

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

MONIQUE ALVES PADILHA

**ANÁLISE DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE À LUZ DOS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E
METODOLÓGICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

RIO DE JANEIRO

2016

MONIQUE ALVES PADILHA

**ANÁLISE DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE À LUZ DOS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E
METODOLÓGICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública subárea de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Brito
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Lobato Tavares

RIO DE JANEIRO

2016

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

P123a Padilha, Monique Alves
Análise do Programa Academia da Saúde à luz dos
pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde. /
Monique Alves Padilha. -- 2016.
122 f. : il.

Orientadoras: Cláudia Brito e Maria de Fátima Lobato
Tavares
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

1. Promoção da Saúde. 2. Planos e Programas de Saúde.
3. Planejamento em Saúde. 4. Ação Intersetorial. 5. Atenção
Primária à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ED. – 613

MONIQUE ALVES PADILHA

**ANÁLISE DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE À LUZ DOS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E
METODOLÓGICOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Pública subárea de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Práticas em Saúde.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cláudia Brito
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Lobato Tavares

Aprovada em: 30 de maio de 2016.

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^ª Cláudia Brito, ENSP/Fiocruz

Prof^ª Dr^ª Maria de Fátima Lobato Tavares, ENSP/ Fiocruz

Prof^ª Dr^ª Rosana Magalhães, ENSP/Fiocruz

Prof^ª Dr^ª Rosa Maria Rocha, ENSP/Fiocruz

RIO DE JANEIRO

2016

À todas àquelas pessoas que foram tocadas por programas como o Programa Academia da Saúde e que resignificaram o sentido de saúde em suas vidas.

*A realidade não admite volta, mas a mente tem razões que a própria razão desconhece.
Voltarei ao tema do título, mas em outra oportunidade. A mente ou alma ou espírito, não tira
férias. E a coisa vai ficar boiando até surgir qual será a próxima história.*

PADILHA, Roner Braga, 2014 (*in memoriam*).

RESUMO

O Programa Academia da Saúde (PAS) é um programa recente, criado em 2011, com objetivo de contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. Este estudo objetivou analisar se e como, o PAS é fundamentado nos princípios e diretrizes da promoção da saúde (integralidade, intersetorialidade, *empowerment*, participação e território). Para tal, este estudo analisou o PAS por meio das suas portarias e manuais do Ministério da Saúde, de acesso público, publicados entre 2011 a 2015, a fim de compreender os objetivos, diretrizes, princípios e eixos de ações que o compõe, entre outros. Os documentos que embasaram a análise da promoção da saúde neste estudo foram a Carta de Ottawa e a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e a versão atualizada de 2014. Foi realizada uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, baseada em documentos da promoção da saúde e do Programa Academia da Saúde, utilizando-se a análise de conteúdo temática. Os passos dados para o desenvolvimento deste estudo foram: (1) seleção do marco teórico da promoção da saúde e do Programa Academia da Saúde; (2) análise das Portarias, Manuais e documentos do PAS a partir da temática do marco teórico selecionado - Carta de Ottawa, da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006; (3) análise do PAS frente as mudanças trazidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 e (4) sistematização dos achados e interpretação dos resultados. As categorias analisadas foram: integralidade, intersetorialidade, *empowerment*, participação e território. Identificou-se na pesquisa que o PAS apresenta-se como um programa de promoção da saúde pela sua aproximação com os pressupostos da promoção da saúde: integralidade, participação, *empowerment*, intersetorialidade e território, e demonstram uma aproximação do programa com o marco teórico selecionado. A descrição do desenho do PAS avança para o rompimento de um modelo de programa de atenção à saúde com foco na doença ou em uma categoria profissional específica em busca do cuidado integral. O PAS é um programa nacional que considera o contexto e a cultura local do território desde o seu desenho, assim como a participação social. Ainda, possui grande potencial de impacto junto à população, na reorientação das práticas profissionais e de cuidado, além de instigar a mobilização social por meio da criação de capacidades para a melhoria das condições de vida.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Programas de Saúde; Planejamento em Saúde; Ações intersetoriais; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Academy Program of Health (PAS) is a recent program, created in 2011, with the aim of contributing to the promotion of health, production of care and healthy lifestyles from the deployment of poles with infrastructure and qualified professionals. This study aimed to examine whether and how, the PAS is based on the principles and guidelines for health promotion (comprehensiveness, intersectoriality, empowerment, participation and territory). To this end, this study examined the PAS by means of their ordinances and manuals of the Ministry of Health, public access, published between 2011 and 2015, in order to understand the objectives, guidelines, principles and priorities for actions to fix it, among others. The documents that underlie the analysis of health promotion in this study were the Ottawa Charter and the National Health Promotion Policy in 2006 and the updated version of 2014. It was performed an exploratory research, qualitative in nature, based on documents from health promotion program and Academy of Health, using the thematic content analysis. The steps taken for the development of this study were: (1) selection of the theoretical framework of health promotion program and Academy of Health; (2) analysis of the Ordinances, notices and documents of the PAS from the theme of the theoretical framework selected - the Ottawa Charter, the National Health Promotion Policy, 2006; (3) analysis of SBP forward the changes brought about by the National Health Promotion Policy of 2014 and (4) systematization of findings and interpretation of the results. The categories were analyzed: completeness, intersectoriality, empowerment, participation and territory. It was identified in the survey that the PAS presents itself as a health promotion program for its approach with the assumptions of health promotion: completeness, participation, empowerment, intersectorality and territory, and demonstrate an approximation of the program with the theoretical framework selected. The description of the drawing of the PAS advances to the breakup of a model of healthcare with a focus on disease or in a category specific professional in search of comprehensive care. The PAS is a national program that considers the context and the local culture of the territory since its design, as well as the social participation. Still, it has great potential for impact among the people in the reorientation of professional practices and care, in addition to instigate social mobilization through capacity building for the improvement of living conditions.

Keywords: Health Promotion; Health Programs; Health Planning; Health Policy; Intersectoral action; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------|---|----|
| Figura 1 | Modelo de Dahlgren e Whitehead e as possibilidades de intervenção..... | 37 |
| Quadro 2.1 | Documentos do marco teórico da Promoção da Saúde..... | 22 |
| Quadro 2.2 | Objetivos específicos do Programa Academia da Saúde..... | 61 |
| Quadro 2.3 | Princípios do Programa Academia da Saúde..... | 61 |
| Quadro 3.1 | Documentos oficiais do Programa Academia da Saúde..... | 67 |
| Quadro 3.2 | Documentos do marco teórico da Promoção da Saúde..... | 68 |
| Quadro 4.1 | Aproximação teórica do Programa Academia da Saúde com os conceitos da Carta de Ottawa..... | 79 |
| Quadro 4.2 | Aproximação teórica do Programa Academia da Saúde com os conceitos da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006..... | 86 |
| Quadro 4.3 | Aproximação teórica do Programa Academia da Saúde com os conceitos da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014..... | 97 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| ABRASCO | Associação Brasileira de Saúde Coletiva |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CIT | Comissão Intergestora Tripartite |
| DCNT | Doenças Crônicas Não transmissíveis |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| DSS | Determinantes Sociais da Saúde |
| ENSP | Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca |
| FIOCRUZ | Fundação Oswaldo Cruz |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| MS | Ministério da Saúde |
| ODM | Objetivos do Desenvolvimento do Milênio |
| ODS | Objetivo do Desenvolvimento Sustentável |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OPAS | Organização Pan-americana de Saúde |
| PAS | Programa Academia da Saúde |
| PCAF | Práticas corporais e atividade física |
| PNPS | Política Nacional de Promoção da Saúde |
| PPA | Plano Plurianual |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| SISMOB | Sistema de Monitoramento de Obras |
| SOE | Serviço de Orientação ao Exercício |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UIPES | União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para Saúde |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |

SUMÁRIO

| | | |
|-------|---|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 | OBJETIVOS..... | 18 |
| 2 | REFERENCIAL TEÓRICO | 19 |
| 2.1 | PROMOÇÃO DA SAÚDE..... | 22 |
| 2.1.1 | Construção histórica da Promoção da Saúde | 31 |
| 2.1.2 | Promoção da Saúde no Brasil..... | 32 |
| 2.1.3 | Os determinantes sociais da saúde | 35 |
| 2.1.4 | A intersetorialidade como um dos princípios da promoção da saúde | 40 |
| 2.1.5 | De que território estamos falando? | 42 |
| 2.1.6 | A integralidade na promoção da saúde | 44 |
| 2.1.7 | A participação como um dos pilares das intervenções sobre os determinantes sociais | 48 |
| 2.1.8 | <i>O empowerment</i> como um dos pilares das intervenções sobre os determinantes sociais | 50 |
| 2.2 | O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE..... | 53 |
| 3 | MÉTODO | 66 |
| 4 | RESULTADOS: O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE | 73 |
| 4.1 | A CARTA DE OTTAWA..... | 73 |
| 4.2 | O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE E A POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE 2006..... | 83 |
| 4.3 | O PAS APRESENTA ELEMENTOS DA PNPS DE 2014?..... | 92 |
| 5 | DISCUSSÃO | 103 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| | REFERÊNCIAS | 111 |

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, um país de grandes dimensões e diferentes culturas, vem apresentando uma mudança em seu perfil epidemiológico, com uma tripla carga de doenças, caracterizada pela permanência das doenças infecciosas e carenciais, com aumento dos agravos por causas externas e pelo forte impacto das doenças crônicas não transmissíveis na população (MENDES, 2011). Para as próximas décadas, há ainda projeções de crescimento da população idosa, com expectativa de aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, que refletem as transformações sociais e econômicas que vem ocorrendo desde o último século no Brasil e no mundo (OMS, 2011; CESSE, 2007).

As DCNT (doenças cardiovasculares, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas) têm como fatores de risco o tabagismo, o sedentarismo, a obesidade, a ingestão de álcool em grandes quantidades e o estresse (OPAS, 2005). Soma-se a isso os determinantes sociais da saúde (DSS) compostos por fatores que influenciam de maneira transversal a qualidade de vida, entre os quais estão as condições econômicas, sociais, culturais e outros (BRASIL, 2012b). Os DSS são desta maneira, as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (OMS, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou, em 2009, os 10 principais fatores de riscos responsáveis por 33% das mortes no mundo, sendo o primeiro lugar a hipertensão arterial, seguido do tabagismo, da diabetes, da inatividade física, do excesso de peso e da obesidade (WHO, 2013a).

No Brasil, somente 15% dos indivíduos com 18 anos ou mais praticam atividade física suficiente, o que aponta para uma população predominantemente sedentária (MALTA *et al.*, 2009), mesmo que o conceito de sedentarismo apresente-se polêmico. Segundo Palma & Vilaça (2010), os gastos calóricos variam conforme o contexto social e aspectos biológicos do próprio indivíduo, e os critérios utilizados para definir se um indivíduo é sedentário ou não, dificilmente levam esses fatores em conta.

Da mesma forma, o conceito de nível de atividade física pode variar conforme a fonte e interpretação que for definida.

Perpassado essa questão conceitual, reconhece-se a importância da discussão sobre esses conceitos e sua possível influência sobre as condições de vida e o surgimento de doenças. Sabe-se da influência da prática de atividade física como um dos fatores de proteção de doenças crônicas não transmissíveis e ainda contribui para o controle e redução da obesidade.

Na pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) o nível de atividade física é avaliado em quatro aspectos: (1) tempo livre (lazer); (2) atividade ocupacional; (3) deslocamento (4) atividades domésticas; sendo definida a medida como pelo menos, 150 minutos de intensidade moderada destas atividades por semana, e desta forma, indivíduos fisicamente inativos são os que não alcançaram esses parâmetros (BRASIL, 2015b).

Ainda, segundo dados do Vigitel, que ocorre nas 27 capitais e o Distrito Federal, o percentual de pessoas acima de 18 anos com excesso de peso foi de 51%, em 2012, ultrapassando pela primeira vez mais da metade da população (BRASIL, 2013). Em 2014 esse número aumentou para 52,5%, sendo 17,9% de adultos com obesidade. Ademais, foi observado maior prevalência de sobrepeso e obesidade na população de menor escolaridade, em ambos os sexos (BRASIL, 2015b).

Algumas estratégias têm mostrado um caminho possível para melhoria da qualidade de vida e para redução das DCNT no Brasil, como a expansão do acesso aos serviços de saúde, ações diretamente ligadas à diminuição do tabagismo, dentre outras, entretanto, o grande desafio atualmente é a obesidade, considerada uma epidemia no Brasil e no mundo (GOULART, 2011). Ressalta-se que essa condição é influenciada pela mudança no padrão de estilo de vida, assim como pelos costumes e modo de produção da sociedade.

As ações de promoção da saúde podem contribuir neste cenário com a reorientação do modelo de atenção à saúde como uma alternativa aos modelos tradicionais. Entre as estratégias de promoção da saúde potentes estão a capacitação das pessoas para o aumento do controle sobre suas escolhas e sua saúde, assim como fortalecer a participação social na elaboração e planejamento de políticas públicas saudáveis e na atuação sobre os determinantes sociais da saúde para melhoria das condições de saúde e qualidade de vida.

A promoção da saúde desta forma aponta para um outro modelo de atenção à saúde que considera a complexidade dos problemas presentes nos territórios, propõe estratégias para

superar a cultura da medicalização presente na sociedade, oferece instrumentos e referencial teórico e metodológico para propor ações integradas com olhar multidisciplinar contemplando à subjetividade do sujeito, às questões sociais, econômicas, políticas, cultural e suscita a mobilização do setor saúde para ampliar suas ações para outros setores (BRASIL, 2002).

O estudo dos pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde contribuem com o desenvolvimento da dimensão operacional dos conceitos e princípios da promoção da saúde, identificando possíveis desafios para a compreensão de programas e políticas de promoção da saúde assim como de sua implantação (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

Para tal, foi realizado uma breve análise neste capítulo introdutório acerca do tema, iniciado pela I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Esta conferência ocorreu em 1986, e incorporou o conceito positivo de saúde compreendida como um recurso para a vida e um compromisso da sociedade e não apenas uma dependência exclusiva do campo biomédico (TAVARES, 2013).

Esta conferência é um marco conceitual decisivo pois propôs o novo paradigma da Promoção da Saúde, presente na Carta de Ottawa, por meio da defesa de que a saúde deve ter uma abordagem social, em que os atores interessados devem estar apropriados da interdisciplinaridade em seu processo de trabalho assim como o entendimento de que a saúde faz parte de uma fórmula que envolve a forma como a sociedade e Estado de organizam (RABELLO, 2010).

As ações de promoção da saúde estão contextualizadas nessa perspectiva abrangente da saúde como produção social e caracterizam-se pelos princípios da promoção da saúde: 1) concepção holística; 2) intersetorialidade; 3) empoderamento; 4) participação social; 5) equidade; 6) ações multi-estratégicas; 7) sustentabilidade (WHO, 1996). Importante destacar que as ações multi-estratégicas são ações que devem ser feitas e combinadas como a elaboração de políticas públicas saudáveis, a reorientação dos serviços, o *advocacy*, entre outros. (WHO, 1996).

Tendo como fundamento a Carta de Ottawa e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil vem construindo um caminho que busca convergir nessa perspectiva de reorganização de práticas e serviços de saúde. Para o Brasil a promoção da saúde hoje, além de um conceito amplo é também uma política pública e um modelo de atenção à saúde.

Algumas iniciativas de ações de promoção da saúde têm o foco na prática de atividade física. Sabe-se que a prática regular de atividade física reduz o risco de doenças crônicas e melhora o estado de saúde da população, porém outras iniciativas também promovem saúde como lazer em parques e praças, jogos de tabuleiro, oficinas de artesanatos, a promoção da alimentação saudável, a cultura da paz, entre outros.

Este trabalho buscou analisar um programa que surge de modelos de programas que contemplam as práticas corporais e a atividade física, mas que propõe-se a ampliar essa discussão assim como os eixos de atividades. O Programa Academia da Saúde (PAS), tornou-se uma agenda prioritária do governo, que incentiva a construção de espaços públicos para realização de ações da saúde, assim como da promoção da saúde e da atividade física, mas não somente dela (HALLAL, 2011).

O PAS foi instituído pela Portaria Ministerial nº 719, de 07 de abril de 2011, e posteriormente revogada pela Portaria nº 2.681, de 7 de Novembro de 2013 que redefiniu o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de contribuir para a Promoção da Saúde (PS), a construção coletiva de conhecimento, produção de cuidado e modos de vida saudáveis por meio da participação social e da intersetorialidade, buscando compreender e atuar sobre os determinantes sociais de saúde do território (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, o PAS é embasado na concepção ampliada de saúde com olhar para além da doença e do cuidado biomédico, ele considera as diretrizes da promoção da saúde, contemplando os determinantes sociais da saúde por meio de intervenções que contemplem a participação social, a capacitação da comunidade e o empoderamento do indivíduo desde a sua implantação até o funcionamento do programa (BRASIL, 2011a). Como o PAS é um programa recente do Ministério da Saúde (MS), foi criado em 2011, com poucos estudos sobre ele e que busca trazer novos elementos de ruptura com o modelo assistencial vigente, é oportuno analisá-lo na perspectiva de verificar o quanto o MS, de fato, introduziu uma nova produção do cuidado em saúde e, o quanto esta proposta aproxima-se da promoção da saúde.

Desta forma, objetiva-se com este estudo analisar o quanto o PAS aproxima-se, ou não, dos princípios da promoção da saúde em sua concepção teórica. Para tal, as seguintes perguntas

norteadoras contribuíram para refletir sobre o arcabouço teórico do Programa Academia da Saúde e construir a hipótese que conduziu esse trabalho:

1. O PAS está fundamentado nos princípios da promoção da saúde (integralidade, participação social, *empowerment*, intersetorialidade, território) presentes na Carta de Ottawa e na Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, e de que forma?
2. O PAS já contém as reformulações apresentadas na Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar se e como o Programa Academia da Saúde é fundamentado nos princípios e diretrizes da promoção da saúde (integralidade, intersetorialidade, *empowerment*, participação e território).

1.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Comparar a concepção teórica do Programa Academia da Saúde com os princípios da Carta de Ottawa (integralidade, intersetorialidade, *empowerment*, participação e território);
- II. Analisar a concepção teórica do Programa Academia da Saúde frente à Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006.
- III. Analisar se o Programa Academia da Saúde apresenta elementos encontrados na PNPS 2014.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2. 1. Promoção da Saúde

2.1.1. Construção histórica da Promoção da Saúde

A promoção da saúde como conhecemos hoje foi construída conceitualmente ao longo de décadas por meio da concepção de saúde pública que foi ressignificada junto com a transformação social ocorrida. Para tanto, para compor o marco teórico conceitual da promoção da saúde esse trabalho utilizará o conceito ampliado de saúde aproximando-se da concepção de saúde presente na Carta de Ottawa, que define saúde como um recurso para a vida (BRASIL, 2002). Para compreender a construção deste conceito de saúde apresentaremos um breve histórico.

Em meados do século XIX iniciou-se a urbanização da Europa e a deterioração das cidades, em contraposição, e com intuito de procurar soluções, na Inglaterra é criada a Associação pela Saúde das Cidades que tinha como objetivo melhorar as condições de vida e estabelecer um trabalho conjunto entre os diferentes setores, por meio do trabalho intersetorial, em prol da saúde e por melhores habitações, higiene, água limpa (WHESTPHAL, 2000). Nesta época já pensava-se na relação da saúde com as condições de vida e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

No mesmo século, Edwin Chadwick um sanitarista britânico, relacionou a purificação da água com o sistema de esgoto, ficando conhecido mundialmente pelo relatório de pesquisa sobre a saúde de trabalhadores da Grã-Bretanha, o *Report into the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain* (1842), referência para sanitaristas de diversos países. Esta perspectiva amplia o olhar para as condições de saúde, para questões além dos vetores e do corpo do indivíduo.

Para Winslow (1920) a saúde pública é a ciência e a arte de controle de doenças com foco na melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde surge como uma estratégia que impulsiona o esforço comunitário para que a maquinaria social possa garantir essas tão almejadas melhorias. O autor conceitua a promoção da saúde afirmando tratar-se de um esforço comunitário em busca de melhoria da qualidade de vida por meio de políticas públicas e programas educativos individuais que visem o desenvolvimento social coletivo (apud BUSS, 2009).

Outro autor importante no campo da promoção da saúde, e que ajuda a ampliar o escopo de olhares sobre ela, é Sigerist (1946). Para ele a promoção da saúde é uma das quatro tarefas essenciais da medicina: (1) a promoção da saúde, (2) a prevenção de doenças, (3) tratamento das doenças e (4) a reabilitação (SIGERIST, 1946). Seus estudos demarcam a promoção da saúde como um elemento fundamental na organização do cuidado na busca pela integralidade ao longo da vida e aborda as condições de vida da população como o trabalho, a educação e o lazer, caracterizando a saúde como um conceito amplo, para além do corpo doente, e fundamenta-se nestes conceitos para definir ações de educação sanitária e de responsabilidade do Estado por meio de ações e programas de saúde voltados para educação, melhores condições de vida e acesso a serviços de saúde (RESTRETO, 2001).

Esses fatos históricos contribuem para o entendimento da saúde pública e para os avanços da medicina constituindo-se também, marcos de evolução do conceito de promoção da saúde conhecido atualmente, assim como para o entendimento do conceito ampliado de saúde que permite compreender e enfrentar os desafios da desigualdade e das iniquidades em saúde e ampliando a discussão do acesso à direitos e serviços.

Com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 7 de abril de 1948, que compõe a Organização das Nações Unidas (ONU), as discussões internacionais sobre a saúde global ganharam uma liderança mundial que passa a definir a agenda de pesquisas em saúde, a estabelecer diretrizes e articular políticas com base em evidências (OMS, 1948).

A aproximação da OMS com o conceito da promoção da saúde fica evidente no texto da sua constituição na qual declara os princípios necessários para atingir a felicidade, a segurança e a harmonia dos povos como:

1. Saúde como um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas na ausência de doença ou de enfermidades;
2. Um estado ótimo de saúde é um direito fundamental que deve ser garantido a todo ser humano, sem distinção de religião, raça, escolha política, condição econômica ou social;
3. A saúde dos povos é imprescindível para paz e segurança e é diretamente relacionada à cooperação entre indivíduos e Estados;
4. Resultados alcançados na promoção e proteção da saúde pelos Estados são importantes para todos;
5. As desigualdades entre os países no que tange à promoção da saúde e combate às doenças constitui um perigo para todos;

6. O desenvolvimento saudável das crianças, e um ambiente harmonioso para viver é de extrema importância para tal desenvolvimento;
7. A cobertura de benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para elevar o nível de saúde dos povos;
8. Uma opinião pública clara e a cooperação são importante para melhoria da saúde dos povos;
9. Governos tem responsabilidade pela saúde de sua população, devendo ser assumida por meio de medidas sanitárias e sociais adequadas (OMS, 1948).

A promoção da saúde neste contexto, é entendida como uma estratégia ou política pública mundial de saúde pública que tem na Organização Mundial de Saúde (OMS) seu maior incentivador desde 1948 (RABELLO, 2010).

Entretanto, mesmo diante das diferentes tentativas de mudanças no modelo de atenção à saúde ao longo de décadas, foi em 1974 com a divulgação do Relatório Lalonde no Canadá que iniciaram as transformações concretas e que marcam o início da promoção da saúde moderna (FERRAZ, 1994).

Entre as contribuições do relatório estão sob a perspectiva de campo da saúde e a afirmação de que a atenção à saúde não deveria ser feita somente por profissionais do setor saúde (LALONDE, 1974). O modelo multicausal de campo da saúde aponta para uma inovação conceitual ao processo saúde-doença, isso porque, desloca o eixo da atenção à saúde para a ação social e política, visão contrária à de culpabilização do indivíduo, e afirma que a saúde é resultado da interação entre diferentes fatores.

O modelo de campo da saúde é composto por diferentes fatores agrupados: (1) a biologia humana, (2) o ambiente ou condições sociais, econômicas e ambientais, (3) o estilo de vida, (4) e o sistema de organização dos serviços (VILASBOAS, TEIXEIRA. 2014).

A biologia humana refere-se às características físicas e mentais como genética e desenvolvimento mental, físico e de amadurecimento; já as condições sociais da saúde são um conjunto de fatores como educação, saneamento, e agentes externos que não são controlados individualmente como a qualidade da água, poluição e qualidade dos alimentos, por exemplo, o estilo de vida é representado pelos hábitos individuais e culturais ligados à decisão pessoal; já o sistema de organização dos serviços estão representados pelos serviços de saúde, profissionais, equipamentos e tecnologias (LALONDE, 1974).

Assim, a relação entre estes fatores poderia determinar a condição de saúde, e compreendê-los é importante para alcançar melhoria nos determinantes sociais da saúde no território.

Esta discussão do modelo multicausal da doença é resultado de investigações acerca do processo de adoecimento da população canadense, na qual o governo identificou que as causas que mais impactavam a saúde eram o estilo de vida e o meio ambiente, levando ao questionamento sobre os investimentos focados no controle das doenças como medicamentos e procedimentos médicos e não das causas delas como saneamento, para melhoria da qualidade de vida (WHESTPLAL, 2006).

O Relatório aponta 5 estratégias de ação para alcançar a saúde como qualidade de vida:

1. Promoção da saúde com forma de ajudar o indivíduo na participação da tomada de decisão sobre sua saúde;
2. Estratégia Regulatória federal para reduzir riscos à saúde;
3. Pesquisa voltada para descobrir e utilizar o conhecimento para resolver problemas de saúde;
4. Reorganização dos serviços de saúde com foco no custo, acessibilidade e eficácia;
5. Definição de metas e objetivos para melhorar a eficiência do sistema de cuidados de saúde (LALONDE, 1974).

Identifica-se assim no relatório, diferentes ações e estratégias que contribuem com o arcabouço teórico da promoção da saúde e que vão reverberar nas conferências internacionais de promoção da saúde, presentes no Quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Documentos do marco teórico da Promoção da Saúde.

| Mês/Ano | Conferências Internacionais | Documento produzido |
|------------------|---|---|
| Setembro de 1978 | Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata –URSS | Declaração de Alma-Ata |
| Novembro de 1986 | I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde –Canadá | Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde - Avançar para uma nova saúde pública |
| Abril de 1988 | II Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália | Declaração de Adelaide –Política Públicas Saudáveis |
| Junho de 1991 | III Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Sundsvall, Suécia | Declaração de Sundsvall- Ambientes favoráveis à saúde |

| Mês/Ano | Documento | Descrição |
|-----------------|---|---|
| Julho de 1997 | IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Jacarta, Indonésia | Declaração de Jacarta - Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI |
| Junho de 2000 | V Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Cidade do México, México. | Declaração do México- Das ideias às ações |
| Agosto de 2005 | VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Bangkok, Tailândia. | A Carta de Bangkok para a Promoção da Saúde no Mundo Globalizado. |
| Outubro de 2009 | VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Nairóbi, Quênia | Documento Chamada para Ação |
| Junho de 2013 | VIII Conferência Global sobre Promoção da Saúde. Helsinki, Finlândia | Documento Saúde em Todas as Políticas |
| Maio de 2016 | IX Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Shangai, China. | Celebrará os 30 anos da Carta de Ottawa e o primeiro ano dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Pretende contribuir com os Estados-Membros na prática dos conceitos de promoção da saúde baseadas em evidências, e em abordagens e mecanismos para atingir |

Fonte: Elaboração própria a partir dos documentos analisados no estudo, 2016.

Em 1978 ocorreu a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no Cazaquistão, uma parceria da OMS e a Unicef, e foi possível perceber a grandeza e o impacto do Relatório Lalonde sobre os sistemas de saúde de vários países (BRASIL, 2002). A Declaração de Alma Ata (QUADRO 2.1), documento final desta conferência, é reconhecida até hoje como um marco para Promoção da Saúde ao conferir importância ao cuidado para além do setor saúde, a participação social, e a saúde como fundamental para alcançar o desenvolvimento social e econômico, assim como esta contribui para qualidade de vida e a cultura de paz (BRASIL, 2002). Importante pontuar que a participação social é um processo de interação entre vários segmentos sociais na elaboração, execução e regulação de políticas públicas e é um pilar importante para as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Esta conferência inicia algumas discussões sobre cuidados primários e recomenda algumas diretrizes e ações que posteriormente contribuíram com o conceito e as práticas de promoção da saúde, como o cuidado localizado no território e as práticas integrais de saúde com uma abordagem social e coletiva, contrárias às práticas voltadas para mudança de comportamento individual e para doença (CZERESNIA, FREITAS, 2010).

Em 1980 ocorre a I Conferência de Saúde do Canadá que abordou o conceito de contexto social na saúde, relacionando a promoção da saúde ao estilo de vida, e a II Conferência de Saúde

Canadense que ocorreu em 1986 comandada pelo ministro da saúde Jake Epp, tendo como tema “Além do cuidado em saúde” e resultou no Relatório Epp (EPP, 1996). Este relatório teve como tema “Alcançando Saúde para todos”, e trazia a intersectorialidade como uma premissa para alcançar-se este novo conceito de saúde e de promoção de saúde que precisaria relacionar diferentes setores e atores sociais (EPP, 1996).

As conferências canadenses de saúde tiveram um papel importante na consolidação do conceito moderno de promoção da saúde. Dois anos após a II conferência canadense, já em 1986, ocorre a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa no Canadá, (QUADRO 2.1) na qual o ministro Epp apresenta o relatório canadense e afirma que para alcançar saúde para todos no Canadá era preciso reduzir as desigualdades, aumentar o esforço quanto à prevenção e a capacidade das pessoas para enfrentar os problemas de saúde, e reorganizar os sistemas de saúde (EPP, 1996).

A Carta de Ottawa, produto desta conferência, reforça a concepção positiva de conceitos defendidos ao longo de décadas como por exemplo, políticas e ambientes saudáveis, reorientação dos serviços, participação social, e que foram construídos em meio a conferências nacionais e internacionais, por pesquisadores e pelo próprio contexto social e histórico da época (BRASIL, 2002). O texto da carta torna-se um marco na promoção da saúde e conduz até hoje os debates sobre o tema.

Não obstante, refere-se ao conceito de saúde de forma positiva considerando que para atingi-la seria preciso diferentes elementos:

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. [...] Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção da saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (BRASIL, 2002. p.9-10).

Algumas estratégias são apontadas para auxiliar neste caminho e que podem potencializar as ações a serem realizadas, os chamados campos de ação da promoção da saúde, sendo eles:

1. Construção de políticas públicas saudáveis: com remoção de obstáculos e auxílio para possibilidade de escolhas de vida mais saudáveis, para isso é preciso intervenção dos governos para formulação de leis e incentivo a medidas fiscais, assim como mudanças organizacionais, ainda, as políticas públicas saudáveis apontam para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais;

2. Criação de ambientes favoráveis: a relação entre o indivíduo e o ambiente são indicadores para uma abordagem socio ecológica da saúde;
3. Reforço da ação comunitária: identificação e definição das prioridades, maior participação na tomada de decisão, e nas estratégias de ação, assim como maior acesso à informação;
4. Desenvolvimento de habilidades pessoais: utilização da educação em saúde como forma de aumentar o acesso à informação e assim potencializar as habilidades pessoais;
5. Reorientação dos serviços de saúde: perpassa pela formação dos profissionais assim como pela reorientação para um cuidado mais amplo e que respeite as individualidades culturais, a promoção da saúde nos serviços deve ser feita por todos os atores envolvidos criando um ambiente de cooperação e pela busca de melhorias (BRASIL, 2002).

Estas estratégias são a base para o desenvolvimento das ações em promoção da saúde em diferentes cenários como escolas, comunidades e postos de saúde.

A Carta de Ottawa identifica ainda o caminho para atingir a melhoria da qualidade de vida por meio das funções da promoção da saúde, citando 3 funções principais, ou principais estratégias, que juntamente com os campos de ação podem ser consideradas os eixos principais da promoção da saúde:

1. Defesa de causa da saúde: a defesa da saúde, ou *advocacy*, é uma forma de desenvolvimento político, social e econômico por meio do empoderamento dos sujeitos;
2. A capacitação: instrumento de compreensão do processo saúde doença de forma que as pessoas possam conhecer mais sobre os determinantes sociais da saúde que interferem na sua condição de vida e possam fazer escolhas mais saudáveis e reivindicar melhorias sociais;
3. Mediação: o setor saúde precisa trabalhar junto com outros setores garantindo a participação de todos os interessados e um objetivo comum, reforçando as ações intersetoriais, do contrário não será possível atingir a equidade em saúde (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa completa 30 anos em 2016 e norteia desde então as ações de promoção da saúde assim como aponta modos participativos de elaborar e implementar as políticas públicas. A I Conferência de Promoção da Saúde foi sucedida por outras sete que tiveram na Carta de Ottawa as bases para recomendações e diretrizes posteriores.

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu em Adelaide em 1988 e teve como tema as Políticas Públicas Saudáveis na qual aborda a importância da intersetorialidade como estratégia para a interlocução entre diferentes políticas públicas, sociais, econômicas e de saúde, e estimula o diálogo entre elas por meio das ações intersetoriais de responsabilidade do poder público (QUADRO 2.1) (BRASIL, 2002).

Esta conferência foi muito importante para a construção do conceito de municípios saudáveis, partindo da discussão dos determinantes sociais de saúde como um requisito para alcançar-se a equidade em saúde. E ainda aponta para a visão global de que os países desenvolvidos deveriam implementar políticas públicas que impactassem positivamente na saúde dos demais países (BUSS, 2000).

Além de reforçar os cinco campos de ação da Carta de Ottawa apontou quatro eixos de trabalho prioritários: saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e a criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2002). Estes eixos de discussão são utilizados ainda hoje pela OMS como objeto de políticas públicas para melhoria da qualidade de vida e prioridades na redução de morbidades como, por exemplo, mortalidade materna, e mortalidade por doenças crônicas diretamente relacionadas aos fatores de risco como álcool, tabaco e sedentarismo.

A III Conferência Internacional de Promoção da Saúde (QUADRO 2.1) ocorrida em Sundsvall na Suécia em 1991 discutiu a importância do meio ambiente para a promoção da saúde, e defendeu a justiça social como fundamental para alcançar-se a equidade em saúde (BRASIL, 2002). A Declaração de Sundsvall produzida ao final, aponta para quatro dimensões que favorecem o ambiente saudável: 1) a dimensão social, representado pela construção social do ambiente, assim como as normas e costumes; 2) a política, como meio de garantir da participação democrática; 3) a econômica, que prevê recursos para saúde e para o desenvolvimento sustentável; 4) e a participação da mulher e o reconhecimento do gênero na elaboração e construção de políticas intersetoriais (BRASIL, 2002).

A conferência aborda o ambiente, físico, econômico, social e político, em uma perspectiva do desenvolvimento sustentável que possa produzir melhorias nas condições de vida e saúde (BRASIL, 2002). Um conceito importante que aparece nesta conferência, e muito utilizado atualmente na gestão em saúde, é o *accountability*, ou prestação de contas, que busca garantir transparência, equidade de recursos e responsabilidade na aplicação dos mesmos (BRASIL, 2002).

As discussões sobre Promoção da Saúde quanto um novo modelo de atenção também surge

na Primeira Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1992, em Bogotá, com intuito de discutir os princípios, estratégias e metas para melhoria da qualidade de vida, assim como a equidade e o acesso às políticas públicas (CARVALHO; WETPHAL; LIMA, 2007). A conferência na América Latina consistiu no desafio de transformar as ações de promoção da saúde em práticas que conciliem os interesses econômicos e sociais para o bem estar de todos, bem como trabalhar a solidariedade e equidade como condições indispensáveis para a saúde e desenvolvimento dos povos, mesmo em frente à situação de iniquidade em saúde optando por novas alternativas orientadas a combater o atraso e a pobreza, bem como as enfermidades da sociedade moderna, da urbanização e da industrialização (BRASIL, 2002). Esta conferência discutiu o conceito de municípios saudáveis, que contemplaria todos esses interesses comuns em busca de melhores condições de vida e de saúde.

Cinco anos depois ocorreu a IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jacarta na Indonésia, em junho de 1997, (QUADRO 2.1) com o tema os “Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde pelo Século XXI adentro” (BRASIL, 2002). A conferência discutiu a participação de novos atores na intervenção sobre os determinantes sociais da saúde por meio da responsabilidade social de empresas de forma a impactar o desenvolvimento social local. Ainda, o documento final da conferência, a Declaração de Jacarta, afirma que uma das formas de reduzir as iniquidades em saúde seria por meio do respeito aos direitos humanos e o acúmulo de capital social no território, reforçando o investimento social e as ações sobre os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2002).

A conferência reforçou a participação popular, o *empowerment* e desta forma, o acesso à educação e à informação, assim como a integração das cinco estratégias de ação em diferentes cenários para elaboração de políticas públicas sociais integrais (BRASIL, 2002).

Três anos depois o panorama global não havia mudado, a crise econômica e o aumento da violência e da intolerância fez com que houvesse uma mudança de estratégia V Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no México, em 2000, na qual apontou-se a preocupação de transformar as ideias em ações concretas, talvez um reflexos das discussões na reunião em Genebra da Rede de Megapaíses para promoção da saúde em 1998, na qual buscavam-se formas de concretizar as ideias e diretrizes da promoção da saúde frente aos problemas mundiais de saúde (QUADRO 2.1) (BRASIL, 2002). Assim, no final da conferência, a Carta do México faz recomendações das ações para alcançar-se uma promoção da saúde eficaz: a promoção da saúde como uma prioridade nas políticas e programas; garantir a

participação de todos os setores, apoiar os planos nacionais de saúde; fortalecer redes nacionais e internacionais de saúde; e defender que a Organização das Nações Unidas responda por seu impacto na agenda de desenvolvimento internacional (BRASIL, 2002). Ainda, há uma preocupação de verificar os resultados destas ações como forma de pressionar para que elas ocorram por meio do monitoramento e avaliação (OMS, 2014).

Em meio às discussões da virada do milênio acerca da Política Saúde para Todos nos anos 2000, a OMS, por meio de um estudo com vários especialistas, elaborou um quadro conceitual sobre as funções essenciais da saúde pública identificando a promoção da saúde e a participação social entre elas: (1) Monitoramento, análise e avaliação da situação de Saúde do Estado; (2) Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à Saúde; (3) Promoção da Saúde; (4) Participação social em Saúde; (5) Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da Saúde; (6): Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em Saúde; (7): Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de Saúde; (8): Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em Saúde; (9): Promoção e garantia da qualidade dos serviços da Saúde; 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em Saúde; (11): Coordenação do processo de Regionalização e Descentralização da Saúde (OMS, 2001).

As funções da saúde pública são importantes para balizar o trabalho dos governantes em prol do acesso à serviços públicos, qualidade destes serviços e pela qualidade da gestão e identificar a promoção da saúde como uma destas funções é a afirmação de sua importância neste contexto global.

A VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorreu em 2005, na cidade de Bangkok, na Tailândia, e abordou a promoção da saúde e os determinantes sociais no mundo globalizado (QUADRO 2.1) (OMS, 2014). A globalização surgiria como uma forma de cooperação entre países, permitindo políticas integrais e coerentes para todos (OMS, 2014). A Carta de Bangkok afirma que a promoção da saúde seria um direito humano que potencializa a inclusão, e apresenta compromissos como a Saúde para Todos com diferentes preocupações: a promoção da saúde como eixo central na agenda de desenvolvimento global, uma responsabilidade dos governos, ser foco de comunidades e da sociedade civil e ter boa prática corporativa (OMS, 2014). A carta convida a todos os atores a envolver-se, e também aponta para a alocação de recursos por meio de planos de ação governamentais, o monitoramento e desempenho de metas e a elaboração de indicadores apropriados para o acompanhamento das

mesmas (OMS, 2014). A integralidade das políticas globalizadas podem ser uma forma de potencializar o desenvolvimento de populações mais pobres e com condições sociais precárias. Talvez tenha sido a maior contribuição da conferência, partir de uma concepção e abordagem globalizada dos determinantes sociais, e desta forma potencializar a cooperação internacional.

A VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu quatro anos depois em Nairóbi, no Quênia, em 2009, e teve como tema central a intersectorialidade e como eixos temáticos o empoderamento da comunidade, a literacia em saúde, o reforço dos sistemas e políticas de saúde, as parcerias e ações intersectoriais e a capacitação para a promoção da saúde (QUADRO 2.1) (OMS, 2014). O *empowerment* é um processo no qual o indivíduo ou o coletivo desenvolvem habilidades para tomada de decisão assim como o controle sobre os DSS e consequentemente sobre suas vidas (BRASIL, 2012). Literacia em saúde é um conceito importante que contribui com o desenvolvimento social, econômico e de saúde (KICKBUSCH, 2001).

É também um dos resultados das ações de promoção da saúde e, ainda, melhora o acesso das pessoas à informação e sua capacidade de usa-la e intervir sobre os determinantes sociais da saúde (OMS, 1998). A literacia em saúde também é importante para alcançar o *empowerment*. A inclusão destas temáticas colabora com o processo de capacitação da população por meio do reforço da participação popular e das ações intersectoriais que contribuem para o desenvolvimento local. A conferência abordou também a crise financeira e o aquecimento global como ameaça às economias globais para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida, apontando a promoção da saúde como elemento fundamental para renovação da Atenção Primária à Saúde, assim como para alcançar os objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) (OMS, 2014).

Esta conferência demonstra preocupação com o aumento das DCNT e as doenças mentais resultado da mudança do perfil epidemiológico e demográfico que vem ocorrendo nos últimos anos (OMS, 2014).

A última conferência, a VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, ocorreu em 2013, em Helsinque, na Finlândia e finalizou com o documento a Declaração de Helsinque sobre Saúde em Todas as Políticas (STP) (UIPES, 2013). A declaração aponta a saúde como meta dos governos e a pedra angular do desenvolvimento sustentável (QUADRO 2.1) (Ibidem).

A abordagem de saúde em todas as políticas deve-se ao fato de que as decisões para a saúde implicam em uma ação intersetorial, que aumenta o impacto das ações e garante a integralidade da atenção:

O Encontro teve como base uma rica herança de ideias, ações e evidências originalmente inspiradas na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) e na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Estes documentos identificaram a ação intersetorial e as políticas públicas saudáveis como elementos centrais para a promoção da saúde e para a realização da equidade em saúde (UIPES, 2013. p.1).

Por conseguinte, a declaração também faz parte da resposta e da contribuição dos países para alcançar as Metas para o Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas, já na perspectiva de elaboração da agenda pós-2015 (OMS, 2011). Essa abordagem global de enfrentamento às iniquidades em saúde vai ao encontro das discussões acerca dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) que vem substituir os ODM e pretende avançar em busca de melhores resultados, identificando também, que as causas e problemas sociais do mundo estão ligados ao mercado e ao poder dos países e governantes (OMS, 2011; OMS, 2015). O conceito de intersetorialidade vai sendo fortemente afirmado neste contexto como um pilar das ações de promoção da saúde para o controle dos determinantes sociais da saúde.

A próxima conferência, a 9ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (QUADRO 2.1), ocorrerá em novembro deste ano de 2016 e celebra os 30 anos da Carta de Ottawa. Esta conferência pretende instrumentar os Estados-Membros sobre a aplicação dos conceitos de promoção da saúde baseados em evidências, assim como de abordagens e mecanismos para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, reafirmando a importância da promoção da saúde na melhoria da saúde e equidade (WHO, 2016).

As conferências internacionais de promoção da saúde promovidas pela OMS têm um papel importante na construção histórica do conceito de saúde e de promoção da saúde como citado anteriormente por diferentes autores. Todavia, outras conferências internacionais também possuem relevância ao reunir diferentes atores e realidades para estudar e disseminar a promoção da saúde.

Entre estas conferências estão as realizadas pela União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para Saúde (UIPES). A UIPES é uma associação mundial de diferentes pessoas e organizações como governos, universidades, institutos e ONGs com tem como missão promover saúde no mundo contribuindo com a equidade em saúde e existe há mais de 60 anos (UIPES, 2015). Essa associação já realizou 21 Conferências Internacionais com diferentes

temas, entre eles a educação para a saúde com objetivo de capacitar e empoderar os indivíduos contribuindo para o *advocacy* e refletindo sobre os investimentos e práticas de promoção da saúde (UIPES, 2013).

A primeira Conferência Internacional da UIPES ocorreu em 1951 em Paris, e repete-se de forma trienal, sendo a última em 2013, na Tailândia, com o tema “Melhores Investimentos para Saúde”. Esta conferência trouxe a discussão da saúde como direito de todos e que deve haver um esforço para implantar as ações de promoção da saúde, uma chamada para ação concreta das conclusões da conferência entre outras diretrizes (UIPES, 2013).

A próxima conferência da UIPES ocorrerá em maio de 2016, no Brasil, na cidade de Curitiba, e terá como tema a promoção da Saúde e da Equidade, a temática foi escolhida para esta 22ª Conferência com a defesa de que as iniquidades têm aumentado ao contrário do que imaginava-se e, a conferência busca fortalecer a promoção da saúde dentro dos governos e reforçar a importância dos determinantes sociais da saúde para a saúde pública (POTVIN, 2015).

2.1.2. Promoção da Saúde no Brasil

As transformações sociais impulsionaram as mudanças no modelo de atenção à saúde, tendo na reforma sanitária a base para o modelo teórico conceitual da saúde coletiva no Brasil (CARVALHO, WESTPHAL, LIMA, 2007). A história da promoção da saúde no Brasil foi construída desde a colonização, em meio à ocupação do território, às mudanças de governo, às epidemias que assolaram o país e foi transformando-se, junto com o modelo médico sanitário.

As discussões internacionais sobre promoção da saúde vão ao encontro das questões levantadas pelo movimento sanitário constituído nos anos de 1940 e que articulou a Reforma Sanitária Brasileira, porém só na década de 1980 começou a ser amplamente discutido em nível nacional quando posteriormente culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde com a participação da população em março de 1986 (BRASIL, 1986; CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

O Movimento da Reforma Sanitária apresenta a peculiaridade de ter sido constituído em meio à conjuntura de discussões sobre a democracia brasileira, com participação de movimentos sociais, estudantil, sindicatos, artistas, e profissionais que combatiam a ditadura e defendiam a redemocratização do Estado (VIEIRA-DA-SILVA, PAIM, SCHRAIBER, 2014).

O Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde define saúde como resultante das condições de vida como alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde e é, portanto, resultado das diferentes formas presentes na sociedade de organização da produção, as quais geram desigualdades nos níveis coletivos e individuais da vida (BRASIL, 1986). A Conferência impactou não só na estruturação de um sistema de saúde universal e integral no país como também no texto da Constituição Federal.

Por conseguinte, houve o reconhecimento legal do conceito de saúde como uma concepção ampla na Constituição Federal de 1988, no qual saúde é um direito universal resultante de condições de vida e trabalho, assim como um dever do Estado (BRASIL, 1988). E ainda, a constituição institui o Sistema Único de Saúde consolidado pela Lei Orgânica da Saúde da Saúde nº 8080, de 1990 e tem em seus objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento refletido na bandeira de luta do movimento sanitário (CARVALHO; WETPHAL; LIMA, 2007; ESCOREL; 2009).

Para Teixeira (2004) o debate em torno da promoção da saúde torna-se estratégico à medida que retoma e atualiza as propostas da Reforma Sanitária brasileira, e como consequência, fortalece o movimento de institucionalização da PS no Brasil. A partir do esforço de repensar o modelo assistencial várias discussões sobre a promoção da saúde ocorreram ao longo da década de 1990, quando o MS formaliza o projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, com objetivo de colaborar com a mudança do modelo de atenção vigente, atuando como indutor de práticas de PS e metodologias de trabalho (BRASIL, 2013b; CASTRO, 2006).

Quase uma década depois, a discussão sobre a promoção da saúde avançou de forma lenta para a construção de uma política nacional. A Assembleia Mundial da Saúde da OMS no ano 2000 suscitou vários debates acerca da saúde como direito pautado em preceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social, reafirmando ainda a relação entre os determinantes como recursos para qualidade de vida, e desta forma, compreende a promoção da saúde como um caminho possível de diálogo entre diversos setores (BRASIL, 2002).

O governo brasileiro corroborou para isso ao lançar em 2002 um documento intitulado Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão, afirmando ser uma prévia das discussões que pautariam o tema no país (FERREIRA NETO, et al, 2013). Um ano depois,

com a transição do governo foi elaborado um documento de revisão intitulado “Promoção da Saúde: um Novo Modelo de Atenção”, proposta substitutiva que rompe com alguns conceitos e formatos do documento anterior e aponta para uma promoção da saúde mais intersetorial, participativa e com ações integradas (FERREIRA NETO, et al, 2013).

Em 2005 foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Comitê Gestor interministerial para discussão de diretrizes e estratégias e elaborou o terceiro documento, publicado em 2005, como Política Nacional de Promoção da Saúde: documento preliminar para discussão da política nacional e aproxima-se mais do primeiro documento proposto em 2002 (FERREIRA NETO, et al, 2013).

Estes documentos mesmo apontando objetivos amplos em relação ao documento final em 2006, trouxeram contribuições relevantes para a construção teórico conceitual da política de promoção da saúde no país.

Posteriormente estes documentos resultaram na Portaria Interministerial n° 687, de 30 de março de 2006 que aprovou a primeira Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) por meio da Portaria n° 267, de 30 de março de 2006, e teve como objetivo promover a qualidade de vida, reduzindo vulnerabilidades e os riscos à saúde relacionados aos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2006; GOMES, 2009).

Em concordância Malta (2009) aponta que a aprovação da política fortaleceu o movimento de institucionalização da Promoção da Saúde no país. Na agenda de prioridades da PNPS encontravam-se os eixos da alimentação saudável, práticas corporais e atividade física, tabagismo, álcool e outras drogas, acidentes de trânsito, cultura da paz e desenvolvimento sustentável, identificando por meio deles estratégias de ação e metas de melhorias (BRASIL, 2006b). Posteriormente esta política foi um dos marcos legais que foi considerado para a criação do Programa Academia da Saúde em 2011.

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) fortaleceu a institucionalização da promoção da saúde no país por meio de discussões realizadas pelo grupo de brasileiros que sugeriram impulsionar a pesquisa e a formação sobre a temática, assim como a responsabilização das instituições envolvidas nesse processo e a discussão conceitual sobre promoção da saúde no país (CARVALHO, WESTPHAL, LIMA, 2007).

Ainda para Malta (2009) a aprovação da PNPS na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) em 2006, e a institucionalização da promoção da saúde no âmbito do SUS incluído no Plano Plurianual (PPA 2008/2011) induziram as ações de promoção da saúde nos municípios

com abertura de editais para projetos e repasse de recurso financeiro fundo a fundo. Como exemplos, temos os projetos Brasil Saudável em 2005, o Pratique Saúde em 2006, a campanha “Time mais Saúde” em 2008, capacitações nessa área e a organização de avaliações e monitoramento de programas e ações (MALTA, 2009). A PNPS incorporou a atividade física como um dos componentes de prioridade para a saúde brasileira, compreendendo que a inatividade física é um fator de risco grave para o surgimento e agravamento das DCNT, e a mortalidade (MALTA, et al. 2014b).

O estímulo à elaboração de programas e projetos com abrangência populacional com foco na atividade física parece ter tido êxito, porém ao mesmo tempo não aumentou ou induziu com mesmo empenho os demais eixos da PNPS. Diante disto, quando foi criado o Programa Academia da Saúde ampliou-se os eixos de ação com vista a expandir o cuidado no território da atenção básica por meio de outras atividades sugeridas.

No ano de 2011, o governo lançou duas agendas importantes para corroborar com a Estratégia Global ainda de 2004, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, com a implementação de políticas efetivas na prevenção e controle das DCNT (BRASIL, 2011d), e a Agenda Estratégica ano 2011-2015 da Vigilância em Saúde na qual uma das prioridades é o fortalecimento da PNPS por meio da implantação de 4000 Academias da Saúde até 2015 para prática de atividade física, reconhecendo este eixo como importante para o controle e redução das DCNT (BRASIL, 2011c).

Em 2011 também houve a implementação de novas modalidades de repasse de recursos federais, com intuito de garantir a sustentabilidade das ações de promoção da saúde. Entre os programas e ações criados, foi implantado neste ano o Programa Academia da Saúde (PAS), objeto deste estudo.

Em 2014, após diferentes movimentos e discussões acerca das ações que estavam sendo realizadas e do marco teórico da promoção da saúde no contexto brasileiro, a PNPS de 2006 foi revista por meio da Portaria Ministerial nº 2446 em 13 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014). Entre os ganhos resultantes deste processo, foram identificados a problematização das práticas de promoção da saúde junto ao território, a caracterização da diversidade socioespacial das regiões, o reconhecimento da relevância da Atenção Básica (AB) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) na implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio de suas práticas e inserções, e ainda foi possível avaliar a implementação dos oito anos da PNPS (ROCHA, 2014). A avaliação da política constatou que o processo de revisão, os encontros de

sistematização e a escrita compartilhada da minuta da nova PNPS corroboraram com a construção de consensos o que contribuiu para uma construção conceitual e prática de promoção da saúde mais próxima da realidade (ROCHA, 2014).

Diante disso, compreendendo que o PAS foi instituído em 2011 pelo marco legal da PNPS 2006, este trabalho analisará a concepção teórica do programa em relação à esta política, mas também, uma análise da PNPS 2014 à título de exploração.

2.1.3. Os determinantes sociais da saúde

Os determinantes sociais da saúde (DSS) tem como marco conceitual importante o informe Lalonde, produzido, em 1974, no Canadá (LALONDE, 1974). Os Determinantes Sociais da Saúde são compostos pelos seguintes fatores multicausais: questões sociais, econômicas, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008). Se analisados individualmente estes fatores podem ser relevantes na compreensão de algumas doenças e indicadores, mas a relação entre eles é fundamental para compreender o processo complexo de saúde e adoecimento assim como compor as políticas públicas integrais.

Desta forma, analisar como os determinantes sociais da saúde aparecem no desenho do Programa Academia da Saúde poderá contribuir com a compreensão da concepção teórica do mesmo assim como, de que forma estes fatores se presentes pelo programa, podem influenciar na saúde da população.

Para que compreenda-se a relação entre saúde e os DSS é preciso o deslocamento da discussão de dentro do setor saúde para o campo do desenvolvimento social considerando o processo saúde-doença como resultado de múltiplas causas e, portanto, a atuação de diferentes setores (WHESTPHAL, 2006).

As discussões em torno dos determinantes sociais de saúde causadores das iniquidades em saúde levaram a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar, em 2005, na 57ª Assembleia Geral da ONU, uma comissão para discutir a equidade em saúde, a Comissão Global sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health-CDSH) com

a agenda voltada para aumentar a equidade e com intuito de que os países membros implementem ações que possam contribuir com os determinantes sociais da saúde de forma positiva (BATISTELLA, 2007).

A CDSH listou alguns pontos de entrada ou iniciais para as ações das políticas e das intervenções sobre estes determinantes sociais, visando reduzir: (1) as desigualdades de poder e renda por meio da redução da estratificação social quando ligada à posição socioeconômica; (2) a exposição ao risco, ou à fatores que causem danos à saúde, prioritariamente nos grupos mais carentes; (3) as vulnerabilidades; (4) as iniquidades por meio das ações de atenção à saúde assim como prevenir a deterioração social e econômica de indivíduos que adoecem (MARMOT, 2005).

Estas ações globais tendem a identificar a interdependência entre as condições sociais e as condições de saúde como, por exemplo, no caso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, que apontaram que sem as melhorias em condições de saúde como a pobreza, a segurança alimentar, a educação, o *empowerment* das mulheres, e as condições de moradia, os países não alcançariam as metas de desenvolvimento relativas à saúde (MARMOT, 2005).

Entre as diferentes abordagens para o estudo dos mecanismos e fatores através dos quais os DSS provocam as iniquidades em saúde optou-se pela representação gráfica e teórica de Whitehead e Dahlgren (WHITEHEAD; DAHLGREN, 1991). No modelo de explicação de quais as possíveis relações entre os determinantes sociais da saúde e as condições de saúde, e consequentemente com as iniquidades em saúde, é possível visualizar, em camadas, os fatores individuais e coletivos (FIGURA 1).

A camada mais interna (fatores hereditários, idade e sexo) representa uma carga de fatores que influenciam as condições de saúde do indivíduo pois são determinantes biológicos que não podem ser modificados por políticas públicas (PELLEGRINI FILHO, BUSS, ESPERIDIÃO. 2014). Já na camada fronteira está o estilo de vida dos indivíduos, ou chamados determinantes proximais, relacionado ao comportamento do indivíduo, e resultado de uma escolha particular e subjetiva, sofre forte influência dos demais fatores das camadas acima como a rede social, os serviços de saúde e educação e até mesmo, e principalmente, das condições socioeconômicas (FIGURA 1) (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). As ações de saúde muitas vezes concentram-se nessas duas

primeiras camadas, tanto pela falta de ações intersetoriais ou pela limitação da atuação do setor saúde em determinados territórios, serviços ou ação sobre determinadas morbidades.

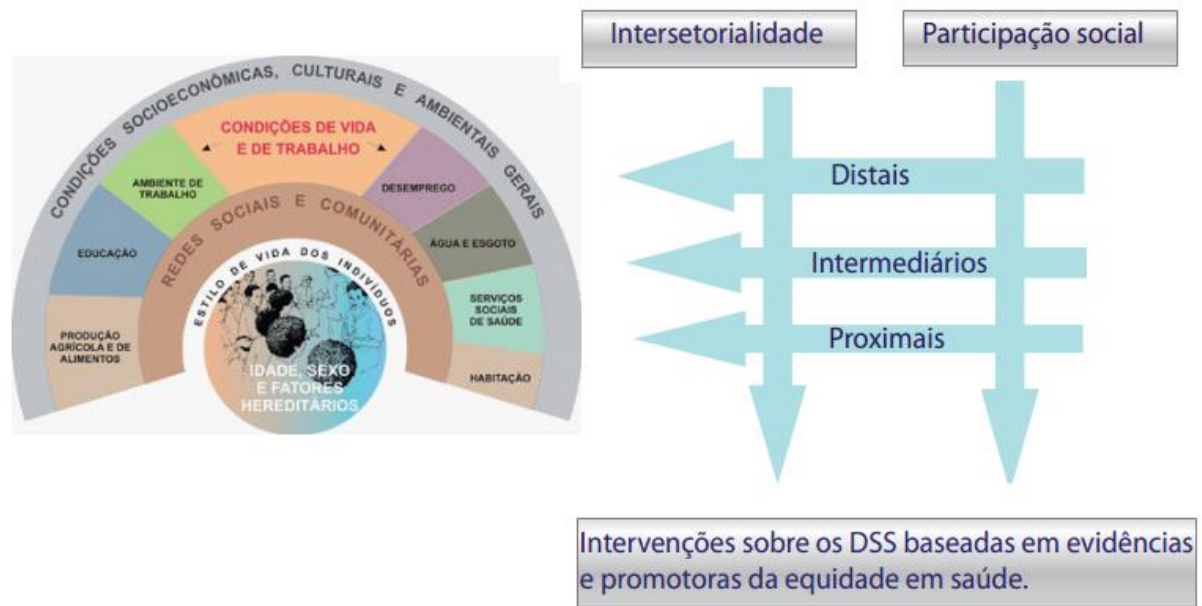
A terceira camada da Figura 1 é formada pelas redes sociais e comunitárias composta pelas relações entre indivíduos e pela comunidade que apoiam na tomada de decisão, ajudam na coesão social e no empoderamento do sujeito; na penúltima camada encontramos os fatores relacionados diretamente às condições de vida e de trabalho: (1) produção agrícola e alimentos, (2) educação, (3) desemprego, (4) água e esgoto, (5) serviços sociais de saúde e (6) habitação (WHITEHEAD; DAHLGREN, 2006 apud BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Estes determinantes são chamados também de intermediários, e indicam que quando um indivíduo está em desvantagem com outro em relação à alguns destes fatores isso pode contribuir para uma pior condição social e para iniquidade em saúde, como por exemplo uma habitação em área de vulnerabilidade, o desemprego ou até mesmo não ter acesso a alimentos e escola, tornando-o mais suscetível a um possível risco (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Esses fatores representam também a estrutura de como as secretarias e órgão federais estão organizados para dar resposta aos problemas sociais, porém muitas vezes a solução está na interdependência das ações e de políticas integrais que contemplem a complexidade do sujeito e dos diferentes territórios (JUNQUEIRA, 1997).

Fica exposto que é necessário o fortalecimento da discussão sobre os determinantes sociais da saúde intermediários enquanto parte da estratégia de uma política pública integral para que eles proporcionem à equidade em saúde e atenda às necessidades sociais, implicando um modo diferente de formular políticas e programas (PELLEGRINI FILHO, BUSS, ESPERIDIÃO. 2014).

Na última camada e, a mais externa da Figura 1, englobando as demais, estão os chamados macrodeterminantes, entre eles podemos citar as condições socioeconômicas, culturais e ambientes gerais que impactam sobre os demais e pautam-se em políticas públicas sociais fortes assim como reformas estruturais de estado para provocar mudanças sociais e o desenvolvimento social (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Esses determinantes sociais da saúde podem sofrer influência das políticas públicas nacionais assim como pela história constitutiva de um país.

Ainda na Figura 1, podemos observar os pilares das intervenções a serem realizadas sobre os DSS proximais, intermediários e distais de forma que seja planejado intersetorialmente e preconize a participação social para garantir a sustentabilidade (CNDSS, 2008).

Figura 1 – Modelo de Dahlgren e Whitehead e as possibilidades de intervenção.



Fonte: Pellegrini Filho, Buss, Esperidião 2014.

Podemos também acrescentar a essa discussão os determinantes globais de saúde, uma camada mais externa que englobaria todos os demais sobre a qual estariam fatores como as políticas de exportação e importação, migração, regulação de fluxos financeiros, tarifas e subsídios assim como a fuga de capital e a proteção de propriedade intelectual, como por exemplo no caso de medicamentos (CMDSS, 2011).

Um cenário propício para esta discussão deu-se em 2011 quando ocorreu no Brasil a primeira Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde com o intuito de compartilhar experiências e formular estratégias efetivas de atuação sobre os DSS em prol do combate às iniquidades em saúde, reforçando a importância desta pauta na agenda global (CMDSS, 2011).

Para a CMDSS a ação intersetorial na saúde trata-se do trabalho feito de forma integrada, entre diferentes setores que tenham um objetivo em comum e que impactem sobre a

saúde (CMDSS, 2011). Importante observar essa definição pois ela amplia o panorama das ações e reduz o peso do setor saúde que muitas vezes é o único ator participante e passar a ser protagonista de uma relação intersetorial (CMDSS, 2011).

A comissão ainda aponta cinco dimensões e estratégias prioritárias de ação sobre os DSS para combater as iniquidades:

1. Governança para o enfrentamento das iniquidades em saúde, entendida como interação colaborativa entre governos, sociedade civil, cidadãos e as organizações sociais na tomada de decisão para um bem comum;
2. Promoção da participação social como fundamental no fortalecimento das redes sociais e comunitários, assim como o capital social;
3. Fortalecimento do papel do setor saúde na redução das iniquidades, mediante reorientação dos serviços de saúde visando a equidade;
4. Esforço global sobre os DSS, dado que as ações nacionais não são suficientes para dar conta dos determinantes sociais globais, porque estes dificultam a ação dos países sobre os DSS.
5. Monitoramento e análise das tendências das iniquidades em saúde e dos impactos das ações sobre elas (CMDSS, 2011; PELLEGRINI, BUSS, ESPIRIDIÃO, 2014).

Dessa forma, as possibilidades de intervenção sobre os DSS para o enfrentamento das desigualdades em saúde passam a seguir uma defesa de que o planejamento das ações não basta ser em formatos de programas de saúde, mas sim de uma maneira diferente e inovadora de formulação de políticas, baseada em ações coordenadas com diversos setores, as chamadas ações intersetoriais (PELLEGRINI FILHO, BUSS, ESPIRIDIÃO, 2014). Ainda, o planejamento conjunto destas ações deve ser pactuado entre as diversas secretarias, departamentos e ministérios dentro de uma esfera de governo, e para fora dele com participação da sociedade civil.

As políticas públicas têm um papel importante na qualidade de vida da população ao passo que impactam no desenvolvimento social, assim, devem ser avaliadas pela qualidade da saúde da sua população, pela justiça de distribuição de serviços e recursos e pela proteção social prestadas com intuito de reduzir as iniquidades em saúde (OMS, 2010). As iniquidades em saúde são condições de saúde para além dos fatores hereditários ou de idade e sexo, são condições que poderiam ser evitadas e que ocorrem por injustiça de acesso a bens e serviços (BRASIL, 2006).

Uma discussão importante no campo da saúde que ocorre é que para enfrentarmos estas condições sociais, ou condições de vida que impactam diretamente no modo de viver, são necessárias ações intersetoriais e intrasetoriais por meio de áreas prioritárias como o combate à pobreza e o acesso aos serviços de saúde, com foco na redução destas iniquidades em saúde (OMS, 2011). Essas ações quando realizadas articuladas podem ser potencializadas e dessa forma obter melhores resultados.

2.1.4 A intersetorialidade como um dos princípios da promoção da saúde

A intersetorialidade é compreendida como uma estratégia orientada a superar a ótica fragmentada da divisão setorial do aparato público como secretarias e ministérios, ao mesmo tempo em que é caracterizada pela possibilidade de síntese de diversas práticas buscando reconhecer os limites de poder e atuação do outro setor, e procurando promover esses encontros de conhecimento e saberes por um resultado comum (COSTA, PONTES, ROSA, 2006). Percebe-se um protagonismo do setor saúde nas ações intersetoriais talvez pelo seu papel social construído historicamente.

Nesse contexto o conceito é importante porque preconiza a ação complementar entre os setores e questões relacionadas a cada DSS, que por meio de relações horizontais, com a interdependência entre os serviços e com a participação da sociedade potencializam os resultados de ações comuns e podem impactar mais na qualidade de vida (BRASIL, 2005).

A Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, apontou por meio da Carta de Ottawa, a estratégia de construção de políticas públicas saudáveis, ou intersetoriais, e a criação de ambientes favoráveis à saúde dos indivíduos que consideram a intersetorialidade como pilar para as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2002). Esta Carta articula-se com o movimento de ressignificar a saúde e aborda a intersetorialidade por meio da defesa de que políticas públicas saudáveis são compostas por trabalhos realizados por diferentes setores com mesmo objetivo comum, o que contribui para resultados mais eficientes.

As demais conferências internacionais reforçaram essa concepção. Na Segunda Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Adelaide, o tema foi a intersetorialidade e a participação de diferentes atores no planejamento e implantação das Políticas Públicas

Saudáveis, estas como um espaço obrigatório para discutir a intersectorialidade, a construção de uma agenda intersectorial pactuada visando à equidade e os compromissos com a saúde da população (BRASIL, 2002). A Conferência de Sundswal, colocou na agenda internacional a promoção da saúde com uma relação direta com o meio ambiente. Um ano mais tarde foi tema da Conferência internacional de Meio Ambiente realizada no Brasil, conhecida como ECO 92, reforçou o conceito de ambientes saudáveis ampliando a discussão das políticas públicas saudáveis voltadas para o meio ambiente, o desenvolvimento local e global sustentável e sua relação com a saúde (BRASIL, 2002).

O contexto global e a modernização tecnológica presente no contexto da IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jacarta, no ano de 1997, impuseram dificuldades de ação e, contrário a isso firmou-se o compromisso de inserir novos atores no investimento social assim como as parcerias intersectoriais e o aumento do capital social (BRASIL, 2002). Durante a V Conferência Internacional de Promoção da Saúde a preocupação era transformar as ideias em ações concretas, e para isso era preciso a participação dos ministros comprometendo-se a adotar um novo modelo de gestão integrada (BRASIL, 2002).

Na VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Bangkok, a globalização foi pauta como forma de integração e cooperação entre os países, visto que muitos determinantes sociais precisam ser abordados de maneira global, do contrário não poderia alcança-los (OMS, 2014). A VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Nairóbi, teve como tema central a intersectorialidade como estratégia para o desenvolvimento local (OMS, 2014).

Já a última conferência, a VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que ocorreu em Helsinque, na Finlândia, a intersectorialidade volta à discussão por meio da proposta de “Saúde em Todas as Políticas”, reforçando a relevância do envolvimento dos diferentes setores de forma integrada e multidisciplinar com objetivo de melhorar as condições de saúde e vida da população (WHO, 2013). As conferências colaboram desta forma, não só com a discussão teórica da intersectorialidade e sua relação com os determinantes sociais da saúde, mas também no impacto sobre a saúde e equidade, a mudança de práticas e na gestão das políticas públicas saudáveis para os territórios.

No Brasil, essa discussão perpassa a primeira Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), na qual o conceito de intersectorialidade aparece como uma diretriz que busca promover

parcerias entre diferentes setores para integrar as ações e alcançar resultados de saúde mais potentes (BRASIL, 2006).

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2006. p. 13)

A construção de ações intersetoriais potencializa as transformações pela diversidade de perspectivas dos diferentes setores (Ibidem). O setor saúde é um protagonista neste processo por meio da articulação e defesa de que o processo saúde-doença é resultado de múltiplos fatores, os determinantes sociais da saúde.

É importante apontar que além das ações intersetoriais, importantes para a promoção da saúde, também existem as ações intrasetoriais, que contribui com a reorganização do trabalho setorial. Estas ações são aquelas que ocorrem por meio da articulação de diferentes áreas ou departamentos do mesmo setor, resultando em otimização de recursos e integração de práticas e saberes (BRASIL, 2012). As Redes de Atenção à Saúde são um exemplo de uma ação intrasetorial potente.

2.1.5. De que território estamos falando?

Para compreendermos a complexidade das ações intersetoriais e dos sujeitos e suas singularidades é preciso compreender também o território no qual essas ações ocorrem e como elas propõem soluções para os problemas sociais, assim como, pode-se contribuir com a equidade em saúde no contexto dos DSS.

Percebe-se que o conceito de território contempla diferentes percepções e usos. Para Milton Santos, o território é o local onde “desembocam-se todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente realiza-se a partir das manifestações da sua existência” (SANTOS, 1999. p.7). Ele aponta ainda que o território é vivo e acredita na força deste lugar em constante mudança e não algo pronto e imutável: “O espaço globaliza-se, mas não é mundial como um todo, senão como metáfora; Todos os lugares são mundiais, mas não há espaço mundial; quem globaliza-se, mesmo, são as pessoas e não os lugares” (SANTOS, 1994, p. 31). É o que ele afirma ser a globalização das pessoas e não dos lugares.

O espaço configura-se assim não apenas territorialmente, mas também pelas relações de produção e relações sociais, denominado por Santos como um “sistema de objetos e um sistema de ações” (SANTOS, 1994, p.18) e ainda, "um conjunto de fixos e fluxos que interagem", sendo os fixos as construções como casas, lojas, plantações, bancos e os fluxos são realizados a partir dos fixos e destes pelas relações sociais, assim um modifica o outro (SANTOS, 1996:50). Trata-se de uma análise não apenas espacial, mas da distribuição deste espaço como resultante da forma como as pessoas, fixos e fluxos organizam-se e determinam o funcionamento deste sistema.

Souza dialoga com Santos quando afirma que a política acontece no lugar onde ocorrem as relações, e também neste lugar, não globalizado, que está o poder das pessoas para definir prioridades, estratégias e políticas públicas eficientes, assim como construir redes de solidariedade que o mantem vivo neste lugar que muitas vezes carece de equipamentos e de serviços públicos (SOUZA, 2003).

Interessante perceber entre estes autores que há a valorização do espaço geográfico local, ou micro, onde as pessoas e os fatos ocorrem, que conseguimos as mudanças necessárias para potencializar as ações de promoção da saúde, e da vida, permitindo que os sujeitos expressem-se, identifiquem as reais necessidades e encontrem as bases para o *empowerment* sobre os determinantes sociais de saúde que afetam seu território.

É fundamental essa compreensão da dinâmica social do território, sendo relevante considerar o *empowerment* e a intersetorialidade como princípios básicos da promoção da saúde que sustentam este conceito de território no campo da saúde coletiva, perpassando pelas condições de saúde e o modo de levar a vida (MONKEN, BARCELLOS, 2007).

Reconhecer a identidade cultural do território é importante para que possa identificar-se as necessidades e costumes das famílias e moradores no local e no contexto em que vivem, planejando ações e serviços mais adequados (STARFIELD, 2002). A cultura é um fator social importante e uma característica do território que deve ser compreendida e respeitada pois ela fortalece a participação social e contribuiu com a sustentabilidade das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2002).

Dessa forma, o território é compreendido pelo dinamismo da economia e da sociedade em determinado local, seja pela ocupação dos equipamentos sociais, seja apropriação do espaço pelo cidadão e pela coletividade, sendo, portanto, uma construção sócio-histórica ao identificar

quem vive neste lugar, como vive, com quais recursos e quais significados são dados ao território (HAESBAERT, 2004 apud SACARDO, GONÇALVES, ANDRADE, 2014).

O território é um espaço de construção permanente de sentido assim como de vida, desejos, sonhos, cultura, valores e mudanças concretas (SACARDO, GONÇALVES, ANDRADE, 2014).

A Carta de Ottawa aborda o conceito do território ao citar os diferentes contextos e realidades como fatores relevantes na capacitação das pessoas ao propor intervir sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2002). No campo da promoção da saúde o território também é abordado como diferentes cenários de intervenção, ou seja, o território como parte de um determinado contexto como escolas, ambiente familiar ou no setor saúde (AFONSO, 2013).

Estes distintos cenários da promoção da saúde estão os municípios saudáveis, centro de saúde, escolas, locais de trabalho, meios de comunicação e o poder legislativo na perspectiva da elaboração de políticas públicas saudáveis (WHESTPHAL, 2006).

O território além de ser composto pelo conjunto das relações interpessoais pode ser interpretado também como elemento de condição de saúde ao contemplar as estruturas de serviços de saúde, habitação, educação entre outros (BRASIL, 2002). A territorialização pode ser interpretada também como um instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, que tem na base territorial a delimitação espacial da organização por exemplo das equipes de estratégia de saúde da família (MONKEN E BARCELLOS, 2005).

As construções de políticas públicas com bases locais podem contribuir para democratização das relações entre os atores do território em disputa, minimizando as desigualdades e otimizando o acesso aos serviços (MOYSES, DE SÁ, 2014).

2.1.6 A integralidade na promoção da saúde

As doenças crônicas não transmissíveis, conforme já analisado, vêm tomando lugar de relevância na causa de morte atualmente nos países, anteriormente ocupado pelas doenças

infecto parasitárias, e representando um enorme desafio para o campo da saúde pública que aponta a necessidade de considerar a adoção de novas políticas públicas que permitam atender a essa nova realidade em direção a uma atenção integral e mais efetiva (MENDES, 2012a).

Além disso, o aumento da expectativa de vida e a melhoria da tecnologia voltada para o campo da saúde, faz com que seja necessária uma reorientação nas práticas de cuidado e consequentemente, uma mudança no modelo de atenção à saúde que possa integrar as práticas e cuidados (MENDES, 2012a).

Alguns autores apontam para o conceito de integralidade para que contribua com o fortalecimento de um modelo de atenção à saúde integral e de qualidade.

Para MATTOS (2001), a integralidade apresenta um conjunto de sentidos e desta forma, com diversas interpretações. Esse conjunto de sentidos do princípio de integralidade são: (1) atributos sobre as práticas dos profissionais; (2) atributos da organização do serviço; (3) atributos sobre as respostas dos governos, quanto aos problemas de saúde (MATTOS, 2001).

O primeiro sentido dado à integralidade, refere-se às práticas profissionais e é conhecido como o sentido da boa prática médica, ou da relação médico-paciente, e à formação, porque advém do movimento da medicina integral, na qual defende um cuidado integral do paciente e de suas necessidades (MATTOS, 2001).

O segundo conjunto de conceitos atribuído à integralidade refere-se à busca permanente de organizar o processo de trabalho de forma que amplie a compreensão das necessidades reais do território de forma contínua e em transformação, modificando o trabalho conforme o contexto e a necessidade apresentada, do contrário pode-se correr o risco de atender uma demanda talvez menos importante em detrimento da outra que teria mais impacto para o paciente (MATTOS, 2001).

Ainda segundo Mattos (2001), o terceiro conjunto de atributos da integralidade refere-se às respostas dados pelos governos aos problemas de saúde da população, ou seja, àquelas políticas especiais focadas em determinados problemas de saúde pública, como foi o caso do Programa Materno infantil do Ministério, que em resposta ao movimento feminista no Brasil, passa a ser compreendido como Programa de Assistência à Saúde da Mulher, uma crítica à concepção reduzida da função da mulher apenas como reprodutora, dificultando uma abordagem integral e abrangente.

Posteriormente, em outro estudo, o autor revela uma preocupação com a aplicação desse conceito enquanto uma prática transformadora, e não apenas um campo de estudos, afirmando assim que ele é uma potente ferramenta para a reorientação dos serviços e das práticas a partir do encontro entre o profissional de saúde e o paciente, e que por meio do diálogo e da escuta poderia garantir um atendimento mais eficiente e de qualidade (MATTOS, 2004).

Para alcançar a integralidade é preciso a interação entre saberes e práticas, trabalhar com equipes multiprofissionais, assim como realizar mudanças no modo de produção de saúde no território e nos fluxos assistenciais, ou seja, mudar a produção do cuidado (FRANCO, MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

Para Pinheiro (2009) a integralidade cumpre um papel de conjugar as diferentes ações e serviços de saúde em rede, e como um ato em saúde, transforma o cotidiano dos serviços, o processo de trabalho e vida das pessoas.

Para que isso ocorra é preciso ter o usuário no ponto central de observação e cuidado, e ao considerar o que cada um necessita conformando uma linha de cuidado que perpassa inúmeros serviços de saúde e por fim acaba interligando-os e configurando uma rede de atenção à saúde eficiente (CECILIO; MERHY, 2003).

Bárbara Starfield (2002) conceitua a integralidade como um dos sete atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo considerado o princípio orientador das práticas de saúde e da organização do processo de trabalho com olhar para necessidade do indivíduo, seja no nível de atenção primária, ou no encaminhamento para a rede de serviços composta também pelos serviços secundários ou terciários.

Ainda nessa concepção, Mendes (2012b) afirma que é por meio da integralidade que a equipe de saúde presta um conjunto de serviços de promoção da saúde, prevenção de doenças, cura, cuidado, reabilitação e cuidados paliativos conforme a necessidade da população.

Um marco importante na construção de um sistema de saúde que pudesse reorientar as práticas e os serviços foi o movimento da reforma sanitária na década de 1970, potencializado pela conjuntura social da época de redemocratização do país, quando discutiu-se quais conceitos e práticas sociais seriam mais adequadas à um sistema de saúde que atendesse a todos os cidadãos de forma igualitária e integral (MATTOS, 2004).

Os atores deste movimento defendiam uma noção integradora do cuidado e do sistema de saúde, propondo um modelo de atenção à saúde público no país com base no acesso universal, igualitário, com participação da população, composto por uma rede de serviços de saúde descentralizados (BRASIL, 1990).

Dessa forma, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), constituído posteriormente, foram elaborados a partir do lugar de oposição na época, um movimento crítico quanto às práticas de saúde, sendo, portanto, considerada uma bandeira de luta a favor da saúde (MATTOS, 2004). Entre estes princípios está o da integralidade.

Na Constituição Federal de 1988, a integralidade está restrita à assistência e “entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1988).

A constituição aborda três aspectos da integralidade: a abordagem biopsicossocial do ser humano, a interação entre profissional e usuário no cuidado e a organização dos níveis dos sistemas de saúde de maneira complementar e integrada (BRASIL, 2012). A integralidade na concepção do sistema de saúde brasileiro não foi apenas defendida como um princípio, mas também como um ideal de um sistema integral e de qualidade (MACHADO *et al.*, 2007). É percebido nessa discussão que para além do conceito que integra serviços, ela é uma possibilidade de integração de práticas no sistema que potencializam as ações em prol da melhoria da qualidade de vida.

No campo da promoção da saúde um marco teórico importante para elaboração do conceito da integralidade é a Carta de Ottawa que, mesmo não trazendo o termo no documento, aborda elementos que ajudam a compô-lo conceitualmente ao longo dos anos, como a construção de práticas integrais de cuidado a partir da reorientação do serviço e da formação profissional (BRASIL, 2002).

Para Ramos (2014) a promoção da saúde é um caminho possível para mudança de modelo de atenção à saúde, e reforça que para isso ocorrer é necessário a reorientação do serviço, a reforma no currículo profissional e a educação em saúde como instrumento de potencializar a participação da comunidade. A autora afirma ainda que ao utilizar o conceito ampliado de saúde, a integralidade deve ser entendida nos seus aspectos individual, familiar, bem como no contexto social em que o indivíduo vive (RAMOS, 2014).

No Brasil, o contexto de discussão e elaboração de uma política pública de promoção da saúde seguiu as mesmas questões de lutas por melhorias da qualidade de vida e dos serviços de saúde, porém reforçando o papel importante dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença, e pautando-se como uma política transversal que integrasse diversos setores e atores (BRASIL, 2006). Assim foi constituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/2006) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, portanto, incorpora seus princípios, valores e até mesmo seu percurso histórico em meio a lutas pela redemocratização do país (BRASIL, 2006a).

Para potencializar os resultados das ações é preciso que a integralidade seja pautada como eixo na elaboração das políticas públicas, garantindo a saúde como um direito, superando obstáculos e garantindo a implantação de intervenções efetivas no cotidiano dos serviços da saúde (PINHEIRO, 2009). É importante ressaltar que para que haja a integração das práticas é preciso trabalhar de forma intrasetorial potencializando as ações de saúde, e intersetorial, agregando diferentes atores e parceiros de outros setores e ainda, tornar o processo de trabalho mais participativo.

2.1.7 A participação como pilar das intervenções sobre os determinantes sociais

Na Carta de Ottawa a participação social aparece como resultado da capacitação das pessoas que tornam mais participativas influenciadas fortemente pelo desenvolvimento de habilidades que são colocadas em prática na busca por melhorias na qualidade de vida (BRASIL, 2002). Este documento ainda cita como um dos campos de ação da promoção da saúde a participação da comunidade, o reforço da ação comunitária e a educação para saúde (BRASIL, 2002).

A participação social ainda pode ser considerada como um processo de interação entre vários segmentos sociais na fase de elaboração, execução e fiscalização de políticas públicas, no qual há protagonismo e união de diferentes atores na busca de identificação das necessidades que fortalecem a relação com a gestão (BRASIL, 2012). A reflexão crítica é fundamental para

que a relação teoria/prática conectem-se, do contrário, os dois elementos desta relação podem perder o sentido e não alcançaria a práxis e a transformação social (FREIRE, 2002).

A participação dos sujeitos na comunidade é parte importante do capital social de uma comunidade, pois deve respeitar o contexto social, a cultura, história e auxiliar na identificação de prioridades da comunidade (RESTREPO, 2001). O capital social refere-se ao conjunto de relações que resulta em uma comunidade participativa por meio de indivíduos e coletividades, em busca de objetivos comuns e promove solidariedade, cooperação e confiança na rede social construída no território (OMS, 1998; BRASIL, 2012). A rede social, forma de organização entre estes diversos atores, é importante para as ações de promoção da saúde, pois potencializa a emancipação dos sujeitos e ajuda na construção de uma comunicação horizontal (BRASIL, 2012).

No Brasil, a participação surge mais forte no contexto de lutas contra o regime militar e a universalização do direito à saúde em meio ao movimento da Reforma Sanitária na década de 1970, associando a democracia à participação, como por exemplo, por meio do voto, e demarca a participação indireta, como um grande valor social construído durante décadas (SCOREL, MOREIRA; 2008; LOPES, 2008).

A participação social está presente no texto da Constituição Federal e compõe as diretrizes do SUS (BRASIL, 1988). O parágrafo único do art. 1º da constituição prevê a participação como exercício do poder sobre o Estado e representa o sentimento da sociedade após um período de ditadura militar no país: “Todo o poder emana do povo” (BRASIL, 1988). Neste contexto, o SUS foi constituído como uma conquista social.

Na implementação do SUS, há a institucionalização da participação popular no planejamento, assim como na gestão e no controle social dos serviços de saúde e isto significa um grande acesso à direitos e serviços (BRASIL, 1990). Para Malta et al (2014) os princípios da Promoção da Saúde foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988 e no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo institucionalizado em 2006, com a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

As conferências de saúde são um marco importante na história do Brasil, principalmente a VIII Conferência Nacional de Saúde que ocorreu em 1986, em meio ao contexto da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde e o estado pós ditadura e representou uma inovação política, institucional e cultural de grande relevância para democracia (SCOREL,

MOREIRA. 2008). As Conferências de Saúde, os conselhos de saúde e os colegiados gestores locais são os principais espaços institucionalizados no setor saúde dentro do Estado para o exercício da participação social, e assim permitir intervenções sobre a implementação das políticas públicas e principalmente de saúde em todas as esferas de governo (ESCOREL, MOREIRA. 2008).

Valla (1998) reforça que não deve-se confundir o direito de participação da comunidade no planejamento e execução de um serviço de saúde com a responsabilização do indivíduo ou comunidade pelo próprio cuidado, refletindo em uma culpabilização do sujeito pela sua própria saúde. O desafio da promoção da saúde é a participação ativa dos sujeitos de forma transformadora e que reflita na sociedade mudanças nos determinantes sociais da saúde a partir da identificação das necessidades e complexidades desses sujeitos para a formulação de políticas e ações.

Para Nutbeam a promoção da saúde é como um “processo para capacitar as pessoas a aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorar a sua saúde”, e complementa o conceito reconhecendo a importância da ação comunitária neste processo, afirmando que a participação social e o *empowerment* são essenciais para sustentar a ação de promoção da saúde (NUTBEAM, 1985, p. 351).

2.1.8 O *empowerment* como eixo da promoção da saúde

O conceito de *empowerment* está ligado ao conceito de participação e aos poderes relacionados aos indivíduos e organizações no qual podem usar de suas habilidades e recursos para definir prioridades de saúde assim como prestar apoio social, resolver conflitos de interesse e aumentar o controle sobre os determinantes sociais da saúde (NUTBEAM, 1998).

O brasileiro Paulo Freire é importante nesta discussão pois teria sido ele um dos autores que resignificaram o conceito de *empowerment* enquanto um conceito social e coletivo, defendendo que a mudança não ocorre pela liberdade individual, mas sim pela conquista da transformação social de maneira coletiva e libertária (WALLERSTEIN, BERNSTEIN, 1994).

O *empowerment education*, ou a educação para transformação é uma influência de Paulo Freire, que defende a emancipação humana a partir da educação por meio do debate e discussão de ideias baseadas em problemas reais para que desenvolva o pensamento crítico com um novo modelo pedagógico (WALERSTEIN, 1992 apud CARVALHO, 2004).

Para Castiel e Ferreira (2009), essa discussão perpassa a compreensão da noção de poder de Foucault que envolve uma relação de forças entre os indivíduos e/ou instituições, sendo assim não seria possível conceder o poder a alguém, ou empoderar os sujeitos, o *empowerment* ocorre no encontro com o outro. Entende-se desta forma, que ninguém empodera ninguém, mas desenvolve habilidades no encontro que transformam o indivíduo socialmente.

Desta forma, nem todo tipo de participação implica no *empowerment*, porém a participação ativa dos sujeitos como eixo da promoção da saúde sim, esta relaciona-se diretamente ao considerar as potências, singularidades e saberes de cada sujeito enquanto contribuição para a sustentabilidade das ações.

Ainda que o conceito de *empowerment* não apareça descrito na Carta de Ottawa traduzida para o português, há elementos implícitos e explícitos como a capacitação para a vida, o incremento do poder para controle sobre os determinantes sociais da saúde e desta forma, tomada de decisão sobre sua própria vida (BRASIL, 2002).

O conceito em si foi citado em português apenas na carta de Bangkok, produto da Sexta Conferência Internacional de Promoção da Saúde que o definiu como o processo educacional que ocorre por meio da participação ativa e que gera capacidade de agir, pensar e de transformação social (LOPES, 2008; BRASIL, 2002).

O conceito foi sendo explorado pelos participantes das conferências ao longo do ano e tornou-se cada vez mais presente. Na segunda conferência, por meio da Carta de Adelaide, a participação de diversos atores na mediação das políticas saudáveis que possibilitam as escolhas saudáveis foi essencial, e ainda apoiava o reforço da ação comunitária e a intersetorialidade (BRASIL, 2002).

A Carta de Sundswall, cita o ambiente favorável como forma de capacitar as pessoas “a expandir suas capacidades” e nesse contexto o *empowerment* aparece como fermenta para aumentar o poder e conhecimento dos indivíduos (BRASIL, 2002 p. 66). A Carta de Jacarta, datada no ano de 1997, traz em seu contexto que para as ações de promoção da saúde serem

efetivas é preciso um maior controle sobre sua saúde, e aborda a melhoria das habilidades pessoais como um dos instrumentos para isto (BRASIL, 2002). Assim como a Carta do México, em 2000, que sublinha o fortalecimento destas ações por meio da mobilização de recursos financeiros e da capacidade humana (BRASIL, 2002). Mesmo não localizando o conceito nesta carta, percebe-se que a transformação social por meio da participação vai emergindo entre a teoria e a prática da promoção da saúde ao longo dos anos.

A Carta de Bangkok afirma que “as políticas e as parcerias que visam à empoderar as comunidades, melhorar a saúde e equidade na saúde, deveriam ser incluídas e priorizadas nos projetos de desenvolvimento global e nacional” (OMS, 2005.p.1). E que comunidades organizadas e com indivíduos empoderados são altamente competentes na busca por melhores condições de saúde (OMS, 2005). A discussão sobre o *empowerment* abre espaço para reconhecer o conhecimento e a capacidade do outro como ferramenta para ação em promoção da saúde. E desta forma, a discussão sobre o conceito vai surgindo cada vez mais forte nas demais conferências e tomando espaço e relevância no cenário internacional.

A VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde que ocorreu em Nairobi produziu um documento no qual o *empowerment* comunitário é um dos cinco temas centrais da conferência e defende que deve considerar os determinantes sociais, culturais, políticos e econômicos da saúde, e a construção de parcerias com outros setores para identificar os problemas e as soluções do território (OMS, 2009). Já a VIII e última Conferência Internacional de Promoção da Saúde não cita o termo *empowerment* diretamente e tão pouco o da participação diretamente, mas aponta para algo próximo ao *empowerment* individual ao compreender o processo de aprendizagem e tomada de decisão do indivíduo e também de *empowerment* comunitário, ao relacionar essas novas habilidades e capacidades para atuar coletivamente em prol da melhoria da qualidade de vida no território. Portanto, a conferência reforça que é preciso políticas públicas destinadas a capacitar as pessoas para que lutem por vidas mais saudáveis (UIPES, 2013).

Wallerstein & Bernstein (1994, p. 152-153) definem 3 tipos de *empowerment*: (1) o *empowerment* psicológico ou individual sendo a habilidade do indivíduo para tomar suas próprias decisões e ter controle sobre sua vida, entendendo que há uma combinação de eficiência pessoal com competência e que de certa forma aponta para um sentido de domínio e controle que pode influenciar tanto as instituições quanto a diversas decisões; (2) o *empowerment* organizacional, que refere ao controle democrático por meio de um processo

cooperativo onde cada membro compartilha informação e poder para tomada de decisão com foco no aumento de uma meta ou melhorias na empresa ou organização; (3) o *empowerment* comunitário, no qual os indivíduos e organizações aplicam suas capacidades, ações e recursos de forma coletiva, na busca de identificar as necessidades com intuito de influenciar decisões e mudanças no contexto social, ou sistema social mais amplo (WALLERSTEIN, BERNSTEIN, 1994).

Os autores reforçam que o *empowerment* comunitário perpassa pela justiça e responsabilidade social em detrimento à satisfação individual, e toma como cenário o contexto social assim como a interatividade entre os atores com objetivo de transformar a realidade e promover mudanças na melhoria da qualidade de vida (WALLERSTEIN, BERNSTEIN, 1994). A participação e o *empowerment* não separam nesse processo visto que um depende do outro.

Carvalho e Gastaldo definem o *empowerment* em apenas dois níveis, mas vão de encontro com Wallerstein e Bernstein: (1) *empowerment* psicológico/individual com foco no controle sobre a própria vida, fortalecendo a autoestima e uma maior capacidade de adaptar-se ao meio desenvolvendo ferramentas de autoajuda e solidariedade; (2) o *empowerment* social/comunitário, que é definido pelas teorias sociais de lutas coletivas por direitos, sendo preciso dar voz aos grupos marginalizados e remover barreiras por meio das conquistas coletivas e o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde (CARVALHO, GASTALDO, 2008).

Lopes (2008) fez uma análise em seus estudos sobre as categorias *empowerment* e participação nas Cartas da Promoção da saúde produzidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde até o ano de 2005, na sexta Conferência Global de Promoção da Saúde em Bangkok, e apontou alguns elementos importantes sobre esse conceito como uma estratégia de implementação das ações de promoção da saúde em três dimensões:

1. Dimensão política: a saúde como um recurso de vida pressupõe uma relação direta com os determinantes sociais e necessariamente ações intersetoriais entre esferas de governo e setores da sociedade, e que só seria possível com a participação da população na identificação destas necessidades e decisões;
2. Dimensão coletiva: a partir da descentralização do poder central para o território, a população é estimulada a participar como parceira no planejamento e na tomada de

decisão e avaliação das ações implantadas, garantindo uma parceria real e a mobilização de recursos, que aproxima-se do conceito de *empowerment* coletivo;

3. Dimensão individual: ocorre por meio dos processos de aprendizagem, da capacitação e cidadania, assim como reflete a transformação e a mudança crítica por meio da informação com o fortalecimento do poder e autonomia, aproximando do *empowerment* individual;

Segundo Rabello (2010), para que o *empowerment* ocorra é preciso que o indivíduo tenha conhecimento e consciência quanto às escolhas que faz no que tange à saúde e o meio ambiente, assim como o compromisso social dos outros atores como o governo e os profissionais de saúde, porém, não trata-se de uma escolha fácil.

Na prática profissional, evidencia-se o *empowerment* do profissional que precisa capacitar-se para o saber técnico e para percepção da necessidade do outro, favorecendo o diálogo (LEFREVE, LEFREVE, MADEIRA, 2007). O encontro deste profissional com o usuário do sistema de saúde constrói em ato um *empowerment* e potencializa a transformação dos sujeitos e dos contextos.

A autonomia dos sujeitos e o *empowerment* no campo da saúde estão diretamente ligados à complexidade do território, das crenças e das ideologias, além dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida, pela viabilização da prática profissional dentro dos serviços de saúde muitas vezes limitados e recursos possíveis (RABELLO, 2010).

O *empowerment* permite que o sujeito mobilize recursos humanos e materiais para promover a saúde e intervir sobre os determinantes sociais da saúde (OMS, 1998). Desta forma, a participação social e o *empowerment* são imprescindíveis para fortalecer e sustentar as ações de promoção da saúde no território com foco na transformação da sociedade em prol da melhoria das condições de saúde.

2.2. O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

2.2.1 O histórico do Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS) é resultado de experiências anteriores de programas populacionais de práticas corporais e atividade física (PCAF) em áreas urbanas de diferentes

contextos e lugares. Identifica-se que um dos eixos do programa é, portanto, o das práticas corporais e atividade física, uma presença constante nos documentos preliminares da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), uma forte influência da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde e do resultado das análises positivas das pesquisas realizadas sobre os programas populacionais de atividade física que foram feitos no país (BRASIL, 2011).

Este eixo das práticas corporais tem sido uma das prioridades no contexto da Política Nacional de Promoção da Saúde e o país tem construído a agenda desta política mediante análises de experiências internacionais, assim como municipais, e atualmente induzindo programas e estratégias que fortaleçam as ações de promoção da saúde no país nessa vertente (MALTA, 2014b).

Para compor essa discussão é importante ressaltar os benefícios das práticas corporais e da atividade física e o conceito de atividade física e de práticas corporais que será considerado neste estudo. A atividade física é definida como qualquer movimento que quando produzido pelos músculos esqueléticos gere gasto de energia acima do considerado basal (CASPERSEN, POWELL E CHRISTENSON, 1985 apud FRAGA *et al.*, 2012). Quanto a definição de práticas corporais existem diversas interpretações pois envolve uma discussão acerca da crítica às práticas de saúde focadas no paradigma da aptidão física, que afirmaria que a atividade física por si só traria resultados positivos de saúde (FRAGA *et al.*, 2012).

Os autores apontam o conceito de práticas corporais relacionado desta forma, não só ao movimento do corpo, mas a sua expressão, gestualidade e cultura corporal, aproximando-se das ciências humanas e sociais para compreensão das subjetividades e diferentes sentidos para indivíduo e sociedade de cada prática corporal escolhida (FRAGA *et al.*, 2012).

Os benefícios da atividade física para saúde são diversos, entre eles: (1) antropométricos: redução da gordura corporal, aumento de massa muscular, melhora da flexibilidade; (2) fisiológicos: redução do risco de doenças cardiovasculares, da obesidade e da osteoporose, melhora do nível do HDL e redução dos triglicérides; (3) psicológico e cognitivo: melhora da autoestima e da imagem corporal, diminuição do risco de depressão, redução do estresse e da ansiedade, aumento da socialização e da qualidade de vida; (4) terapêutico: ajuda no tratamento de doenças crônicas e transtornos mentais, assim como no alívio de algumas dores (MATSUDO, 2012). Entende-se assim, que a atividade física constitui-se um cuidado em saúde.

Entre as políticas internacionais que influenciaram o desenho do programa, está a Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, lançada em 2004, pela OMS e que fortaleceu a relação entre atividade física e promoção da saúde no cenário global, além de identificar uma oportunidade para prevenção de doenças em meio ao cenário epidemiológico presente de aumento do sobrepeso e da obesidade (OMS, 2004; BUSS, 2009; BARRETO, *et al.*, 2005).

O documento teve como meta a promoção e a proteção à saúde por meio da adoção de medidas sustentáveis, tanto individual como coletivas, que buscava reduzir as morbimortalidades associadas à alimentação pouco saudável e à falta de atividade física, e que para tal, possui quatro objetivos principais que visam impactar sobre estes fatores: (1) reduzir os fatores de risco das DCNT associados à má alimentação e falta de atividade física; (2) fomentar a consciência e o conhecimento sobre alimentação saudável e atividade física em saúde; (3) promover o fortalecimento e a aplicação de políticas e planos de ação direcionados à impactar sobre esses fatores de risco; (4) fortalecer a contratação de profissionais (OMS, 2004).

O debate internacional sobre a atividade física tomou força no Seminário da OMS de Atividade Física e Saúde Pública, em Beijing, na China, em 2005, no qual foi discutido e preparado posteriormente um guia com foco em estratégias populacionais com intuito de aumentar o nível de atividade física (OMS, 2008). O Guia recomendava alguns princípios e elementos importantes para programas e políticas com enfoque na atividade física entre estes estão: (1) compromisso político; (2) integração de políticas; (3) múltiplas estratégias de intervenção; (4) respeitar a cultura e a realidade local; dentre outros (OMS, 2008).

No Brasil, um marco histórico importante que ajuda nesta construção e reforça a inserção da atividade física no panorama nacional de programas de saúde, ocorreu décadas antes, em 1986, quando foi criado o Programa Nacional de Educação e Saúde através do exercício físico e do esporte, ação do Ministério da Saúde, Educação e do Desporto, e que envolvia a Coordenadoria de Doenças Crônico-Degenerativas e a Secretaria de Educação Física deste ministério (FERREIRA, NAJAR, 2013).

O programa tinha como objetivo o aumento da prática desportiva assim como a defesa do esporte como um importante fator de promoção da saúde, proteção às doenças e de incentivo às escolhas de vida saudáveis (FERREIRA, NAJAR, 2013). Percebe-se desde o início destes programas de promoção da saúde um foco na atividade física.

Já a partir da década de 90, várias foram as iniciativas de projetos e programas voltados para as PCAT nos municípios brasileiros. Em 1990, iniciou no município de Vitória/Espírito Santo, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) que contribuiu com informação sobre saúde e oferece diferentes práticas de atividade física sob orientação de um profissional de educação física em espaços públicos urbanos como praças, parques e praias (VENTURIM; MOLINA, 2005).

O SOE é uma estratégia da Secretaria de Saúde do município com vista a combater o sedentarismo e as DCNT, economizar recursos por meio da prevenção, aumentar a força de produção reduzindo as faltas ao trabalho, desenvolver o exercício físico não competitivo na cidade, criar opções de utilização das áreas públicas livres da capital para prática de atividade física regular durante todo ano, dentre outros (REZENDE, 1997). Entre as atividades oferecidas estão a hidroginástica no mar, alongamentos, ioga, corrida e eventos, tais como: caminhada anual de combate ao fumo, eventos para a terceira idade, cafés da manhã coletivos e comemorações temáticas (REZENDE, 1997).

Um programa populacional deve considerar as diferentes realidades da população assim como, costumes e a cultura local (BRASIL, 2015). É preciso atentar que o setor público tem o dever de garantir serviços básicos como saúde, educação, saneamento, transporte e acesso a espaços públicos saudáveis para prática de atividade física.

Em 1996, em São Paulo, foi criado o Programa Agita São Paulo (PASP) com o objetivo de aumentar a prática de atividade física e o conhecimento da população sobre promoção da saúde no Estado de São Paulo e contou com grande adesão popular sendo considerada uma ação estratégica de sucesso por outros estados e países (MATSUDO *et al.*, 2005). O PASP tem como público alvo estudantes, trabalhadores e idosos, e utiliza o modelo de gestão Móbile, pautado no modelo ecológico de James Sallis e Neville Owen, que tenta equilibrar os diferentes fatores, como se fosse um móbile, para o sucesso da intervenção: (1) intrapessoal; (2) ambiente físico; (3) ambiente social, (MATSUDO *et al.*, 2012).

Este programa recebeu algumas críticas pela forma midiática de atrair a população com apelo em propagandas na televisão, e por uma interpretação de que poderia haver a culpabilização somente do indivíduo diante da inatividade física (FERREIRA, CASTIEL, CARDOSO, 2011). Seria uma forma de culpar o sujeito pela sua condição de saúde sem considerar sua autonomia, os determinantes sociais da saúde, o contexto do local de moradia e as condições do trabalho (*ibidem*).

Em Curitiba o Programa CuritibAtiva, iniciado em 1998, apresentou impactos positivos na saúde da população. Há registros anteriores nessa mesma cidade de ações voltadas para reformulação de políticas públicas articulando a promoção da saúde com atividade física na década de 60 pensando na reestruturação do espaço urbano, e na década de 80, a ideia das Cidades Saudáveis (HALLAL, 2009). Curitiba é hoje referência de mobilidade urbana e de programas intersetoriais, além de contar com áreas de lazer por toda cidade.

No Brasil, as PCAF entram na pauta da promoção da saúde como umas das estratégias de implementar a Política Nacional de Promoção da Saúde, tanto a de 2006 quanto a de 2014, por meio dos eixos de ação as práticas corporais e a atividade física (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014). Documentos anteriores de discussão da PNPS também já apontavam para o eixo das práticas corporais e atividade física como relevantes no processo de construção de capacidades e melhoria da qualidade de vida, como o documento de discussão da PNPS em 2002.

Em Pernambuco, um programa populacional de promoção da saúde ganhou destaque em 2002, a Academia da Cidade (PAC), em Recife, com objetivo de promover a qualidade de vida junto à população por meio da ressignificação dos espaços públicos, alcançando nível de satisfação de 72,8% entre os usuários entrevistados em 2010 (HALLAL, *et al.*, 2010). O programa foi instituído em 2002 e passou por reformulações posteriormente para atender a PNPS em 2006, com intuito de qualificar a intervenção e fortalecer a intervenção como uma política de promoção da saúde local, sendo um dos principais programas que inspiraram a criação do PAS (CRUZ, *et al.*, 2013).

O PAC foi instituído como parte do plano de uma nova gestão municipal que propunha ação governamental integral, planejamento descentralizado e com orçamento participativo, visando minimizar os contrastes sociais e econômicos por meio do acesso e inclusão social (CRUZ, *et al.*, 2013). O programa foi implantado na perspectiva da intersetorialidade pela gestão municipal e articula o programa Saúde da Família e com a área de Saúde Mental, uma inovação também na elaboração de práticas integrativas entre profissionais e usuários (BRASIL, 2011b).

Os atores responsáveis pelo PAC compuseram o Grupo de Trabalho Ministerial instituído em 2003 pela Portaria Interministerial nº 2.255, de 20 de novembro de 2003 cujo objetivo era promover estudos que subsidiassem propostas em conjunto entre os Ministérios da Saúde e Esporte e Lazer com vista à uma política federal (BRASIL, 2003). A portaria surge na perspectiva de contribuir com a elaboração de políticas públicas saudáveis, intersetoriais, na perspectiva de um modelo de desenvolvimento sustentável e considerando relevante a

intervenção por meio de atividades esportivas e recreativas eficazes para atuar sobre os fatores de risco à saúde e a desmedicalização (BRASIL, 2003). Talvez a maior contribuição desta portaria foi a iniciativa em si de criar um grupo intersetorial.

Em 2004, os municípios de São Caetano do Sul, em São Paulo, e Aracaju, em Sergipe, implantaram as Academias da Cidade, e em 2005, mais dois municípios tiveram sua gestão marcada pela inserção das academias da cidade e projetos de promoção de atividade física voltados para comunidade, entre eles Maringá/SP com o Projeto Maringá Mais Saudável e as Academias da Terceira Idade – ATI, este último trata-se de um projeto fundamentado em experiências nas praças das cidades da China e contemplam aparelhos fixos encontrados hoje em quase todo país (PALÁCIOS, 2013).

No município do Rio de Janeiro o incentivo à prática de atividade física deu-se por meio da Resolução Conjunta entre a Secretaria Especial de Envelhecimento Saudável e Qualidade de Vida e a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil – a Resolução nº 002/2009, no qual instituiu os Projetos Academia da Terceira Idade (ATI) e Academia Carioca da Saúde e Envelhecimento Saudável (ACSES) (RIO DE JANEIRO, 2009). A primeira caracterizava-se por instalações de aparelhos para práticas corporais e atividade física em logradouros públicos, e a segunda ligadas às unidades de saúde da família denominadas Clínicas da Família (RIO DE JANEIRO, 2009). Posteriormente o programa ACSES foi reformulado e passou a chamar-se Programa Academia Carioca da Saúde – PACAS, o qual está sob responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, na Superintendência de Promoção da Saúde do município e sob a coordenação da Assessoria de Atividade Física. Essa estratégia, implementada em 2009 faz parte da rede de atenção básica do município (ENGSTROM *et al.*, 2012).

O PACAS faz parte de uma política pública saudável e ativa, que estimula a construção e ocupação de espaços físicos para desenvolvimento das atividades, compartilhando com a população informações e orientações de modos de vida mais saudável, busca ainda, por meio de ações intersetoriais a utilização de espaços urbanos públicos para realização das atividades físicas, práticas corporais e modalidades esportivas, assim como atividades demandadas pela comunidade (ENGSTROM *et al.*, 2012; SORANZ, 2013). Este programa implementa as diretrizes da PNPS ao contemplar os eixos: acesso regular às PCAF; criação de grupos de educação em saúde com promoção de modos de vida saudáveis; participação comunitária na construção das atividades, rodas de convívio social; integração com a rede intersetorial do território (PADILHA, *et al.*, 2015). Percebe-se uma concepção do programa mais ampliado, contemplando outros diferentes eixos de ação.

Em 2010, o MS instituiu as Redes de Atenção à Saúde – RAS, que são um conjunto de ações e serviços de saúde organizados de forma a garantir a integralidade do cuidado e a equidade em saúde (BRASIL, 2010). A RAS pretende integrar as ações intrasetoriais do setor saúde de maneira organizada e hierarquizada pela linha de cuidado com vista à necessidade do indivíduo.

O Programa Academia da Saúde (PAS), instituído em 2011 pela Portaria 719, de 7 de abril de 2011, foi concebido integrado à RAS, enquanto um equipamento da Atenção Básica e que pressupunha a articulação intrasetorial dentro da rede e ações intersetoriais com equipamentos sociais do território (BRASIL, 2011).

Em 2013 o programa foi redefinido pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, que considera entre outras coisas a necessidade de integração das ações de Atenção Básica, Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde, Prevenção e Atenção de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (BRASIL, 2013a). O PAS, é pautado no conceito ampliado de saúde e desta forma deve considerar os diferentes saberes e práticas de cuidado (BRASIL, 2013a).

As políticas públicas que subsidiam o Programa Academia da Saúde são a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que foi revisada em 2014 pelo Ministério da Saúde em parceria com a sociedade civil sendo publicada na Portaria Ministerial nº 2446 em 13 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014). O PAS deve ainda compor com os contextos das Políticas Nacional de Alimentação e Nutrição, das Redes de Atenção à Saúde e o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei nº 8.080 de 1999 (MALTA, 2014a).

O Programa Academia da Saúde está inserido no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 como uma estratégia para fortalecimento das ações de controle das doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2011d). Além do monitoramento e avaliação do programa, da implantação dos polos e do custeio o Planejamento Estratégico prevê o estímulo às práticas corporais e atividade física, com a potencialização das práticas culturais afro-brasileiras como a capoeira, o samba, maracatu, jongo, tambor de crioula, hip-hop entre outras manifestações (BRASIL, 2011d; BRASIL, 2015).

No mesmo ano de 2011, o Ministério da Saúde elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022,

incluindo o PAS como uma estratégia de promoção da atividade física assim como estimulando as pesquisas de avaliação do programa e dos possíveis resultados alcançados (BRASIL, 2011d).

Nos anos posteriores o MS investiu em seminários, eventos e oficinas sobre o PAS junto aos municípios e estados, e em 2013 e 2015 o MS abriu turmas para o Curso de Extensão para Gestores do SUS em Promoção da Saúde com foco no PAS e na implementação da PNPS com intuito de capacitar e formar profissionais por meio do desenvolvimento de competências conceituais, políticas e técnicas à luz dos conceitos da promoção da saúde, que ajude na análise dos modos de produção de saúde, estratégias operacionais intersetoriais e participativas de gestão (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2015). Este curso tem formado profissionais que trabalham no programa assim como gestores para auxiliar na compreensão do desenho e do propósito do programa assim como no planejamento das ações (BRASIL, 2015).

2.2.2 Caracterização do Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde (PAS) é uma estratégia nacional que está capilarizada nos diferentes municípios do país, o que aumenta o acesso a programas comunitários de promoção da saúde no SUS, a produção e utilização de espaços públicos saudáveis, assim como, o nível de atividade física na população que pode impactar na qualidade de vida por meio das ações individuais e coletivas (BRASIL, 2015).

O objetivo principal do programa é contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população, e para isto propõe a implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados (BRASIL, 2013a).

Para o Ministério da Saúde, o Programa Academia da Saúde tem o potencial de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionado aos determinantes sociais e condicionantes da saúde como educação, ambiente, habitação, modos de viver, trabalho, lazer, cultura, acesso a bens e serviços e serviços essenciais, sendo um potencializador das práticas da Atenção Básica (BRASIL, 2013c).

As três diretrizes do PAS contribuem com a definição do programa enquanto um espaço de produção cuidado, sendo elas:

- “Configurar-se como ponto de atenção na Rede de Atenção à Saúde, complementar e potencializador das ações de cuidados individuais e coletivos na atenção básica” (BRASIL, 2013a. p. 2).
- “Referenciar-se como um programa de promoção da saúde, prevenção e atenção das doenças crônicas não transmissíveis” (BRASIL, 2013a. p. 2);
- “Estabelecer-se como espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos favoráveis à construção coletiva de modos de vida saudáveis” (BRASIL, 2013a. p. 2);

Por conseguinte, os princípios do programa também contribuem com a construção teórica e para compreensão do programa e das suas possíveis ações. Entre eles, citados no Quadro 2.2, estão a participação popular, a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, integralidade do cuidado, intergeracionalidade e a territorialidade.

Quadro 2.2: Princípios do Programa Academia da Saúde.

| Princípios do PAS |
|---|
| Participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde |
| Intersetorialidade na construção e desenvolvimento de ações |
| Interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado |
| Integralidade do cuidado |
| Intergeracionalidade, promovendo o diálogo e a troca entre gerações |
| Territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde |

Fonte: elaboração própria a partir da Portaria N° 2.681, de 7 de novembro de 2013.

O Quadro 2.3 cita os 14 objetivos específicos do Programa Academia da Saúde que também direcionam a concepção teórica do programa. A Portaria N° 2.681, de 7 de novembro de 2013, que redefine o PAS cita entre estes objetivos ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde, reafirmando o programa como um programa de promoção da saúde no contexto da atenção básica e no Sistema Único de Saúde (QUADRO 2.3) (BRASIL, 2013a).

Quadro 2.3: Objetivos específicos do Programa Academia da Saúde

| Objetivos específicos do Programa Academia da Saúde |
|---|
| 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. |

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013.

Entre os objetivos do programa, constam conceitos importantes para a promoção da saúde como a integralidade das ações e serviços, as parcerias intersetoriais com os setores da educação, cultura, assistência social, esporte e lazer, a autonomia, educação em saúde e a mobilização comunitária e o olhar para o território (Quadro 4.3).

A responsabilidade pelo polo do Programa Academia da Saúde está à cargo da gestão municipal que pode contratar diferentes profissionais no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) para atuar no polo e, que atuem preferencialmente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Entre eles estão: o educador físico, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, psicólogo, sanitarista, arteterapeuta, artistas da dança, dançarinos tradicionais e populares e o educador social, como consta no Anexo 2 da Portaria N° 2.684, de 8 de novembro de 2013 (BRASIL, 2013b). Este último profissional, o educador social, tem como função as ações educativas no polo.

As atividades previstas a serem desenvolvidas no programa são baseadas em 8 eixos temáticos principais que envolvem atividades individuais ou coletivas (BRASIL, 2013a):

- Práticas corporais e atividade física;
- Práticas artísticas e culturais;
- Educação em saúde;
- Promoção da alimentação adequada e saudável;
- Práticas integrativas e complementares;
- Produção do cuidado e modos de vida saudáveis;
- Mobilização da comunidade;
- Planejamento e gestão;

Os eixos de ação refletem as possíveis ações a serem realizadas no polo como as práticas corporais, espaços de educação em saúde junto à população, desenvolvimento de práticas artísticas como grupo de artesanato ou danças culturais, desenvolvimento de práticas integrativas, mobilização da comunidade por meio da participação e planejamento dos espaços, entre outros (BRASIL, 2015).

A Portaria n° 2.681, de 7 de novembro de 2013 em seu Artigo 13 recomenda que o município crie um Grupo de Apoio à Gestão para cada polo implantado a fim de garantir a gestão compartilhada do espaço e a organização das atividades (BRASIL, 2013a).

A composição deste grupo deve ser feita por membros da comunidade, profissionais de saúde da atenção básica, incluindo o NASF, profissionais parceiros de outro setor e da gestão pública, enfatizando a organização das atividades com vistas às potencialidades e culturas locais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

O monitoramento nacional do programa é feito por meio de formulários específicos do FormSUS para coleta de dados sobre o programa com municípios e Estados e, por meio do e-SUS Atenção Básica que registra as ações coletivas e individuais dos Polos (BRASIL, 2015).

Alguns outros estudos de monitoramento e avaliação estão sendo feitos com intuito de avaliar o PAS. Entre eles estão a iniciativa de alguns profissionais do MS em utilizar o PAS como objeto de estudo na pós-graduação, como por exemplo, no curso de especialização em Avaliação em Saúde da Escola Nacional e Saúde Pública (ENSP), no qual uma aluna apresentou em seu trabalho de conclusão de curso um plano de avaliação das ofertas das ações do programa, resultando entre outras coisas, em um modelo lógico que descreveu as fases para implantação do programa, as ações, produtos e os resultados esperados (TUSSET, 2014). O estudo é um esforço para colaborar com o arcabouço teórico do PAS com vistas ao monitoramento e à avaliação do programa.

Outro estudo é a parceria entre o Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC-Cidades Saudáveis) e o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, iniciada em 2015 e, que pretende descrever quais mudanças o Programa Academia da Saúde provocou no âmbito da promoção da saúde no estado (CEPEDOC, 2015). O intuito dos avaliadores é iniciar esse processo com os polos ainda em construção, permitindo desta forma uma construção coletiva do processo de tomada de decisões, e conseqüentemente, o *empowerment* e a corresponsabilidade dos atores e a sustentabilidade do programa, valores caros para a promoção da saúde.

Um estudo que também merece ser referenciado por essa pesquisa é a oficina internacional realizada por meio da parceria entre o Ministério da Saúde, a Organização Panamericana de Saúde e a Fundação para o Desenvolvimento da Saúde Pública -Fundesalud da Colômbia, que objetivou elaborar um documento técnico para auxiliar na avaliação da efetividade do PAS (DE SALAZAR, 2014). O documento é um guia que apresenta propostas conceituais e metodológicas para avaliação do PAS com intuito de produzir informação a partir da sistematização do programa, ajudar na tomada de decisão, aumentar a capacidade técnica e a identificação de barreiras, facilidades, atores importantes, processos de trabalho e características das intervenções em andamento (DE SALAZAR, 2014).

Este guia foi produzido conjuntamente com diferentes atores governamentais e está disponível em espanhol na versão de autoria da professora Ligia de Salazar, porém o MS ainda

não disponibilizou o documento em português. O material pode auxiliar na compreensão do desenho do programa junto à população, assim como um apoio na implantação do programa no município. O guia intitulado “*Evaluación de intervenciones em Promoción de la salud: Programa Academia de La Salud, PAS. 2014*”, conta com diferentes etapas para o planejamento: (1) primeiro momento com a identificação do contexto e do desenho do programa; (2) segundo momento que consiste na seleção de perguntas de avaliação; (3) o terceiro momento na definição do enfoque metodológico, que inclui a teoria do problema e as propostas teóricas para intervenção e; (4) o quarto momento da gestão e comunicação dos resultados (DE SALAZAR, 2014).

Estudos sobre o PAS contribuem com o arcabouço teórico do PAS assim como, na identificação dos limites e potências do desenho do programa e, no planejamento das etapas da avaliação de outros programas semelhantes de promoção da saúde.

O presente estudo pretende contribuir com o arcabouço teórico do Programa Academia da Saúde ao investigar o quanto ele aproxima-se dos princípios da Promoção da Saúde, possibilitando uma nova produção do cuidado em saúde.

3 MÉTODO

Este estudo foi realizado por meio de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, utilizando-se a análise de conteúdo temática, com objetivo de analisar se o Programa Academia da Saúde se aproxima dos pressupostos da promoção da saúde.

A pesquisa de natureza exploratória caracteriza-se segundo Oliveira (2011) pela possibilidade de aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos assim como, permite identificar diferentes interpretações sobre ele. Trata-se de uma explicação geral acerca de um objeto e, ainda, além de ser indicado para pesquisas no qual o objeto ainda é pouco explorado, ele almeja contribuir para futuras pesquisas mais aprofundadas, ou seja, pode ser a etapa inicial de uma pesquisa mais complexa (OLIVEIRA, 2013). O Programa Academia da Saúde ainda que instituído em 2011 possui atualmente poucos documentos norteadores além de poucos estudos publicados sobre o mesmo.

Para tal, este estudo buscou conhecer o Programa Academia da Saúde por meio das suas portarias e manuais a fim de compreender os objetivos, diretrizes, princípios e eixos de ações que o compõe, entre outros, bem como identificar sua aproximação com a promoção da saúde.

Os passos dados para o desenvolvimento deste estudo foram: (1) seleção do marco teórico da promoção da saúde e do Programa Academia da Saúde; (2) análise das Portarias, Manuais e documentos do PAS a partir da temática do marco teórico selecionado - Carta de Ottawa, Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006; (3) análise do PAS frente às possíveis mudanças trazidas pela Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 e (4) sistematização dos achados e interpretação dos resultados.

- Seleção do marco teórico da promoção da saúde e do Programa Academia da Saúde.

A pesquisa bibliográfica no site do Ministério da Saúde e na rede virtual possibilitou a identificação dos documentos oficiais utilizados na análise e apresentados nos Quadros 3.1 e 3.2.

O Quadro 3.1 delimita os documentos do Programa Academia da Saúde utilizados para este estudo. Dentre eles estão duas portarias vigentes, importantes para o marco legal do programa, a Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, que redefine o PAS no âmbito do

SUS, e a Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013, que redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para a construção de polos e de custeio, os critérios de similaridade entre programas em já desenvolvimento e o Programa Academia da Saúde e os profissionais que podem atuar no polo. As portarias revogadas do PAS presentes no Quadro 3.1 estão representadas para demonstrar o marco legal no qual o Programa Academia da Saúde foi instituído no ano de 2011, mas, não foram objeto de análise. Não foram utilizados documentos de acesso restrito neste estudo.

Quadro 3.1 – Documentos oficiais do Programa Academia da Saúde.

| Mês/Ano | Documento | Descrição |
|------------------|--|---|
| Abril de 2011 | Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011 (Revogada pela Portaria nº 2681/GM/MS de 07.11.2013) | Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. |
| Junho de 2011 | Portaria nº 1.401, de 15 de junho de 2011 (Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.684 de 08.11.2013) | Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Incentivo para construção de Polos da Academia da Saúde. |
| Junho de 2011 | Portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011 (Revogada pela Portaria GM/MS nº 2.684 de 08.11.2013). | Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. |
| Novembro de 2013 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 | Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde |
| Novembro de 2013 | Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013 | Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio, assim como os critérios de similaridade entre Programas em já em desenvolvimento e o Programa Academia da Saúde. |
| 2014 | Manual Técnico de Implantação Do Programa Academia da Saúde. Volume II – Manual de Infraestrutura | Tem como objetivo contribuir para a elaboração do projeto arquitetônico dos polos de maneira participativa |
| 2015 | Caderno do Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde | Material de apoio para formação de profissionais. |

Fonte: Portaria 2.681; Portaria 2.684, Brasil, 2014b; Brasil, 2015.

De acordo com o “Manual Técnico de Implantação do Programa Academia da Saúde” (BRASIL, 2014b), o MS sinalizou a publicação de três manuais técnicos de implantação do PAS para auxiliar na descrição e compreensão do programa, entretanto, até março de 2016, só havia sido publicado o Volume II (BRASIL, 2014b), sendo então integrado ao estudo. Os manuais previstos para publicação foram:

- Volume I -Manual de Gestão: previa apoiar na implantação e gestão compartilhada local do programa auxiliando na compreensão do papel do programa na Rede de Atenção à Saúde enquanto equipamento da Atenção Básica;
- Volume II – Manual de Infraestrutura: ele contribui com a elaboração do projeto arquitetônico dos polos e prevê participação de arquitetos, engenheiros, gestores da saúde, equipes da Atenção Básica e usuários na perspectiva de *empowerment* e apropriação do espaço;
- Volume III – Manual de Organização do Processo de Trabalho: previa apoio aos gestores e profissionais da atenção básica na organização do processo de trabalho de maneira articulada intra e intersetorialmente, identificando e respeitando as necessidades de saúde do território.

O caderno de apoio do Curso de Aperfeiçoamento intitulado “Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde” (BRASIL, 2015), uma parceria do Ministério da Saúde com a Universidade Federal de Santa Catarina, contribui para este estudo apresentando uma descrição mais detalhada dos conceitos. De certo, por se tratar de um material para estudo, ele apresenta o PAS de maneira mais contextualizada e pedagógica.

No quadro 3.2 estão presentes os documentos referentes ao marco teórico da promoção da saúde que serviram como base para análise do PAS correspondente ao primeiro, segundo e terceiro objetivos específicos do estudo. A Carta de Ottawa contribuiu para composição do primeiro objetivo específico no qual fez-se necessário compreender e identificar, a partir do marco histórico internacional, os pressupostos teóricos da promoção da saúde (QUADRO 3.2).

Quadro 3.2 – Documentos do marco teórico da Promoção da Saúde.

| Mês/Ano | Documento | Descrição |
|------------------|---|--|
| Novembro de 1986 | Carta de Ottawa | Produto da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde que ocorreu no Canadá |
| Março de 2006 | Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 | Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde |
| Novembro de 2014 | Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. | Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). |

Fonte: Elaboração própria a partir dos documentos analisados no estudo, 2016.

A Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 é definida como marco legal do Programa Academia da Saúde, instituído em 2011, e corresponde ao segundo objetivo específico do estudo.

Uma vez em que o PAS foi instituído (2011) entre as duas portarias nacionais da Promoção da Saúde, a de 2006 e a de 2014, buscou-se, a título exploratório, verificar se o PAS já apresentava, na sua concepção, avanços trazidos pela atual Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 (QUADRO 3.2), o que configura o terceiro objetivo específico deste estudo.

Para guiar esta análise e leitura do material foi elaborado um instrumento com base nos objetivos do estudo. O roteiro de perguntas deste instrumento contém seis perguntas, sendo elas:

- 1). Qual o conceito de promoção da saúde que o PAS aborda?
- 2) O conceito de saúde está explícito no Programa Academia da Saúde? Se sim, qual conceito?
- 3). Nos documentos do PAS há menção de outros setores além do da saúde? Se sim, como eles articulam-se entre si?
- 4). Existe explicitamente, no PAS ações que incentivem a participação popular e o *empowerment*? De que forma?
- 5) O PAS aborda o território levando em consideração o seu contexto, os DSS implicados?
- 6) O PAS aborda a integralidade do cuidado? Se sim, de que forma?

Desta forma, cada material selecionado foi analisado com foco nas perguntas afim de identificar as unidades de registro, ou categorias temáticas, de interesse do estudo que respondam aos objetivos do estudo.

- Exploração do material a partir da análise de conteúdo temática

A análise de conteúdo foi definida para este estudo porque é uma forma de desvendar uma determinada mensagem presente no texto e suas categorias (BARDIN, 2011). Entre as técnicas de análise de conteúdo está a análise temática, que foi escolhida para este estudo.

A análise temática, que para Minayo (2004), compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Assim, consideraremos o tema uma unidade própria de significação e seu significado representado

através de uma palavra ou uma frase (BARDIN, 2011). O tema pretende desvendar os núcleos de sentido presentes nos documentos analisados, tendo como unidade de registro para tal a palavra ou conceito.

A etapa da pré-análise compreende a leitura flutuante e a constituição do *corpus*, ou da formulação e reformulação de hipóteses ou pressupostos, requer do pesquisador um contato intenso com o material de campo, potencializando a relação entre as hipóteses ou pressupostos iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema (MINAYO, 2004).

O *corpus* de análise deste estudo foi composto pelos documentos presentes no quadro 3.1, portarias do Programa Academia da Saúde, o Manual de Infraestrutura e o Caderno do Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e, no quadro 3.2 que se refere aos documentos do marco teórico da promoção da saúde: Carta de Ottawa, Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014. Após a definição do material foi feita a leitura flutuante norteado pelos objetivos do estudo, que possibilitou ao pesquisador a imersão e o aprofundamento do material por meio de diferentes leituras, contribuindo com a identificação de algumas unidades de registro que vão compor as categorias posteriormente.

Desta forma, nesta fase pré-analítica é possível determinar a categoria ou a palavra, seu contexto e a teoria aproximada dela, assim como iniciar uma organização destas para orientar a análise (MINAYO, 2010).

A etapa de exploração do material compreendeu a identificação das categorias ou temas que mais se aproxima da promoção da saúde e seus sentidos. Foi identificadas as unidades de registro para posteriormente ser feito a interpretação dos dados. Desta forma, as categorias foram construídas e definidas a priori, a partir do referencial teórico (GOMES, 1994). Realizar uma análise temática significa descobrir os núcleos de sentido ou significados que determinam a presença de temas e valores (MINAYO, 2010).

Nesta etapa são definidas as categorias que ajudam o pesquisador durante a leitura do material, guiando seu olhar para os objetivos do estudo, assim como as perguntas norteadoras. Foram identificadas as categorias temáticas seguintes: intersetorialidade, integralidade, participação, *empowerment* e território.

Estas categorias foram analisadas com intuito de desvelar os sentidos e definir se há aproximação entre os conceitos da promoção da saúde e o Programa Academia da Saúde. Assim, definida uma categoria como relevante dentro o marco teórico da promoção da saúde, procurou-se relacioná-las com os documentos do PAS.

As categorias selecionadas para este estudo foram os princípios e as diretrizes da promoção da saúde, presentes na Carta de Ottawa, nas Políticas Nacional de Promoção da Saúde 2006 e 2014 e na Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS. Estas categorias foram: (1) integralidade, (2) intersetorialidade, (3) participação social (4) *empowerment* e (5) território.

A categoria intersetorialidade foi definida pela relevância do conceito nas ações de promoção da saúde identificadas nos textos do marco teórico da promoção da saúde e, no texto do PAS por meio da pergunta “*Nos documentos do PAS há menção de outros setores além do da saúde? Se sim, como eles articulam-se entre si?*”. A categoria integralidade também foi definida pela presença e relevância nos textos da promoção da saúde e identificada pela pergunta: “*6) O PAS aborda a integralidade do cuidado? Se sim, de que forma?*”.

A categoria território foi identificada nos textos do PAS por meio da pergunta: “*O PAS aborda o território levando em consideração o seu contexto, os DSS implicados?*”. E as categorias de participação e *empowerment* foram definidas pela pergunta: “*Existe explicitamente, no PAS ações que incentivem a participação popular e o empowerment? De que forma?*”.

Assim, a partir destas categorias temáticas definidas foi possível identificar nos documentos do PAS os significados apresentados, de forma direta ou implícita, e como eles se aproximam ou não da promoção da saúde. Para os documentos da promoção da Saúde, a Carta de Ottawa, a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e de 2014, foram identificados os temas e seu contexto para posteriormente identificar o núcleo da mensagem ou significado.

Durante a análise dos documentos, surgiram e foram consideradas no estudo algumas subcategorias, sendo estas reagrupadas em uma categoria correspondente. Para categoria (1) intersetorialidade foram considerados “outros setores”, “todos os setores” e “intersetorial”; para (2) integralidade foi considerada a subcategoria “integral”; para categoria (4) participação foi considerada a subcategoria “participação popular”, “participação da comunidade”, “participação social” e “participação”; para *empowerment* foram considerados também os termos “empoderamento”, “empoderado”, autonomia e “poder”; e para (5) território, considerou-se também as subcategorias “territorialidade”, “territoriais”, “territorialização”, “territorializado”, “cenário” e “ambiente”.

- Sistematização dos achados e interpretação dos resultados

A sistematização dos achados e a interpretação dos mesmos se constituiu a partir da presença das categorias temáticas nos textos e a produção de sentidos mais próximos da promoção da saúde identificada no marco teórico.

Esta etapa foi possível a partir da identificação das categorias temáticas resultantes desta análise, confrontados com o marco teórico inicial, permitindo a produção de inferências sobre a hipótese do estudo (MINAYO, 2010). Os documentos que compuseram então o marco teórico da promoção da saúde (Carta de Ottawa e a Política Nacional de Promoção da Saúde), permitiram uma comparação conceitual com os documentos do Programa Academia da Saúde (Portarias, Manual de Infraestrutura e o Cadernos do Curso de Formação).

Esta etapa contribuiu para retornar aos documentos do PAS ressignificando o quanto a presença destas categorias e seu sentido contribuíram com a configuração do desenho do programa.

4 RESULTADOS: O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE E OS PRINCÍPIOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A aproximação do Programa Academia da Saúde com os princípios e valores da promoção da saúde foi analisado por meio da Carta de Ottawa e da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006. Posteriormente foi feita uma análise com a PNPS de 2014.

4.1 O PAS E A CARTA DE OTTAWA

A aproximação teórica do Programa Academia da Saúde com os princípios da Carta de Ottawa pode ser verificado no Quadro 4.1 no qual são apresentados a categoria e o momento em que elas aparecem no documento. Foram identificadas a presença dos conceitos da promoção da saúde, definidos como categorias para este estudo, nos documentos do PAS, sendo elas a integralidade, participação, *empowerment*, intersetorialidade e território (QUADRO 4.1).

4.1.1 Integralidade

A integralidade como está presente na Carta de Ottawa, que pode ser vista no Quadro 4.1 e, está estabelecida como uma mudança de atitude do profissional e dos serviços para alcançar as necessidades de uma pessoa de forma integral, devendo ser consideradas suas necessidades e complexidades. Trata-se de uma visão integral do indivíduo, seu cuidado e da forma como os serviços se organizam para atendê-lo.

Na Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do Programa Academia da Saúde, a integralidade é um dos princípios e um dos objetivos do programa (QUADRO 4.1): “abordagem integral do indivíduo nos contextos social, familiar e cultural” (BRASIL, 2014. p. 14).

No Manual de Infraestrutura do PAS a integralidade reforça a concepção de que é preciso considerar o contexto, as necessidades e as demandas dos indivíduos e coletividades para alcançar a integralidade, trazendo as dimensões integração dos serviços públicos, integração das ações de atenção à saúde e a abordagem integral (QUADRO 4.1).

O Caderno do curso de capacitação voltado para o Programa Academia da Saúde, traz mais elementos para compreender as bases teóricas que fundamentam o programa, em comparação com a portaria, apresentando alguns outros sentidos para integralidade: atendimento integral; ferramenta produtora de qualidade na gestão e do processo de trabalho; da atitude em relação ao outro; um modo de organizar o processo de trabalho e; uma perspectiva

de que se possa estabelecer uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais (QUADRO 4.1).

A integralidade no PAS aproxima-se conceitualmente do conceito de integralidade presente na Carta de Ottawa ao pensar a atenção de modo integral, considerando as necessidades do indivíduo, seu contexto e a reorganização dos serviços e dos processos de trabalho ponderando a complexidade dos indivíduos e coletividades.

4.1.2 Participação

A participação presente na Carta de Ottawa, é um conceito intrínseco à própria promoção da saúde enquanto um processo de capacitação da comunidade incluindo maior participação desta no processo de melhoria da qualidade de vida e de saúde (QUADRO 4.1).

A Carta de Ottawa tem em seu texto ainda, o conceito de participação como uma importante estratégia na defesa da saúde e caminho para o empoderamento: “reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde” (p. 3); um direito igualitário para homens e mulheres e; uma estratégia para a construção de parcerias na comunidade (QUADRO 4.1). E apresenta nas funções da promoção da saúde conceitos importantes como o *advocacy* e a mediação, que fortalecem a participação social.

Na Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS, a subcategoria participação popular aparece como um dos princípios do programa e, prevê a produção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde no PAS (QUADRO 4.1).

Já no Manual de Infraestrutura, a participação de diferentes formas: participação de diferentes sujeitos nos diferentes espaços; a participação dos usuários e ocupantes do Polo na comunicação de projetos durante a etapa de ambiência, estruturação do PAS no território; a criação de vínculos solidários e a participação coletiva nos espaços e; prevê o planejamento participativo (QUADRO 4.1).

O Caderno do curso de formação aborda a participação de forma semelhante ao Manual de Infraestrutura, mas complementa reafirmando o conceito de participação como um princípio e uma diretriz do SUS, assim como as diferentes formas de participação: (1) institucionalizada, como nos conselhos de saúde; (2) não institucionalizada como a participação popular em movimentos sociais ou indivíduos e coletivos comunitários organizados (QUADRO 4.1). O

caderno do curso também apresenta a participação de outros setores para alcançar a sustentabilidade:

" a participação efetiva de outros atores e setores para conferir alcance, sustentabilidade e pertinência social capazes de provocar as mudanças necessárias à melhoria das condições de vida" (BRASIL, 2015. p. 124);

Desta forma, o PAS aborda a participação como uma estratégia da promoção da saúde para o incremento do empoderamento para saúde, assim como quanto uma ferramenta para a participação nas decisões de grupos e instituições organizadas.

4.1.3 Empowerment

O conceito de *empowerment* aparece na versão inglês da Carta de Ottawa, mas na tradução do inglês para o português o conceito não é citado. O conceito aparece por meio da subcategoria incremento de poder no texto em português, uma capacidade de agir consciente de indivíduos e coletivos, um conceito intrínseco ao campo da promoção da saúde e do contexto no qual foi escrito a Carta de Ottawa em 1986 (QUADRO 4.1).

O *empowerment* na Carta de Ottawa aponta a noção de posse e controle sobre seus esforços e destinos, uma aproximação do conceito da Portaria do PAS, que apresenta a abordagem de que o aumento da autonomia do indivíduo e da comunidade contribui para fazer escolhas saudáveis (QUADRO 4.1).

No manual do PAS não há menção ao empoderamento dos sujeitos e coletivos, mas sim dos espaços, conforme apresenta o Quadro 4.1, sendo o trecho na íntegra composto pelos seguintes elementos:

"Volume II: Infraestrutura dos polos, tem o objetivo de contribuir para a elaboração dos projetos arquitetônicos e complementares dos polos de maneira participativa, respeitando elementos essenciais como acessibilidade, sustentabilidade e conforto ambiental. É dirigido a arquitetos e engenheiros, gestores da saúde, equipes da Atenção Básica e usuários, buscando auxiliar na construção adequada dos polos e a implantação efetiva do programa, propiciando a apropriação e empoderamento dos espaços públicos" (BRASIL, 2014).

Assim, o conceito de empoderamento apresentado no Manual de Infraestrutura do Polo, traz uma noção de apropriação do espaço pelas pessoas, uma compreensão diferente de

empoderamento. Questiona-se se este conceito foi usado corretamente no documento ou, ainda, se o entendimento dos técnicos que elaboraram o documento é este que está apresentado.

Por outro lado, no material do curso de formação há um referencial teórico que apresenta diferentes entendimentos de empoderamento, importante para os profissionais em formação, como pode-se perceber no quadro 4.1, como:

" o processo de empoderamento refere-se à dimensão criativa e instituinte da ação, ou seja, é por meio dele que [...] indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais" (BRASIL, 2015. p. 85);

O caderno do curso cita diferentes dimensões de empoderamento: (1) individual; (2) coletivo; (3) uma forma de produzir equidade; (4) uma relação direta com a autonomia (QUADRO 4.1).

Diante disto, a aproximação do PAS com a promoção da saúde por meio da Carta de Ottawa dá-se pelo reconhecimento de que a construção de capacidades do indivíduo e do coletivo por meio do *empowerment*, contribuem para a tomada de decisão, assim como na identificação e intervenção sobre os determinantes sociais da saúde e, nas escolhas mais saudáveis. Identifica-se que o manual do curso contribui muito para o entendimento do conceito pela abordagem feita de forma mais pedagógica.

4.1.4 Intersetorialidade

O conceito de intersetorialidade na Carta de Ottawa apresenta a importância das ações intersetoriais protagonizadas e mediadas pelo setor saúde, mas também por outros setores e atores interessados (QUADRO 4.1). Ressalta-se na carta que para as ações de promoção da saúde e a elaboração das políticas públicas saudáveis acontecerem é preciso a participação de diferentes setores, compreendendo para isto a complexidade dos problemas do território, reforçando a importância da reorientação do modelo de atenção à saúde (QUADRO 4.1).

Reforça-se a importância do protagonismo do setor saúde na defesa de causa da saúde ou *advocacy*, na Carta de Ottawa presente no compromisso de “atuar no campo das políticas públicas saudáveis e advogar um compromisso político claro em relação à saúde e à equidade em todos os setores” (BRASIL, 2002. p. 2) e “abrindo canais entre o setor saúde e os setores

sociais, políticos, econômicos e ambientais" (p 4). A mediação também é uma das funções da promoção da saúde segunda Carta de Ottawa.

Na portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, a intersetorialidade é um dos princípios do programa que visam construir e desenvolver as ações intersetoriais na perspectiva das políticas públicas saudáveis (QUADRO 4.1). Reconhece-se esse princípio enquanto um conjunto de ações planejadas por diferentes setores e, uma competência das três esferas de governo:

“promover articulação intersetorial para efetivação do Programa Academia da Saúde com as outras políticas correlatas” (BRASIL, 2014. p. 4).

Identifica-se a que seja feito no PAS parcerias intersetoriais com outros setores como educação, cultura, assistência social, esporte e lazer, que possam contribuir com a autonomia, educação em saúde e a mobilização comunitária e o olhar para o território a partir dos determinantes sociais da saúde. Outro conceito presente nesta discussão e importante, é a intrasetorialidade, como uma estratégia de reorientação das práticas:

“Artigo 4º - Princípio intrasetorialidade: diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas” (BRASIL, 2014. p. 27).

Entre os programas e políticas intrasetoriais que o PAS prevê articulação estão: Programa Saúde na Escola, o Consultório na Rua, o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), Viver sem Limites, Telessaúde, Unidades de Pronto Atendimento entre outros (BRASIL, 2014).

A intersetorialidade é apresentada pelo manual do programa como uma característica do PAS, um programa do setor saúde, mas com perspectiva intersetorial (QUADRO 4.1). O PAS é um programa instituído no setor saúde que deve prever a articulação intersetorial desde seu planejamento segundo o Manual de Infraestrutura do Polo. Esta característica contribuiu com a sustentabilidade do programa ao integrar ações e planejamentos por meio de uma gestão integrada:

"A descontinuidade das políticas e programas costuma ser grande obstáculo à operacionalização de ações intersetoriais; e aí se apresenta o princípio da sustentabilidade. A dupla perspectiva da sustentabilidade, isto é, aquela articulada ao desenvolvimento sustentável e a referida à continuidade das políticas e programas é muito importante para o Programa Academia da Saúde" (BRASIL, 2014, p. 61).

O caderno do curso de formação aborda o conceito de intersetorialidade como a “coordenação e integração entre diferentes políticas setoriais, isto é, a intersetorialidade ou a

integração horizontal” (BRASIL, 2015. p. 94). NO Quadro 4.1 pode-se identificar outras dimensões da intersectorialidade como: 1) coordenação e integração entre setores; 2) uma estratégia e sinônimo de sinergia, de capacidade de articulação; 3) uma prática social; 4) um processo sistemático de articulação; 5) implica a explicitação das relações de poder e; 6) busca favorecer a construção de campos comuns de convergência.

O caderno do curso apresenta ainda a intersectorialidade das políticas públicas como favorável ao alcance, e ainda otimização, dos resultados esperados (QUADRO 4.1).

A aproximação do PAS com a Carta de Ottawa dá-se ao passo que o setor saúde, no qual o programa está inserido, deve ser protagonista das ações, prevendo e integrando outros setores em meio a um contexto e a um conjunto de determinantes sociais da saúde específicos do território.

4.1.5 Território

Para a categoria território, observa-se no Quadro 4.1, o surgimento de subcategorias importantes ao longo da pesquisa. No caso da Carta de Ottawa surge a subcategoria ambiente enquanto natureza, espaço ou meio ambiente e cenários, conhecido também como *settings*, como escolas e postos de saúde por exemplo. O território é compreendido ainda como um setor no qual deve-se aplicar as políticas públicas saudáveis e associado à cultura e neste caso às relações e identificações da população com ele, assim como o reconhecimento da importância de um ambiente favorável à saúde. O ambiente na Carta de Ottawa corresponde também a um dos diversos fatores que influenciam na saúde, neste caso, um determinante social da saúde: o ambiente. E, a importância de considerar-se uma abordagem socioecológica para a abordagem em saúde (QUADRO 4.1).

Pela Portaria do PAS, o território integra um dos objetivos enquanto espaço de produção de saúde e como ferramenta de planejamento para os serviços saúde, como pode ser verificado no Quadro 4.1.

O conceito de território aparece no manual do PAS como um lugar ou espaço específico de ações, serviços de saúde ou onde vivem e moram as pessoas (QUADRO 4.1). O conceito é identificado ainda no quadro 4.1 como um lugar de produção de saúde, espaço onde se localiza o polo do PAS, um território adscrito ao NASF, ou ainda, onde devem acontecer as ações e demandas específicas conforme a necessidade da população:

"a Promoção da Saúde tem, no conceito de território, uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para uma intervenção em saúde" (p. 82); 5) "território como espaço sobre o qual se intervirá para monitorar e controlar fenômenos que ameaçam a saúde" (p.83); (BRASIL, 2015).

O caderno do curso apresenta conceitos mais complexos como do autor Milton Santos que fala do "território vivo" e, desta forma, pode contribuir para discussão do tema junto aos gestores e profissionais (QUADRO 4.1).

A aproximação do PAS com a Carta de Ottawa identifica-se pela presença do contexto e da caracterização de um território que considera os determinantes sociais da saúde, as necessidades da população e suas demandas.

Quadro 4.1: Aproximação teórica do Programa Academia da Saúde com os princípios da Carta de Ottawa.

| Conceito/ Categoria | Carta de Ottawa | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|------------------------|--|--|---|--|
| Integralidade | 1) "precisa levar a uma mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa <i>integral</i> " (p 3) | 1) Princípio do programa IV: " <i>integralidade</i> do cuidado" (p 1) 2) Objetivos do programa: III: "desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado <i>integral</i> " (p1) | 1)"uma abordagem integral, universal, equitativa e participativa (p. 11); 2) " abordagem integral do indivíduo nos contextos social, familiar e cultural" (p. 14); 3) "integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida da população." (p. 60) | 1) "diretriz básica do sistema de saúde" (p. 102); 2) "integralidade como atendimento integral às necessidades da população" (p. 102); 3) " compreender a integralidade como ferramenta produtora de uma melhor qualidade na gestão e na organização do cuidado" (p. 102); 4) "a integralidade como atitude na relação com o outro" (p. 103); 5) "um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde" (p. 103); 6) " perspectiva de que há uma dimensão da integralidade que se estabelece pela composição de uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais" (p. 104); 4) "integralidade do cuidado" (p.134); |

| Conceito/ Categoria | Carta de Ottawa | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|------------------------|--|---|--|--|
| Participação | <p>1) “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior <i>participação</i> no controle deste processo” (p 1);</p> <p>2) “para desenvolver sistemas flexíveis de reforço da <i>participação</i> popular na direção dos assuntos de saúde” (p 3)</p> <p>3) “homens e mulheres devem <i>participar</i> como parceiros iguais” (p 4)</p> <p>4) “incentivar a participação e colaboração [...] da própria comunidade” (p 6)</p> | <p>1) “participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde” (p 1)</p> | <p>1) " que preconiza a participação de diferentes sujeitos na discussão" (p. 21);</p> <p>2) " participação de usuários e de ocupantes dos espaços na comunicação de projetos de ambiência" (p. 23)</p> <p>3) "os vínculos solidários e a participação coletiva" (p. 25);</p> <p>4) "estimula a participação dos cidadãos nas atividades do polo" (p. 65);</p> <p>5) "planejamento participativo" (p.10)</p> | <p>1) "participação dos sujeitos (indivíduos e grupos)" (p. 33);</p> <p>2) "a participação dos diferentes atores envolvidos" (p. 34);</p> <p>3) "ampliação da participação comunitária" (p. 35);</p> <p>4) "fortalecimento da participação cidadã na luta por seus direitos" (p. 88);</p> <p>5) "as formas de participação social podem ser institucionalizadas ou não institucionalizadas" (p. 85);</p> <p>6) "a participação social é um princípio e [uma] diretriz fundamental do SUS " (p. 86);</p> <p>7) "participação das comunidades" (p. 88);</p> <p>8) " a participação efetiva de outros atores e setores para conferir alcance, sustentabilidade e pertinência social capazes de provocar as mudanças necessárias à melhoria das condições de vida" (p. 124);</p> |

| Conceito/ Categoria | Carta de Ottawa | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|------------------------|---|--|---|--|
| <i>Empowerment</i> | “O centro deste processo é o incremento do <i>poder</i> das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino” (p. 5) | “ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis” (p. 1); | 1) " propiciando a apropriação e empoderamento dos espaços públicos" (p. 10). | 1) " o processo de empoderamento refere-se à dimensão criativa e instituinte da ação, ou seja, é por meio dele que “[...] indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais" (p. 85); 2) "o desenvolvimento dos processos de empoderamento, individual e coletivo, é, também, uma forma de produzir mais equidade" (p.81); 3)"uma relação estreita entre o empoderamento e a questão da autonomia e, da mesma forma, uma mútua incidência positiva entre empoderamento e participação" (p. 81); 4)"adoção de tecnologias de gestão do cuidado e de ações que ampliem a autonomia e o empoderamento dos indivíduos mediante ações individuais e coletivas" (p.134). |

| Conceito/ Categoria | Carta de Ottawa | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|------------------------|---|---|---|--|
| Intersetorialidade | <p>1) “as ações <i>intersetoriais</i> necessárias para o <i>setor</i>” (p 1)</p> <p>2) a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde” (p 2)</p> <p>3) “Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e <i>setores</i>” (p 2)</p> <p>4) “políticas públicas saudáveis nos <i>setores</i> que não estão diretamente ligados à saúde” (p 3)</p> <p>5) “abrindo canais entre o setor saúde e os <i>setores</i> sociais, políticos, econômicos e ambientais; (p 4)</p> <p>6) “equidade em todos os <i>setores</i>” (p 5)</p> <p>7) “incentivar a participação e colaboração de outros <i>setores</i>, outras disciplinas” (p 6).</p> | <p>1) “<i>intersetorialidade</i> na construção e desenvolvimento das ações” (p 1)</p> <p>2) “promover ações <i>intersetoriais</i> com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território” (p 1)</p> <p>3) “promover articulação <i>intersetorial</i> para a efetivação do PAS” (p 1)</p> | <p>1) "Os polos do programa se constituem como espaços de caráter intersectorial, com foco na saúde" (p. 21);</p> <p>2) "descontinuidade das políticas e programas costuma ser grande obstáculo à operacionalização de ações intersectoriais" (p. 22)</p> | <p>1) "intersetorialidade que aparece como uma importante estratégia e como sinônimo de sinergia, de capacidade de articulação dos diferentes níveis, desde o central, o regional, até o local" (p. 63)</p> <p>2) "A coordenação e integração entre as políticas setoriais, isto é, a intersectorialidade, ou a integração horizontal" (p.91);</p> <p>3) "intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde" (p.94);</p> <p>4) "A intersectorialidade é mais do que um conceito, é uma prática social" (p.94);</p> <p>5) " intersectorialidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, cogestores " (p. 95);</p> <p>6) "intersetorialidade implica a explicitação das relações de poder" (p. 95);</p> <p>7) "A intersectorialidade, que busca favorecer a construção de campos comuns de convergência" (p. 195);</p> <p>8) " a intersectorialidade de políticas favorecendo o alcance dos resultados esperados" (p.3013).</p> |

| Conceito/ Categoria | Carta de Ottawa | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|------------------------|---|---|--|---|
| Território | <p>1) Fatores políticos, [...] ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde (p 1);</p> <p>2) ambientes favoráveis (p 1 e 2);</p> <p>3). As inextricáveis ligações entre a população e seu meio-ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde (p 2).</p> | <p>1) “<i>territorialidade</i>, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde” (p 1);</p> <p>2) “outros equipamentos sociais do <i>território</i>” (p 1);</p> | <p>1) " processo de produção de saúde no território" (p. 11);</p> <p>2) "indicação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do território ao qual o polo estará vinculado" (p.15).</p> <p>3) " discutem o impacto do Programa Academia da Saúde no território" (p. 19);</p> <p>4) "instituir no território um Grupo de Apoio à Gestão do Polo" (p. 20);</p> <p>5) "determinantes sociais de saúde a partir da realidade do território e da comunidade" (p. 22);</p> <p>6) "diferentes escalas do território urbano" (p. 59);</p> | <p>1) "cada um dos territórios é a expressão singular da articulação dos determinantes sociais da saúde" (p. 53);</p> <p>2) "comunidades e territórios saudáveis podem ser consideradas bons exemplos para ilustrar a atuação a partir da ampla abordagem de Promoção da Saúde" (p.61);</p> <p>3) " observar os territórios que expressam as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam" (p.82);</p> <p>4) " a Promoção da Saúde tem, no conceito de território, uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para uma intervenção em saúde" (p. 82);</p> <p>5) "território como espaço sobre o qual se intervirá para monitorar e controlar fenômenos que ameaçam a saúde" (p.83);</p> <p>6) " conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade “de dentro”, interrogando os modos de organização da vida nesse espaço" (p. 84).</p> |

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil/2002 e Brasil/2013a/2014/2015.

4.2 O PAS E A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE 2006

O Programa Academia da Saúde foi instituído em 2011, desta forma tem como marco legal a PNPS de 2006. Este subcapítulo buscou analisar a concepção teórica do Programa Academia da Saúde frente à Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006.

4.2.1 Integralidade

Na Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, além da categoria integralidade aparecem também a subcategoria “cuidado integral”. A integralidade aparece na PNPS de 2006 em quatro lugares (QUADRO 4.2), entre eles nos Objetivos Específicos:

II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado *integral* à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras) (BRASIL, 2006. p. 17).

A PNPS aborda ainda diferentes dimensões da integralidade: (1) atenção à saúde; (2) serviços de saúde; (3) equidade (QUADRO 4.2).

Na Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do Programa Academia da Saúde, e o Manual de Infraestrutura, a integralidade além de ser um dos princípios e um dos objetivos do programa é, também, a integração dos serviços públicos, das ações de atenção à saúde e da abordagem integral (QUADRO 4.2). O caderno do curso como descrito no subcapítulo anterior, apresenta uma abordagem mais teórica corroborando com a integralidade como uma ferramenta produtora de qualidade na gestão e do processo de trabalho (QUADRO 4.2).

A aproximação do PAS com a PNPS 2006 ocorre pela presença da dimensão da integralidade da atenção à saúde pautado na responsabilidade do sistema de saúde em atender às demandas e garantir a equidade.

4.2.2 Participação

O Quadro 4.2 identifica o surgimento dos conceitos estudados na PNPS/2006 no qual aborda a participação como uma de suas diretrizes:

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 (BRASIL, 2002. p. 27).

O texto da PNPS também fala das responsabilidades dos gestores municipais:

XV – Ênfase ao planejamento participativo envolvendo todos os setores do governo municipal e representantes da sociedade civil, no qual os determinantes e condicionantes da saúde sejam instrumentos para formulação das ações de intervenção (BRASIL, 2006. p. 26);

XVI – Reforço da ação comunitária, por meio do respeito às diversas identidades culturais nos canais efetivos de participação no processo decisório (BRASIL, 2006. p. 26).

As competências e responsabilidades dos gestores municipais reforçam a importância de um planejamento participativo que envolva a comunidade nos processos decisórios (QUADRO 4.1).

Na portaria do PAS, a participação popular é um dos objetivos do programa e é o único lugar em que o conceito é citado na Portaria do PAS, conforme disposto no Quadro 4.2. Observa-se que outro eixo do programa é a “mobilização da comunidade” (BRASIL, 2013), importante para o processo de participação da comunidade na tomada de decisão assim como na identificação de necessidades.

No Manual de Implementação do PAS e no caderno do curso, o conceito de participação está presente nas fases de planejamento do programa, e há a participação de diferentes atores da comunidade na decisão das atividades a serem realizadas no polo (QUADRO 4.2).

A aproximação do PAS com a PNPS de 2006 acontece de forma mais veemente devido a uma abordagem teórica presente no texto da política. Esta, conta com uma introdução que contextualiza o cenário e aponta a participação como uma estratégia da promoção da saúde para mobilização e tomada de decisão da comunidade, aproximando conceitualmente a PNPS de 2006 do PAS.

Quadro 4.2: Aproximação teórica do Programa Academia da Saúde com a Política Nacional de Promoção da Saúde 2006.

| Conceitos/ Categorias | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|--------------------------|---|--|--|---|
| Integralidade | <p>1) "o sistema sanitário brasileiro encontra-se comprometido com a integralidade da atenção à saúde" (p. 13);</p> <p>2) "o entendimento da integralidade passou a abranger outras dimensões, aumentando a responsabilidade do sistema de saúde com a qualidade da atenção e do cuidado" (p.13);</p> <p>3) " as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde embasadas na integralidade, equidade" (p. 43).</p> <p>4) "cuidado integral à saúde e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem" (p. 17);</p> | <p>1) Princípio do programa IV: "integralidade do cuidado" (p 1)</p> <p>2) Objetivos do programa: III: "desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado <i>integral</i>" (p1)</p> | <p>1)"uma abordagem integral, universal, equitativa e participativa (p. 11);</p> <p>2) " abordagem integral do indivíduo nos contextos social, familiar e cultural" (p. 14);</p> <p>3) "integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sobre os problemas sejam também sobre as condições de vida da população." (p. 60)</p> | <p>1) "diretriz básica do sistema de saúde" (p. 102);</p> <p>2) "integralidade como atendimento integral às necessidades da população" (p. 102);</p> <p>3) " compreender a integralidade como ferramenta produtora de uma melhor qualidade na gestão e na organização do cuidado" (p. 102);</p> <p>4) "a integralidade como atitude na relação com o outro" (p. 103);</p> <p>5) "um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde" (p. 103);</p> <p>6) " perspectiva de que há uma dimensão da integralidade que se estabelece pela composição de uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais" (p. 104);</p> <p>4) "integralidade do cuidado" (p.134);</p> |

| Conceitos/ Categorias | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|--------------------------|--|---|--|---|
| Participação | <p>1)"preceitos constitucionais de participação social" (p.12);</p> <p>2) " a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede" (p.12);</p> <p>3) "A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos " (p.13);</p> <p>4) "Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde" (p.19);</p> <p>5) "canais efetivos de participação no processo decisório" (p.27);</p> <p>6) "defendam a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas" (p.47);</p> | <p>1) "participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde" (p 1)</p> | <p>1) " que preconiza a participação de diferentes sujeitos na discussão" (p. 21);</p> <p>2) " participação de usuários e de ocupantes dos espaços na comunicação de projetos de ambiência" (p. 23)</p> <p>3) "os vínculos solidários e a participação coletiva" (p. 25);</p> <p>4) "estimula a participação dos cidadãos nas atividades do polo" (p. 65);</p> <p>5) "planejamento participativo" (p.10)</p> | <p>1) "participação dos sujeitos (indivíduos e grupos)" (p. 33);</p> <p>2) "a participação dos diferentes atores envolvidos" (p. 34);</p> <p>3) "ampliação da participação comunitária" (p. 35);</p> <p>4) "fortalecimento da participação cidadã na luta por seus direitos" (p. 88);</p> <p>5) "as formas de participação social podem ser institucionalizadas ou não institucionalizadas" (p. 85);</p> <p>6) " a participação social é um princípio e [uma] diretriz fundamental do SUS " (p. 86);</p> <p>7) "participação das comunidades" (p. 88);</p> <p>8) " a participação efetiva de outros atores e setores para conferir alcance, sustentabilidade e pertinência social capazes de provocar as mudanças necessárias à melhoria das condições de vida" (p. 124);</p> |

| Conceitos/ Categorias | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|--------------------------|--|---|--|---|
| Empowerment | <p>1) " 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.21);</p> <p>2) "estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos;" (p. 33).</p> | <p>“ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis” (p. 1);</p> | <p>1) " propiciando a apropriação e empoderamento dos espaços públicos" (p. 10).</p> | <p>1) " o processo de empoderamento refere-se à dimensão criativa e instituinte da ação, ou seja, é por meio dele que “[...] indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais" (p. 85);</p> <p>2) "o desenvolvimento dos processos de empoderamento, individual e coletivo, é, também, uma forma de produzir mais equidade" (p.81);</p> <p>3)"uma relação estreita entre o empoderamento e a questão da autonomia e, da mesma forma, uma mútua incidência positiva entre empoderamento e participação" (p. 81);</p> <p>4)"adoção de tecnologias de gestão do cuidado e de ações que ampliem a autonomia e o empoderamento dos indivíduos mediante ações individuais e coletivas" (p.134).</p> |

| Conceitos/ Categorias | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|---------------------------|---|--|---|--|
| Intersetorialidade | <p>1) "Compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde" (p.13);</p> <p>2) "Ações de intersectorialidade e mobilização de parceiros" (p.43).</p> | <p>1) "<i>intersectorialidade</i> na construção e desenvolvimento das ações" (p 1)</p> <p>2) "promover ações <i>intersectoriais</i> com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território" (p 1)</p> <p>3) "promover articulação <i>intersectorial</i> para a efetivação do PAS" (p 1)</p> | <p>1) "Os polos do programa se constituem como espaços de caráter intersectorial, com foco na saúde" (p. 21);</p> <p>2) "descontinuidade das políticas e programas costuma ser grande obstáculo à operacionalização de ações intersectoriais" (p. 22)</p> | <p>1) "intersectorialidade que aparece como uma importante estratégia e como sinônimo de sinergia, de capacidade de articulação dos diferentes níveis, desde o central, o regional, até o local" (p. 63)</p> <p>2) "A coordenação e integração entre as políticas setoriais, isto é, a intersectorialidade, ou a integração horizontal" (p.91);</p> <p>3) "intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde" (p.94);</p> <p>4) "A intersectorialidade é mais do que um conceito, é uma prática social" (p.94);</p> <p>5) " intersectorialidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, cogestores " (p. 95);</p> <p>6) "intersectorialidade implica a explicitação das relações de poder" (p. 95);</p> <p>7) "A intersectorialidade, que busca favorecer a construção de campos comuns de convergência" (p. 195);</p> <p>8) " a intersectorialidade de políticas favorecendo o alcance dos resultados esperados" (p.3013).</p> |

| Conceitos/ Categorias | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|--------------------------|--|--|--|---|
| Território | <p>1) “no território onde vivem e trabalham” (p. 11)</p> <p>2) "necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios" (p. 11);</p> <p>3) "perfil epidemiológico de dado território" (p.37);</p> <p>4) " Promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões – demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde" (p.38);</p> | <p>1)“<i>territorialidade</i>, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde” (p 1)</p> <p>2) “outros equipamentos sociais do <i>território</i>” (p 1)</p> | <p>1) " processo de produção de saúde no território" (p. 11);</p> <p>2) "indicação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do território ao qual o polo estará vinculado" (p.15).</p> <p>3) " discutem o impacto do Programa Academia da Saúde no território" (p. 19);</p> <p>4) "instituir no território um Grupo de Apoio à Gestão do Polo" (p. 20);</p> <p>5) "determinantes sociais de saúde a partir da realidade do território e da comunidade" (p. 22);</p> <p>6) "diferentes escalas do território urbano" (p. 59);</p> | <p>1) "cada um dos territórios é a expressão singular da articulação dos determinantes sociais da saúde" (p. 53);</p> <p>2) "comunidades e territórios saudáveis podem ser consideradas bons exemplos para ilustrar a atuação a partir da ampla abordagem de Promoção da Saúde" (p.61);</p> <p>3) " observar os territórios que expressam as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam" (p.82);</p> <p>4) " a Promoção da Saúde tem, no conceito de território, uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para uma intervenção em saúde" (p. 82);</p> <p>5) "território como espaço sobre o qual se intervirá para monitorar e controlar fenômenos que ameaçam a saúde" (p.83);</p> <p>6) " conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade “de dentro”, interrogando os modos de organização da vida nesse espaço" (p. 84).</p> |

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil/2006 e Brasil/2013a,/2014/2015.

4.2.3 *Empowerment*

A categoria *empowerment* aparece na PNPS de 2006 como um dos resultados do processo de participação social, compondo uma diretriz da política (QUADRO 4.2). E aparece como uma ação da política no eixo da alimentação saudável:

e) estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos (BRASIL, 2006. p. 31);

No PAS o *empowerment* aparece como uma forma de “ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis” (QUADRO 4.2). No caderno do curso o conceito apresenta diferentes dimensões como mencionado anteriormente e, no manual do PAS o conceito não fica claro, pois aborda o “empoderamento dos espaços” (QUADRO 4.2).

O PAS se aproxima da PNPS de 2006 pois os documentos estudados apresentam a categoria *empowerment* como uma forma de aumento de poder por meio do conhecimento e da compreensão de que determinadas escolhas são mais saudáveis e contribuem para a saúde, desta forma, há uma aproximação com a promoção da saúde.

4.2.4. Intersetorialidade

A PNPS 2006 define o conceito de intersetorialidade como uma articulação de diferentes setores e também reforça a co-responsabilização destes (QUADRO 4.2):

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006. p. 13).

Para a PNPS de 2006 o setor saúde é um protagonista e também responsável em divulgar que o processo saúde-doença é resultado de diferentes fatores (QUADRO 4.2). Essa articulação intersetorial colabora com o alcance dos determinantes sociais da saúde, uma questão considerada complexa. As ações intersetoriais ocorrem por meio da mobilização dos parceiros e, são fundamentais para elaboração de políticas públicas saudáveis (QUADRO 4.2).

Como o programa tem como marco legal a PNPS, esta deve ser um documento importante para auxiliar na compreensão do desenho e nas possíveis ações a serem implantadas. No PAS a categoria intersetorialidade aparece nas diretrizes, nos princípios, nos objetivos e na Portaria do programa (QUADRO 4.2).

O Manual de infraestrutura do PAS e o Caderno do curso reafirmam as dimensões da intersetorialidade enquanto espaço de construção de políticas por meio de diferentes setores e conhecimentos com objetivo de otimizar e alcançar resultados comuns, assim como uma prática social pautada nas relações.

A aproximação do PAS coma PNPS ocorre pelo reconhecimento de que é necessário mobilizar diferentes parceiros e articular diferentes possibilidades para se alcançar resultados sustentáveis e mais efetivos em programas de promoção da saúde.

4.2.5 Território

A PNPS de 2006 aborda o território como “espaços urbanos ou rurais”, “espaços públicos de convivência”, e como “local onde realiza-se as ações do setor saúde”, estes espaços constituem-se potentes para as ações de promoção da saúde (QUADRO 4.2). Estas definições complementam-se ao compreender o território e suas particularidades e como um espaço importante para ações devido à maior proximidade com a população e suas necessidades.

As diferentes subcategorias de território presentes no contexto e no planejamento do PAS, aparece tanto como uma forma de planejar o trabalho em saúde “de forma territorializadas” no âmbito das ações das equipes de atenção básica, como direcionado para as relações das pessoas com os equipamentos sociais “território como espaço de produção de saúde” (QUADRO 4.2). Também é citado como um dos princípios do programa:

Princípios do PAS [...] VI - Territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde (BRASIL, 2013. p. 2).

O caderno do curso como já citado, aborda conceitos mais caros à promoção da saúde à discussão de território enquanto detentor de respostas e perguntas para as demandas da população, aborda o território vivo, de pessoas e estruturas sociais (QUADRO 4.2).

A concepção teórica do PAS para categoria território aproxima-se da PNPS de 2006 ao considerar na construção teórica do conceito as necessidades e demandas identificadas pela própria população que vive neste local, ou seja, o território é resultado da contextualização das relações e das estruturas, para além de uma delimitação geográfica.

4.3. O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE APRESENTA ELEMENTOS ENCONTRADOS NA PNPS 2014?

A PNPS de 2014 é a política de promoção de saúde vigente. A partir dela, identificou-se uma oportunidade de analisar se o PAS visando identificar se há, ou não, elementos no PAS

também presentes na PNPS 2014. Este subcapítulo também apresentará uma breve análise da PNPS de 2014 e suas principais mudanças.

A PNPS de 2014 apresenta um objetivo geral mais amplo, em relação a PNPS 2006, pois considera além da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades, a promoção da equidade e o aumento da potencialidade da saúde individual e coletiva.

“Art. 6º A PNPS tem por 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” (BRASIL, 2014, p. 3).

Em relação à estrutura da PNPS 2006 houve mudanças para a PNPS de 2014, além dos itens como apresentação, objetivos, e diretrizes a PNPS apresenta “valores e princípios”, “temas transversais”, “eixos operacionais” e “temas prioritários”. As estratégias de implantação da PNPS/2006 viraram “temas prioritários” da PNPS/2014: (1) alimentação saudável, (2) práticas corporais e atividade física, (3) enfrentamento do uso e abuso do álcool e outras drogas, (4) enfrentamento do tabaco, (5) promoção da mobilidade segura ou redução de acidentes, (6) promoção da cultura e da paz e (7) a promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2014).

Os chamados “temas transversais” da PNPS/2014 são conceitos importantes para formulação de agendas, entre eles estão os (1) DSS relacionado à equidade e ao respeito à diversidade, (2) o desenvolvimento sustentável e os modos de consumo e produção, (3) a produção da saúde e do cuidado com vistas à rede de atenção e à integralidade, (4) a produção de ambientes saudáveis e (5) a cultura da paz e a garantia dos direitos humanos (BRASIL, 2014).

Já os eixos operacionais são estratégias que potencializam as ações de promoção da saúde, como por exemplo, a participação social, a educação em saúde, a intersetorialidade, a participação ativa da gestão democrática e o território, enquanto uma diretriz organizativa no planejamento da saúde. A nova PNPS pretende qualificar as propostas já iniciadas durante a implementação da PNPS 2006 e amplia a discussão da produção de condições de saúde no território da atenção básica na concepção de que valores, como a felicidade, são fundamentais.

Na estrutura das duas políticas percebemos a inclusão da discussão de duas questões importantes para promoção da saúde: os *valores* e os *princípios*.

Os valores são listados na PNPS 2014 como: (1) a solidariedade com o outro, (2) felicidade enquanto autopercepção de satisfação; (3) a ética permeando a conduta; (4) o respeito às diversidades; (5) a humanização; (6) corresponsabilidade nos espaços; (7) justiça social e, (8) a inclusão social (BRASIL, 2014). Estes valores contribuem com o acesso aos serviços e a redução de iniquidades e embasam não só na PNPS de 2014, mas também refletem valores sociais como a solidariedade e o respeito.

Identificou-se uma tentativa de aproximar a PNPS de 2014 ainda mais ao campo da promoção da saúde ao explicitar conceitos como subjetividade, felicidade e solidariedade. A felicidade está relacionada à construção de capacidade e de participação, com uma visão de mundo muito individual e construída a partir das próprias experiências:

“Valores: II - a felicidade, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades (BRASIL, 2014. p 26);

A presença de conceitos importantes contribui com a afirmação da promoção da saúde na política, entretanto, a complexidade e inovação do texto podem tornar mais difíceis a compressão de gestores e profissionais. Para tal, é preciso compreender alguns destes conceitos e, de fato qual contribuição deles para políticas e programas de saúde.

Para este estudo foram definidas algumas categorias já apresentadas que auxiliaram na compreensão do desenho do PAS frente também à PNPS de 2014, apresentadas a seguir.

4.3.1 Integralidade

A integralidade perpassa todo o texto da PNPS/2014, entre eles a categoria é princípio da política:

“VIII: a integralidade quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais” (BRASIL, 2014. p. 2).

Um dos objetivos, no Art. 7º parágrafo I: “estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social” (QUADRO

4.3). E ainda reitera a importância das ações e cuidados integrados que considerem a singularidade do indivíduo e das coletividades (QUADRO 4.3).

A aproximação da PNPS de 2014 com o PAS se dá pela concepção de integralidade e suas diferentes dimensões que consideram o cuidado, os serviços, as relações e a construção de políticas de saúde integrais que respondam às complexas necessidades da população.

4.3.2 Participação

A participação social é um dos princípios da PNPS de 2014 como apresenta o Quadro 4.3 e, como a atuação corresponsável dos atores no planejamento, na execução e na avaliação das ações:

Princípio II - a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações (BRASIL, 2014. p.6).

A PNPS de 2014 aborda a participação como eixo operacional da política e como uma das estratégias para concretizar as ações de promoção da saúde (QUADRO 4.3):

IV - 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 (BRASIL, 2014. p. 7).

Há um reforço das ações voltadas para a participação como forma de fortalecer as ações de promoção da saúde no texto da PNPS de 2014.

No PAS a participação aparece como participação popular (QUADRO 4.3), no eixo de mobilização da comunidade, participação coletiva e cidadã e aproxima-se da PNPS de 2014 no âmbito de maior representatividade e decisão nas ações, assim como a possibilidade da diversidade de olhares sobre o mesmo objeto.

4.3.3 Empowerment

O *empowerment* surge na PNPS como empoderamento sendo um dos princípios da política e o defini como:

Princípio IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais (BRASIL, 2014. p. 6);

A categoria está presente também no texto da política como uma diretriz e um objetivo:

VII - promover 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 (BRASIL, 2014. p. 6);

No PAS o *empowerment* aparece como a subcategoria “autonomia” com intuito de aumentar as escolhas mais saudáveis (QUADRO 4.3). Logo, na PNPS há uma presença do *empowerment* mais forte, mas o PAS consegue uma aproximação apresentando o conceito nos demais documentos, como visto anteriormente: Manual de Infraestrutura e o Caderno do Curso de Formação (QUADRO 4.2; QUADRO 4.2).

4.3.4 Intersetorialidade

A Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 apresenta no Quadro 4.3 a intersetorialidade como um processo de articulação de saberes e setores. Reforça a concepção de a intersetorialidade é uma ferramenta importante para as ações de promoção da saúde junto à diferentes atores e territórios (QUADRO 4.3).

O Programa Academia da Saúde apresenta a categoria intersetorialidade como um conjunto de diferentes setores que devem desenvolver as ações com o mesmo objetivo comum, de forma articulada e que resulte na efetivação do programa no território (QUADRO 4.3). Por conseguinte, confirma-se também para esta categoria que o PAS apresenta elementos da PNPS de 2014, ao considerar a intersetorialidade no planejamento das ações, na relação com os atores e parceiros e na efetivação do PAS (QUADRO 4.3).

4.3.5 Território

Quanto ao conceito de território, a nova Política Nacional de Promoção da Saúde 2014 corrobora com a definição e relevância do território enquanto um local potente para realizar as intervenções, abordando o conceito de territorialidade como um dos princípios da política (QUADRO 4.3):

“diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime” (BRASIL, 2014. p. 2).

Contempla ainda o conceito de territorialização enquanto estratégias operacionais da política nos quais:

- a) reconhece a regionalização como diretriz do SUS e como eixo estruturante para orientar a descentralização das ações e 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*; e
- c) observa as pactuações interfederativas, a definição de parâmetros de escala e 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 identidades regionais (BRASIL, 2014. p. 4).

A PNPS 2014 apresenta assim diferentes escalas e conceitos de território e aproxima-se do PAS que apresenta em seu desenho os significados para território como a “territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde” e, como localização ou lugar: “outros equipamentos sociais do território” (QUADRO 4.3).

Foi possível observar algumas aproximações do PAS em relação à PNPS de 2014, em relação às categorias estudadas o que aponta que mesmo o PAS tendo sido criado ainda na vigência da PNPS de 2006, ele apresenta elementos da PNPS de 2014, que pode ser um avanço para um programa de promoção da saúde.

Quadro 4.3: Aproximação teórica do Programa Academia da Saúde com os princípios da Política Nacional de Promoção da Saúde 2014.

| Conceitos/ Categoria | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|-------------------------|---|---|---|---|
| Integralidade | <p>1) "construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde" (p. 1);</p> <p>2) "Princípios: VIII - a integralidade, quando as intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais" (p. 1);</p> <p>3) "Objetivo específico I: estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na RAS, articulada às demais redes de proteção social" (p.2);</p> <p>4) "transversalizar a promoção na RAS, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território" (p.2).</p> | <p>1) Princípio do programa IV: "integralidade do cuidado" (p 1)</p> <p>2) Objetivos do programa: III: "desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral" (p1)</p> | <p>1)"uma abordagem integral, universal, equitativa e participativa (p. 11);</p> <p>2) " abordagem integral do indivíduo nos contextos social, familiar e cultural" (p. 14);</p> <p>3) "integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de modo que as intervenções sejam também sobre as condições de vida da população." (p. 60)</p> | <p>1) "diretriz básica do sistema de saúde" (p. 102);</p> <p>2) "integralidade como atendimento integral às necessidades da população" (p. 102);</p> <p>3) " compreender a integralidade como ferramenta produtora de uma melhor qualidade na gestão e na organização do cuidado" (p. 102);</p> <p>4) "a integralidade como atitude na relação com o outro" (p. 103);</p> <p>5) "um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde" (p. 103);</p> <p>6) " perspectiva de que há uma dimensão da integralidade que se estabelece pela composição de uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais" (p. 104);</p> <p>4) "integralidade do cuidado" (p.134);</p> |

| Conceitos/ Categoria | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|-------------------------|--|---|--|---|
| Participação | <p>1) "buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social" (p.1);</p> <p>2) "Princípio: participação social" (p.2);</p> <p>3) "identificar e promover canais de participação no processo decisório para o desenvolvimento e a sustentabilidade das ações de promoção da saúde" (p. 3);</p> <p>4) "promover a participação e o controle social e reforçar as ações comunitárias de promoção da saúde nos territórios" (p. 3);</p> | <p>1) "participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde" (p 1)</p> | <p>1) " que preconiza a participação de diferentes sujeitos na discussão" (p. 21);</p> <p>2) " participação de usuários e de ocupantes dos espaços na comunicação de projetos de ambiência" (p. 23)</p> <p>3) "os vínculos solidários e a participação coletiva" (p. 25);</p> <p>4) "estimula a participação dos cidadãos nas atividades do polo" (p. 65);</p> <p>5) "planejamento participativo" (p.10)</p> | <p>1) "participação dos sujeitos (indivíduos e grupos)" (p. 33);</p> <p>2) "a participação dos diferentes atores envolvidos" (p. 34);</p> <p>3) "ampliação da participação comunitária" (p. 35);</p> <p>4) "fortalecimento da participação cidadã na luta por seus direitos" (p. 88);</p> <p>5) "as formas de participação social podem ser institucionalizadas ou não institucionalizadas" (p. 85);</p> <p>6) " a participação social é um princípio e [uma] diretriz fundamental do SUS " (p. 86);</p> <p>7) "participação das comunidades" (p. 88);</p> <p>8) " a participação efetiva de outros atores e setores para conferir alcance, sustentabilidade e pertinência social capazes de provocar as mudanças necessárias à melhoria das condições de vida" (p. 124);</p> |

| Conceitos/ Categoria | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|-------------------------|--|---|--|---|
| <i>Empowerment</i> | <p>1)"princípio: IV - o empoderamento, que se refere ao processo de intervenção que estimula os sujeitos e coletivos a adquirirem o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequado às suas condições sócio-econômico-culturais" (p.2);</p> <p>2) "VII: promover 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" (p. 6).</p> | <p>"ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis" (p. 1);</p> | <p>1) " propiciando a apropriação e empoderamento dos espaços públicos" (p. 10).</p> | <p>1) " o processo de empoderamento refere-se à dimensão criativa e instituinte da ação, ou seja, é por meio dele que "[...] indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais" (p. 85);</p> <p>2) "o desenvolvimento dos processos de empoderamento, individual e coletivo, é, também, uma forma de produzir mais equidade" (p.81);</p> <p>3)"uma relação estreita entre o empoderamento e a questão da autonomia e, da mesma forma, uma mútua incidência positiva entre empoderamento e participação" (p. 81);</p> <p>4)"adoção de tecnologias de gestão do cuidado e de ações que ampliem a autonomia e o empoderamento dos indivíduos mediante ações individuais e coletivas" (p.134).</p> |

| Conceitos/ Categoria | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|---------------------------|---|--|---|--|
| Intersetorialidade | <p>1) "Princípio: V - a intersectorialidade, que se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns" (p. 2);</p> <p>2) "articulação intersectorial"</p> | <p>1) "<i>intersectorialidade</i> na construção e desenvolvimento das ações" (p 1)</p> <p>2) "promover ações <i>intersectoriais</i> com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território" (p 1)</p> <p>3) "promover articulação <i>intersectorial</i> para a efetivação do PAS" (p 1)</p> | <p>1) "Os polos do programa se constituem como espaços de caráter intersectorial, com foco na saúde" (p. 21);</p> <p>2) "descontinuidade das políticas e programas costuma ser grande obstáculo à operacionalização de ações intersectoriais" (p. 22)</p> | <p>1) "intersectorialidade que aparece como uma importante estratégia e como sinônimo de sinergia, de capacidade de articulação dos diferentes níveis, desde o central, o regional, até o local" (p. 63)</p> <p>2) "A coordenação e integração entre as políticas setoriais, isto é, a intersectorialidade, ou a integração horizontal" (p.91);</p> <p>3) "intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde" (p.94);</p> <p>4) "A intersectorialidade é mais do que um conceito, é uma prática social" (p.94);</p> <p>5) " intersectorialidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, cogestores " (p. 95);</p> <p>6) "intersectorialidade implica a explicitação das relações de poder" (p. 95);</p> <p>7) "A intersectorialidade, que busca favorecer a construção de campos comuns de convergência" (p. 195);</p> <p>8) " a intersectorialidade de políticas favorecendo o alcance dos resultados esperados" (p.3013).</p> |

| Conceitos/ Categoria | Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 | Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 do PAS | Manual de Infraestrutura | Caderno do Curso de formação |
|-------------------------|---|---|--|---|
| Território | <p>1) Princípios: IX - a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime" (p. 2);</p> <p>2) "promover a cultura da paz em comunidades, territórios e Municípios" (p.2);</p> <p>3) "ambientes e territórios saudáveis, que significa relacionar o tema priorizado com os ambientes e os territórios de vida e de trabalho das pessoas e das coletividades" (p. 3);</p> <p>4) "considera a abrangência das regiões de saúde e sua articulação com os equipamentos sociais nos territórios" (p.3);</p> <p>5) "orientar ações integradas e intersetoriais nos territórios, incluindo saúde, educação, trânsito, fiscalização, ambiente e demais setores envolvidos" (p. 3);</p> | <p>1) "territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde" (p 1)</p> <p>2) "outros equipamentos sociais do território" (p 1)</p> | <p>1) " processo de produção de saúde no território" (p. 11);</p> <p>2) "indicação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) do território ao qual o polo estará vinculado" (p.15).</p> <p>3) " discutem o impacto do Programa Academia da Saúde no território" (p. 19);</p> <p>4) "instituir no território um Grupo de Apoio à Gestão do Polo" (p. 20);</p> <p>5) "determinantes sociais de saúde a partir da realidade do território e da comunidade" (p. 22);</p> <p>6) "diferentes escalas do território urbano" (p. 59);</p> | <p>1) "cada um dos territórios é a expressão singular da articulação dos determinantes sociais da saúde" (p. 53);</p> <p>2) "comunidades e territórios saudáveis podem ser consideradas bons exemplos para ilustrar a atuação a partir da ampla abordagem de Promoção da Saúde" (p.61);</p> <p>3) " observar os territórios que expressam as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam" (p.82);</p> <p>4) " a Promoção da Saúde tem, no conceito de território, uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para uma intervenção em saúde" (p. 82);</p> <p>5) "território como espaço sobre o qual se intervirá para monitorar e controlar fenômenos que ameaçam a saúde" (p.83);</p> <p>6) " conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade "de dentro", interrogando os modos de organização da vida nesse espaço" (p. 84).</p> |

Fonte: Elaboração própria a partir de Brasil/2014 e Brasil/2013a/2014/2015.

5 DISCUSSÃO

Esse trabalho objetivou analisar o Programa Academia da Saúde à luz do marco teórico da promoção da saúde, por meio da análise de conteúdo temática dos documentos oficiais do Programa Academia da Saúde, da Carta de Ottawa, da Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e, a título exploratório, a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014.

Os achados mostraram que os conceitos integralidade, participação, *empowerment*, intersetorialidade e território, estão fortemente presentes no PAS e demonstram uma aproximação do programa com a Carta de Ottawa, a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006 e, ainda, a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014.

O conceito aparece nos documentos, como cuidado, serviços e atenção integral, como uma abordagem biopsicossocial da saúde que permeia os determinantes sociais da saúde. Para alcançar a integralidade na promoção da saúde é preciso conhecer o contexto e identificar as necessidades do indivíduo e da comunidade de maneira mais abrangente. No PAS essa abordagem teórica é revelada pela busca pela integralidade, universalidade, equidade e a participação, como citado no Manual de Infraestrutura e está presente no capítulo de resultados.

A descrição do desenho do PAS avança para o rompimento de um modelo de programa de atenção à saúde com foco na doença ou em uma categoria profissional específica em busca do cuidado integral.

O presente estudo mostra que no desenho do programa é previsto a participação como forma de garantir a sustentabilidade do programa. A mobilização da população e a criação de capacidades favorece o *advocacy* para saúde e reforça a busca pelo direito de participar das tomadas de decisão do gestor e, este processo, pode dar-se tanto por meio do Grupo de Apoio à Gestão quanto no cotidiano dos polos por meio das atividades e sugestões. Mas de que tipo de participação estamos falando?

No programa está previsto tanto a participação institucionalizada quanto à não institucionalizada, mas como aproximar na prática este conceito importante para promoção da saúde do seu potente e transformador significado? Qual participação cada polo poderá discutir, ou mesmo induzir em seu planejamento? Espera-se segundo os documentos um planejamento participativo, mas de fato, a gestão destes espaços é marcada por disputas de poder e espaço.

Como resultado deste estudo identificou-se na intencionalidade do desenho do programa que a participação da população está diretamente ligada ao envolvimento desta com o planejamento, funcionamento e sucesso do mesmo.

O programa prevê ações que mobilizam profissionais, gestores e usuários para a perspectiva teórico e metodológica da promoção da saúde como, por exemplo, o eixo de mobilização da comunidade, que prevê a participação social e o *empowerment* na fase de planejamento e implantação do PAS, a identificação das necessidades do território a partir das experiências e vivências da população local, a rede de apoio social, as relações de poder e os equipamentos sociais presentes. Outra ação importante é a composição do Grupo de Apoio à Gestão, no qual contribui com essa relação entre os parceiros e o planejamento do programa.

É importante reforçar que a categoria *empowerment* apresenta algumas especificidades encontradas na análise. Por se tratar de um conceito complexo e que teve diferentes traduções e interpretações, algumas compreensões diferentes aparecem. Para tal, se por um lado o curso frente a formação de gestores e profissionais este conceito é apresentado claramente com apoio de um referencial teórico importante para compreensão, por outro lado, há uma questão intrigante quanto ao Manual de Infraestrutura que apresenta uma concepção diferente de toda busca feita por esta pesquisa: há concepção de que seria possível “empoderar espaços”, o que deixa uma dúvida se houve um erro na escolha da palavra ou de concepção de quem elaborou o material.

O PAS é definido como uma política pública saudável, espaço de produção, ressignificação e vivência de conhecimentos que favorece à construção coletiva de modos de vida saudáveis. Entende-se que não se trata de um programa intersetorial, desde sua origem, mas que traz essa questão como fundamental para trabalhar as situações de vulnerabilidade nos territórios e potencializar sua efetividade como programa de promoção da saúde. Outro ponto importante é o resgate da intrasetorialidade, enquanto organização interna do setor, estando o próprio PAS entendido como um ponto numa rede de atenção, na busca de articula-se com outros programas e propiciar maior acesso e integralidade na organização do cuidado.

Desse modo, as ações intrasetoriais são importantes para que as ações dentro do setor também ocorram de forma integrada e que conforme redes setoriais como o exemplo da Rede de Atenção à Saúde e, potencializam as ações intersetoriais.

A continuidade do PAS tem relação direta com a sustentabilidade ou não de políticas que sustentem o mesmo, como a própria Política Nacional de Promoção da Saúde ou a Política Nacional de Atenção Básica.

Ressalta-se ainda que segundo os documentos analisados do PAS, as atividades coletivas ou individuais são previstas considerando a cultura e o conhecimento da população, buscando a produção de saberes e de cuidado compartilhado. A apropriação do espaço público e a criação de identidade também são resultados importantes para que este programa seja legitimado pela população (TUSSET, 2014).

Para além disso é preciso fazer algumas reflexões. O desenho do PAS apresenta um programa nacional que considera o contexto e a cultura de cada território desde o seu planejamento, representando grandes desafios devido aos mecanismos para sua consolidação. Isto porque incorporar os conceitos da promoção da saúde requer mais do que citá-los como princípios e objetivos, mas também é preciso que todo o desenho do programa reflita essa incorporação.

A abordagem dos determinantes sociais da saúde como recursos para a vida e responsáveis pela qualidade de vida assim como pela vulnerabilidade e pelo vazio de serviços e de atenção à saúde na falta destes.

No caso do estudo identificou-se que os conceitos estão presentes na Portaria do programa, porém para compreendê-los foi preciso analisar, também, outros documentos, no caso do Manual de Implantação Volume II e do material do Curso de extensão para gestores. Estes documentos contribuíram para elucidar alguns conceitos e contextos em que a portaria por si só não daria conta visto ser um documento mais enxuto.

A pouca produção de estudos de análise do programa, bem como a ausência de dois manuais previsto e que são citados em outros documentos, mesmo após cinco anos da portaria que institui o PAS, e ainda, a falta de avaliações quanto à implantação do programa frente ao seu desenho, impossibilitam uma visão geral de o quanto o desenho do programa atende aos seus objetivos de forma mais consistente. Reconhece-se a reformulação do PAS feita pela Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, buscou avançar em alguns quesitos, mas ela não atende as questões apontadas acima. Como achado foi interessante observar que o programa como está desenhado permite uma diversidade de formatos a serem implantados, o que é importante visto a diversidade de territórios no país, porém também deixa aberto à possibilidade

de o gestor implantar um programa distante dos conceitos da promoção da saúde e definir atividades pontuais apenas para cumprir os requisitos de habilitação e monitoramento.

Tusset (2014) faz alguns apontamentos neste sentido ao afirmar que existem limitações do gestor local em implantar o PAS frente aos diferentes contextos do município como a falta de compreensão da proposta contendo o conceito positivo de saúde. A reorientação do modelo de atenção à saúde considerando os determinantes sociais da saúde como recurso para saúde e, as ações intersetoriais precisam avançar e, desta forma, também seria necessário promover mudanças no cenário no qual está inserido o PAS.

Segundo dados da Sala de Apoio à Gestão Estratégica do Governo Federal, em fevereiro de 2016, existiam 2.743 municípios participantes do monitoramento das obras de implantação do PAS, somando 3798 propostas aprovadas desde 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). Dentre estas obras, 1.909 estão concluídas, porém não foram encontrados documentos de acesso público atualizados até o término desta pesquisa com o quantitativo de polos em funcionamento que poderiam descrever quais ações estão sendo desenvolvidas, quais mudanças no território a partir delas e possíveis resultados esperados. Além disto, vale destacar que após a finalização da obra, o recebimento do recurso de custeio não é um processo simples. Alguns municípios iniciam as atividades sem ter sequer solicitado o recurso ou ainda, mesmo após solicitar, há uma demora na análise das solicitações pela equipe técnica do MS (TUSSET, 2014).

Mesmo diante dos esforços do Ministério da Saúde de produzir informação mediante a estratégia de monitoramento do programa, chama a atenção a pouca informação pública, clara e detalhada sobre o quantitativo exato de polos que estão em funcionamento e os possíveis resultados alcançados com a implantação dos polos, como a promoção da saúde vem sendo incorporada no território, por exemplo. Para além disto, é importante publicizar a informação tanto para contribuir com o gestor e a população no planejamento e valorização das ações já realizadas, quanto no uso do recurso, sobretudo tendo em vista o montante já repassado até a presente data, em torno de R\$ 481.080.000,00 milhões de reais.

Planejar e executar cada etapa da análise do PAS pode auxiliar na reformulação do desenho do programa ou mesmo na forma de sua implantação. Para Potvin (2001) um programa é um sistema constante de construção de redes sociais e técnicas que compreendem diferentes atores, relações de interesse, poder e parcerias.

A avaliação de programas de promoção da saúde não é uma tarefa fácil, devido às subjetividades e fatores a serem considerados como os determinantes sociais da saúde no

contexto local, a intersetorialidade, a participação da população no processo, o impacto real sobre a população, dentre outros.

Para pensar em uma futura avaliação do PAS no âmbito da promoção da saúde, e seus possíveis impactos é preciso um modelo de avaliação participativa que inclua gestores, profissionais do serviço, usuários do programa entre outros pactuando uma horizontalidade na relação e um planejamento da intervenção de baixo para cima (*bottom up*) (MAGALHÃES, BODSTEIN, 2009).

Este tipo de análise pode ser utilizado tanto no planejamento quanto na implementação da intervenção, reconhecendo os pontos fortes, a satisfação dos usuários, a identificação dos atores chaves, a avaliação do cumprimento dos seus objetivos, mas também os limites do programa (DE SALAZAR, 2004).

Um exemplo deste processo que pode ser citado são as avaliações dos programas similares realizadas que serviram de espelho tanto para elaboração do desenho do PAS quanto para sua posterior reformulação em 2013. Entre eles está o estudo de monitoramento feito pelo Estado de Pernambuco no qual afirma ser essencial para a orientação da implantação do programa, consolidar práticas, criar estreitamentos profissionais com e entre os municípios ao trocar experiências e que contribuiu com a produção de informação sobre o programa (LEMOS et, 2015).

Para Salazar (2014) a intencionalidade do desenho do PAS busca modificar a realidade que afeta as condições de saúde por meio de ações com base nos princípios da promoção da saúde e no fortalecimento de capacidades para melhoria dos determinantes sociais da saúde com foco inicialmente nas doenças crônicas não transmissíveis. Mas, o programa não pode focar apenas em ações que visam o comportamento e as escolhas de vida do indivíduo, ele precisa avançar sobre as demais questões como a educação, o transporte, o saneamento, o emprego, renda entre outros.

O presente estudo corrobora com as questões levantadas por Salazar (2014) já que mesmo diante de conceitos e práticas preconizadas pela promoção da saúde presentes no desenho do PAS, este não avança nesta discussão assim como na direção da mudança de realidade e condições de vida dos participantes do programa. E talvez este seja um dos objetivos do programa de maior desafio, porque requer a elaboração de ações intersetoriais. Mas será que ele está preparado para isso? De certo, tem como objetivo essas questões?

De certo, o Programa Academia da Saúde poderia ser considerado um programa de promoção da saúde devido aos elementos inovadores da promoção da saúde com abordagens dos determinantes sociais da saúde perpassando ações intersetoriais e a participação da população. Talvez seja uma ambição por parte do governo de que o programa possa impactar sobre os determinantes sociais da saúde diante de uma rede de atenção à saúde que ainda precisa avançar nestes mesmos conceitos e valores como, por exemplo integralidade, equidade, acesso e qualidade.

Isto porque o setor saúde apresenta grandes desafios, como a cobertura abrangente e de qualidade dos serviços ofertados, a realização do trabalho multiprofissional, o próprio trabalho intrasetorial e em rede, entre outros. Diante deste cenário acredita-se que a intersetorialidade seja uma imagem-objetivo difícil de alcançar para o SUS, inclusive para o PAS.

Algumas inquietações ainda persistem de fato: como o desenho do PAS pode contribuir com a implantação das ações de promoção da saúde no território? Talvez a resposta esteja na forma como se propõe as atividades, ou seja, dependerá de como estes conceitos presentes no desenho serão de fato implantados por meio dos eixos e atividades previstas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou realizar a leitura das entrelinhas das portarias, entrelaçar os documentos e fazer considerações acerca dos achados com intuito de contribuir com gestores da saúde na compreensão do desenho deste programa que apresenta grande potencialidade junto ao território. O Programa Academia da Saúde pode contribuir para que muitas pessoas tenham acesso aos serviços públicos que integrem os princípios da promoção da saúde, e quem sabe agregar para sua vida valores como a solidariedade e da felicidade.

É louvável o avanço do Ministério da Saúde em elaborar um programa com diretrizes nacionais que tenta considerar as especificidades regionais e locais ao passo da promoção da saúde. Identifica-se que este programa tem um grande potencial de impacto junto à população assim como na possibilidade de reorientar práticas profissionais e de cuidado, além de instigar a mobilização social por meio da criação de capacidades para a melhoria das condições de vida.

Para tal, é desejável induzir movimentos de sistematização do programa junto aos municípios e estados para que seja possível conhecer a realidade do cenário de implantação, compreender o desenho do PAS, como será feita a gestão do programa e como a participação social está acontecendo de fato.

É preciso avançar em relação a alguns aspectos como a compreensão do desenho do programa pelos gestores, o investimento em apoio institucional como forma de qualificar as propostas, o monitoramento e avaliação dos polos e a corresponsabilização e a cogestão do programa no município.

O programa prevê uma série de eixos de atividades na portaria, mas que são descritas de fato nos outros documentos analisados, o que pode limitar o entendimento do programa e conseqüentemente o planejamento do gestor que não tiver acesso a estes materiais. Para tal, sugere-se a publicação dos demais manuais do programa para auxiliar na tomada de decisão do gestor assim como potencializar a reorientação das práticas de cuidado. As ações de um apoiador interfederativo poderiam auxiliar na implantação do PAS juntos aos municípios, em parceria com Estados e o Ministério da Saúde por meio de ações de planejamento.

Essa dissertação não objetivou avaliar o Programa Academia da Saúde, mas contribuir com a análise do desenho do programa na perspectiva da promoção da saúde dando subsídios

para novos estudos que auxiliem na tomada de decisão do gestor e possíveis revisões e avaliações do desenho do programa.

Recomenda-se a publicização dos resultados do monitoramento nacional do PAS de forma sistemática para os gestores e demais interessados devido à importância destes dados para a reformulação de estratégias de implantação e avaliação do programa em cada município. Ainda, sugere-se novos estudos sobre o programa que considere além dos eixos temáticos das práticas corporais, atividade física e da alimentação saudável os demais presentes na portaria do PAS. Como uma última recomendação de apoio à futura implementação do PAS por meio de maior compreensão do programa, entende-se como interessante a disponibilização de uma versão traduzida para o português do Guia de avaliação do Programa Academia da Saúde de autoria de Salazar (2014), como recurso didático aos municípios para auxiliar na avaliação do programa de forma mais contextualizada e participativa desde o seu desenho.

REFERÊNCIAS

ACADEMIA DA SAÚDE, 2012. Disponível em: <<http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/projetos/12.138-139/4383>>. Acesso em: 17 dezembro de 2015.

AFONSO, Carmelinda Monteiro Costa. **Promoção da Saúde, Capital Social e Capital Cultural**: o caso do Projeto Acari. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARRETO, Sandhi Maria et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2005, vol.14, n.1, pp. 41-68.

BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 25-50.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso de aperfeiçoamento: implementação da Política de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde** / Ministério da Saúde; Universidade Federal de Santa Catarina. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A Z**: garantindo saúde nos municípios. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2681, de 7 de novembro de 2013: Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 719, de 07 de Abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. MS, 2011a

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaNacionalPromocaoSaude.pdf>>. Acesso em: 14 de Jul. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Alex Branco Fraga; et al.; org. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde com enfoque no Programa Academia da Saúde**. – Brasília: CEAD/FUB, 2013b. 146 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Agenda Estratégica 2011-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

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, 148 p. : il. – Série B. Textos Básicos de Saúde. 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 152 p. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 48 págs. 2012b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 2.255**, de 20 de novembro de 2003. Diário [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 nov. 2003. Disponível em: <[HTTP://http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_2255_20_11_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/pri_2255_20_11_2003.html)>. Acesso em: 11 jan. 2016.

BRASIL. **Promoção da Saúde em um Novo Modelo de Atenção**. [Projeto] Ministério da Saúde. 1998-2008. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/Projetos.aspx?id=44>>. Acesso em: 11 de junho de 2015.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BUSS, Paulo Marchiori, CARVALHO, Antônio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14(6):2305-2316, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. A IX Conferência Nacional de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 297-300, Sept. 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1991000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 de maio de 2015.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm**, v. 57, n. 5, p. 611-4, 2004.

CARVALHO, Antônio Ivo; WESTPHAL, Marcia Faria; LIMA, Vera Lucia Pereira. Health Promotion in Brazil. **Revista Promotion & Education**, edição especial, :1: 7-12, 2007.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. sup 2, p. 2029-40, 2008.

CASTRO, Adriana; MALO, Miguel (org). **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: HUCITEC; 2006. 222 p

CECÍLIO, L.C.O. E MERHY, E.E.; "A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar", Campinas (SP). 2003. (mimeo).

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epidemiológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.

CEPEDOC. Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis. **Projeto de Avaliação do Programa Academia da Saúde em São Paulo**. Disponível em: <http://www.cidadessaudaveis.org.br/Det_Projeto.aspx?ProjetoID=%2068>. Acesso em: 05 de janeiro de 2016.

CESSE, Eduarda Ângela Pessoa. **Epidemiologia e determinantes sociais das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. – Recife: E.A.P. Cesse, 2007.

CNDSS. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. 2008.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (CSDH). **A conceptual framework for action on social determinants of health**. Published by WHO. 2007. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em: 10 de dezembro de 2015.

CONAS. Nota técnica 16/2011. Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://www.conass.org.br/notas%20tecnicas/nt_16_academias_da_saude.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2014.

COSTA, AM, PONTES, ACR, ROCHA DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, OPAS; 2006. p. 97-115.

CRUZ, DK, Albuquerque G, Damascena W. **Programa Academia da Cidade do Recife: minimizando contrastes sociais** [Internet]. Recife (PE): Portal DSS Nordeste; 2013 Fev 06. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/experiencias/programa-academia-da-cidade-do-recife-minimizando-contrastes-sociais/?preview=true>>. Acesso em: 12 de jan de 2016.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43-57.

DAHLGREEN, G. & WHITEHEAD, M. 1991 Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: **Institute of Future Studies**, 1991.

DE SALAZAR, Ligia. **Evaluación de intervenciones en Promoción de la Salud: Programa Academia de la Salud**, PAS. 2014.

DE SALAZAR, Ligia. **Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud Guía de Evaluación Rápida**. Santiago de Cali, Colômbia: CEDETES, 2004.

ENGSTROM, Elyne; FONSECA, Zilma; LEIMANN, Beatriz. **A experiência do território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

EPP, J. Achieving health for all: a framework for health promotion. in: **ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)**. **Promocion de la Salud: Una antologia**. Washington: Opas, 1996.

SCOREL Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

SCOREL, Sarah. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, Oct. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Maio de 2015.

SCOREL, Sarah.; MOREIRA, M. R. Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade. In: Participação, Democracia e saúde. Rio de Janeiro: **CEBES**, p. 228-247, 2009.

FERRAZ, Sônia Terra. **Cidades saudáveis**: uma urbanidade para 2000. Paralelo 15, 1999.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David. Which *empowerment*, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 68-76, jan. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 de maio de 2015.

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000500022&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 11 set. 2014. FERREIRA NETO?

FRAGA, Alex Branco; CARVALHO, Yara Maria de; GOMES, Ivan Marcelo. Políticas de formação em educação física e saúde coletiva. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 367-386, nov. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 de novembro de 2015.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**, v. 2, p. 125-34, 2003.

FREIRE, PAULO. (Org) FONSECA, V. Pedagogia do oprimido. **Rio de Janeiro: Paz e Terra, Freire**, 2002.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. **São Paulo**, v. 5, p. 61, 2002.

GODOY, Arlinda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 35, n. 2, abr. 1995. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jan. 2015.

GOMES, Mauro de Lima. **Política Nacional de Promoção da Saúde: Potência de transformação ou política secundária?** 88f. Tese (Mestrado – Programa de pós-Graduação em Políticas Públicas e formação Humana) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2009.

GOMES, R..**A análise de dados na pesquisa qualitativa.** in: MINAYO, M. C. S. (Org); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O . GOMES, R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 93 p

HALLAL, Pedro C. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: O caso de Curitiba, Paraná. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde.** Volume 14, Número 2, 2009.

HALLAL, Pedro C. Promoção da atividade física no Brasil: uma questão que vai além da saúde pública. **Cad. saúde pública,** v. 27, n. 4, p. 620-620, 2011.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saude soc.,** São Paulo , v. 6, n. 2, p. 31-46, Dec. 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de Março de 2015.

KICKBUSCH, Ilona. (2000) Health literacy: addressing the health and education divide, **Health Promotion International Health Promot. Int.** (2001) 16 (3):289-297.

LABONTÉ R.; Laverack Glenn. Health promotion in action: from local to global empowerment. **Palgrave Macmillan,** 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. Pesquisa. _____. **Fundamentos de metodologia social: teoria, método e criatividade,** v. 6, p. 21-22, 1996.

LALONDE, Marc.CANADA. MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL; **Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail.** 1974.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti; MADEIRA, Wilma. Hipertrofia das mediações, internet e empoderamento, no campo da saúde-doença. **Saúde soc.,** São Paulo, v. 16, n. 3, p. 149-157, dez. 2007. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 maio 2015.

LEMOS, Emmanuely et al. Monitoramento do Programa Academia das Cidades e da Saúde: a experiência de Pernambuco. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 20, n. 2, p. 203, 2015.

LOPES, Maria do Socorro Vieira, et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, nº. 3, p. 461-468, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Novembro de 2015.

LOPES, Rosane Carvalho. **Promoção da Saúde na perspectiva da Teoria Educacional Crítica: a relevância do empowerment, participação e dialogicidade**. 2008. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Educação.

MAGALHÃES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Evaluation of initiatives and intersectorial programs in health: challenges and learning. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 861-868, 2009.

MALTA, Débora Carvalho. et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiol. Serv. Saude**, v.18, n.1, p.79-86, 2009.

MALTA, Débora Carvalho. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Vol. 19, Nº 3. 2014b. Disponível em: <<http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/3427/3280>>. Acesso em: 03 de Jan. 2015.

MALTA, Débora Carvalho.. et al . A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 11, Nov. 2014a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104301&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de Jan. 2015.

MARMOT, Michael. *Social Determinants of Health Inequalities*, **TheLancet** 2005; 365.

MATSUDO, Sandra MM. Actividad física: pasaporte para la salud. **Revista Médica Clínica Las Condes**, v. 23, n. 3, p. 209-217, 2012.

MATSUDO, Victor et al. Políticas de intervenção: a experiência do agita São Paulo na utilização da gestão móvel do modelo ecológico na promoção da atividade física. **Rev. bras. ciênc. mov**, v. 13, n. 3, p. 99-108, 2005.

MATSUDO, Victor. et al. **Agita galera: dia da comunidade ativa**. 47 p. 2004. Disponível em: <http://www.portagalita.org.br/uploads/agita_galera/arquivos/manual-dia-da-comunidade-ativa.pdf>. Acesso em: 13 de jan de 2014.

MATTOS, Ruben Araújo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os Sentidos da Integralidade no cuidado e na atenção à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/Abrasco, 2001.

MENDES, Antônio da Cruz Gouveia. et al. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Cad. Saúde Pública**. 2012, vol.28, n.5, pp. 955-964. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014>> Acesso em: 18 de agos. de 2012a.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011a. 549 p

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 512 p. 2012b.2011

MINAYO, Cecília .S; ASSIS, S.G; SOUZA, E.R. (org). **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Redes e Programas. Saúde Mais Perto de Você. **Academia da Saúde: situação de obras**. 2016. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 12 de Fevereiro de 2016.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. O território na promoção e vigilância em saúde. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p. 177-224, 2007.

MOREIRA, Marcelo Rasga; ESCOREL, Sarah. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, June 2009. Disponível em:

<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Maio de 2015.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos. **A configuração do Programa Academia da Saúde como estratégia para promoção da saúde**. Dissertação (mestrado do Programa de Medicina Preventiva). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2015.

MOYSÉS, Simone Tetu; FRANCO DE SÁ, Ronice. Local health promotion plans: Intersetoralities created in the territory. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4323-4330, 2014.

Nutbeam Don (1998) Health promotion glossary. Health Promotion International: V 0113. no. 4. Oxford University Press. 1998.

OLIVEIRA Regina Lopes, SANTOS Marcia Elena Andrade. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do Enfermeiro. *Rev Enferm Integrada*. 2011;4(2):833-44.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como Fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 232 p.

Organização Mundial da Saúde (2010). Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde. 2010.

Organização Mundial da Saúde. **A Carta de Bangkok para Promoção da Saúde em um mundo globalizado**. 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2015.

Organização Mundial da Saúde. **Cartas da Promoção da Saúde**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>>. Acesso em: Novembro de 2014.

Organização Mundial da Saúde. *Rapport sur la santé dans le monde, 1998: La vie au 21^e. siècle, Une perspective pour tous*. Genève, OMS, 1998.

Organização Mundial da Saúde. **Sétima Conferência Mundial de promoção da Saúde: Nairobi**. 2009. Disponível em: <<file:///C:/Users/teste/Downloads/7GCHP-bulletin-n1-pt.pdf>>. Acesso em: 16 de junho de 2016.

Organização Mundial da Saúde. WHO. World Health Organization. **Preâmbulo à Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Nova Iorque, 1948.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genebra, 2009.

OPAS. Ministério da Saúde do Brasil. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PACAS. **Programa Academia Carioca da Saúde**. Como eu faço? Disponível em: < <http://academiacariocadasaude.blogspot.com.br/p/o-que-e-acas.html>>. Acesso em: 21 de abril de 2013.

PADILHA, Monique Alves; OLIVEIRA, Cátia Martins de; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde debate**, v. 39, n. 105, p. 375-386, 2015.

PAIM, J. A crise da saúde pública e a saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo et al. aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, nº 32, 1998.

PALÁCIOS, Ana Rosa Oliveira Polleto; NARDI, Antonio Carlos Figueiredo. **Academia da Terceira Idade**: Promoção da Saúde e Atividade Física em Maringá. 2007. Disponível em: < <http://www2.maringa.pr.gov.br/sistema/arquivos/6fa6b1e2fe1a.pdf>> Acesso em: 12 de mar. 2014.

PALMA, Alexandre; VILAÇA, Murilo Mariano. O sedentarismo da epidemiologia. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 2, 2010.

PELLEGRINI FILHO Alberto. Compromisso com a ação. **Radis**, n. 47, p.12-14, jul. 2006.

PELLEGRINI FILHO, Alberto.; BUSS, Paulo. M.; ESPERIDIÃO, M. A. Promoção da Saúde e seus fundamentos: determinantes sociais da saúde, ação intersetorial e políticas saudáveis. Saúde coletiva: teoria e prática. **Rio de Janeiro: Med Book**, p. 305-326, 2014.

PINHEIRO, Roseni. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro**, 2009.

POTVIN L, Haddad S, Frohlich KL. Beyond Process & Outcome Evaluation: a Comprehensive Approach for Evaluating Health Promotion Programmes. In: Rootman I, Goodstadt M,

Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J, Ziglio E, editors. Evaluation in Health Promotion: Principles and perspective. Copenhagen: **WHO Regional Publications**; 2001.

POTVIN, Louise. Promovendo Saúde e Equidade: um tema mais atual que nunca. 2015. Editorial. **22ª Conferência Mundial da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação** (IUHPE). Disponível em: <http://www.iuhpeconference2016.com/Editorial_por.pdf>. Acesso em: janeiro de 2016.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

RESTRETO, Helena E. Antecedentes históricos de la Promoción de la salud. In: **Promoción de la salud**: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. P.15-33.

REZENDE, Luciano. SOE-Vitória, ES: Sete anos de sucesso com uma ideia simples, eficaz e de baixo custo. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 3, n. 3, p. 84-86, Sept. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86921997000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2016.

RIO DE JANEIRO. **Resolução Conjunta SESQV/SMSDC nº 002/2009**. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 13 abr. 2009. Ano XXIII. Nº 19, pg. 5.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Dia Mundial da Atividade física**. 2009. Disponível em: <http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/web/templates/htm/v2/printerview.htm?infoid=1995&editionsectionid=41>> Acesso em: 12 de abr. 2013c.

ROCHA, Dais Gonçalves et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. saúde coletiva**. 2014, vol.19, n.11, pp. 4313-4322. ISSN 1413-8123.

SACARDO, Daniele Pompei; GONÇALVEZ, Crhistine Carvalheiro Maymone; ANDRADE, Elisabete Agrela. Território: potencialidades na construção de sujeitos. In: FERNANDES, Juan Carlos Aneiros; MENDES, Rosilda.ORG. **Promoção da Saúde e Gestão Local**. São Paulo: Hucitec, 2014.

SANTOS, Milton et al. O retorno do território. **Território: globalização e fragmentação**, v. 4, p. 15-20, 1994

SANTOS, Milton. A natureza do espaço. **São Paulo: Hucitec**, v. 1, 1996.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingos de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, São Leopoldo, ano. I, n. I, jul. 2009. Disponível em: <http://www.rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2015.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SIGERIST, H. E. The University at the crossroads. **New York**: Henry Schumann Publishers. 1946.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da Os sentidos & disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. 2012. 131 f. Orientador: Baptista, Tatiana Wargas de Faria Dissertação (Mestrado) – **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**, Rio de Janeiro, 2012.

SORANZ, Daniel. Et al. **ACADEMIA CARIOCA DA SAÚDE: UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA EFETIVO E SUSTENTÁVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**. Trabalho apresentado no *10º Congresso Internacional Rede Unida*. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru10/paper/view/1814>>. Acesso em: 19 de jan. 2013.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Unesco; Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES Maria de Fátima Lobato. et.al. Abordagem Avaliativa de uma experiência de promoção da saúde no Rio de Janeiro. In: **A Gestão do SUS no Âmbito Estadual: o caso do Rio de Janeiro**. Organizado por Maria Alicia D. Ugá [et.al.]. - Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. p. 333-350.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato. **Promoção da Saúde: marco conceitual e histórico**. Aula proferida na Disciplina Introdução à promoção da saúde. Pós-graduação em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: Mimeo. 2013

TEIXEIRA, Carmen. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção de saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, 2004.

TUSSET, Dalila. Avaliação da oferta de ações no Programa Academia da Saúde. 2014. **Monografia** (Aperfeiçoamento/Especialização em Especialização em Avaliação em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz.

UIPES. **8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/wp-content/uploads/2013/09/8ª-Conferência-Internacional-de-Promoção-da-Saúde.pdf>>. Acesso em: 24 jun2015.

UIPES. **Histórico das Conferências Internacionais**. Disponível em: <<http://www.iuhpe.org/index.php/en/iuhpe-world-conferences-on-health-promotion>>. Acesso em: 24 nov de 2015.

VENTURIM, Lara Marina de Vasconcelos Pinho; MOLINA, Maria Del Carmen Bisi. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no serviço de orientação ao exercício – Vitória/ES. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 10, n. 2, p. 4-16, 2012.

VIEIRA-da-SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; SCHRAIBER, L.B. O que é Saúde Coletiva. In: PAIM, J.S. e ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde Coletiva: Teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. (p. 3-11).

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria.; PAIM, Jairnilson Silva.; SCHRAIBER, Lília Blima. O que é Saúde Coletiva. **Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook**, p. 3-11, 2014.

VILASBÔAS, Ana Luisa. Q.; Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, v. 16, p. 63-67, 2007.

WALLERSTEIN, Nina. & BERNSTEIN, E., 1994. Introduction to Community Empowerment, Participation, Education, and Health. In: **Health Education Quarterly: Special Issue Community Empowerment, Participatory Education, and Health - Part I**. Vol 21, 2: 141. 1994

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p.635-667.

WESTPHAL, Márcia Faria. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jan. 2015.

WACHS, Felipe. **Educação Física e Saúde Coletiva: cenários, experiências e artefatos culturais** / Felipe Wachs, Ueberson Ribeiro Almeida, Fabiana F. de Freitas Brandão, organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. – 379 p.

WHO. World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: **European Working Group on Health Promotion Evaluation**, 1998. Acesso em: 7 de jan. de 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10286854>>.

WHO. World Health Organization. **Health Promotion Glossary**. WHO/HPR/98.1. WHO, Geneva. 1998.

WHO. World Health Organization. **9th Global Conference on Health Promotion**, Shanghai, 2016. WHO. Acesso em: 6 de abr. de 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>>.