV - Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares;
- 13 – A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde - CAPÍTULO I - DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS obedecerão o disposto no Anexo I da presente Portaria;
- 14 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - ANEXO XII - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- 15 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO XIX - Aprova a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra;
- 16 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde - ANEXO XX - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas;
- 17 – A Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, a Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde – ANEXO



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

XXI - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais;

- 18 – A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde - ANEXO II - Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável;
- 19 – Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde - ANEXO IV - Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas;
- 20 – A Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que trata da consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde - ANEXO VI - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- 21 – A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Seção I - Do Financiamento das Ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, Relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária;
- 22 – A Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - Seção II - Do Incentivo Financeiro de Custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS;
- 23 – A Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017, que altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e transferência dos recursos federais para ações e serviços públicos de saúde no SUS;
- 24 – O Plano Estadual de Enfrentamento das Doenças e Agravos não Transmissíveis – DANTS, novembro/2012;



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

- 25 – A Portaria nº 3.194/GM/MS, de 28 de novembro de 2017, que dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS;
- 26 – A necessidade de articulação com outras políticas públicas para o fortalecimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, com imperativo da participação social dos Movimentos Populares, em virtude da impossibilidade de que no setor Sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde.

R E S O L V E:

Art. 1º Pactuar em Reunião Ordinária, do dia 15 de fevereiro de 2019, a Política Estadual de Promoção da Saúde de Goiás.

Art. 2º São Valores e Princípios da PEPS/GO:

- a empatia, valor entendido como a capacidade de se colocar no lugar do outro emocional e racionalmente e o respeito à pluralidade cultural;
- a criatividade, princípio entendido como qualidade para criar, inventar, inovar no campo artístico, científico, esportivo, da saúde e outros. O ato criador abrange, a capacidade de compreender; e esta, por sua vez, a de relacionar, ordenar, configurar, significar;
- a articulação dos saberes, princípio entendido como união entre os distintos formatos e expressões do conhecimento científico, tradicional, popular e das práticas integrativas e complementares; e
- a laicidade na atenção à saúde, atendendo ao princípio constitucional do Estado laico;

Art. 3º São diretrizes da PEPS/GO:

- o estímulo à comunicação entre as distintas áreas da saúde, instituições e demais setores da sociedade;
- a atenção às ações que impactam sobre os determinantes sociais da saúde, considerando na distribuição do orçamento as particularidades dos grupos específicos;
- ênfase à Promoção da Saúde na formação e qualificação profissional valorizando os diferentes saberes e a pluralidade cultural;



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

Art. 4º A PEPS/GO tem por objetivo geral articular políticas de saúde com todas as políticas públicas para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde visando equidade, sustentabilidade, democracia e melhoria nos modos de viver nos territórios goianos.

Art. 5º São objetivos específicos da PEPS/GO

- Promover processos de educação, formação profissional e capacitação específicas em promoção da saúde para trabalhadores, gestores e cidadãos, visando o empoderamento e a capacidade para tomada de decisão e a autonomia de sujeitos e coletividades por meio do desenvolvimento de habilidades pessoais e de competências em promoção e defesa da saúde e da vida.
- Estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos valores, princípios, diretrizes e ações de promoção da saúde e de defesa das políticas públicas saudáveis.
- Estimular a construção de forma compartilhada e participativa das etapas que compreendem o planejamento, a execução das atividades e a implantação/implementação das políticas públicas, com articulação intersetorial e intrassetorial, solidificando a promoção da saúde nos espaços institucionais como parte da integralidade do cuidado em saúde e da construção de modos saudáveis e sustentáveis de viver.
- Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centrada na equidade, na participação e no controle social, visando o empoderamento e a redução as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, com respeito às diferenças de classes sociais, culturais, territoriais, sexo, orientações sexuais, gêneros, geracionais, étnico-raciais, povos originários, população negra, comunidades tradicionais e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais;
- Favorecer a racionalidade dos espaços urbanos e rurais melhorando a mobilidade humana e a acessibilidade, o saneamento básico, a gestão de resíduos, a eficiência energética, a geração de renda, as moradias e espaços de trabalho e lazer saudáveis.
- Apoiar ações voltadas para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável.
- Promover a cultura da paz e dos direitos humanos em todos os espaços de interação humana.
- Agregar os saberes populares e tradicionais e as práticas integrativas e complementares nas ações de saúde.



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

- Fomentar o conhecimento da realidade epidemiológica e social dos territórios, a pesquisa, a produção e a difusão de conhecimentos, bem como das estratégias inovadoras no âmbito das ações de promoção da saúde.
- Fortalecer os sistemas de informação e os meios para registro de atividades de promoção da saúde e da equidade, permitindo análise, monitoramento, avaliação e financiamento das ações.

Art. 6º São Eixos Operacionais da PEPS/GO, entendidos como estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando-se valores, princípios, diretrizes e objetivos:

- Educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, participativos, libertadores, emancipatórios e críticos;
- Comunicação social e mídia, utilizando expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos, a defesa das políticas públicas saudáveis, contemplando planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações;
- Estruturação de espaços institucionais (Coordenação, Grupo Técnico e outros) que favoreçam a articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor;
- Participação e Controle Social, que compreende a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e dos seus contextos;
- Gestão entendida como a necessidade de priorizar os processos democráticos e participativos de regulação e controle, planejamento, monitoramento, avaliação, financiamento e comunicação;
- Ações multi-estratégicas centradas nas necessidades e potencialidades territoriais baseadas na equidade, estabelecimento de parcerias (instituições públicas e privadas, entidades, segmentos populacionais e movimentos populares e sociais) na participação e no controle social;
- Produção e disseminação de conhecimento e saberes, enquanto estímulo a uma atitude reflexiva e resolutiva sobre problemas, necessidades e potencialidades dos coletivos



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

em cogestão, compartilhando e divulgando os resultados de maneira ampla com a coletividade;

- Participação e advocacy na construção das ações e nos instrumentos de planejamento, urbano, rural e específicos dos diferentes setores, favorecendo o viver saudável e sustentável;
- Fomento de ações voltadas para o desenvolvimento seguro, saudável e sustentável;
- Articulação entre as redes de proteção social na construção de um ambiente de cultura da paz, de proteção aos direitos humanos e promoção da solidariedade;
- Inclusão de todas as formas de saberes nas ações de saúde;
- Fomento à realização de pesquisas e levantamentos que propiciem o conhecimento sobre a realidade epidemiológica e social dos territórios, bem como à realização de eventos e outras estratégias comunicacionais que permitam a difusão de conhecimentos e inovações no âmbito das ações de promoção da saúde;
- Adaptação e interação dos instrumentos de registro, informação e vigilância em saúde de modo a permitir a inserção de dados, análise, o monitoramento, a avaliação e o financiamento das ações de promoção da saúde.

Art. 7º São temas prioritários da PNPS, construídos a partir de permanente diálogo com as demais políticas, com os outros setores e com as especificidades sanitárias:

- Formação, educação permanente e capacitação;
- Comunicação social e mídia;
- Fortalecimento do controle e participação social;
- Promoção do desenvolvimento saudável e sustentável;
- Cidades saudáveis e sustentáveis;
- Formas de viver saudáveis (alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividade física e outras);
- Soberania e segurança alimentar e nutricional;
- Promoção da mobilidade segura;
- Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos;
- Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas, tabaco e de seus derivados;
- Práticas integrativas e complementares;



COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

- Saúde mental com ênfase nos recortes racial, de gênero, geracional e orientação sexual.

Art. 8º Compete à Secretaria de Estado da Saúde:

- Promover a articulação com os Municípios para apoio e assessoria à divulgação, implantação e implementação da PNPS e da PEPS/ GO;
- Estabelecer parcerias, promovendo a articulação intersetorial e intrassetorial;
- Pactuar nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e Comissões Intergestores Regionais (CIR), no Conselho Estadual de Saúde e outras instâncias de participação social as estratégias, diretrizes, programas, planos, projetos, metas, temas prioritários e financiamento das ações de implantação e implementação da PNPS e da PEPS/GO;
- Implantar e implementar a PNPS e a PEPS/ GO contribuindo para a reorientação do modelo de atenção à saúde com base em seus valores, princípios e diretrizes;
- Incorporar ações de Promoção da Saúde nos Planos Anual, Plurianual e Estadual de Saúde;
- Alocar recursos orçamentários e financeiros para a implantação e implementação da PEPS/GO.
- Realizar apoio institucional às Secretarias Municipais e Regiões de Saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PEPS/GO;
- Estabelecer instrumentos e indicadores para gestão, planejamento, registro, monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual;
- Realizar o monitoramento e avaliação de programas, projetos e ações de promoção da saúde no âmbito estadual;
- Estabelecer mecanismos de adequação dos sistemas de informação e fomento à pesquisa, produção de dados e ações de divulgação de informações;
- Apoiar e elaborar materiais de divulgação e comunicação visando a socialização da informação e a divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde;
- Promover cooperação, espaços de discussão e trocas de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde;



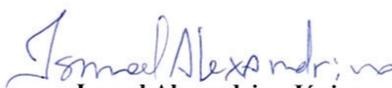
COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE - CIB

- Apoiar e promover a execução de programas, planos, projetos e ações relacionadas com a promoção da saúde, considerando o perfil epidemiológico, as necessidades e potencialidades de cada território.

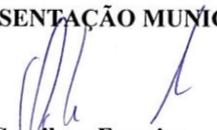
Art. 9º O financiamento dos temas prioritários da PNPS e PEPS/GO e seus planos operativos serão objeto de pactuação prévia na CIT/CIB, respectivamente.

Art. 10 Esta resolução entra em vigor nesta data, revogando-se as disposições em contrário.

REPRESENTAÇÃO ESTADUAL


Ismael Alexandrino Júnior
 Secretário Estadual da Saúde

REPRESENTAÇÃO MUNICIPAL


Gercilene Ferreira
 Presidente do COSEMS