Paulo Henrique dos Santos Mota

**A configuração do programa academia da saúde como
estratégia para a promoção à saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luiza D'Ávila
Viana

**São Paulo
2015**

Paulo Henrique dos Santos Mota

**A configuração do programa academia da saúde como
estratégia para a promoção à saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva
Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Luiza D'Ávila
Viana

**São Paulo
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Mota, Paulo Henrique dos Santos

A configuração do programa academia da saúde como estratégia para
promoção à saúde / Paulo Henrique dos Santos Mota. -- São Paulo, 2015.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Ana Luiza D'Ávila Viana

Descritores: 1.Política de saúde 2.Serviços de saúde 3.Federalismo
4.Promoção da saúde 5.Ação intersetorial 6.Sistema Único de Saúde 7.Brasil

USP/FM/DBD-218/15

“Simplicity is the essence of universality”

M. K. Gandhi

Agradecimentos

À Professora Ana Luiza D'Áviana, por aceitar ser além de minha orientadora nesta jornada que inicio pelo meio acadêmico, pela sua generosidade em disseminar sua experiência e sabedoria.

À Professora Aylene Bousquat pelas contribuições ao exame de qualificação e pelos trabalhos, conselhos e orientações que se iniciaram a partir daquele momento.

Aos Professores Guilherme de Mello e Marcia Fausto pelas contribuições oferecidas durante o exame de qualificação e após sua realização.

Aos Professores Ana Carolina Schmitt, Ana Claudia Germani e Alexandre Ferraro pelos conselhos e incentivos.

Ao amigo Luiz Fernando “Burns” Ferraz da Silva por me “mostrar” o Brasil, pelos seus conselhos e sua dedicação com o ensino e a extensão dentro da Faculdade de Medicina da USP e por permitir que eu de continuidade a uma parte de sua história.

Aos amigos e inspirações Ana Paula Chancharulo, Fabíola Iozzi Liza, Uchimura e Mariana Albuquerque.

A todos os gestores, coordenadores e profissionais que doaram seu tempo e possibilitaram a realização da pesquisa.

Aos docentes, alunos e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP em especial Ana Luiza Chieffi pelos momentos enriquecedores durante minha participação na representação discente e a Lilian Prado e Camila Miranda pelo apoio burocrático.

À Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo por me acolher durante a graduação e me dar a oportunidade de realizar esse mestrado

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão de bolsa de mestrado e apoio financeiro para realização da pesquisa.

À meus queridos pais e a meu irmãozinho. que sempre se esforçaram para que eu alcançasse meus sonhos, mesmo em momentos de dificuldades

Aos queridos amigos presentes ou distantes nessa jornada, mas que sempre trouxeram muitas alegrias: B., B., B., B., H. e C.

À Carol, minha querida companheira, por todo amor, amizade, companheirismo, sacrifícios e apoio incondicional que eu sempre siga em frente e atinja meus objetivos.

Esta dissertação ou tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus

Sumário

Lista de Abreviaturas	
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Resumo	
Abstract	
INTRODUÇÃO	1
O REFERENCIAL TEÓRICO PARA O CICLO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	14
CICLO DA POLÍTICA	23
Montagem da agenda.....	23
Formulação da política	24
Tomada de Decisão	25
Implantação da política.....	26
Avaliação da Política	27
OBJETIVOS E MÉTODOS DO ESTUDO	28
OBJETIVOS	28
ESTRATÉGIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	28
ANÁLISE DOS DADOS.....	34
ASPECTOS ÉTICOS.....	36
A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA E O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA E DA PROMOÇÃO À SAÚDE	37
MARCOS DA POLÍTICA DE SAÚDE	37
CONTEXTUALIZANDO A ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO À SAÚDE.....	46
PROMOÇÃO À SAÚDE E O PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE	58
O ESTUDO EMPÍRICO	76
CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS	76
RESULTADOS	82
DISCUSSÃO	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
ANEXOS	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132

Lista de Siglas

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Coordenador de Atenção Básica
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CPIC	Coordenador de Práticas Integrativas e Complementares
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DRS	Divisão Regional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PAC	Programa Academia da Cidade
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

PAS	Programa Academia da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
PS	Promoção à Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PVVPS	Piso Variável da Vigilância e Promoção em Saúde
SMC	Secretaria Municipal de Cultura
SME	Secretaria Municipal de Esporte
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SS	Secretário(a) Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de saúde
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

Lista de Quadros

Quadro 1: Ciclo da Política.....	20
Quadro 2: Referencial Metodológico e Instrumentos.....	29
Quadro 3: Dimensões de análise.....	35
Quadro 4: Principais eventos relacionados a instituição do Sistema Único de Saúde (1986 – 2011)	45
Quadro 5: Principais marcos históricos da Promoção da Saúde no cenário brasileiro do ano de 1991 -2010	67
Quadro 6: Número de Polos Programa Academia da Saúde nos municípios Estudados. 2014	88
Quadro 7: Incentivos financeiros repassados pelo Governo Federal para os municípios em função da implementação do Programa Academia da Saúde.....	94
Quadro 8: Atores sociais participantes dos grupos de gestão do PAS, São Paulo, 2014.....	104

Lista de Tabelas

Tabela 1: Percentual de pessoas com 30 anos ou mais que referem ter tido diagnóstico de DM ou HAS por médico ou profissional de saúde	8
Tabela 2: Porcentagem de indivíduos com Obesidade e Sobrepeso por Capital de Unidade da Federação no Brasil	11
Tabela 3: Condicionantes socioeconômicos	79
Tabela 4: Condicionantes de saúde	80
Tabela 5: Atividades desenvolvidas PAS município “A”,	101
Tabela 6: Atividades desenvolvidas PAS município “B”.	102

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Pirâmide Etária, Brasil.....	2
Gráfico 2: % indivíduos que realizam Atividade Física preconizada OMS ..	10
Gráfico 3: % indivíduos que são fisicamente inativos	10
Gráfico 4: Estágio de implantação polos Academia da Saúde	71
Gráfico 5: Número de Polos PAS por Estado da Federação	75
Gráfico 6: comparação pirâmide etária municípios selecionados, São Paulo e Brasil	81
Gráfico 7: Distribuição entrevistados em relação a idade. São Paulo, 2014	82
Gráfico 8: Distribuição dos entrevistados em relação a sua função. São Paulo, 2014	84
Gráfico 9: Tempo de execução função no PAS, município “A”. São Paulo, 2014	85
Gráfico 10: Motivo pelo qual mantém-se trabalhando no PAS. São Paulo, 2014	86
Gráfico 11: Situações na qual o PAS foi citado em reuniões CIB - SP	97
Gráfico 12: Compatibilidade da capacidade do polo com a sua capacidade de atendimento. São Paulo, 2014.....	98

Resumo

Mota PHS. *A configuração do programa academia da saúde como estratégia para a promoção à saúde* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2015.

A população brasileira caminha para mudança no perfil demográfico, acompanhada de processo de transição epidemiológica com crescente número de acometidos por doenças crônicas não transmissíveis. Entre as estratégias do Ministério da Saúde está o Programa Nacional de Promoção à Saúde com intuito de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde. Aliado a este, em 2011 é lançado o Programa Academia da Saúde. Os polos do programa são espaços dotados de equipamentos, estrutura e profissionais, com objetivo de promover à saúde e produzir o cuidado. Estudo buscou analisar o programa Academia da Saúde em dois municípios do estado de São Paulo em relação ao ciclo da política e identificar limites na inserção na rede de atenção à saúde. Para a análise referente ao ciclo da política, os dados foram extraídos por meio de revisão bibliográfica e análise documental. Já para o estudo de caso empírico, visando à identificação dos limites do programa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais. Foram entrevistados 05 gestores e 10 profissionais. A análise foi feita a partir das dimensões: contexto político e histórico, modelo de organização e modelo de gestão dos polos através de aproximações sucessivas. Foram criados banco de dados na plataforma Stata 12, realizando-se uma análise descritiva simples das informações processadas. A entrada na agenda nos municípios estudados vai ao encontro das políticas adotadas no âmbito do governo federal por meio dos métodos de indução utilizados pelo ministério da saúde. O processo de indução se acentuou pela pouca presença do governo de estado na tomada de decisão e implantação de programas federais. O envolvimento estadual ocorreu de forma formativa. Os projetos de implantação são inespecíficos, trazendo poucos dados sobre sua proposta de ação, integração com a rede de atenção à saúde, mais especificamente à Atenção Básica, e com a rede intersetorial de apoio à comunidade. A articulação com a rede de assistência ocorre de forma irregular e frágil. A falta de conhecimento dos objetivos do Programa por parte dos profissionais e gestores, o que atrapalhava as relações de trabalho. Apesar de pertencer a rede de atenção, o programa está contextualmente deslocado, uma vez que não existe integração entre esse serviço e outros. Os serviços são realizadas de forma isolada por cada profissional e por cada equipamento de saúde. Apesar de introduzido em um contexto de mudanças de relações entre os entes federativos configura-se como uma ação que ainda é implantada por meio de forte indução federal ao município e através de incentivos e recursos financeiros para subsidiar uma agenda federal.

Descritores: política de saúde; serviços de saúde; federalismo; promoção da saúde; ação intersetorial; Sistema Único de Saúde; Brasil

Abstract

Mota PHS. *The configuration of the health academy program as a strategy for health promotion* [Dissertation]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2015

The Brazilian population is heading towards change in demographic profile, accompanied by epidemiological transition with increasing number of affected by chronic diseases. One of the Ministry of Health's strategies is the National Program Promoting Health with a view to promoting quality of life and reduce vulnerability and risk to health. Allied to this, in 2011 the Ministry of Health launched the Health Academy Program. The program centers are spaces with equipment, structure and professionals, in order to promote health and care delivery. This study investigates the Health Academy program in two cities in the state of São Paulo in relation to the political cycle and identify limits on inclusion in the network of health care. For the analysis regarding the policy cycle, the data were extracted through literature review and document analysis. As for the empirical case study, aimed at identifying the program limits, semi-structured interviews with managers and professionals were held. We interviewed 05 managers and 10 professionals. The analysis was made from the dimensions: political and historical context, organizational model and management model of the poles through successive approximations. A simple descriptive analysis of the information processed were created database in Stata 12 platform is performing. The agenda entry in the cities studied meets the policies adopted within the federal government through the induction methods used by the health ministry. The induction process was accentuated by the poor state of government presence in decision making and implementation of federal programs. The state involvement occurred formative way. The implementation of projects are nonspecific, bringing little data on its proposed action, integration with the network of health care, specifically the Primary, and the intersectoral network of community support. The articulation with the assistance of network occurs irregularly and fragile. Lack of knowledge of the aims for professionals and managers, which hindered labor relations. Although attention belong to the network, the program is shifted contextually, since there is no integration between the service and others. Services are held in isolation for each professional and each health unit. Although introduced in a context of changing relations between the federal entities is configured as an action that is still implemented through strong federal induction to the municipality and through incentives and financial resources to support a federal agenda.

Descriptors: health policy; health services; federalism; health promotion; intersectoral action; Unified Health System; Brazil.

Introdução

A população brasileira vem caminhando para uma mudança no perfil demográfico. As taxas populacionais continuam crescendo, com acentuada elevação no número de pessoas idosas, devido ao aumento da expectativa de vida. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2012), tais taxas evoluíram de 67,7 anos, em 1990, para 74,1 anos em 2011 enquanto a fecundidade das mulheres brasileiras passou de 2,81, em 1990, para 1,82 em 2011 (WORLD BANK, 2014). Desse modo, ocorrerá uma progressiva diminuição do número de crianças e de jovens em relação ao número de adultos e de idosos, provocando uma mudança importante na pirâmide etária do Brasil (Figura 1).

Projeções da Organização Mundial da Saúde (OMS), publicadas em 2013 para o ano de 2025 incluem o Brasil entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos ou mais. A proporção de idosos no país era de 6,3% em 1980, e é projetada uma proporção de 14% em 2015.

Brito (2008) aponta que o percentual de pessoas maiores de 65 anos estava na faixa dos 2,7% em 1960; elevou-se para 5,4% em 2000 e chegará ao ano de 2050 por volta dos 19%, superando a proporção de jovens.

A mudança no padrão demográfico por meio do envelhecimento populacional é acompanhada de um processo de transição epidemiológica e de importante crescimento na demanda por serviços sociais e de saúde, além de inovações tecnológicas (Garcia et al., 2012). Os agravos crônicos

não transmissíveis que atingem essa faixa etária implicam tratamentos de saúde de duração mais longa. As internações hospitalares são mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior, quando comparado a outras faixas etárias. A recuperação de um paciente idoso é lenta e complexa, podendo exigir intervenções de maior custo, acompanhamento e medicação constantes, e realização periódica de exames (Mendes, 2010; Schramm et al. 2004).

A saúde da população brasileira se encontra em novo estágio de desenvolvimento, no qual não mais as doenças infectocontagiosas dão o tom para a atenção à saúde (Rychetnik et al., 2004). Além disso, não podem ser excluídos fatores ambientais e socioculturais. Não é possível, portanto, separar o padrão e as causas da longevidade e do declínio da fecundidade dos fatores históricos, socioeconômicos, demográficos e ambientais (Prata, 1992).

Gráfico 1: Pirâmide Etária Brasil.

FONTE: IBGE 1990 - 2010

Transição epidemiológica é o processo pelo qual ocorre o declínio do

coeficiente de mortalidade geral, a redução da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida da população e a modificação do seu perfil epidemiológico. Caracteriza-se pela evolução do perfil de altas taxas de mortalidade por doenças infecciosas para outro em que predominam óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças crônicas não transmissíveis (Omran 2005).

Schramm et al. (2004) entendem a transição epidemiológica como mudanças ocorridas nos padrões de mortalidade, morbidade e invalidez que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas. É um processo caracterizado pela mudança no predomínio de doenças transmissíveis por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); transformação do predomínio da mortalidade para um padrão em que predominam as morbidades; e, por fim, o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos populacionais mais jovens para os grupos de mais idade.

Para os sistemas de saúde, em uma visão organizacional, é importante que já não exista uma diferenciação entre doenças transmissíveis e doenças e agravos não transmissíveis. O mais importante nessa organização é a divisão entre condições agudas e crônicas, sendo as primeiras de “curso curto e que podem ser respondidas por um sistema reativo e com respostas episódicas” e a segunda de “curso mais ou menos longo e que exige um sistema que responda a elas de forma proativa, continua e integrada” (Mendes, 2010, p.2298). Dessa forma, Von Korff et al. (1997) aponta que condições crônicas de saúde são representadas por

doenças crônicas, doenças transmissíveis de cuidado contínuo, cuidados materno-infantis, deficiências físicas e distúrbios mentais.

Segundo Lopez et al. (2006), são dezenove os principais fatores de risco: 1) hipertensão arterial sistêmica; 2) uso de tabaco; 3) taxas elevadas de colesterol; 4) alimentação não saudável; 5) obesidade ou excesso de peso; 6) inatividade física, 7) uso nocivo de álcool, 8) sexo não seguro, 9) crianças com peso abaixo do preconizado para sua idade; 10) poluição; 11) falta de saneamento básico adequado; 12) crianças abaixo do peso; 13) deficiência de Zinco; 14) deficiência de vitamina A; 15) anemia; 16) uso de drogas ilícitas; 17) Abuso sexual em crianças; 18) gravidez indesejada e 19) poluição de ambientes internos devido a combustíveis fósseis. Desses fatores de risco, o presente estudo analisará somente os seis primeiros.

São classificadas como DCNT, segundo OMS (2008) as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, asma e neoplasia, incluindo-se também condições crônicas que levem ao sofrimento individual, familiar ou social, como desordens mentais, neurológicas, osteomusculares, genéticas, oculares e auditivas. Estas são atualmente consideradas alguns dos maiores problemas relativos à saúde pública, sendo responsáveis por aproximadamente 63% das mortes no mundo.

O Ministério da Saúde (MS) define as DCNT como doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida, e de longa duração. Estão associadas a determinantes sociais e condicionantes, além de fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável (Brasil, 2011).

Segundo descrito em *Saúde no Brasil em 2030* (Fundação Oswaldo Cruz, 2012), a diminuição dos óbitos decorrentes de doenças transmissíveis no Brasil no último século foi da ordem de 45,7%, no ano de 1930, para apenas 5,2% em 2005. Silva et al. (2006) aponta que, em 1930, as mortes por doenças cardiovasculares representavam 12% do total de óbitos. Em 2000, essa proporção chegou a 30%. Tais fatos ocorreram devido à diminuição dos óbitos por acometimentos que podem ser prevenidos por meio de políticas de vacinação, como infecções respiratórias em crianças e doenças diarreicas.

Estudo de Schmidt et al. (2011), relata que, no ano de 2007, a porcentagem de indivíduos levados a óbito devido a doenças infecciosas chegou a somente 5%, sendo que 72% dos óbitos foram decorrentes de DCNT.

Já Schramm et al. (2004) apontam que as DCNT responderam por 66,3% dos óbitos no Brasil; doenças infecciosas representaram 23,5%, e as causas externas foram responsáveis por 10,2%.

Em relação à morbidade hospitalar, Mendes (2009) levanta que, no ano de 2005, dentre as quinze primeiras causas de internações hospitalares pelo SUS nove delas ocorreram devido a condições crônicas de saúde.

A mudança epidemiológica no Brasil é visível pela diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, pelo crescimento das neoplasias e das causas externas de morte, e pela permanência das doenças do aparelho circulatório como principal causa de morte. Ainda assim, existe tendência à diminuição do risco de morte por doença isquêmica do coração e cerebrovascular, e da mortalidade por câncer de pulmão (Brasil, 2012a).

No Brasil, assim como em outros países, as DCNT também se constituem como problema de saúde pública. Elas atingem indivíduos de todas as camadas sociais e econômicas, sendo esse acometimento maior em grupos em situação de risco, como idosos e pessoas de baixa renda e escolaridade. Esses grupos populacionais são responsáveis por 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%) . Desse modo, constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo em maior proporção camadas pobres da população (Brasil, 2011).

Dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar de 2008 apontam a presença de ao menos uma das doenças selecionadas, sendo essas autorrelatadas em 79,1% dos idosos brasileiros maiores de 65 anos IBGE (2010).

Ao se verificar dados presentes no Datasus (2013), nota-se tendência no Brasil de crescimento de pessoas com idade maior de 30 anos, as quais referem diagnóstico de Diabetes mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), sendo o estado de São Paulo aquele que apresenta maior número de indivíduos portando DM (4,7%) e o quarto maior em casos de HAS (15,2%), para o ano de 2008. Já as unidades da Federação que apresentam os menores níveis de DM e HAS respectivamente são Roraima (1,8%) e Pará (8,3%) (Tabela 1).

Mundialmente, a carga de doença relacionada às DCNT tem se elevado, sendo sua prevenção um dos grandes desafios da saúde pública. Inatividade física em associação com dietas não saudáveis elevam a

prevalência das doenças não-transmissíveis, incluindo as doenças cardiovasculares e Diabetes mellitus tipo 2. Estilo e hábitos de vida diária são fatores relevantes para o entendimento do aumento da prevalência das DCNT, sendo o tipo de alimentação e o sedentarismo fatores importantes associados a essas morbidades. O controle da obesidade, a prática da atividade física e não fumar são comumente associados à melhora da qualidade de vida e controle de agravos (WHO, 2003).

No Brasil, as políticas anti-tabagismo desenvolvidas desde o início dos anos 1990 alcançaram índices de diminuição da ordem dos 50% até os dias atuais. Somente entre os anos de 2006 e 2010, o percentual de pessoas que fumam passou de 16,2% para 15,1%.

Em relação às práticas físicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preconiza que indivíduos adultos devem realizar a prática de atividade física aeróbia de moderada intensidade por um tempo médio semanal de 150 minutos ou 75 minutos/semana de atividade de alta intensidade, resultando na manutenção e melhora do sistema cardiorrespiratório e diminuindo a incidência de doenças, como a coronariana, o acidente vascular encefálico, hipertensão, diabetes, síndrome metabólica, câncer de colón e de mama, e depressão (WHO, 2011).

Tabela 1: Percentual de pessoas com 30 anos ou mais que referem ter tido diagnóstico de DM ou HAS por médico ou profissional de saúde

UF	DM (%)			HAS (%)		
	1998	2003	2008	1998	2003	2008
Acre	1.5	2.0	2.1	11.9	9.9	10.1
Alagoas	1.3	2.1	2.9	8.6	9.6	11.4
Amapá	1.5	2.2	3.0	6.6	7.3	8.4
Amazonas	1.4	1.3	2.4	7.8	6.7	8.9
Bahia	1.3	1.8	2.5	9.8	10.9	12.5
Ceará	1.3	1.9	2.8	8.6	9.1	11.3
Distrito Federal	1.7	2.0	3.4	9.7	10.5	11.7
Espírito Santo	2.3	3.0	3.6	10.9	12.8	15.5
Goiás	1.5	2.5	3.1	10.7	12.3	13.0
Maranhão	0.9	1.5	2.3	7.9	8.1	9.0
Mato Grosso	1.1	2.0	3.4	8.7	9.6	12.4
Mato Grosso do Sul	1.3	2.8	3.5	10.3	13.4	14.9
Minas Gerais	2.0	2.7	3.7	11.5	14.0	16.2
Pará	1.7	1.9	2.2	8.0	7.8	8.3
Paraíba	1.7	2.2	2.8	10.6	11.3	13.5
Paraná	1.9	2.9	4.0	10.6	12.4	14.5
Pernambuco	1.9	2.2	3.2	11.3	12.4	14.2
Piauí	1.0	1.6	2.1	10.4	10.4	12.0
Rio de Janeiro	2.6	3.3	4.4	13.1	15.7	17.7
Rio Grande do Norte	1.5	2.1	3.1	8.3	10.3	12.2
Rio Grande do Sul	2.3	3.2	3.9	11.8	14.0	16.1
Rondônia	1.1	1.9	2.9	7.7	9.8	10.0
Roraima	0.8	1.2	1.8	5.4	6.7	8.3
Santa Catarina	2.3	3.1	3.7	10.3	11.8	14.8
São Paulo	2.6	3.2	4.7	10.9	12.7	15.2
Sergipe	1.8	2.3	3.3	7.5	11.0	12.3
Tocantins	0.7	1.7	2.6	8.6	9.1	10.7
BRASIL	2.0	2.6	3.6	10.6	12.1	14.0

FONTE: Datasus, 1998-2008.

Dados do Vigitel (Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) oferecem um panorama dos fatores de risco para as DCNT nas capitais brasileiras (Brasil, 2012). Os achados do Vigitel para o ano 2010 demonstram que a prevalência de atividade física, em atividades de lazer ou deslocamento, nos padrões preconizados pela OMS é de 30,8%, sendo Macapá, AP, a capital com maior porcentagem de indivíduos realizando atividade física (36,4%) e Boa Vista, RR, com o menor (26,7%) (Gráfico 1). Dos entrevistados por esse estudo, 14,2% apontam que são completamente inativos, sendo a maior taxa em Rio Branco, AC (22,1%), e a menor em Manaus, AM (10,7%) (Gráfico 2).

Moura et al. (2008) apontam que a prevalência de sedentarismo é estimada em 29,2%, com predomínio em sujeitos do sexo masculino, nas capitais brasileiras. Entre a população residente na Região Nordeste, a proporção de sedentarismo tem sido estimada em 39,0% entre adultos e em 67,5% entre idosos (Siqueira et al., 2008).

Em relação à porcentagem de indivíduos em situação de excesso de peso, esta cresceu no Brasil, do ano de 2006 para o ano de 2010, de 42,7% para 48,1%. Somente Palmas, TO, e São Luis, MA, apresentaram diminuição nas taxas percentuais de sobrepeso na população (11,4% e 3,2% respectivamente). Em Fortaleza, CE, ocorreu a maior alta percentual, na casa dos 13,9% (Tabela 2). A porcentagem de pessoas obesas cresceu de 11,4% para 15% no Brasil, sendo o Distrito Federal, DF, Goiânia, GO, e Palmas, TO, os únicos municípios onde houve diminuição na taxa de obesidade. O maior aumento percentual (7,9%) ocorreu em Natal, RN (Tabela 2).

Gráfico 2: % indivíduos que realizam Atividade Física preconizada pela OMS

FONTE: Vigitel, 2010.

Gráfico 3: % indivíduos que são fisicamente inativos

Fonte Vigitel, 2010.

Tabela 2: Porcentagem de indivíduos com Obesidade e Sobrepeso por Capital de Unidade da Federação no Brasil

	Obesidade		Sobrepeso	
	2006	2010	2006	2010
Aracaju	13,7	14,6	40,3	47,2
Belém	13	14,6	39,5	46,2
Belo Horizonte	8,8	13	37,3	44,7
Boa Vista	12,4	15,7	42,7	45,8
Campo Grande	11,5	16,6	43	51,2
Cuiabá	13,6	18,7	45	50,4
Curitiba	12,3	17,7	43,6	48,9
Distrito Federal	9,8	9,5	40,5	44,7
Florianópolis	11,9	14,4	42	46,3
Fortaleza	9,2	18,2	38,4	52,3
Goiânia	14,3	11,9	42,6	44,5
João Pessoa	13,2	16,4	41,5	49,6
Macapá	13	16	40,1	48,7
Maceió	13,6	13,3	43,9	46
Manaus	13,2	17,7	42,9	49,6
Natal	8,8	16,7	36,4	48,9
Palmas	12,6	12,2	48	36,6
Porto Alegre	12,7	15,4	41,8	50,8
Porto Velho	12	17,4	43,5	51,8
Recife	11,6	17,5	44,4	49,8
Rio Branco	12,5	17,4	48,3	55,2
Rio de Janeiro	9,9	16,4	39,4	52,7
Salvador	8,7	11,1	33,8	40,3
São Luís	10,9	11,7	44	40,8
São Paulo	10,4	15	35,6	48,5
Teresina	10,6	13,7	38,8	43,2
Vitória	10,1	15,4	40,1	45,6
Brasil	11,4	15	42,7	48,1

FONTE: Vigitel 2006 – 2010.

Para Abegunde et al. (2007), em trabalho referente a países de baixa e média renda, o aumento das DCNT pode causar efeitos negativos na economia do país, relacionados à diminuição da mão de obra qualificada (óbito ou afastamento do trabalho) e ao aumento dos gastos públicos/privados decorrentes da prevenção e do tratamento dessas doenças. O mesmo autor estima perda do Produto Interno Bruto (PIB) decorrente do tratamento e/ou afastamento dos indivíduos do trabalho devido às DCNT. Nesse cenário, o Brasil terá um aumento de 150% das receitas perdidas do PIB entre os anos de 2006 e 2015 enquanto China, Índia e Rússia terão 182%, 145% e 110% respectivamente.

Associadas ao aumento das DCNT, as desigualdades sociais acabam por interferir na qualidade de vida dos brasileiros, na saúde dos indivíduos e em condicionantes econômicos, principalmente para aqueles de menor poder aquisitivo, uma vez que, de maneira geral, não podem custear práticas corporais e alimentos de boa qualidade para si e seus familiares, além de viverem em ambientes de maior vulnerabilidade social, possibilitando o acometimento de doenças crônicas e uma piora na qualidade de vida.

Dessa forma, o presente estudo se propôs a investigar uma política focada sobretudo no desenvolvimento de práticas de atividade física e melhoras no padrão nutricional, o Programa Academia da Saúde (PAS). Para tal utilizou o referencial teórico do Ciclo de Política Pública exibido e discutido no Capítulo 1. No Capítulo 2, serão apresentadas as estratégias metodológicas do estudo. Em seguida, serão discutidas as origens do Programa e suas relações com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). Por fim, o

estudo empírico será apresentado, assim como resultados encontrados, discussão e considerações finais.

O Referencial Teórico para o Ciclo das Políticas Públicas

As políticas públicas ocupam destaque na vida cotidiana dos indivíduos, sendo fatores preponderantes para o bem-estar coletivo e individual, uma vez que cabe aos governos democráticos satisfazer as necessidades de saúde atuais e futuras de sua população (Howlett et al., 2013). Elas nascem como área do conhecimento e estudo nos Estados Unidos durante a década de 1930, sendo creditadas essas ideias a Harold D. Laswell. Para este, as políticas públicas visam a responder as seguintes questões: quem recebe e o quê? Por que recebe e o que esse recebimento irá acarretar de diferença na sua situação atual? (Souza, 2006) O estudioso cria uma ciência aplicada no intuito de ser o mediador entre acadêmicos e estudiosos, governantes produtores de políticas e o cidadão comum. Essa é uma ação mediadora por trazer ao debate soluções objetivas para problemas geralmente minimizados, como a improdutiva discussão política para a resolução de problemas diários. Sua visão é focada em uma rigorosa aplicação científica de questões e problemas que afetam os governos e sua governança (deLeon, 2008).

A ascensão do tema das políticas públicas ocorre em um cenário de reestruturação econômica e social, transição demográfica, urbanização, expansão dos sistemas educacionais e transformação tecnológica associada aos meios de produção e comunicação de massa, principalmente nos países europeus. A mudança de expectativa leva os atores sociais a se tornarem

progressivamente mais conscientes de suas necessidades, levando-os a agir politicamente, reivindicando direitos sociais (Di Giovanni, 1998).

Para Titmuss (1974), as políticas públicas são ações de um determinado governo direcionadas a um fim, por meio de processos que implicam mudanças de uma determinada situação, um sistema, prática ou comportamento. O autor refere ainda que esse conceito somente tem valor prático se a sociedade, grupo ou organização à qual for implementada acreditar no seu efeito potencial de mudança.

São atribuições definidas politicamente de direitos e deveres legais do cidadão, com o objetivo de compensar necessidades e riscos para o cidadão que não consegue ter acesso a bens por meio de recursos próprios. Elas podem prover, pela intervenção de atores públicos ou privados, a tutela e o sustento de sujeitos em maior vulnerabilidade (Offe, 1984).

Bobbio et al. (1998) define as políticas públicas como disposições, medidas e ações que carregam a orientação política do Estado, regulando as atividades governamentais relacionadas ao interesse público por meio da atuação e influência sobre realidades econômicas, sociais e ambientais. São intervenções planejadas pelo poder público com a finalidade de resolver situações socialmente relevantes. Pressupõem a existência legitimada de capacidade do Estado do ponto de vista técnico e político.

Dependem da estrutura de poder, da apresentação de respostas adequadas a demandas sociais e governamentais, e formulação da agenda de ação política, e devem ser baseadas em conhecimento técnico da realidade social (Di Giovanni, 1998).

A política pública visa a incrementar a capacidade do Estado e do sistema político de modo a promover o desenvolvimento futuro da sociedade em que a política é implantada (Viana; Baptista, 2008).

Fato é, não existe uma única definição para o termo. Diversos autores tratam de buscar entender esse conceito. É um fenômeno complexo que consiste em diversas decisões tomadas por uma diversidade de indivíduos em um mesmo governo político, havendo influência externa de outros setores e atores que trabalham internamente ou externamente ao Estado (Howlett et al., 2013). Como indicado anteriormente, todas as definições apresentadas pressupõem a existência legitimada da capacidade do Estado, dos pontos de vistas técnicos e políticos. Ele deve apresentar uma resposta adequada às demandas sociais por meio da formulação de uma agenda e de gestão organizacional.

A construção de políticas públicas deve ir ao encontro dos anseios populares, tendo uma visão totalizante de suas necessidades, e conhecendo as diferentes realidades setoriais. Essa construção pode possibilitar a avaliação de rumos e diretrizes, e sua interação com a realidade (Howlett et al., 2013). Visa a entender as ações e realidades de uma sociedade para poder mudá-la, direcionar um caminho possível para a mudança ou, ainda, manter o *status quo* presente.

As necessidades sociais não são estanques a uma disciplina do conhecimento, mas apresentam relações multidisciplinares. Devem ser tratadas a partir da perspectiva do problema, buscando recomendações para sua efetiva melhora, sendo orientadas por valores, uma vez que nenhuma ação ou problemática (problemas sociais) está isenta de valores e

significados (DeLeon, 2008). Devem ser pautadas por uma fórmula de comunicação simples, visando ao entendimento geral da condição implantada na política pública (Etzoni, 2012)

Segundo Goodin et al. (2012), a política pública deve existir uma vez que existe uma falha no mercado. O Estado passa a intervir, fundamentado em conhecimento técnico da realidade social, podendo determinar as relações comunitárias, uma vez que o mercado, sendo imperfeito, não pode determinar tais relações por si. O Estado passa a criar mecanismos, políticas, que têm por objetivo diminuir as diferenças sociais criadas a partir do mercado de livre funcionamento, principalmente pelas diferenças salariais, renda e consumo. Assume o financiamento e o provimento de bens e serviços que um grande número de cidadãos não poderia obter por via da renda obtida pelo fruto do seu trabalho (Viana; Machado, 2008).

O estudo da política pública é um instrumento norteador para o entendimento de uma aspiração em que o ato de governar é uma afirmação de vontades, por meio da tentativa de controle sobre uma determinada situação. O agente político deve persuadir os indivíduos de forma que a sociedade siga seus atos normativos, incorpore tais atos à sua prática no ambiente comunitário, questionando a relevância de determinada política em um contexto socioeconômico, contribuindo para sua efetivação, utilizando valores e buscando entender o que deveria ser realizado e não como realizar (Goodin et al., 2012).

Para poder compreender e abarcar os diferentes contextos, vistos sob diversidade de perspectivas e por diversas pessoas, o processo político tende a se tornar um espaço de deliberação social, dando poder a diferentes

arenas de negociação no caminho para a implantação de propostas (Goodin et al., 2012).

No campo da análise das políticas públicas, está presente a utilização de métodos que venham a oferecer subsídio à academia e ao governo na busca de reconhecimento dos problemas e da proposição de meios para sua resolução, por meio do desenvolvimento de ações orientadas por teorias com base científica, visando ao controle de ações e intervenções políticas (Parsons, 1996).

Um modelo de entendimento para políticas públicas é o do ciclo da política. Este visa à representação de um complexo processo, envolvendo diversas etapas que passam pela entrada na agenda, formulação da política, tomada de decisão, implantação da política e avaliação (Howlett et al., 2013). Tem como objetivos centrais questionar a ação pública, seus determinantes, finalidades, processos e consequências.

Para Viana e Baptista (2014), a análise irá levar à descrição das regras institucionais e sua influência na tomada de decisão; identificar os participantes do debate político, e avaliar os possíveis efeitos das coalizões sobre as decisões.

O ciclo da política é uma representação analítica simplificada, pensado na forma de um processo, utilizando de um conjunto de estágios inter-relacionados, por meio dos quais os temas políticos são tratados de forma relativamente sequencial, desde a identificação de um problema até a efetivação da política propriamente (Howlett et al., 2013).

Um modelo inicial de simplificação foi proposto primeiramente por Harold D. Laswell em 1956 (Farr et al., 2006), o qual visualiza o processo de

construção de política pública como uma ação pragmática, tendo os esforços voltados para melhorar a condição humana por meio do aproveitamento da razão no processo de governo. Laswell dividiu o processo em sete estágios, não descrevendo somente o processo de criação da política, mas também como deveria ser construída: (1) informação; (2) promoção; (3) prescrição; (4) invocação; (5) aplicação; (6) término e (7) avaliação. Essa forma de entendimento começa pela reunião de informações, e sua discussão sobre o assunto a possivelmente gerar uma política. Avança para uma fase de promoção das possibilidades de ações e a prescrição de um determinado curso de ação. No estágio de número quatro as ações prescritas são invocadas em conjunto com um grupo de penalizações a ser adotadas àqueles que não cumprirem o estabelecido. Por fim, a política é aplicada e é realizado um processo de avaliação.

Howlett et al. (2013) criticam esse processo criado por Laswell, por entender que existe foco somente nas decisões tomadas pelo domínio interno do governo, tendo pouco ou nada a dizer sobre as influências externas ao Estado, supondo que o processo de criação da política se restringe a um número limitado de pessoas que ocupam posições formais na estrutura do governo. Uma segunda crítica diz respeito a situar a apreciação da política após o seu término.

Brewer (1974) apresenta uma versão aperfeiçoada do processo político ao extrapolar as barreiras do governo para a exploração do processo de reconhecimento dos problemas que poderiam se tornar políticas. Traz ainda para discussão a ideia de que uma política não é limitada a um

período, com início e fim, mas se trata de um ciclo recorrente em constante transformação.

Esses modelos utilizam como pontos de partida a identificação das agências públicas “fazedoras da política”, os atores envolvidos no processo de fazer políticas, as inter-relações e os poderes entre agências e atores, além de variáveis externas que podem vir a influenciar esse processo (Viana, 2007).

O presente trabalho utiliza o modelo de política pública oriundo do esquema de ciclo da política proposto por Howlett et al. (2013) Tal ciclo subdivide o processo político em cinco fases: (1) Montagem da agenda; (2) Formulação da política; (3) Tomada de decisão; (4) Implantação da política e (5) Avaliação da política (Quadro 1).

Quadro 1: Ciclo da Política (Howlett, 2013)

Trata-se de um modelo de utilidade recorrente, ao separar as distintas tarefas no processo do *policymaking*¹, e ao desempenhar uma ação central no esclarecimento dos distintos papéis dos atores políticos, instituições e ideias trazidas por uma determinada escolha política. Prevalece a ideia de que uma determinada política tem início com o entendimento de um problema; é formulada, proposta e decidida antes de ser implantada e, conseqüentemente, avaliada. Abre-se caminho para um novo processo de reconhecimento do problema e nova formulação de proposta política (Baptista et al., 2011).

O modelo do ciclo da política apresenta como principais vantagens a facilidade para o entendimento de um processo complexo por meio de seu desdobramento em estágios de menor dimensão, possibilitando a investigação isolada entre cada um desses ou a “relação com cada um ou com todos os demais estágios do ciclo” (Howlett et al., 2013, p16). Isso facilita a construção da síntese dos resultados encontrados.

Outro ponto de vantagem desse modelo é a possibilidade de sua utilização em diferentes esferas de poder político, desde níveis locais até aspectos internacionais (Howlett et al., 2013). Permite realizar uma comparação entre diferentes políticas em um mesmo estágio, e, desse modo, discutir o papel de todos os atores, ideias e instituições envolvidos (Viana; Baptista, 2014).

Baptista et al. (2011) aponta que a principal contribuição do ciclo da

¹O termo *policymaking*, segundo tradução adotada no livro *Políticas Públicas: seus Ciclos e Subsistemas*, em sua terceira edição organizada por Howlett et al. (2013) apresenta como significado a construção, criação, geração, desenvolvimento ou produção de uma determinada política pública em um contexto específico.

política é a percepção da existência de diferentes momentos no processo de construção de dada política. Leva em conta a necessidade de reconhecer as especificidades de cada um desses momentos. A autora apresenta como desvantagem do modelo sua possibilidade de interpretação, sugerindo que os *policymakers* e os pesquisadores passem a discutir e resolver as necessidades públicas de forma sistemática, linear e sequencial no tempo. Não oferecem noção alguma sobre o “quê” e “quem” direciona a política de um estágio ao outro, dando a entender que o desenvolvimento deve ser realizado por todos os níveis apresentados Howard (2005). Existe a possibilidade, por parte do analista, de tratar a política de forma estanque, dando impressão de que, durante o ciclo da política, essa se comporta de maneira previsível. Apresenta-se como um estudo político neutro, com possibilidade total de abstração das disputas e intenções daqueles que estão a realizar a análise (Baptista et al., 2011). Por fim, não apresenta o conteúdo em si da política analisada, dificultando a discussão das implicações políticas na afirmação do modelo (Everett, 2003).

A implantação de um determinado processo no ciclo da política não significa obrigatoriamente que esse alcançará sucesso em todos os processos. Um determinado aspecto pode ter espaço de destaque na agenda governamental, mas, no momento de sua implantação, pode não conseguir chegar aos resultados almejados (Kingdon, 2006).

Ciclo da Política

Montagem da agenda

Refere-se aos meios pelos quais um problema é reconhecido como de interesse público.

A agenda [...] é a lista das questões ou problemas que recebem alguma séria atenção, em algum dado momento, por parte dos funcionários do governo, e das pessoas de fora do governo [...] Do conjunto de todas as questões ou problemas concebíveis, aos quais os funcionários poderiam estar voltando sua atenção, na realidade prestam séria atenção apenas a alguns e não a outros. Assim, o processo de montagem da agenda limita esse conjunto de questões concebíveis ao conjunto que de fato de torna foco de atenção (Kingdon, 2006, p222)

O problema não existe como uma unidade isolada, mas representa demandas políticas e sociais. Nesse modelo, a entrada na agenda se torna prioritária quando mobiliza grupos de interesse, constitui-se em ação voltada para determinada crise ou quando representa uma oportunidade. Nesse momento, qualquer ator social pode ser participante ativo (Howlett et al., 2013). O problema se torna, portanto, o ponto de partida para qualquer política pública.

Podem ser considerados problemas ações tomadas pelo conhecimento de indicadores, eventos-foco e *feedback*. Os indicadores são utilizados para verificar a magnitude de uma determinada situação, em um

determinado período histórico (por exemplo, aumento do número de indivíduos portadores de DCNT). Os eventos-foco são ações pontuais ocasionadas por um desastre, crise etc. Apresentam eventos normalmente passageiros. Por fim, os *feedbacks* ocorrem em programas pré-existentes por meio de ações de avaliação, monitoramento, reclamações, entre outros (Kingdon, 2006).

Um problema somente entrará na agenda caso haja uma janela de oportunidade, ou seja, por uma mudança no fluxo político ou porque algum problema captou a atenção dos formuladores de política. Essa janela de oportunidade é criada a partir da conformação de fluxos de problemas, de soluções e de fluxo político (Baptista et al., 2011; Howlett et al., 2013).

Dessa forma, a delimitação de uma agenda político-governamental é baseada em um conjunto de problemas sociais, sendo objeto de decisão política a ser enfrentado de forma prioritária pelas autoridades do governo.

As decisões tomadas nesse primeiro processo serão fundamentais para o impacto decisivo da política nos estágios futuros. A maneira como os problemas podem ser compreendidos abrirá precedente ou não para a criação de políticas específicas (Howlett et al., 2013).

Formulação da política

A política é então formulada no plano governamental, procurando-se soluções para o problema em questão. Ela não é restrita a um grupo de atores, podendo proceder sem uma definição clara e coesa do problema,

podendo os formuladores ter ou não contato direto com o problema. Trata-se de um momento em que deve existir um diálogo entre as intenções e a busca de ações, visando a facilitar a comunicação entre os atores políticos (Baptista et al., 2011; Howlett et al., 2013). Consiste na busca de soluções e ações no espaço governamental, sendo este o momento em que são constituídas diferentes soluções para o problema (Viana; Baptista, 2014).

As soluções encontradas nesse momento e os instrumentos selecionados para chegar a tais soluções dependerão da motivação dos atores e das ideias às quais são alinhados (Howlett, 2002)

Tomada de Decisão

Nessa etapa, uma ou mais, ou, ainda, nenhuma das opções debatidas é aprovada para entrar no curso de ação. Os governos adotam um determinado percurso utilizando uma ou mais soluções, de forma específica ou combinada. Trata-se do momento do processo em que são estabelecidas metas, recursos utilizados e o período em que a intervenção ocorrerá (Viana; Baptista, 2014).

O estágio da tomada de decisão é um momento com alicerces fincados nos estágios anteriores, implicando na escolha de alternativas para a resolução ou não do problema. Por se tratar de um momento no qual uma decisão específica deve ser tomada. O grupo de atores que participam se limita, muitas vezes, àqueles que têm autoridade para decidir, concentrando-

se naqueles que têm cargos formais nos governos (Aberbach et al., 1981² apud Howlett et al., 2013). Ainda assim, não se podem ignorar as arenas de negociação que permeiam a decisão política, quando atividades de *lobby* político podem ocorrer para persuadir por determinada opção (Richardson et al., 1978)

Implantação da política

No estágio de implantação da política ocorre o momento em que as decisões são colocadas em prática. Portanto, não se trata de uma fase exclusivamente administrativa da política. Nesse momento, definições realizadas durante a fase de tomada de decisão podem ser alteradas, gerando a necessidade de novas negociações. A autoridade pode passar a induzir os implantadores a colocar em prática a política. Apresenta-se, então, a real potencialidade da política, uma vez que entra em contato com um novo contexto e novos atores e pactos, diferente daquele no qual foi formulada. Se o resultado da formulação for uma política com desenho inadequado, com diagnóstico irreal, a chance da implantação da política é baixa (Hogwood; Gunn, 1985).

É importante que exista entrosamento entre o formulador e o implantador da política, compreensão da mesma e seu funcionamento, conhecimento das fases do processo e da quantidade de mudança envolvida no processo da nova política. É um momento quando novos pactos são estabelecidos com novos atores, os quais podem não ter participado das negociações iniciais. (Viana; Baptista, 2014) .

Segundo Baptista et al. (2011) a análise de implantação de políticas

2 Abernath J. et al. *Bureaucrats and Politicians in Western Democracies*. Boston: Harvard University Press; 1981.

públicas deve questionar se: (1) a formulação da política tem objetivos e metas claras; (2) no momento de sua formulação, os recursos (financeiros, físicos e recursos humanos) necessários foram considerados; (3) as atribuições e atividades são claras para cada organização envolvida, e (4) se os atores envolvidos compreendem e concordam com a política a ser implantada.

Avaliação da Política

A avaliação não compreende um meio final do ciclo da política, mas se trata de uma proposta que poderá oferecer subsídios a mudanças nas estratégias e ações anteriormente realizadas, podendo ser repensada, consistindo em mudanças pontuais, profundas ou, ainda, a ausência de mudanças nas estratégias político-administrativas (DeLeon, 2008).

No espectro avaliativo existem dois opostos, um no qual os atores praticantes da política monitoram o processo e os resultados por meio de um julgamento, utilizando técnicas não sistematizadas. No outro extremo, encontra-se a pesquisa avaliativa, correspondente ao juízo de valor empregado a uma determinada prática social, a partir de uma pergunta de pesquisa não respondida pela literatura (Hartz; Silva, 2010).

Objetivos e Métodos do Estudo

Objetivos

Analisar o Programa Academia da Saúde (PAS) em municípios do estado de São Paulo em relação ao ciclo da política (entrada na agenda, formulação e implantação) e identificar os limites na inserção na rede de atenção à saúde e nos Programas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e Programa Nacional de Promoção à saúde (PNPS).

Estratégia Metodológica do Estudo

O presente estudo foi conduzido a partir da extração de dados de diferentes fontes. Para a análise referente ao ciclo da política, os dados foram extraídos por meio de revisão bibliográfica e análise documental. Já para o estudo de caso empírico, visando à identificação dos limites do programa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Quadro 2).

A realização do estudo de política utilizou o ciclo da política como referencial teórico no contexto dos limites do desenho do Programa Academia da Saúde do Ministério da Saúde (Howlett et al., 2013).

O processo de revisão bibliográfica possibilitou a identificação de discussões acerca do Programa Academia da Saúde na base de dados MedLine e Lilacs, utilizando-se os descritores e palavras-chave “Promoção à

Saúde”, “Políticas Públicas”, “Intersetorialidade” “Atividade Física” e “Academia da Saúde”.

A análise documental buscou compreender estudos de base normativa, tais como Decretos e Portarias, para a política de inserção e construção do Programa Academia da Saúde, assim como atas das reuniões das Comissões Intergestoras Bipartidade (CIB) e notas técnicas.

Quadro 2: Referencial Metodológico e Instrumentos

Referencial Metodológico	Propósito	Instrumento
Ciclo da Política	Entender o surgimento e implantação do PAS	Análise Documental
Estudo de Caso	Identificação dos Limites	Entrevistas semi-estruturadas

O estudo de caso, segundo Dooley (2002), é um método que visa ao entendimento de uma problemática complexa e oferece oportunidade de uso de uma combinação metodológica de análise. Permite o entendimento do problema a partir de diversas perspectivas.

Para Yin (2010), o estudo de caso trata de investigar um fenômeno contemporâneo em um contexto de vida real, estando os limites entre o fenômeno e o contexto não claramente evidentes.

Eisenhardt (1989) trata do estudo de caso como uma estratégia de pesquisa na qual é focada a dinâmica presente em configurações singulares do objeto. Já Gummesson (2007) destaca a contribuição do estudo de caso para inovações e geração de teoria. Ele tem a capacidade de atender a essa

complexidade e contribuir para criar teoria em nível mais alto de abstração.

A escolha dessa modalidade de estudo se deu pela possibilidade de investigar questões empíricas no contexto atual; explorar situações da vida real, e explicar as variáveis causais do fenômeno estudado frente às situações complexas referentes à tomada de decisões e seus possíveis resultados. Dessa forma, o estudo de caso fornece conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, sem existir, por parte do pesquisador, controle dos eventos comportamentais (Gil, 2002).

O estudo de caso visa a aprofundar o “*como*” e o “*por quê*” de alguma situação sobre a qual o avaliador tem pouco ou nenhum controle, visando a demonstrar o rumo de uma intervenção em curso e possibilidades de modificação (Minayo; Santos, 2005).

Segundo Yin, existem quatro aplicações possíveis para o uso do estudo de caso:

1. Para explicar ligações causais na vida real que são muito complexas;
2. Descrever o contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu;
3. Realizar uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada, e
4. Explorar aquelas situações em que as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

Quanto à estratégia de pesquisa em estudos de caso, essas podem ocorrer de três maneiras: exploratórias, descritivas e explicativas, podendo as mesmas ocorrer simultaneamente ou não.

Gil (2008) cita que a pesquisa exploratória é aquela que se

desenvolve para esclarecer e/ou modificar conceitos, proporcionando uma visão geral sobre determinado fato. É realizada quando o tema é pouco explorado ou difícil de formular hipóteses, proporcionando uma visão geral sobre ele. Permite ao pesquisador aumentar sua experiência sobre o problema.

Os estudos descritivos são aqueles que fazem a descrição das características do objeto ou do fenômeno. Levam em conta as opiniões, atitudes e crenças de uma determinada realidade. Por fim, os estudos explicativos são aqueles que identificam fatores que contribuem para determinado fenômeno. Tal tipo de pesquisa aprofunda o conhecimento da realidade, explicando a razão e as motivações do fenômeno.

Para esta porção do estudo empírico, foram realizadas entrevistas com atores-chave municipais que participaram dos processos de montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisão e implantação da política.

Trata-se de uma técnica em que o investigador, frente a frente com o investigado, faz perguntas, objetivando obter dados de interesse a partir da fala dos atores sociais (Cruz Neto, 1994).

As entrevistas semi-estruturadas (Anexo A) oferecem perspectiva para que o informante alcance liberdade e espontaneidade em suas respostas, por meio da combinação de perguntas abertas, a partir de um roteiro previamente formulado e usado como guia para atingir o objetivo proposto (Gil, 2008).

Foram realizadas entrevistas com secretários municipais de saúde (SS), coordenadores de Atenção Básica (CAB), coordenador de práticas

integrativas e complementares (CPIC), gestor do polo PAS e profissionais envolvidos no PAS.

Como critério de inclusão no estudo foi utilizado o período de 6 meses nas funções de Secretário Municipal de Saúde, coordenador da Atenção Básica e coordenador de práticas integrativas e complementares, gestores do polo do PAS e profissionais vinculados ao Programa. Quando a implantação do polo ocorresse em período menor àquele, que o gestor do polo e o profissional exercessem suas funções desde o momento de implantação do Programa.

Foram excluídos da pesquisa profissionais que atuassem como voluntários junto ao PAS, uma vez que estavam sujeitos a participações esporádicas nas atividades, sendo um elo frágil na estrutura profissional do Programa.

Por fim, também foi incluída uma análise descritiva e histórica a partir de dados secundários sobre a implantação do PAS no território brasileiro.

O caso escolhido para essa análise foi o Estado de São Paulo, uma vez que se trata de uma unidade da Federação na qual as políticas de saúde federais são marginalizadas, representando um entrave para a indução federal no município.

Como o Programa Academia da Saúde faz parte de uma diretriz estabelecida pelo Ministério da Saúde com implantação no nível municipal, a análise deve ocorrer também nesse nível.

Foram selecionados municípios e polos do PAS no Estado de São Paulo, tendo como base critérios como:

a) Tempo de implantação do programa

Foram usados como base municípios que aderiram ao Programa Academia da Saúde por meio de critérios de similaridade, como previsto na Portaria Nº 1.402, de 15 De Junho de 2011 (Brasil, 2011b) e, posteriormente, revista pela Portaria GM/MS Nº 2.684, de 08 de Novembro de 2013 (Brasil, 2013b), havendo mudança de nomenclatura e aporte de verbas conforme a Portaria Nº 719 de 2011 (Brasil, 2011c). Foram buscados esses municípios, uma vez que, por estarem atuando por mais tempo, a aprendizagem dos gestores e profissionais em lidar com os problemas envolvidos na estruturação e implantação do Programa poderiam suprir as perguntas da pesquisa.

b) Região de Saúde

O último critério utilizado para a seleção dos municípios foi de:

- (1) pertencerem a diferentes Regiões de saúde estabelecidas a partir do decreto Federal Nº7508 de junho/2011, que regulamenta o processo de Regionalização da Saúde no Brasil (Brasil, 2011d);
- (2) pertencerem a diferentes tipologias das oriundas de diversos bancos de dados disponíveis no ano de 2014, e posterior análise fatorial e de agrupamento, com objetivo de alocar, em tipologias distintas, características que contemplassem a situação socioeconômica da região e a oferta e complexidade dos serviços de saúde (“Região e Redes Caminho da Universalização da Saúde no Brasil”, 2014).

Análise dos Dados

As entrevistas semiestruturadas foram transcritas para meio eletrônico, procedendo-se a análise a partir de leitura geral dos textos e subsequentes aproximações sucessivas. Desta forma, foi possível identificar elementos de maior recorrência e relevância a partir da visão dos atores participantes.

Organizaram-se os temas por dimensões e subdimensões de análise apresentadas na matriz usada como referência (abaixo). Por fim, foi realizada verificação de existência ou não de convergência entre as respostas dos atores entrevistados.

A matriz utilizada sistematiza as dimensões e subdimensões utilizadas na presente pesquisa. Conta com três dimensões: contexto político e histórico, modelo de organização e modelo de gestão dos polos do PAS.

As questões fechadas foram analisados a partir de banco de dados construído na plataforma Stata 12 para Mac, realizando-se uma análise descritiva simples das informações processadas.

Quadro 3: Dimensões de análise

Dimensões	Subdimensões	Variáveis	Fonte			
			Questões semiestruturadas	Questões estruturadas	Revisão Bibliográfica	Pesquisa Documental
Contexto Político e Histórico	PAS na agenda de governo	Configuração histórica de promoção a saúde	X		X	X
		Problematização da implantação	X			X
		Quando e como se configurou a proposta das Academias da Saúde	X		X	X
	Dinâmica de entes federativos	Participação de entes federativos na implantação	X			X
		Mudanças e inflexões relativas às iniciativas federais	X			X
		Integração entre entes federativos na coordenação de prevenção e promoção	X			X
Modelo de Organização	Papel do RAS	Integração com a RAS	X			
		Ocorrência de referência e contra-referência		X		
		Pertinência da referência e contra-referência para a Atenção Básica		X		
		Articulação entre as PSF/NASF e PAS	X		X	
		Pertinência para a Promoção à saúde	X			
	Intersetorialidade	Integração com outros programas (cultura, assistência social, educação, etc...)	X		X	X
	Território	Distribuição do Polo	X			
		Estrutura do Polo	X			X

	Ações	Elenco de atividades		X		
Modelo de Gestão	Planejamento	Estrutura de Gestão	X			X
		Estrutura administrativa	X			X
	Monitoramento	Plano de avaliação e monitoramento		X		
		Crítérios		X		
	Financiamento	Tipos de Incentivo	X			X
		Estratégia de Custeio Municipal	X			X
	Força de trabalho	Necessidade de Contratação de Novos Profissionais		X		
		Número de Profissionais		X		
		Qualificação		X		

Aspectos Éticos

O estudo foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo conforme a Resolução 196/96-CNS. Teve parecer favorável em fevereiro de 2014 com protocolo de número 010/14 (Anexo B) . O termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a todos os sujeitos das entrevistas, juntamente com objetivos da presente pesquisa, sendo formalizada posteriormente por meio de assinatura (AnexoC).

A política de saúde brasileira e o papel da Atenção Básica e da Promoção à Saúde

Marcos da política de saúde

Na década de 1980 inicia-se o processo de redemocratização no Brasil a partir da uma nova conformação social, com aumento da participação dos sindicatos, formação de uma rede política de oposição e movimentos setoriais como o Movimento Sanitário³.

A Constituição Federal de 1988 apresenta a saúde como um dos caracteres referentes aos direitos sociais, aliada à educação, ao trabalho, ao lazer, à segurança, à previdência social, e à assistência materno-infantil e aos desamparados. Torna a problemática da saúde como um problema de Estado nas três instâncias governamentais, com caráter universal e igualitário de proteção, universalizando o acesso e expandindo a cobertura, sendo redistributiva, ampliando os direitos sociais e colocando o Estado com um maior compromisso em relação ao financiamento, de modo abranger a proteção por meio da seguridade social (Elias; Dourado, 2011).

³Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tratou de estabelecer um paradigma pela descentralização do Sistema de Saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida.

O relatório final da 8ª CNS lançou os fundamentos da proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), ao difundir a ideia de um projeto democrático de reforma sanitária. Apresentou como ênfase o acesso universal à saúde, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização do Sistema de Saúde. Trouxe a necessidade de promover saúde por meio de políticas públicas e a necessidade de participação da sociedade em sua construção (Brasil, 1986).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196)

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 em seu Art. 2º dispõe:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. (Brasil, 1990, art. 2º)

A introdução de um Sistema de Saúde nacional, universal e igualitário representa transformação no padrão de proteção social brasileiro, consolidando constitucionalmente as pressões populares que já se faziam sentir desde o início da década de 1980. Inaugura-se um novo período, no qual o modelo da seguridade social passou a estruturar a proteção social brasileira, em busca da universalização da cidadania. Busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários

e redistributivos. Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamento nos princípios da justiça social (Fleury; Ouverney, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) reorganiza o modelo assistencial prévio, totalmente voltado para processos curativos e de reabilitação, por meio da quebra de paradigmas, realizando a atenção ao indivíduo e não à doença, assim como a coordenando e integrando os serviços prestados. É formado um sistema único, público, com participação e controle social, preconizando os princípios de universalidade, equidade e integralidade (Conill, 2008). Tem como objetivos principais: a) a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; b) a formulação de política destinada a promover a saúde, nos campos econômico e social; c) a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e atividades preventivas (Brasil, 1990).

A estratégia utilizada para a realização e implantação das ações em saúde ocorre por meio da descentralização, iniciando-se pela estadualização da gestão, avançando nos anos de 1990 com a municipalização da gestão de ações e serviços em saúde (Vasconcelos et al., 2009). A ação é realizada em um tempo relativamente curto e em um contexto marcado por conflitos entre as relações intergovernamentais das esferas de governo. É caracterizada por intensas negociações, conflitos e cooperação de diversos atores sociais, gerando embates sobre recursos, fragmentação institucional, capacidade reguladora frágil e participação popular inexpressiva.

O município ganha destaque, passando a ser o centralizador da gestão

na saúde, principalmente no que se refere à Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar de trazer resultados positivos, persistem problemas decorrentes da intensa fragmentação do sistema, resultando em milhares de pequenos sistemas locais que expandem o acesso à população, mas não conseguem orientar e ordenar os serviços de saúde de forma a não interferir nas imensas desigualdades regionais existentes no Brasil relativas ao acesso, utilização e gasto público em saúde. Além disso, não há condução à integração de serviços, instituições e práticas nos territórios, nem à formação de arranjos mais cooperativos na saúde (Vasconcelos et al., 2009; Viana et al., 2002).

A implantação de políticas públicas em cenários de flexibilidade institucional é acompanhada da criação de centros de decisão autônomos e interdependentes alcançados pelo esforço de profissionais nos diferentes níveis de governo, por meio da criação de novos critérios para alocação e transferência de recursos, novas instâncias de negociação, envolvendo a participação dos gestores, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, por meio da formação dos Conselhos de Saúde e das Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Comissões Intergestores Bipartite (CIB) (Brasil 1993; Lima, 2001).

Com a publicação da Portaria Nº 95, de 26 de Janeiro de 2001, instituindo a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), pela primeira vez se estabelece o processo de regionalização como uma estratégia para a hierarquização da saúde na busca pela equidade (Brasil, 2001). Estabelecem-se mecanismos de referência e contra-referência, de forma a garantir a integração de serviços e ações e a integralidade assistencial. Dá-se ênfase a estratégias voltadas para medidas preventivas, realizadas por meio de ações

educativas para o controle dos condicionantes de risco, sendo responsabilidade da Atenção Básica e ocorrendo em nível municipal.

O Pacto pela Saúde, lançado no ano de 2006, nasce acompanhado de um compromisso público dos gestores do SUS para sua sustentação, sendo reestabelecido ano a ano. A questão essencial abordada pelo Pacto diz respeito a uma rede de coordenação entre os entes federativos, apontando para a necessidade de melhorar e estruturar uma maior coordenação e cooperação entre as três esferas do poder (Albuquerque, 2014). Dá-se ênfase aos desafios prioritários para a saúde da população, sendo articulado em três componentes que vão guiar o compromisso: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006).

O Pacto pela Vida é constituído de uma série de compromissos prioritários definidos pelos governos federal, estaduais e municipais. No ano de sua criação, esses compromissos são: (1) implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; (2) contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama; (3) reduzir a mortalidade materna, neonatal e infantil; (4) fortalecer a capacidade de resposta do Sistema de Saúde às doenças emergentes e endemias; (5) consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS, e (6) elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo (Brasil, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS se concentra em envolver ações entre as

instâncias federativas de forma a fortalecer o SUS não como uma política de governos, mas como uma política de Estado, defendendo seus princípios por meio de um processo em que toda a sociedade passa a se mobilizar para a manutenção do Sistema, com o objetivo de reafirmar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal que garante esses direitos; de regulamentar a Emenda Constitucional Nº 29, e garantir o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde. Por fim, o Pacto de Gestão deve definir de maneira clara a responsabilização sanitária de cada instância gestora do SUS

No ano de 2010 é institucionalizada pelo Ministério da Saúde as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Portaria Nº 4.279, sendo essa uma forma de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS de modo a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência (Brasil, 2010).

As Redes de Atenção à Saúde são formatos organizacionais que devem realizar a integração sistêmica de ações e serviços de saúde por meio de serviços e disposições multidimensionais. Tais organizações devem estar vinculadas entre si a partir de objetivos comuns, como a atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, assim como melhorar e desenvolver o Sistema de Saúde no que refere ao acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e econômica. “Permite assim ofertar uma atenção continua e integral a determinada população, coordenada pela APS, [...] e com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população” (Mendes, 2010, 2300). Caracteriza-se pela constituição de inter-relações horizontais

entre os pontos de atenção, operando de forma cooperativa e dependente entre si, gerando fluxos de recursos, estabelecidos sem uma hierarquia definida entre os diferentes componentes da rede. Todos os componentes da rede são importantes, gerando atenção continuada entre os níveis primário, secundário e terciário, por meio de ações nos espectros de promoção, prevenção, curativo, de reabilitação e paliativo⁴ (Mendes, 2009).

Com o lançamento do Decreto Presidencial Nº 7.508 em 2011, o qual regulamenta a Lei Nº 8.080, de 1990, o processo de regionalização do SUS se torna mais preciso, assim como a hierarquização dos serviços. Reafirma-se a atenção primária à saúde como ordenadora do cuidado. Define que a universalização e o acesso igualitário devem ser fundamentados por meio de suas práticas e avaliação de riscos individuais e coletivos. O planejamento das ações passa a ser baseado nas diretrizes formuladas pelos Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e nacional) e pactuado junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e à Comissão Intergestora Tripartite (CIT).

Os atores provenientes de tais comissões e conselhos passam a tomar parte nas definições regionais, tendo em vista o caráter federativo do processo de descentralização da área, e se associam a esses representantes da sociedade, gerando uma maior participação popular no processo de tomada de decisão (Viana; Levkocitz, 2005). O Quadro 4 apresenta alguns dos principais eventos relacionados a instituição do SUS entre 1986 e 2011.

A integralidade da atenção é um dos pilares de construção do SUS,

⁴Entre os exemplos dos pontos de atenção a saúde pertencentes a redes estão “domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial [...] pronto atendimento, [...] centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros” (BRASIL, 2010, p.04)

baseada em ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção; promoção e recuperação, e abordagem integral dos indivíduos e das famílias (Hartz; Contandriopoulos, 2004).

A grande mudança de paradigma ocorre em virtude da crescente ênfase nas ações de Atenção Básica (AB), principalmente com a emergência do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, mais em evidência em algumas regiões do país e em municípios de menor porte populacional (Viana; Machado, 2008).

Nesse sentido, o SUS, como política pela melhoria da qualidade de vida da população e de direito à saúde, propõe que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tendo como objeto a problematização e as necessidades em saúde, aliado a seus determinantes e condicionantes, de modo que a atenção e o cuidado envolvam ações que gerem efeitos sobre o processo saúde-doença, sobre as condições de vida, e favoreça a ampliação de escolhas saudáveis dos indivíduos e do coletivo no território em que está condicionada a sua participação.

Quadro 4: Principais eventos relacionados a instituição do Sistema Único de Saúde (1986 – 2011)

Ano	Fato	Orientações
1986	8º Conferência Nacional de Saúde	Fundamentos do SUS. Difunde a reforma sanitária. Dá ênfase ao acesso universal, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e hierarquização. Define a necessidade de promover saúde por meio de políticas públicas e participação da sociedade em sua construção.
1988	Constituição Federal	A saúde passa a ser uma questão de Estado nas três instâncias governamentais, com caráter universal e igualitário de proteção, universalizando o acesso.
1990	Lei Nº 8.080	Regula no território nacional, as ações e serviços de saúde por meio do Sistema Único de Saúde.
2001	Portaria N° 95	A NOAS estabelece processo de regionalização, mecanismos de referência e contra-referência, e dá ênfase a medidas preventivas, realizadas por meio de ações educativas para o controle da exposição a riscos.
2006	Portaria N° 399	Institui o compromisso do Pacto pela Saúde, com ênfase nas necessidades de saúde da população e exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.
2010	Portaria N° 4.279	Estabelece as diretrizes para a estruturação das Redes de Atenção à Saúde como forma de superar a fragmentação da atenção, visando a assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços de forma efetiva e eficiente.
2011	Portaria N° 7.508	Regulamenta a Lei Nº 8.080. Torna o processo de regionalização mais efetivo. Reafirma a APS como ordenadora do cuidado. O planejamento das ações deve ser baseado nas diretrizes formuladas pelos Conselhos de Saúde e pactuado junto as CIB e CIT.

Fonte: Elaboração própria.

Contextualizando a Atenção Primária e Promoção à Saúde

Historicamente, os primeiros conceitos de Atenção Primária à Saúde têm origem no Relatório Dawson, divulgado em 1920 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido. Aponta que o Estado seria o principal direcionador da formulação de políticas de saúde, construindo um sistema de serviços com funcionamento hierarquizado, orientado por níveis de complexidade, para desenvolver ações de espectro preventivo e terapêutico (Campos, 2006; Conill 2008).

O relatório ainda aponta como característica organizacional de um sistema de saúde sua orientação territorial por meio de serviços domiciliares apoiados por centros de saúde, serviços complementares e hospitais. A porta de entrada no sistema ocorre com um médico generalista de um determinado distrito (Kuschnir; Chorny, 2010).

Somente no ano de 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), é proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) um conceito para Atenção Primária em Saúde:

“Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos [...] tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias nas comunidades [...]. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro

nível de contato dos indivíduos, da família, e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde.” (WHO, 1978)

Outra definição da APS a destacar é aquela trazida por Starfield (2002), segundo a qual a APS deve ser entendida como um nível do Sistema de Saúde colocado à disposição do usuário, sendo o primeiro contato com o serviço. Deve proporcionar atenção ofertada para o maior número de situações e condições possíveis e, quando não puder realizá-lo, deverá coordenar e integrar a atenção prestada em outros níveis do Sistema de Saúde. A autora propõe ainda sete atributos que devem reger o potencial da APS, sendo quatro os principais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e três atributos derivados (cuidado à saúde centrado na família, orientação comunitária e competência cultural).

No Brasil, o Ministério da Saúde define o termo como:

“...um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza

tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação sócia.” (Brasil, 2011e, anexo I)

Desse modo, a APS se constitui como uma proposta para organização dos sistemas de saúde, devendo ser parte integral do sistema para produzir melhorias e maior equidade na saúde. Busca gerar as condicionantes estruturais necessárias para assegurar a oferta de serviços a toda a população, provendo mais equidade entre grupos populacionais e regiões distintas, assim como maior qualidade na promoção e prevenção da saúde (OPAS, 2007).

No Brasil, a APS é, muitas vezes, denominada Atenção Básica (AB), inclusive nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Giovanella (2008) justifica tal ação como uma possibilidade de distanciamento das práticas de APS disseminadas em países do hemisfério norte, focadas na centralização e nos procedimentos do profissional médico.

A Atenção Básica não implicava em um modelo assistencial diferenciado, mantendo-se a atenção na resposta ao pronto-atendimento da demanda espontânea ou baseada nos tradicionais programas de saúde pública dos centros de saúde (Giovanella et al., 2009).

Mendes (2010), destaca a APS como o centro coordenador das redes de atenção à saúde, sendo o eixo central para a comunicação entre os

diferentes serviços prestadores. Uma APS que seja executora de seu papel central deve ser capaz de exercitar três papéis essenciais: ter resolutividade (solucionar 85% dos problemas da população atendida); ter a capacidade de orientar os fluxos de pessoas, informações e produtos entre os diferentes componentes da rede de atenção, e ter a capacidade de acolher e se responsabilizar de forma sanitária e econômica pelo seu público alvo.

A promoção da saúde tem como um dos primeiros autores Sigerist⁵, quando este define quatro tarefas que exprimem a essência da medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação do enfermo, e a sua reabilitação. Afirma ainda que a saúde somente é promovida com condições de vida decentes, dentre as quais boas condições de trabalho, educação, cultura, lazer e descanso. Tais condições devem ser promovidas por um esforço coordenado entre políticos, sindicalistas, empresários, professores e profissionais da saúde (médicos).

Leavell e Clark (1976) adotam o conceito ao propor o modelo de história natural da doença. O enfoque desse modelo, no entanto, centra no indivíduo, sem se preocupar com componentes intersetoriais de responsabilização, tendo por objetivo melhorar a resistência e o bem-estar contra os agentes causadores de doenças.

Fato é, a promoção da saúde proposta por Leavell e Clark, ao lidar sobretudo com o indivíduo, suas famílias ou grupos dentro de certos limites, torna-se inapropriada para um contexto de aumento das DCNT, em que ações e medidas devem se associar ao contexto de vida, ambiente físico e estilos de

⁵ BUSS, P. M. Uma Introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: D. Czeresnia; C. M. F. Freitas (Orgs.); Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências. p.176, 2003. Rio de Janeiro: Fiocruz apud Sigerist, 1946

vida da sociedade (Buss, 2003).

Goffrey Rose, epidemiologista inglês, apresenta como tese o fato de a maioria dos parâmetros biológicos e condições médicas estarem em um *continuum*, ou seja, todos os indivíduos de uma dada população apresentam algum grau de arranjos celulares que levam a um câncer, por exemplo. Portanto, no coletivo, a relação presença de doença/ausência de doença é complexa. O epidemiologista apresenta ideias centrais, tais como: a maior parte dos casos com agravos tem origem em pessoas que estavam em situações de baixo risco e não existe um limiar de exposição em que o risco de desenvolvimento é nulo. Dessa forma, suas ideias partem para concepções em que a promoção não depende somente de ações individuais, mas sobretudo de mudanças ambientais e sociais, criando oportunidades e alternativas coletivas que incentivem mudança de hábitos (Chor; Faerstein, 2000).

O tema passa a ter destaque na Agenda da Organização Mundial da Saúde a partir dos anos de 1980, em decorrência de documento do Ministério da Saúde Canadense de 1974, *A New Perspective on The Health of Canadians*, conhecido como Relatório Lalonde. Para Buss (2000), a motivação do documento aparenta ser política, técnica e econômica, uma vez que tem por objetivo enfrentar os crescentes custos da assistência médica e questionar a abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas. Para isso, enfatiza a importância da promoção da saúde a partir do campo de determinantes de saúde, uma vez que a maior causa de enfermidades e mortes dos indivíduos e da comunidade tem origem no meio ambiente, estilo de vida e biologia humana (Lalonde, 1974).

A partir do diálogo construído pelo *Informe Lalonde* é organizada pela

OMS a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, no ano de 1986, dando origem à Carta de Ottawa.

Esse documento define a promoção da saúde como:

“O nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde [...] Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social os indivíduos devem [...] modificar favoravelmente o meio ambiente. [...] As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde [...]” (WHO, 1986, p. 1)

O documento ainda aponta que a “saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver” (WHO, 1986, p. 1). Apresenta os determinantes múltiplos da saúde pela prática intersetorial ao afirmar que promoção da saúde não deve ser de exclusiva responsabilidade do setor de saúde, mas deve contemplar todos os determinantes, indo além de um estilo de vida saudável na direção de um bem-estar global. Para alcançar tal completo bem-estar, a comunidade e o indivíduo devem praticar requisitos como a paz, educação, habitação, alimentação, renda, justiça social, sustentabilidade, equidade e boa interação com o ecossistema.

O *Informe* aponta que as estratégias voltadas para a promoção da saúde devem ser desenvolvidas e adaptadas para cada realidade local e as possibilidades de cada região e/ou país, considerando ainda as diferenças nas

relações sociais, econômicas e culturais⁶ (Lalonde, 1974).

Na sequência da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde outras são realizadas. A Conferência de Adelaide, Austrália, no ano de 1988, e a de Sundswall, Suécia, em 1991, têm o papel de reafirmar e ampliar as intenções da primeira, aprofundando a concepção de promoção da saúde e formulando agendas em um contexto intersetorial.

No ano de 1997 ocorre a Conferência de Jacarta, Indonésia, focando no reforço da participação comunitária. Reconhece que a ênfase no método das cinco estratégias extraídas da Conferência de Ottawa apresenta maior eficiência quando unidos do que implantados de forma isolada, e que diversos locais públicos oferecem condições para a execução dessa estratégia (WHO, 1997).

Na América Latina, a Declaração de Bogotá, Colômbia, lançada em 1992, traz como foco o desafio de promover a saúde por meio da conciliação de interesses econômicos e sociais, trabalhando em prol de uma sociedade equânime e visando a melhores condições de saúde (OPAS, 1996).

Para Fausto (2005), mesmo com a inserção de temas como

⁶ Define cinco pontos para intervenção ao promover saúde: a) Construção de Políticas Públicas Saudáveis, implicando em entrada na agenda governamental em todos os níveis, com prioridade para a saúde e apontando para ações que visem a equidade em saúde e políticas sociais por meio de ações intersetoriais; b) Criação de ambientes favoráveis à saúde, apresentando como foco a proteção do meio ambiente e conservação dos recursos naturais, bem como os ambientes, individuais ou coletivos que fortaleçam a saúde; c) Reforço das ações comunitárias, através do empoderamento da sociedade sobre o processo de tomada de decisão, definição e implementação de uma determinada política ou programa; d) Desenvolvimento de habilidades individuais por meio da divulgação de informações sobre educação em saúde em espaços de formação coletiva como escolas, trabalho e mídia, e e) Reorganização dos serviços de saúde, direcionando as ações para a promoção à saúde, superando o modelo biomédico centrado na doença e na assistência curativa. Deseja-se, portanto, ter como resultado mudança na organização dos sistemas e serviços de saúde, na prática clínica e na formação dos profissionais Buss (2000).

Intersetorialidade, participação popular, qualidade de vida, equidade, entre outros, pouco se avançou na construção efetiva dessas demandas, com a ênfase permanecendo nos serviços de saúde, em ações curativas.

No Brasil, a Promoção a Saúde é uma ação prevista no Art. 2º da Lei Nº 8.080 de 1990. Ela é apresentada como parte estratégica da Política Nacional de Saúde no ano de 1992, pela implantação do Programa Saúde da Família, atualmente Estratégia Saúde da Família⁷.

Somente no ano de 2002 o Ministério da Saúde (MS) elabora um documento com o título *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Mesmo sem ter tido vigência real no SUS, Buss e Carvalho (2009), destaca que é um primeiro registro importante para a proposta formal de criação de uma política de promoção à saúde no âmbito federal. São elaborados nesse contexto documentos relacionados à prática de atividade física (Ministério da Saúde, 2002b), violência no trânsito (Ministério da Saúde, 2002a), alimentação saudável (Ministério da Saúde, 2001), entre outros.

Em 2006, a Portaria do MS Nº 687 formaliza a Política Nacional de Promoção à Saúde no contexto do SUS, formulada por comitê composto por diversos segmentos do MS, sem a participação de outros setores ou mesmo da sociedade (Buss; Carvalho, 2009).

⁷ Evoluindo desde sua concepção original, que visava implementar ações básicas de grande custo-efetividade em populações carentes e vulneráveis com objetivo principal de diminuir a mortalidade infantil. Atualmente caracteriza-se como porta de entrada do SUS, de forma hierarquizada e com abordagem territorial, em uma população delimitada. Interfere nos fatores de risco as quais a comunidade está exposta por prestar atenção integral e realizar conjunto de atividades com cunho educativo. Desta forma, estabelece vínculos de compromissos com a comunidade de forma a essa exercer mecanismos de controle social e por atuar de forma intersetorial, através da formação de parcerias com outros segmentos e atores sociais, transcendendo a saúde e indo de encontro as condições de vida dos indivíduos, sua família e comunidade (Buss; Carvalho, 2009).

Nesse período, a promoção à saúde é entendida como um mecanismo de fortalecimento para a implantação de uma política transversal, de forma integrada e intersetorial, gerando a oportunidade do diálogo entre o setor sanitário, outras áreas governamentais, o setor privado e a sociedade. Cria-se, então, um esforço para garantir os princípios do SUS, para melhorar a qualidade de vida individual e coletiva, alterando ainda mais o processo de busca pela saúde fragmentada e curativa (Brasil, 2010b).

O PNPS nasce com o objetivo geral de “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes” (Brasil, 2010b, p.17), sendo esses o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais⁸.

A temática da promoção a saúde vem sendo entendida nas últimas décadas como uma estratégia para enfrentar múltiplos problemas de saúde

⁸Objetivos específicos da PNPS: a) Incorporar e implementações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; b) Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade 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); c) Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os das atividades-fim; d) Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde; e) Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde; f) Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; g) Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis; h) Contribuir para elaboração e implantação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais; i) Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática; j) Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; k) Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e l) Valorizar e ampliar a cooperação do setor saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

que afetam as populações mundiais. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença, Buss (2000) considera que a promoção da saúde propõe articular conhecimentos técnicos e populares com recursos institucionais e comunitários públicos e privados para o enfrentamento do processo saúde-doença. Refere-se a uma combinação de estratégias do Estado (políticas públicas), da comunidade, de indivíduos, do Sistema de Saúde e de práticas intersetorias.

Campos et al. (2004) entende que, ao se falar de promoção da saúde, está implícito e é indissociável o enfrentamento de uma realidade não equânime no Brasil, que traz desafios não somente no setor da saúde, mas em todas as realidades que constroem políticas públicas.

O autor apresenta um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado, utilizando um conjunto de valores e estratégias, não somente do Estado, mas da comunidade, dos indivíduos, do Sistema de Saúde e de parcerias intersetoriais, de forma a existir uma responsabilização mútua e múltipla entre os diversos atores sociais (Buss, 2003). Para esse autor, o conceito de promoção da saúde está intimamente ligado ao conceito de desenvolvimento social da Agenda 21, do cooperativismo, entre outros. Tal relação se faz, uma vez que todos esses são fatores de determinantes internos e externos, ou seja, individuais e da sociedade, em seus próprios campos de atuação. Evocam, portanto, uma ação intersetorial para seu enfrentamento.

Entende-se ação intersetorial como um processo de construção compartilhada, em que diferentes atores, de diversos setores relacionam-se para atuar sobre um tema, visando a alcançar resultados de maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar de forma isolada

(Teixeira; Paim, 2002). Implica abertura de cada setor para o diálogo, formando-se vínculos de corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida (Campos et al., 2004).

Segundo o “Glossário temático da promoção da saúde” (2012), apresenta o conceito de intersectorialidade, sendo o modelo de gestão desenvolvido por meio da sistemática relação entre os processos de articulação, planejamento, cooperação entre diferentes setores e estratos sociais de forma que tal processo vise a intervir nos determinantes sociais. Trata-se de um conceito que tem como principal princípio a corresponsabilização, cogestão e coparticipação entre diferentes setores. Define ainda que se trata de uma prática construída para enfrentar os limites da organização presente, abrindo um embate com ações isoladas e buscando criar articulação entre a prática e o saber por meio da convergência entre recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais.

O'Donnell (2009, p 1) apresenta nova definição para a Promoção à Saúde, sendo ela:

a arte e ciência de ajudar os indivíduos em descobrir as sinergias entre seu bem estar e a saúde, [...] de modo apoiá-lo na mudança de seu estilo de vida para se mover em direção a um estado de saúde ideal. Saúde ideal é um equilíbrio dinâmico de, emocional, saúde social, espiritual e intelectual física [...]

A Promoção da Saúde visa a desenvolver práticas voltadas à diminuição de riscos e agravos por doenças e acidentes, em prol da melhoria da qualidade de vida do sujeito, visto que as mudanças culturais decorrentes do processo de

globalização passam a elevar as consequências deletérias para a saúde da população. Desse modo, o modelo biomédico torna-se insuficiente para solucionar a nova problemática de saúde, quando crescem o número de vítimas por acidentes, a violência e as DCNT (Westphal; Campos, 2009).

A busca ativa dos agravos que ainda não se manifestaram, o desenvolvimento de hábitos de vida saudáveis e a prevenção do aparecimento de doenças acabam por envolver o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com diversos fatores condicionantes da saúde. Portanto, a promoção vai além de uma aplicação técnica, mas deve-se aceitar que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle, deve-se também envolver diversas dimensões da vida, interferindo na vida geral do indivíduo. Não deve ser tratada somente por uma área do conhecimento, mas deve ser pensada de forma multidisciplinar e intersetorial (Czeresnia, 1999).

A promoção da saúde é um processo não somente individual, mas acima de tudo coletivo, social e político. Por meio dela não se almeja aumentar isoladamente as capacidades físicas individuais, mas deseja-se uma mudança social, ambiental e econômica, gerando, por sua vez, um maior impacto coletivo e individual.

Promoção à saúde e o Programa Academia da Saúde

As reformas pelas quais passa o Sistema de Saúde nos anos 1990 proporcionam mudanças na visão de atenção à saúde centrada no médico. É um período de busca de ações voltadas para o campo da promoção da saúde, uma vez que a atenção até então empregada é voltada para a atenção individual e curativa, com características intervencionistas com caráter cada vez mais especializado. Este modelo não é suficiente para lidar com as mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira por meio do aumento da expectativa de vida, diminuição do acometimento e mortes por doenças infecciosas e aumento das DCNT. Torna-se necessário reforçar medidas em níveis populacionais (Schmidt et al., 2011).

No Quadro 5 são apresentados alguns dos principais marcos referentes à Promoção da Saúde no cenário brasileiro, no período entre os anos de 1991 a 2010.

No ano de 1991, ainda no início do SUS, é criado o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com objetivo de realizar ações básicas para reduzir os níveis de mortalidade infantil, bem como realizar orientações preliminares sobre a importância do aleitamento materno, higiene, educação em saúde etc. Orientado por supervisor (profissional enfermeiro ou médico) da unidade de saúde, o profissional realiza visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, produzindo informações capazes de

dimensionar os principais problemas de saúde da comunidade (Buss; Carvalho, 2009).

Em 1994, o Ministério da Saúde lança o Programa Saúde da Família. Este carrega uma mudança pragmática na estratégia de atenção à saúde predominante no período, sendo o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde. Dentre as estratégias de ação elencadas estão: a definição de território de abrangência para a ação do serviço, ênfase em estratégias de promoção da saúde, atuação intersetorial, integralidade, entre outros. Seu foco concentra-se na atuação em ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação e na busca pela manutenção dos níveis de saúde da população (Brasil, 2011e).

Para alcance de seus objetivos, é composto por equipes mínimas envolvendo um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Essas equipes devem cuidar de um número aproximado de mil famílias ou 4 mil pessoas, definidas por recorte territorial, sendo esta a porta de entrada para o sistema hierarquizado de saúde (Brasil, 2011e).

Seu caráter de promoção à saúde é entendido, uma vez que se realizam ações não somente curativas nas Unidades Básicas de Saúde, mas também atividades educacionais em âmbito intersetorial, mantendo parcerias com outros segmentos do governo e da ação privada, intervindo em ações que extrapolavam o conceito de saúde. Estabelecem-se ainda vínculos com a comunidade, por meio do controle social exercido pela sociedade nas ações e serviços prestados.

Divulgado em 2002 pelo Ministério da Saúde, o documento *Política Nacional de Promoção da Saúde* se apresenta como uma formalização para a proposta de discussão sobre a temática. Define como propostas a inclusão da PS na agenda da política nacional, sendo um tema prioritário de discussão não somente na agenda da saúde (por meio dos Conselhos de Saúde e Comissões Intergestoras), mas na agenda intersetorial, visando à potenciação dos recursos e ações. Coloca em pauta a discussão em torno da participação dos municípios pela pactuação nos níveis de gestão, incentivos para o desenvolvimento de estratégias, ações e atividades em promoção à saúde.

Buss e Carvalho, (2009) retratam que, mesmo sendo um registro formal importante sobre a temática, esse documento nunca apresentou valor integral nos limites do Sistema de Saúde nacional.

Campos et al. (2004) trazem à discussão o fato de que a política de promoção da saúde deveria ser consolidada de forma transversal, articulando-se com as diversas áreas do conhecimento, e apostando na capacidade de o indivíduo regular sua própria saúde, sem que o Estado perdesse essa responsabilidade.

No início do ano de 2006, é aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite, e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, publicado na Portaria/GM Nº399 de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde, na perspectiva de superar os problemas e dificuldades apresentadas pelo Sistema de Saúde. São definidas prioridades de forma articulada entre três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS, de maneira a possibilitar o cumprimento de acordos interfederativos nas três esferas gestoras do SUS, e visando a “alcançar efetividade, eficiência,

e qualidade [...] redefinindo as responsabilidades coletivas” (Brasil, 2006a). O primeiro assume um conjunto de compromissos sanitários, sendo realizado em ações prioritárias com foco nos resultados, mas com pensamento voltado para a coerência financeira de tais ações. Apresenta prioridades como a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por meio da atuação integral sobre esses indivíduos; a redução do número de mortes entre mulheres acometidas pelo câncer de mama e colo de útero; redução da mortalidade materna e infantil; fortalecimento da capacidade de resposta dos órgãos responsáveis pela saúde populacional, respondendo a demandas de doenças emergentes e endêmicas; elaboração da Política Nacional de Atenção Básica, visando a responsabilizar o indivíduo por sua saúde; prática de atividade física, alimentação adequada, combate ao tabagismo e, por fim, consolidação da Estratégia Saúde da Família, sendo essa um modelo para a Atenção Básica e ordenadora das redes de atenção no SUS.

Em relação à promoção da saúde, o documento traz como objetivos:

- a. Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- b. Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- c. Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- d. Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;

e. Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006. (Brasil, 2006^a, anexo I)

Os alicerces fincados pelo Pacto pela Saúde abrem caminho para o lançamento da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), normalizando e reforçando diversas ações relacionadas ao tema, já difundidas no país de forma a criar objetivos específicos unificados para esse tipo de ação⁹.

A proposta da PNPS consolida a entrada na agenda da PS nas três esferas de gestão do poder, principalmente ao incentivar que estados e municípios adotem planos voltados para a promoção da saúde no contexto do Sistema de Saúde, estimulando parcerias intersetoriais e estimulando o empoderamento da população usuária de forma que a PS fosse reconhecida

⁹ Política Nacional de Promoção da Saúde foi lançada pela Portaria N° 687 MS/GM de 30 de março de 2006. Trouxe como objetivos específicos: (1) Incorporar e implantar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica; (2) Ampliar a autonomia e a corresponsabilidade 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); (3) Promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim; (4) Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde; (5) Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/ contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde; (6) Valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde; (7) Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis; (8) Contribuir para elaboração e implementação de políticas públicas integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais; (9) Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática; (10) Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde; (11) Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz no País; e (12) Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade.

como um importante meio para atingir a equidade em saúde (Brasil, 2010b; Buss, Carvalho 2009).

A PNPS inclui a promoção de atividades físicas e as práticas de alimentação saudável na agenda nacional, ao argumentar que a prática de atividades físicas é uma variável importante para o desenvolvimento humano, destacando a promoção no âmbito da Atenção Básica por meio da prescrição de exercícios, atividades lúdicas, esportivas e de lazer, voltadas tanto para a comunidade em geral como para grupos vulneráveis.

Destaca ainda a importância da implantação de ações de promoção da saúde com ênfase na atenção básica, de modo a aumentar a autonomia e prover a corresponsabilização da sociedade e do poder público no cuidado integral à saúde, por meio do conhecimento de uma concepção ampliada de saúde voltada não somente para a prática curativa, mas também para mudanças nos padrões de vida e no meio em que se vive (Brasil, 2010b).

A PNPS nasce em um período em que houve declínio do número de indivíduos acometidos por doenças infectocontagiosas e, como consequência, o aumento de pessoas expostas a fatores de risco associados às DCNT e causas externas, como acidentes, entre outras. Também se deve considerar o crescimento da expectativa de vida, aumentando o número de idosos e levando à maior exposição a fatores de risco (Costa et al., 2013). A complexidade do problema demanda reflexões significativas com objetivo de determinar alternativas para seu enfrentamento, principalmente ao avanço das DCNT (Chaimowicz, 1997).

Nessa perspectiva, o *Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011* apresenta a Promoção da Saúde como um de seus eixos estruturadores. Traz

a premissa de que, para a promoção da saúde ser executada de forma satisfatória, deve ser desenvolvida pelos entes Federal, Estaduais e Municipais em sua gestão e execução, por meio de um amplo conjunto de políticas econômicas e sociais, transcendendo os eixos das agendas governamentais de cada uma das instâncias acima citadas (Brasil, 2007).

É nesse período que a noção de participação popular nos mecanismos de gestão em saúde começam a ganhar maior importância por meio do fortalecimento de mecanismos, como os conselhos gestores em equipamentos, políticas e programas voltados para a saúde.

As diretrizes para o enfrentamento das DCNT¹⁰ trazem consigo a modelagem de linhas de cuidado para seu enfrentamento em ações voltadas às práticas na Atenção Básica, até a organização especializada, de maneira que essa fosse capaz de responder adequadamente a complicações que viessem a surgir, transpassando os limites da Atenção Básica¹¹ (Ministério da Saúde, 2008).

O Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças

¹⁰As Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, lançada pelo Ministério da Saúde, 2008, apresentam como linhas de atuação o fortalecimento dos Sistemas de Vigilância em Saúde para o Cuidado Integral de DCNT, das Ações de Promoção da Saúde no Cuidado Integral de DCNT, o Fortalecimento e Reorientação dos Sistemas de Saúde para o Cuidado Integral de DCNT e Monitoramento e Avaliação dessas práticas.

¹¹As políticas e ações que são englobadas nesse entendimento são: Programa Viva Mulher (1996), Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999), Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (2001), Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer (2002), Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003), Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal (2004) Política Nacional de Saúde Bucal (2004), Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade (2004), Política Nacional de Atenção Oncológica (2005), Engajamento do Brasil na Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física – Projeto “Pratique Saúde” (2005), Política Nacional de Promoção da Saúde (2006), Política Nacional de Atenção Básica (2006), Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006), Política Nacional sobre o Álcool (2007).

*Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*¹² de 2011 visa preparar o Brasil para enfrentar as DCNT nos dez anos seguintes a seu lançamento, dentre as quais o acidente vascular encefálico, o infarto agudo do miocárdio, a hipertensão arterial, o câncer, o diabetes e as doenças respiratórias crônicas. Define e prioriza ações e investimentos que orientam os instrumentos operacionais para sua implantação por meio do “delineamento de estratégias e ações em: a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) Promoção da saúde; c) Cuidado integral” (Conass, 2012).

Nesse contexto, observa-se desde meados de 1995 um crescimento das iniciativas voltadas para mudanças do estilo de vida de ampla abordagem populacional, com a criação do Programa Agita São Paulo, coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo o Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, acentuado no início dos anos 2000 (Ferreira; Najar, 2005).

Iniciativas no âmbito de municípios saudáveis¹³ e outros programas ancoram a promoção à saúde a uma abordagem que responsabiliza o indivíduo pelos hábitos de vida que predispõem às DCNT, apoiando mudanças

¹²Lançado pelo Ministério da Saúde em 2011, Plano De Ações Estratégicas Para O Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 visa a “Promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. O Plano visa reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, por meio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno e ao reordenamento dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção primária e da participação comunitária” (Brasil, 2011^a, p. 9).

¹³Municípios saudáveis, apresentam relevância limitada local, sem se desenvolver no âmbito de uma política nacional. Podem ser consideradas experiências nesse contexto, a Rede Brasileira de Municípios Potencialmente Saudáveis criada em 2003, o Movimento por Cidades e Municípios Saudáveis, de 2000), a iniciativa Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil, assim como experiências desenvolvidas em Curitiba, PR, e Fortaleza, CE (Moysés et al., 2004).

comportamentais individuais como meio de redução do risco epidemiológico, independentemente dos condicionantes sociais, econômicos e culturais (Ferreira et al., 2011).

Moysés et al. (2004) demonstram que, para a construção de políticas públicas na cidade de Curitiba, PR, as comunidades nas quais a participação social e a coordenação intersetorial propiciada pelo poder público são consistentes existe probabilidade de essas políticas serem exitosas, tendo ainda como importante questão a capacidade de motivar todos os atores envolvidos, fornecendo conceitos, conhecimentos, e informações.

Apesar do crescimento dessas iniciativas, ações concretas em relação à Política de Promoção da Saúde vinculadas de alguma forma ao SUS somente começam a surgir no Brasil durante os anos 2000.

São implantadas iniciativas municipais e estaduais de larga abrangência populacional sob a forma de programas e campanhas em prol de estilos de vida mais ativos, visando a diminuir os níveis de sedentarismo e estimular práticas saudáveis de vida por meio da promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável para a comunidade.

Quadro 5: Principais marcos históricos da Promoção da Saúde no cenário brasileiro do ano de 1991 -2010

Ano	Programa/ Ação	Objetivo
1991	PACS	Realizar ações básicas com a finalidade de reduzir os níveis de mortalidade infantil (Buss; Carvalho, 2009).
1994	PSF	Converter o modelo assistencial do Sistema de Saúde por meio de sua expansão e indução da oferta de média e alta complexidade adequadas aos preceitos da integralidade e atenção adequadas (Brasil, 2006c).
1999	Política Nacional de Alimentação e Nutrição	Garantir a "promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos" (Brasil, 2007b).
2002	Política Nacional de Promoção da Saúde	Sem apresentar vigência integral, subsidiar a criação de documentos nas áreas de alimentação saudável, atividade física e violência no trânsito (Buss; Carvalho, 2009).
2005	Pratique Saúde	Difundir por meio de campanha do MS hábitos saudáveis de saúde (Brasil, 2005).
2006	Pacto pela Saúde	Elaborar e implantar uma Política de PS de responsabilidade dos gestores dos três níveis federativos (Brasil, 2006a).
2006	PNPS	Formalizada por meio da Portaria Nº 687 (Brasil, 2006d).
2007	Programa Saúde na Escola	Contribuir para a formação integral por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Trata-se de um programa intersetorial (Brasil, 2007c).
2007	Mais Saúde: Direito de Todos 2008-2011	Tornar a Promoção à Saúde um importante eixo de intervenção na agenda política federal (Brasil, 2007a).
2010	Plano de Ações Estratégicas Enfrentamento das DCNT no Br 2011-2022	Enfrentar as DCNT por meio de ações em vigilância, informação, avaliação, monitoramento, Promoção da Saúde e cuidado integral Brasil (2011a).

Fonte: Elaboração do autor.

Um dos principais antecedentes do PAS é o Programa Academia da Cidade (PAC), o qual tem iniciada a implantação em Recife, PE, em 2002, pela Secretaria de Saúde do Recife, tendo como objetivo principal a promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável para a comunidade. Posteriormente, difunde-se para municípios do interior de Pernambuco, Belo Horizonte, MG, Aracaju, SE, e outros municípios brasileiros (Hallal et al., 2010). Atualmente não existe uma gestão central do Programa, sendo ele regulado exclusivamente pelas instâncias estaduais e municipais.

Esses programas, vinculados formalmente ou não ao Sistema de Saúde, são pensados de maneira a oferecer fatores estruturadores para a mudança da relação entre o indivíduo e os determinantes ambientais que levam à predisposição para as DCNT, por meio de um padrão alimentar adequado, diminuição do consumo de cigarros e bebidas alcoólicas e a realização de atividades físicas suficientes para que seus usuários se aproximem ou atinjam as recomendações mínimas da prática regular de atividade física sugeridas para a manutenção de bons níveis de saúde, entre outros fatores (Pernambuco, 2006).

Brandão (2012) demonstra que sujeitos residentes em comunidades onde há espaço para caminhada têm melhor percepção de saúde do que sujeitos que não possuem tal espaço. Já Costa; Mendonça; et al. (2013), verificam que indivíduos portadores de DCNT residentes próximos a locais onde existem espaços para a prática de atividade física e orientação nutricional, acabam procurando com maior frequência esse tipo de serviço, uma vez que se encontram mais conscientes de seu estado e são orientados

pela equipe de saúde a buscar esses espaços.

Tal consciência em saúde se torna vital quando a modificação no perfil da saúde da população (doenças crônicas e suas complicações são prevalentes), resultando em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos com a incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas.

A prática de atividades físicas na Atenção Primária é recomendável devido à abordagem integral que essa atenção apresenta para o indivíduo. Incentivos à atividade física, associados a mudanças educacionais, de comportamento e planejamento das áreas de lazer podem ser identificadas como possíveis políticas de promoção a saúde, apesar de a participação nesses programas passar pela própria compreensão da população sobre a atividade física, saúde, corpo e qualidade de vida, e a manutenção da participação em tais programas ser algo de difícil realização, mesmo em sujeitos que já apresentam alguma predisposição para DCNT (Liira, 2010; Simoes et al., 2009).

Tais informações contribuem para o direcionamento de políticas públicas de saúde no momento que apontam para a existência de espaços saudáveis direcionados à prática de atividade física. Contribuem de forma imperativa para a decisão da população em praticá-las e participar ativamente de sua construção de forma sinérgica com o poder público ao implantar e normalizar tais políticas.

Com base em ações prévias de cunho regional, em abril de 2011 o Governo Federal lança a Portaria N° 719 que cria o Programa Academia da Saúde (PAS), instituindo em nível federal uma política pública de saúde

baseada em experiências prévias exitosas (Brasil, 2011c). Após passar por ajustes e aperfeiçoamentos, a Portaria N° 719 é redefinida pela Portaria N° 2.681, de 7 de novembro de 2013¹⁴. Esta tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população assistida, por meio da implantação de espaço comunitário, através de polo com infraestrutura adequada e recursos humanos qualificado (Brasil, 2013c).¹⁵

¹⁴O Programa Academia da Saúde apresenta como princípios: “a) participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde; b) intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações; c) interdisciplinaridade na produção do conhecimento e do cuidado; d) integralidade do cuidado; e) intergeracionalidade, promovendo o diálogo e troca entre gerações; e f) territorialidade, reconhecendo o espaço como local de produção da saúde”. Tem como objetivos específicos: “a) ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; b) fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; c) desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; d) promover práticas de educação em saúde; e) promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; f) potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde; g) promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações; h) promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; i) ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; j) aumentar o nível de atividade física da população; k) promover hábitos alimentares saudáveis; l) promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; m) potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e n) 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.

¹⁵ São objetivos Específicos do PAS: a) ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; b) fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; c) desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; d) promover práticas de educação em saúde; e) promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; f) potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde; g) promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações; h) promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; i) ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; j) aumentar o nível de atividade física da população; k) promover hábitos alimentares saudáveis; l) promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; m) potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento

São estruturados espaços saudáveis para ações de promoção da saúde de forma intersetorial e com estímulo a atividade física/práticas corporais, lazer, modos de vida e práticas alimentares saudáveis em determinado território, em articulação com a rede de Atenção Básica à Saúde, uma vez que o contato dos usuários com os sistemas de saúde se torna imprescindível para a orientação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade.

O Ministério da Saúde estabelece como meta para o ano de 2014 a habilitação de 4 mil polos do Programa Academia da Saúde. Até o mês de março de 2013 são habilitados 3725 polos, sendo que 1122 com obras iniciadas, 555 com obras concluídas e 476 em funcionamento, grande parte deles habilitados no ano de 2011. (Gráfico 4)

Os Estados com maior número de polos habilitados são Minas Gerais e São Paulo, com 491 e 378 habilitação respectivamente. Já os que menos têm polos habilitados foram Roraima (17) e Rondônia (14) (Gráfico 5).

Gráfico 4: Estágio de implantação polos Academia da Saúde

FONTE: Ministério da Saúde mar/2014

popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e n) 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.

A implantação do programa ocorre de duas formas distintas. A primeira decorre de um projeto similar, ou seja, um programa prévio implantado em nível municipal, ou no Distrito Federal, de administração pública sobre a coordenação da Secretária de Saúde local que contenha atividades e objetivos próximos daqueles estabelecidos pelo Ministério da Saúde para as Academias da Saúde. Essa forma é utilizada para agregar os equipamentos já instalados, uma vez que o programa é concebido com base em outras experiências de significado próximo realizadas em municípios como Aracaju, Curitiba, Pernambuco, e Belo Horizonte.

São reconhecidas tais ações prévias havendo possibilidade de o MS custear-las. Os critérios para instalação de programas similares¹⁶ são orientados por negociação tripartite, redefinidos pela Portaria Nº 2.684/2013 (Conass, 2012b).

A segunda abordagem para instituição do PAS decorre da solicitação ao

¹⁶ Critérios de similaridade definidos pela Portaria Nº 2.684, 8 de novembro de 2013 “Art. 51. São considerados programas similares ao Programa Academia da Saúde os que estejam em desenvolvimento no Distrito Federal e no Município, sob a responsabilidade de suas respectivas Secretarias de Saúde, que atendam aos seguintes critérios: I - ações e iniciativas desenvolvidas de forma semelhante ao Programa Academia da Saúde e que contemplem as seguintes atividades: a) promoção de práticas corporais e atividades físicas; b) orientação para a prática de atividade física; c) promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; ou d) desenvolvimento de ações de promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica; II - iniciativas que desenvolvam atividades integradas aos estabelecimentos de Atenção Básica do seu território, em espaço(s) de livre acesso à população, especialmente construído(s), reformado(s) e/ou ampliado(s) para tal fim; e III - possuir profissional(is) para compor a equipe do programa similar, conforme lista do Código Brasileiro de Ocupação (CBO) descrita no Anexo II, sendo pelo menos 1 (um) profissional com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais ou 2 (dois) profissionais com carga horária mínima de 20 (vinte) horas semanais cada, o(s) qual(is) necessariamente desenvolverá(ão) atividades no Programa Academia da Saúde”.

MS de sua implantação. Se aprovado, cabe ao MS no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica realizar o incentivo para a construção do polo (Conass, 2011).

Nota-se a importância do conceito de território para a implantação do Programa Academia da Saúde. Além disso, constitui fator determinante para a implantação de um Programa ministerial conhecer as demandas, necessidades e determinantes sociais intrínsecos ao local e contexto socioeconômico. O entendimento dos secretários municipais de saúde entrevistados é de que a equipe de profissionais e a população atendida podem efetivamente entender as necessidades para o fortalecimento dos equipamentos e condições de saúde em territórios com características próprias.

Ao ser inserido em um território, o PAS acaba não sendo uma peça isolada no Sistema de Saúde, mas parte da rede de atenção à saúde, especificamente no contexto da Atenção Básica, apresentando-se como um componente intersetorial e buscando a integralidade da assistência ao usuário do SUS.

É instruído pelo MS que todo o planejamento de ações da rede de serviços deve incluir o PAS e seus profissionais de forma a configurar um ponto de atenção. Para isso, deve dialogar e estabelecer parcerias com os demais equipamentos existentes no território de alcance do polo, identificando seu potencial, de forma a contribuir para a melhoria das condições de saúde dos usuários. Deve constituir um sistema de apoio às linhas de cuidado desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica, contribuindo para a construção de modelos favoráveis de vida, tanto para um indivíduo isolado, como para a comunidade (Ministério da Saúde, 2014).

Tais instruções vão ao encontro dos princípios de intersetorialidade na construção e desenvolvimento das ações e na produção do conhecimento, do cuidado, da participação popular e construção coletiva de saberes e práticas em promoção da saúde.

O interesse na implantação do polo visa a contribuir para a promoção e prevenção da saúde da população da região atendida, uma vez que existem poucos equipamentos públicos de lazer e promoção da saúde física e mental disponíveis para a população. Ele possibilita um aumento do convívio social por meio da troca de experiências, estimulando a autonomia de cada indivíduo, não somente no que tange à atividade física ou à melhora nas condições nutricionais, mas na sua integração à sociedade.

De forma normativa, o programa se apresenta como uma proposta concreta para a implantação de ações voltadas à promoção da saúde, sendo realizado com participação efetiva da Atenção Primária e sendo prevista sua execução por meio da articulação intersetorial.

Gráfico 5: Número de Polos PAS por Estado da Federação

FONTE: Ministério da Saúde mar/2014.

O Estudo Empírico

O presente estudo teve como ponto de partida o caso de dois municípios do Estado de São Paulo. O município A é localizado na região de saúde do Alto do Tietê. O município B pertence à região Vale Paraíba/Região Serrana.

Caracterização dos municípios

Pertencente à Região do Alto do Tietê, o município A está localizado na região metropolitana de São Paulo, possui área de 2839,618 Km² e uma população de 1.221.979 habitantes, segundo o censo de 2010. Estima-se que sua população seja de 1.324.781 habitantes em 2015, com incremento de 8,4% (Região e Redes Caminho da Universalização da Saúde no Brasil, 2014). Seu Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* no ano de 2011 foi da ordem de R\$ 35,25 (em R\$ 1.000) sendo esse o segundo maior do Estado de São Paulo e o Oitavo maior no Brasil. O município tem índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,763, segundo o PNUD/2010. Em níveis de escolaridade, 17,85% da população apresenta ensino fundamental completo, 29,10% ensino médio e 10,54% ensino superior (Tabela 3).

Em relação às condições estruturais de saúde, apresenta uma cobertura de 33,27% da Estratégia Saúde da Família (ESF), contando com 198 equipes ESF cadastradas junto ao Ministério da Saúde e 10 equipes do Núcleo de

Apoio a Saúde da Família (NASF). Para cada 1.000 habitantes, há disponibilidade de 0,52 estabelecimentos, 1,99 médicos e 2,97 profissionais de saúde com ensino superior não médicos. Apresenta atualmente somente um estabelecimento de vigilância em saúde e uma despesa total em saúde de R\$537,17 por habitante. Esses números estão abaixo da média do Estado de São Paulo, mas mais altos do que a região de saúde à qual é integrante.

Em relação à produção ambulatorial na Atenção Básica, apresenta um total de 5.014 procedimentos/ano para cada 1.000 habitantes (2012), abaixo tanto da média estadual quanto da região de Saúde do Alto do Tietê. A proporção de beneficiários de planos particulares de saúde é de 59,62%, valor acima da região de saúde do Alto Tietê (51,85%) e do Estado de São Paulo (58,98%) (Tabela 4).

O município B faz parte da Região de saúde Vale do Paraíba/ Região Serrana, distando 173 Km da capital do Estado de São Paulo. Segundo o Censo de 2010, apresenta uma população de 6.486 habitantes. Tem estimativa de crescimento para o ano de 2015 de 4,33%. Apresenta PIB *per capita* de R\$ 10,88 (em R\$ 1.000) e IDH de 0,706. Em relação ao nível de escolaridade da população do município, 18,87% apresenta ensino fundamental completo, 17,54% ensino médio e 5,02% ensino superior (Tabela 3).

Grande parte de seus condicionantes estruturais de saúde são discrepantes quando comparados tanto ao município A, quanto à Região de Saúde (Vale do Paraíba/ Região Serrana) e ao Estado de São Paulo. Apresenta uma cobertura da ESF de 100% da população, segundo dados do

Ministério da Saúde, contando com somente duas equipes de ESF. Não apresenta equipe do NASF.

Existem 2,16 estabelecimentos em saúde para cada 1.000 habitantes, além de 0,92 médicos e 2,31 profissionais de saúde com ensino superior não médicos. Sua produção ambulatorial no ano de 2013 no âmbito da AB foi de 89.179 procedimentos por ano para cada mil habitantes. Na média complexidade apresenta um total de 1.669 procedimentos (Tabela 4).

Tabela 3: Condicionantes socioeconômicos

	UF	Região de Saúde	Município	Região de Saúde	Município
	São Paulo	Alto do Tietê	A	Vale do Paraíba/ Região Serrana	B
Área (em Km2)*	248222,80	2839,62	318,68	4237,77	133,01
Densidade demográfica****	166,23	938,06	3834,51	131,48	48,76
População*	41.262.199	2.663.739	1.221.979	557.197	6.486
Projeção população 2015 ****	44.396.484	2.901.042	1.324.781	602.742	6.767
Produto interno bruto <i>per capita</i> - 2011 (em R\$ 1.000) ****	32,45	26,65	35,25	26,98	10,88
IDH**	0,783	-	0,763	-	0,706
Pessoas de 10 anos e mais de idade - sem instrução e fundamental incompleto*	41,92	43,35	41,54	41,82	58,58
Pessoas de 10 anos e mais de idade - Fundamental completo e médio incompleto*	18,77	19,79	17,85	20,24	18,87
Pessoas de 10 anos e mais de idade - médio completo e superior incompleto*	26,81	28,10	29,70	27,98	17,54
Pessoas de 10 anos e mais de idade - superior completo*	11,68	7,68	10,54	8,56	5,02
Pessoas de 10 anos e mais de idade - instrução não determinada*	0,83	1,08	0,36	1,40	0,00
FONTE * Censo IBGE 2010 ** PNUD 2010 ***Contas Regionais IBGE 2011 ****resbr.net.br					
Elaborado pelo autor					

Tabela 4: Condicionantes de saúde

	UF	Região de Saúde	Município	Região de Saúde	Município
	São Paulo	Alto do Tietê	A	Vale do Paraíba/ Região Serrana	B
Estabelecimentos / mil hab*	1,54	0,48	0,52	1,89	2,16
Estabelecimento Vigilância Epidemiológica - dez/13*	1.230	28,00	1,00	13,00	1,00
Médicos / mil hab*	2,26	1,57	1,99	2,01	0,93
Outros Profissionais de Saúde - nível superior / mil hab*	3,58	2,07	2,43	3,37	2,31
Equipes Saúde Família credenciadas pelo MS - Fev/2014**	-	-	198,00	-	2,00
NASF credenciados pelo MS - Fev/2014**	-	-	10,00	-	0,00
Total da produção ambulatorial Atenção Básica mil/hab - 2013***	7.962,77	5.967,97	5.013,63	11.249,87	89.178,08
Total da produção ambulatorial média complexidade - 2013***	371.625.989	19.623.887	8.923.254	4.871.299	1.669
Despesa total em saúde mil/hab - 2012***	579,53	449,75	537,19	510,32	564,26
% População beneficiária de planos de saúde - 2013 ****	58,981	51,848	59,623	47,886	9,728
Cobertura ESF %****	39,07	29,6	33,27	34,8	100
Fonte: *CNES **DAB ***PNUD 2010 ****Elaboração pelo autor					
Elaborado pelo autor					

Em relação à estrutura etária, o município A apresenta pirâmide etária similar ao padrão do Estado de São Paulo e nacional, com base diminuída, ou seja, com menor número de nascimentos, assim como um corpo robusto, apresentando nele a maior parte da população (Gráfico 6).

O município B apresenta padrão destoante em relação ao município A, ao Estado de São Paulo e à população brasileira. Trata-se de uma pirâmide com base diminuída e corpo com proporção igual, ou seja, indivíduos entre os 15 e 50 anos em porcentagens populacionais muito similares. A população feminina é ainda maior a partir dos 70 anos em relação aos homens (Gráfico 6).

Gráfico 6: comparação pirâmide etária municípios selecionados, São Paulo e Brasil

Fonte: IBGE, 2014

Resultados

No presente trabalho foram entrevistados 15 indivíduos. Destes, nove no município A e seis no município B. Em termos totais, foram cinco entrevistados representantes da gestão de saúde desses municípios e dez profissionais que trabalham efetivamente na ponta, ou seja, no programa em si, tendo o contato direto com os usuários.

Os cinco gestores entrevistados são do sexo feminino, tendo 40% idade entre 41-50, outros 40% entre 51-60 anos e 20% entre 31-40 anos (Gráfico 7).

Em relação aos profissionais, 60% são do sexo masculino e 40% do sexo feminino, tendo idades entre 20-30 anos (50%), 30% entre 31-40 e a soma do restante é de 20%.

Gráfico 7: Distribuição entrevistados em relação a idade. São Paulo, 2014

Os sujeitos do município A apresentam-se como 4 representantes da gestão município: Secretário Adjunto de Saúde Municipal, Coordenador de Atenção Básica, Coordenador de Práticas Integrativas e Complementares e Gestor do Polo Academia da Saúde. Todos realizaram formação em nível superior em áreas da saúde, além de ao menos uma especialização visando à formação em temas como saúde pública ou administração pública. Dentre os demais se apresentam um educador físico, dois enfermeiros, um psicólogo, um arteterapeuta. Todos os profissionais do programa participaram da pesquisa durante o período de coleta de dados, com exceção de um profissional fisioterapeuta que gozava de licença maternidade, e um professor de dança voluntário que foi excluído da amostra (Gráfico 8).

Para o segundo caso apresentado foi entrevistada somente uma pessoa na gestão, a qual acumula os cargos de Secretário Municipal de Saúde e Gestor do Polo Academia da Saúde, além de cinco profissionais, tendo um deles a formação de professor de dança e os demais formação em educação física (Gráfico 6).

No município A, tanto o Secretário Adjunto de Saúde como o Coordenador de Atenção Básica se encontram em seus cargos há mais de dois anos. O Coordenador de Práticas Integrativas e Complementares exerce a função em um período entre 13 e 24 meses e o Gestor do Polo PAS encontra-se no cargo há 8 meses, sendo anteriormente coordenadora de Unidade Básica de Saúde. Em relação aos profissionais, 50% desses desempenham sua função no Programa em período que vai de 7 a 12 meses, 33% em um período maior de 13 meses e 17% há menos de seis meses (Gráfico 9).

Gráfico 8: Distribuição dos entrevistados em relação a sua função. São Paulo, 2014

A carga horária de trabalho no PAS varia, dependendo da função exercida e de sua participação em outros programas ou ações vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. Com exceção do educador físico, com vínculo no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), todos os demais profissionais são empregados de forma a realizar ações exclusivamente no programa. Todos têm vínculos estatutários com o município

No município B o gestor se encontra no cargo há mais de quatro anos, acumulando a função de gestor do polo PAS desde o momento de sua instituição, no ano de 2011. Segundo o gestor, não existe necessidade de contratação de um profissional específico para a função, uma vez que se trata de um município de pequeno porte, onde são escassos os recursos financeiros, e as demandas como Secretário de Saúde permitem que desempenhe tal função.

Dentre os profissionais vinculados ao programa, 80% mantinham vínculo de trabalho no PAS há 13 meses ao menos. Os 20% restantes estavam no cargo há um período entre de seis a doze meses. Em relação ao

tipo de vínculo profissional, dois desses profissionais (educadores físicos) foram contratados por processo licitatório em processo de pessoa jurídica. Estes faziam a contratação dos outros educadores físicos de forma independente da gestão municipal. Somente um dos profissionais apresentava contrato de prestador de serviço temporário junto à administração municipal.

Ainda em relação aos profissionais entrevistados, 53% relataram trabalhar junto ao Programa Academia da Saúde por afinidade com o objetivo do trabalho/Programa. Para 20%, tratava-se de oportunidade de trabalho; 13% relataram a flexibilidade de horários como motivo, e 14% referiram o ganho de experiência profissional recebimento de remuneração financeira adequada (Gráfico 10).

Gráfico 9: Tempo de execução função no PAS, município “A”. São Paulo, 2014

Gráfico 10: Motivo pelo qual mantém-se trabalhando no PAS. São Paulo, 2014

Para 60% dos profissionais do município A, trabalhar no PAS era somente um emprego por tempo determinado, existindo a intenção de crescer na carreira ou buscar novas oportunidades que trouxessem melhor remuneração. No município B, para 20% dos profissionais este era um emprego por tempo determinado, ou seja, 80% dos profissionais estavam satisfeitos com suas posições e desejavam manter o atual vínculo empregatício.

Ambos os municípios estudados foram contemplados com a instalação do PAS por critérios de similaridade.

No município A, pertencente à Região de Saúde do Alto Tietê, a proposta ocorreu com a transformação de um centro de convivência instalado próximo a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em um polo do Programa Academia da Saúde. O espaço realizava previamente atividades junto a entidades sociais do distrito focadas em ações educativas, não somente em saúde, voltadas para inserção dos participantes em um contexto social

favorável. Aliado a esse fato, era parte do centro de convivência uma quadra poliesportiva e equipamentos de ginástica onde a comunidade poderia usufruir da prática de atividade física.

Segundo o projeto de implantação do Polo da Academia da Saúde do município A (2011), o local com o programa em funcionamento apresentava população de baixa renda, residente em sua maioria em áreas de ocupação, apresentando documentação irregular de suas casas. A população era majoritariamente adulta jovem, entre 19 e 40 anos, havendo, nesse distrito sanitário 90% de população SUS dependente.

O município A contava ainda com onze polos em fase de construção ou de compra de equipamentos (Quadro 6). Todos esses polos atendiam às exigências da modalidade ampliada, ou seja, cada polo devia conter três espaços, sendo um destinado a vivência, multiuso e espaço com equipamentos.

O espaço de vivência era uma área coberta, sendo ponto de referência do polo, abrigando grande parte de sua programação. O espaço multiuso se localizava em uma área livre, permitindo o desenvolvimento de atividades para grupos maiores. Por fim, o espaço com equipamentos era destinado ao desenvolvimento de práticas corporais e atividades físicas em uma série de equipamentos.

No município B, da Região de Saúde do Vale do Paraíba/Região Serrana, foi realizado um ajuste em ação previamente realizada no município, para adequação aos critérios estabelecidos. Tal ação consistia em aulas de dança (fato enquadrado como prática de atividade física) e teatro para jovens, mas em local inadequado. Assim, a Secretaria Municipal de Saúde

remanejou a atividade para outro local. Esse novo espaço apresentava características pedidas pelo MS, tornando possível a instalação do PAS.

O município B foi ainda contemplado com um novo polo do Programa, sem critério de similaridade, ou seja, foi construído a partir de incentivo financeiro do MS.

Quadro 6: Número de Polos Programa Academia da Saúde nos municípios Estudados. 2014

	Critério Similaridade	Sem Critério Similaridade	
		Em Funcionamento	Construção
Município A	1	0	11
Município B	1	1	0

Uma peculiaridade apresentada pelo município B em relação à estrutura de implantação dos polos chamou atenção. Mesmo havendo a implantação de dois polos do Programa, as atividades ocorriam de fato em onze locais descentralizados de ação, ou seja, nove deles não eram apresentados como os solicitados pelo governo federal para a instalação do programa.

Esses nove locais improvisados eram em sua maioria Igrejas, quadras poliesportivas ou salões, não apresentando as três condições de infraestrutura (estrutura de vivência, espaço multiuso e espaço com equipamentos).

Essa mudança em relação à iniciativa federal ocorreu no município, segundo 33,3% dos entrevistados, devido à concentração demográfica relativamente baixa (48,76 hab/km²) e do baixo número de habitantes no

município, valor próximo aos 6.500 habitantes (Tabela 3). Dessa forma, indivíduos residentes em locais afastados não precisavam se deslocar para as duas regiões onde os polos estão concentrados. Os profissionais se deslocavam para as regiões a atender.

Outro fator relatado pelos mesmos entrevistados que exemplificou a problemática de realizar atividades descentralizadas se refere à necessidade de o Programa ocorrer durante 8 horas diárias, conforme exigência do Ministério da Saúde. Segundo o gestor do polo, o profissional não teria demanda de trabalho para 8 horas/dia de trabalho nos dois polos pactuados junto ao governo federal, uma vez que os usuários não utilizavam o programa durante o horário comercial. Logo, a descentralização dos polos expandia as ações do programa para locais que não seriam atendidos e permitia que uma maior parcela da população fosse acolhida.

A entrada na agenda do Programa Academia da Saúde nos municípios estudados ia ao encontro das políticas adotadas no âmbito do governo federal.

O aumento da expectativa de vida, a diminuição das taxas de natalidade e o aumento da incidência das DCNT alteraram a visão de produção de saúde médico-centrada, curativa, em que a saúde é simplesmente a não existência de alguma comorbidade e/ou doença. Dessa forma, ao colocar as equipes de saúde no território da população, tais necessidades e os determinantes sociais de saúde puderam ser compreendidos. Atividades que visavam às mudanças de hábitos puderam ser pensadas e desenvolvidas no contexto de busca de tais mudanças pela

população, entendendo, mesmo de forma indireta, que as práticas em promoção a saúde eram fundamentais para melhores condições de vida.

Nos processos de formulação, tomada de decisão e implantação do programa, cada um dos entes federativos (União, Estado e Município) tem compromissos e características próprias de atuação, como discriminado pela Portaria N° 2.681 de 7 de novembro de 2013¹⁷.

¹⁷ “Art. 8o- Compete ao MS: (1) elaborar diretrizes para implantação e funcionamento do PAS em âmbito nacional no SUS; (2) elaborar normas técnicas do PAS; (3) definir recursos orçamentários e financeiros para a implantação do PAS; (4) estimular pesquisas nas áreas de interesse para o PAS, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado; (5) estabelecer diretrizes para a educação permanente na área da promoção da saúde e da produção do cuidado, em consonância com as políticas de saúde vigentes; (6) manter articulação com os Estados para estimular a implantação de apoio aos Municípios para execução do PAS; (7) apoiar os Estados e o Distrito Federal no âmbito do PAS; (8) promover articulação intersetorial para a efetivação do PAS com as outras políticas correlatas em âmbito nacional; (8) realizar monitoramento das propostas habilitadas para construção de polos do PAS; (9) propor instrumentos e indicadores para acompanhamento e avaliação do impacto da implantação do PAS no Distrito Federal e nos Municípios; (10) divulgar o PAS nos diferentes espaços colegiados do SUS e da sociedade; (11) identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre o Distrito Federal e os Municípios com o PAS; e (12) fortalecer a construção de Comunidade de Práticas no SUS.

Art. 9o- Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: (1) apoiar os Municípios situados no respectivo Estado na implantação e no desenvolvimento do PAS; (2) promover articulação intersetorial para a implantação do PAS no âmbito estadual; (3) definir recursos orçamentários e financeiros para a construção de polos e para a manutenção do PAS, conforme pactuação e quando necessário; (4) pactuar, junto aos Municípios, os instrumentos e indicadores complementares para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação do PAS; (5) estimular pesquisas nas áreas de interesse para o PAS, em especial aquelas consideradas estratégicas para formação e desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado; (6) identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os Municípios; (7) monitorar e avaliar o PAS no âmbito distrital e estadual junto aos Municípios; e (8) divulgar o PAS nos diferentes espaços colegiados do SUS e da sociedade.

Art. 10. Compete às Secretarias de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios: (1) implantar o PAS no âmbito distrital e municipal; (2) executar os recursos financeiros de investimento repassados pelo MS para a construção de polos do PAS; (3) inserir o PAS no Plano Municipal de Saúde; (4) definir recursos orçamentários e financeiros para a construção de polos e manutenção do PAS, conforme pactuação e quando necessário; (5) apresentar o PAS ao respectivo Conselho de Saúde; (6) elaborar fluxos para o funcionamento do PAS na rede distrital ou municipal e propor fluxos regionais de saúde na Comissão Intergestores Regional; (7) promover articulação intersetorial para a efetivação do PAS no âmbito distrital e municipal; (8) estimular

A influência do Ministério da Saúde para a entrada na agenda política dos municípios, assim como a formulação da política, tomada de decisão e implantação do Programa é visualizada por meio dos métodos de indução utilizados pelo MS sobre os municípios que irão aderir ao programa.

Tais métodos indutivos ocorrem do Ministério da Saúde para os municípios por meio da divulgação de Portarias relativas às diferentes políticas e programas estabelecidos e, sobretudo, na forma de incentivos financeiros para a implantação e para o custeio do programa em cada município.

No presente estudo foram apontadas as duas formas de indução federal. Em ambos os casos houve o processo indutivo por meio de portarias, contemplando critérios de similaridade com programas previamente existentes (Brasil, 2011b), e por meio de custeio (Quadro 3).

Os casos estudados ainda apresentaram polos do programa construídos/ ou em construção por incentivo federal. Dessa forma, foram repassados recursos para a edificação do polo, caso esse fosse novo, por meio de três modalidades de projetos: (1) Básica - repasse R\$80.000,00; (2) Intermediária - repasse R\$100.000,00 e; (3) Ampliada - repasse R\$180.000,00.

O município A recebeu incentivo para a construção de 11 polos da

alternativas inovadoras e socialmente contributivas ao desenvolvimento sustentável de comunidades; (9) estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde na área da promoção da saúde e produção do cuidado; (10) estabelecer instrumentos de gestão e indicadores complementares para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação do PAS; (11) garantir o registro das atividades desenvolvidas no PAS; (12) utilizar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) para envio de informações das atividades ao MS; (13) estimular pesquisas nas áreas de interesse para o PAS, em especial aquelas consideradas estratégicas para a formação e o desenvolvimento tecnológico para a promoção da saúde e produção do cuidado; e (14) divulgar o PAS nos diferentes espaços colegiados do SUS e da sociedade.

modalidade ampliada, além do já em funcionamento. E o município B recebeu incentivo para um polo da modalidade intermediária.

Segundo Nota Técnica de Nº22/2012 do CONASS, até julho de 2011 foram realizados cadastros de 7.506 polos do programa de 3.615 municípios no Brasil. Assim:

Como havia previsão orçamentária para a construção de somente 2.000 polos, o Ministério da Saúde estabeleceu critérios de priorização para a seleção dos municípios da primeira etapa. Cabe registrar que os critérios de seleção foram estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sem qualquer processo de pactuação ou discussão tripartite.

Os critérios adotados foram porte populacional, condição de vulnerabilidade social (população em situação de extrema pobreza) e proporção de propostas cadastradas por Unidade Federativa (Conass, 2012b, p. 3).¹⁸

¹⁸“Foram constituídos três grupos de Municípios e o Distrito Federal:

Grupo 1: Municípios com população acima de 70 mil habitantes localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; Municípios com população acima de 100 mil habitantes localizados nas regiões Sul e Sudeste; e Municípios das Regiões Metropolitanas de Belém, Fortaleza, Recife, Salvador Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Campinas, Baixada Santista, Curitiba e Porto Alegre e da Região Integrada do Entorno do Distrito Federal - RIDE/DF. Grupo 2: Municípios com população entre 50 e 70 mil habitantes localizados nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste; e Municípios com população entre 50 e 100 mil habitantes localizados nas regiões Sul e Sudeste.

Grupo 3: Municípios com população inferior a 50 mil habitantes, com combinação da condição de vulnerabilidade social, a partir da distribuição de população em situação de extrema pobreza. Os grupos receberam como limite superior os seguintes quantitativos de polos, à exceção daqueles que cadastraram número inferior a este limite: Grupo 1: Municípios com população acima de 1 milhão de habitantes: 5 polos para cada Município ou o Distrito Federal; Municípios com população entre 1 milhão e 500 mil habitantes: 3 polos para cada Município; Municípios com população entre 500 mil e 100 mil habitantes: 2 polos para cada Município; Municípios com população inferior a 100 mil habitantes e integrantes da região metropolitana: 1 polo para cada Município. Grupos 2 e 3: 1 polo para cada Município” (Conass, 2012b).

Além do repasse de recursos para a construção do programa, são repassados recursos na forma de custeio, voltados para a contratação e pagamento dos profissionais que atuam no programa. São duas as formas de transferência de recursos, ambas na modalidade fundo a fundo.

A primeira ocorre por meio de repasses via Piso da Atenção Básica (PAB) Variável, e somente ocorre quando existe vínculo entre o polo do Programa Academia da Saúde e um NASF, sendo que cada NASF pode somente ter 3 polos do programa vinculados. A segunda forma decorre da transferência fundo a fundo financiada pelo Piso Variável da Vigilância e Promoção em Saúde (PVVPS), mediante vínculo do polo com uma Unidade Básica de Saúde. O Quadro 7 apresenta maiores detalhes sobre as transferências de recursos.

Nos casos estudados, o município A recebeu os repasses advindos do custeio para o polo por meio do PAB Variável – Atenção Básica por possuir vínculo entre o NASF e o polo do PAS. O município B recebeu recursos vindos do Piso Variável da Vigilância e Promoção em Saúde, uma vez que não possuía equipe do NASF atrelada ao Programa. Por essa razão recebeu o mesmo valor anual de repasses do governo federal que o município A, mesmo possuindo em atividade dois polos do programa.

Segundo informações apontadas pelos gestores municipais de ambos os municípios analisados, o processo de indução Federal – Municipal se acentuou pela pouca presença da figura do governo de estado na tomada de decisão e implantação de programas federais. A figura do ente estadual não foi presente no processo de articulação do programa.

O envolvimento estadual com o PAS ocorreu de forma estritamente formativa, ou seja, era um mecanismo de passagem de informações e autorizações, uma vez que essas, advindas do governo federal para a implantação ou qualquer outra alteração no plano de trabalho do programa, devia ter o consentimento da Comissão Intergestora Bipartite, assim como da Divisão Regional de Saúde (DRS) referente ao município, no caso do Estado de São Paulo.

Quadro 7: Incentivos financeiros repassados pelo Governo Federal para os municípios em função da implementação do Programa Academia da Saúde

Incentivos PAB Variável	Valor	Condições para recebimento do recurso
Atenção Básica	R\$ 3.000,00 mensais por polo	1. Possuir NASF; 2. Possuir polo do Programa Academia da Saúde construído, com o incentivo de investimento do Ministério da Saúde, devendo o polo estar vinculado a esse NASF; 3. Possuir programa habilitado como iniciativa similar ao Programa Academia da Saúde, habilitado em portaria do MS; 4. Serão custeados somente 3 polos por NASF.
Vigilância e Promoção em Saúde	R\$ 36.000 anual por município	1. Não ter NASF no município; 2. Possuir polo do Programa Academia da Saúde, construído com o incentivo de investimento do Ministério da Saúde; 3. Possuir programa habilitado como iniciativa similar ao Programa Academia da Saúde, habilitado em portaria do MS.

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

Esse fato também foi observado quando da análise das Atas das reuniões da CIB de Estado de São Paulo, no período de Abril de 2011 (mês em que foi promulgado o primeiro decreto referente ao Programa) e Outubro de 2014. Nessas atas foi verificado que não ocorreu discussão em nível estadual sobre quaisquer questões relativas ao Programa. Das 42 atas analisadas no período acima citado, 27 (64,3%) apresentaram alguma informação referente ao PAS. Em todas essas atas, os temas abordados foram aprovados para solicitação de verbas, para construção e custeio, mudanças de endereços ou alterações de projeto (Gráfico 11).

Todos os gestores municipais afirmaram, portanto, os limites financeiros nos quais os municípios estavam fincados, por não haver autonomia financeira própria para a implantação e manutenção do Programa e, sobretudo, para o pagamento de profissionais capacitados e melhorias/reformas de infraestrutura. A impossibilidade de existir tal autonomia gerava dependência dos outros entes federativos para continuidade do programa, mas especificamente do ente federal, por meio da indução de recursos financeiros, e ausência do ente estadual, pois, como afirmado acima, sua ação ocorria somente no nível formativo.

Mesmo existindo maior interação União/município, seu processo de pactuação e articulação foi considerada frágil pelos gestores locais, uma vez que tal processo ocorreu de forma normativa e financeira com pouco ou nenhum apoio para a formação técnica do profissional e integração à rede de atenção à saúde.

Ambos os municípios apresentaram projetos de implantação inespecíficos, indicando de forma coerente a população e o território-alvo da

futura intervenção, mas trazendo poucos dados sobre sua proposta de ação, integração com a rede de atenção à saúde, mais especificamente à Atenção Básica, e com a rede intersetorial de apoio à comunidade. Suas atividades eram, em geral, voltadas para a prática de atividade física, desconsiderando a melhora da qualidade alimentar e fazendo breves menções intervenções de outros setores.

Em relação ao fluxo dos usuários do programa, 60% dos profissionais afirmaram que, no município A, a demanda ocorria por meio de indivíduos referenciados e demanda espontânea de outro serviço (no caso deste estudo, de demanda de uma das Unidades Básicas de Saúde, à qual o programa Academia da Saúde presta apoio). No município B, 80% afirmaram que a demanda ocorreu de forma espontânea, e 20% relataram que ocorreu por demanda referenciada e espontânea, mas não souberam informar de qual serviço essa demanda referenciada foi proveniente.

Ao serem questionados sobre a origem dos usuários, os profissionais destacaram que os pacientes eram sempre provenientes de uma região específica do município, em área próxima ao polo.

Sobre a relação entre demanda e capacidade do polo para seu atendimento, um dos profissionais não soube responder e, para os outros, 66,7% consideraram a demanda compatível, 11,1% consideraram a demanda superior à capacidade instalada e 22,2% consideraram inferior (Gráfico 12).

A articulação com a rede de assistência à saúde realizada pelo Programa Academia da Saúde ocorria de forma irregular e frágil em ambos os municípios estudados.

Gráfico 11: Situações na qual o PAS foi citado em reuniões CIB - SP

Fonte: Atas CIB abr/11 a out/14.

Sobre essa temática, no município A, entre os gestores, somente o gerente do polo apresentou respostas para as perguntas. Os demais (Secretário Adjunto de Saúde, Coordenador de AB e Coordenador de Práticas Integrativas e Complementares) não souberam responder perguntas sobre a integração entre o PAS e a rede de saúde, pois estavam “distantes” da realidade do programa.

Tanto o coordenador do polo como os profissionais entrevistados afirmaram que não existia integração com outros serviços, incluindo a Unidade Básica de Saúde ou o NASF, os quais são referências para o polo. Era estabelecido de maneira informal que cada trabalhador iria atuar somente “intramuros”, não estabelecendo diálogos com trabalhadores de outras unidades da saúde, de forma a acompanhar o trajeto dos usuários.

Gráfico 12: Compatibilidade da capacidade do polo com a sua capacidade de atendimento. São Paulo, 2014

O tema da falta de conhecimento das capacidades, das ações e serviços desempenhados por cada estrutura do serviço de saúde também era um fator que dificultava o intercâmbio de informações entre cada equipamento de saúde. Dessa forma, não existia o entendimento do espaço a ser ocupado entre os diferentes serviços da Atenção Básica nas redes de atenção à saúde.

No município B o destaque ocorria pela presença em momentos isolados de um médico, oriundo da Atenção Básica, que fornecia atestados de saúde para que os usuários do Programa continuassem a realizar as atividades físicas propostas. O gestor municipal afirmou que existiam no município incentivos para que os profissionais da Atenção Básica fizessem o encaminhamento para o PAS, mas realizando esse encaminhamento ou não, os profissionais, como relatado acima, não entendiam a existência do

encaminhamento e acreditavam que se tratava de uma demanda espontânea.

Ainda foi relatado por 80% dos profissionais desse município que a integração com o sistema local de saúde ocorria na forma de incentivo para o fornecimento de medicamentos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes melittus (DM), ou seja, existia um processo de “venda casada” em que somente aqueles usuários que participavam das atividades propostas pelo programa fossem aptos a receber os medicamentos fornecidos.

Segundo o gestor municipal, um dos principais fatores que dificultavam a integração do Programa na rede de saúde local ocorria pela falta de conhecimento do profissional sobre as ações e serviços prestados pelo SUS, diminuindo as possibilidades de acesso aos serviços por parte dos usuários.

O polo de ação do Programa devia ser um espaço de comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde, mas havendo dificuldades em relação à sua inserção no serviço, essa comunicação se tornava falha.

Ambos os gestores dos polos argumentaram que se tornava difícil construir um ponto de atenção voltado à promoção quando os profissionais não apresentavam um movimento de distanciamento de sua prática isolada e se tornavam pontos de apoio matricial para ações em diferentes setores da Atenção Básica.

Por fim, ainda relataram a falta de conhecimento dos objetivos do Programa por parte não somente da população, mas também dos profissionais e gestores, o que atrapalhava a relação de trabalho na rede de saúde.

As aplicações práticas de ações intersetorias podem ser visualizadas

de forma superficial a partir do elenco de atividades desenvolvidas pelo polo Academia da Saúde. São preconizadas pelo MS as ações referentes aos eixos de práticas corporais e atividades físicas, produção do cuidado e de modos de vida saudáveis, promoção da alimentação saudável, práticas integrativas e complementares, práticas artísticas e culturais, educação em saúde, planejamento e gestão e mobilização da comunidade.

Segundo os entrevistados do município A, as atividades realizadas no Polo eram as descritas na Tabela 5. Já as atividades conduzidas no município B eram as apresentadas na Tabela 6.

A prática intersetorial foi preponderante para a implantação do projeto por meio de critérios de similaridade com o Programa Academia da Saúde.

No caso trazido pelo município B, a indução por meio da Secretaria Municipal de Saúde sobre a Secretaria de Educação, visou a aperfeiçoar um programa previamente voltado para aulas de reforço escolar e teatro, em uma ação com pretensões de disseminar as atividades físicas. Alterar o local de sua ocorrência e seus objetivos levou à elaboração de uma ação que reunia indivíduos no mesmo local e abordagem intersetorial.

Ao analisar as ações em curso, notou-se um distanciamento das ideias de participação intersetorial, havendo ações voltadas para a prática de atividades físicas, mas negligenciando as outras ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

O polo era, em momentos pontuais, utilizado para ações da Secretaria Municipal de Esporte (SME) e Secretaria Municipal de Cultura (SMC), sendo “emprestado” pela Secretária Municipal de Saúde (SMS) para eventos esportivos, shows, apresentações teatrais ou eventos religiosos. O gestor

entrevistado afirmou que a prática intersetorial não precisava necessariamente ser explicitada à população, pois para esta não existia a diferença de por qual “braço” do governo era provido o serviço. O espaço intersetorial era muitas vezes ocupado por ação de diversos espectros de importância para a melhora da qualidade de vida da população, mas sem uma efetiva relação de trabalho.

Tabela 5: Atividades desenvolvidas PAS município “A”, São Paulo, 2014

Nome atividade	Profissional Envolvido	Número de vezes realizada por semana
Caminhada no parque	Ed. Físico	2
Alongamento	Fisioterapeuta	2
Pilates	Fisioterapeuta	2
Ioga	Fisioterapeuta	1
Esporte para crianças	Ed. Físico	2
Ginástica ao ar livre	Ed. Físico	3
Grupo de Mulheres	Psicólogo	1
Oficina de Linhas	Arteterapeuta	1
Atividade com alunos Escola	Psicólogo	4
Pintura em tecidos	Arteterapeuta	4
Shantala	Arteterapeuta	1
Ande bem, ande verde	Psicólogo	1
Jogos e brincadeira	Psicólogo	1
Roda de conversa 3ª Idade	Psicólogo	1
Aula Axé	Voluntário	1
Lian Gong	Fisioterapeuta	1
Cine Pipoca	Diversos	1
Oficina Culinária*		
* Atividade não iniciada no período de coleta de dados		

Tabela 6: Atividades desenvolvidas PAS município “B”. São Paulo, 2014

Nome atividade	Profissional Envolvido	Número de vezes realizada por semana
Atividade física	Ed. físico	5
Dança	Professor dança	2

Segundo a gestão do município A, um dos problemas de entendimento por parte da população de que o Programa Academia da Saúde era de fato um programa voltado para a promoção à saúde e, em consequência disso, envolvido em práticas intersetoriais estava no nome do mesmo. O termo “academia” dava impressão de que ações exclusivamente voltadas para a prática de atividade física eram realizadas nos polos.

Segundo os profissionais atuantes no município, as atividades que atraíam a população eram as voltadas para o condicionamento físico e que grupos voltados para atividades intelectuais (roda de conversa, pintura e cinema) eram subvalorizados, sendo frequentemente aulas vazias.

Essa questão é facilmente identificada quando no município B somente práticas de esporte eram realizadas, ignorando-se atividades de promoção a saúde e desenvolvimento da comunidade.

Ainda assim, segundo 70% dos profissionais, a participação da população no programa acabava por aumentar o convívio social, elevando as redes de contatos e evidenciando indivíduos na sociedade.

Atuação intersetorial importante ocorria no município A, onde os profissionais atuavam em conjunto com uma escola pública local, atuando em

atividades de interesse dos jovens para a formação social e profissional, além de orientações para os pais dos alunos. Tal aproximação ocorria no sentido de existir um distanciamento do aluno em relação à escola, pois esta era imperativa e podia não existir escolha para a frequência do aluno. Já na Academia da Saúde o espaço era distinto. Tratava-se de um local onde não existia obrigação para participar, onde existia maior sociabilidade, podendo se tornar uma expressão da sociedade e um espaço de convívio social.

Outro ponto de destaque trazido como resultado do presente trabalho diz respeito aos modelos de gestão encontrados nos municípios estudados. Segundo o Art. 13 da Portaria Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013:

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

Nos municípios pesquisados somente um deles apresentou um grupo de apoio à gestão do polo em funcionamento (quadro 8): o município B. Esse grupo foi formado por meio de convites realizados pela secretária municipal para profissionais do programa e usuários participantes. Eram realizadas reuniões bimestrais e, segundo os participantes, tratava-se de um espaço de *feedback* entre os atores envolvidos (SS, profissionais e usuários). Era um

momento de discussão e problematização de atividades, uso do espaço e seu funcionamento.

A atividade do grupo consistia em organizar as atividades oferecidas ao público em relação aos horários, datas e locais, assim como realizar o monitoramento das ações. Este ocorria por meio de processo de pactuação junto aos usuários, sendo primeiramente realizadas pesquisas com os usuários. Em seguida, seus representantes do conselho gestor realizavam a discussão em conjunto com os profissionais e gestores.

O município A apresentava grupo gestor constituído, mas, desde o início de seu funcionamento, nenhum encontro fora realizado. A gestão ficava a cargo do gestor do polo, com interferências da SMS.

Ambos os gestores dos polos apontaram como dificuldade de gestão o fato de as Academias da Saúde serem um espaço público, devendo ser valorizadas, avaliadas e geridas não somente pelo responsável técnico, mas pelos profissionais e usuários.

Quadro 8: Atores sociais participantes dos grupos de gestão do PAS, São Paulo, 2014

	Município A	Município B
Atuação	Nenhuma Grupo existe formalmente, mas sem aspectos de atuação	Reuniões bimestrais Organização das atividades (horários, locais) Monitoramento através de questionários com usuários
Participantes	Gestor Polo 3 Profissionais 3 Usuários	SMS/ Gestor Polo 2 Profissionais 4 Usuários

Por fim, foi apontado pelo coordenador do polo do PAS no município A, como dificuldade para execução do programa, o distanciamento referente à tomada de decisão, sobretudo para a contratação de profissionais, manutenção do espaço e integração com outros serviços da rede de saúde. Tais dados foram também entendidos pelo gestor do polo do município B, que acumula o cargo com o de Secretário Municipal de Saúde. Este afirmou que a proximidade entre o serviço e a gestão facilita o entendimento das necessidades específicas do Programa.

Discussão

O relativo curto período entre o lançamento da Portaria Nº 719, de abril de 2011, dando início ao Programa Academia da Saúde, e o desenvolvimento da presente pesquisa ocasionou a restrição dos casos estudos. Uma maior diversidade dos mesmos poderia possibilitar um melhor entendimento de realidades distintas, garantindo uma maior interação entre os dados coletados nos diferentes casos. Ainda assim, a inclusão de dois municípios com diferentes características socioeconômicas, geográficas e populacionais permitiu verificar a interação do ciclo da política pública nos contextos locais.

Políticas de promoção à saúde começam a surgir de forma mais incipiente na agenda do governo federal a partir dos anos 2000. Ao serem estabelecidas pela indução federal por mecanismos de financiamento, essas são geradas de forma inespecífica. Os gestores locais criam por si ações voltadas para promoção de atividade física, prevenção de violência, redução da mortalidade no trânsito entre outras (Malta et al., 2014).

Com a inclusão na agenda federal entre os anos de 2008-2011, por meio de agregação no Pacto pela Vida, a PNPS e a publicação do Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT, o tema ganha maior destaque, com foco no combate ao tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. (Malta et al., 2014).

O lançamento do PAS muda o status do combate à inatividade física e alimentação inadequada. Torna a preocupação com tais fatos em um

programa em desenvolvimento e implantação.

Apesar dessa preocupação, quando realizada análise da Nota Técnica Nº 16/2011 do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), nota-se que não houve pactuação pelos gestores do SUS sobre as propostas e métodos de implantação do programa. O tema somente foi abordado junto aos grupos de trabalho de Atenção à Saúde e de Vigilância à Saúde da Comissão Intergestora Tripartite ao ser proposta a operacionalização do programa, não havendo, portanto, qualquer discussão no Conass a respeito de sua formulação política (Conass, 2011).

A implantação do programa se confunde com o histórico nacional de políticas voltadas à promoção a saúde/intervenções em promoção da saúde relacionadas a atividades físicas e mudanças de hábitos alimentares. São implantadas não somente visando ao alcance de parcela populacional sujeita a interferências dos fatores de risco, mas também visando a formas de promoção a saúde conduzidas em diferentes níveis (individual, grupos específicos e populações), contextos (clínicas, escolas, local de trabalho e mídia) e abordagens (aconselhamento individual, educação, regulamentos, modificações ambientais).

A transformação de antigos espaços públicos de atividades restritas a um saber – sem apresentar muitas faixas um trabalho intersetorial, como centros de convivência ou projetos focados na realização atividade física – em Polos do Programa Academia da Saúde abriu um leque de possibilidades de atuação, principalmente por permitir a inserção de novos profissionais e atividades, assim como a participação popular por meio dos conselhos gestores no desenho do programa, de acordo com as necessidades

específicas de cada território.

Ao estudar os contextos federativos para a implantação da Rede Amamenta Brasil em Porto Alegre, RS, Corumbá, MS, e no Distrito Federal, Venâncio et al. (2013) apresenta no contexto federal um caráter homogêneo de influência para a implantação de programas por meio de Portarias federais e aporte de recursos financeiros. No nível estadual, relata uma dificuldade de diálogo entre os diferentes municípios, assim como a priorização de programas próprios. Finalmente, no contexto municipal, apresenta como diferencial positivo para a implementação da Rede o apoio com recursos financeiros oriundos do município. Em contrapartida, como diferencial negativo aponta o processo de implantação da política como um problema em decorrência da existência de outros programas similares e a distância entre o implantador da política de sua execução e coordenação.

Tal distância, decorrente da implantação do programa em um município de grande porte, aumenta a burocracia e pode vir a impedir a autonomia do gestor responsável pelo serviço. Tal problema não ocorre em município de pequeno porte, uma vez que a proximidade física leva a um maior entendimento das necessidades para a execução de uma determinada ação.

Ao estudar aspectos relacionados à implantação da Política de Saúde Bucal em Salvador, BA, Soares e Paim (2011) apresentam informações que vão ao encontro dos achados do presente estudo, relacionando a implantação dessa política à ausência de autonomia financeira por parte do município, tornando-o dependente de recursos dos outros entes federativos para sua resolução.

Tal dependência financeira é abordada por Machado (2012), como um dos modelos adotados nos primórdios do SUS e intensificados a partir dos anos 2000, para indução de programas e políticas, juntamente ao planejamento e regulação de ações estratégicas.

Nesse contexto, o planejamento ocorre prioritariamente por ações do Ministério da Saúde, envolvendo aspectos como a entrada na agenda de discussão política, tomada de decisão, proposição de intervenções, identificação de necessidades, elaboração de estratégias e articulação com atores para operacionalizar determinada política ou programa.

A regulação é mediada por Normas e Portarias, definindo prioridades, metas e estabelecendo apoio técnico, ao menos em teoria, entre municípios e estados. O financiamento ocorre por meio de incentivos financeiros à adoção de programas.

Esse modelo começa, a partir de 2003, a sofrer grande número de críticas devido à grande normalização e burocratização das relações intergovernamentais. A forma de alteração desse paradigma, em que existe a ênfase na indução, é apresentada junto ao Pacto pela Saúde, com a proposição de definir responsabilidades coletivas entre os três entes gestores, ou seja, em uma estrutura lógica em que existe apoio intergovernamental (Lima; Queiroz, 2012; Machado, 2012).

No presente estudo, mesmo apresentando um programa lançado em 2011, a relação e apoio intergovernamental aparecem fragilizados, sobretudo na figura do Estado. A relação União-Municípios se mantém, como relatado anteriormente, no Pacto pela Saúde, em que Portarias e incentivos financeiros apresentam o tom para o processo de implantação. Mantém-se

uma estratégia de financiamento por parte do Ministério da Saúde, em que a regularidade das transferências decorre da fidelização das esferas subnacionais à política induzida. A União mantém o poder de decisão na forma pela qual os recursos podem ou não ser aplicados, expressando suas prioridades (Machado, 2012).

No contexto de indução federal e baixo apoio intergovernamental para a gestão do programa, Viana e Machado (2009) relatam que a necessidade de articulação e pactuação entre diferentes esferas de gestão governamental do SUS é uma questão central para a consolidação do Sistema.

Em artigo de análise das Portarias Ministeriais da saúde no período entre 1990 a 2002, Baptista, (2007) aponta as ações do Ministério da Saúde como práticas centralizadoras e verticais por meio da utilização de instrumentos indutivos que submetem os níveis subnacionais, principalmente os municípios. Segundo a autora, tal modalidade de relacionamento acaba acomodando as esferas municipais e principalmente as estaduais, uma vez que o Ministério sustenta suas políticas com garantias, recursos e benefícios.

Uma vez articuladas, as ações de do Programa Academia da Saúde junto à rede de atenção municipal e às três esferas de poder político poderiam minimizar as dificuldades de integração com outros serviços, reforçando o conceito de integralidade, estendendo a oferta organizada de serviços de assistência e prevendo garantias de referencia e contra-referência na rede de atenção. O desenvolvimento de tais articulações poderia levar a um estágio mais avançado de organização entre os diversos níveis e/ou equipamentos de atenção (Giovanella et al., 2002).

No caso do Programa Academia da Saúde, os municípios que implantam o programa, independentemente de suas condições sociais, demográficas, econômicas e culturais, acabam aderindo a um programa de base conformada, mas no qual não são levadas em conta tais diferenças pelo Ministério da Saúde no momento em que a tomada de decisão é feita e é elaborada a política.

Nos casos estudados, tais diferenças podem ser expressas no processo de descentralização dos polos no município B e de integração em ações intersetoriais.

O processo de descentralização pode ser eficiente em regiões com poucos habitantes/baixa concentração demográfica, como é o caso do município B, uma vez que deslocar o profissional para locais mais próximos à comunidade aumenta a adesão e estabelece melhores relações com o serviço. Isso proporciona um maior entendimento da população atendida, possibilitando ajustes a cada contexto social caracterizado por população específica, com problemas de saúde definidos e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Apresenta, portanto, o entendimento de um perfil demográfico, epidemiológico, social e cultural diferenciado (Schramm et al, 2004).

Cabe ressaltar ainda que, segundo o Art. 14 da Portaria N° 2.681, de 7 de novembro de 2013, “O Programa Academia da Saúde será desenvolvido nos espaços dos polos, não havendo impedimento para extensão das atividades a outros equipamentos da saúde ou sociais”. Logo, tal tipo de ação não se configura como uma ação não permitida pelo Ministério da Saúde, mas como um ajuste à proporção de atuação do programa.

Projetos inespecíficos e pouco desenvolvidos também são apontados por Soares e Paim (2011) como pontos de fragilidade no momento da implantação municipal de um determinado Programa ou Política. Costa et al., (2013) afirmam que um projeto previamente bem descrito e realizado por meio do diálogo com a comunidade facilita sua implantação. Um melhor progresso dessa ação ocorreria se as instituições formulassem políticas incluindo responsabilidades pelo seu desenvolvimento aos atores que as implantam.

Ao desenvolver projetos pobres para implantar um determinado programa, ações inesperadas podem surgir, gerando necessidades e demandas não compreendidas.

Considerações Finais

O PAS entra na agenda federal a partir da mudança epidemiológica e demográfica da população brasileira. Esse ente acaba por induzir municípios a implantar programas a partir da lógica federal, por meio de normalização, interesses políticos e, principalmente, incentivo de recursos financeiros.

Apesar de configurado como integrante da Rede de Atenção a Saúde, o programa se apresenta contextualmente fora da rede de atenção, uma vez que não existe integração entre esse serviço e outros pertencentes à rede de serviços locais. Tal processo de baixa integração com a rede de serviços de saúde ocorre devido a diferentes interesses pessoais e processos políticos dos gestores municipais, além de falta de interesse profissional em manter relação com diferentes programas de atenção e serviços de saúde

Tal incompatibilidade em integrar os diferentes equipamentos de saúde acaba acarretando uma falta de diálogo entre os profissionais e mecanismos frágeis ou inexistentes de referência e contra-referência que cuidam da saúde da população, impossibilitando a existência de uma matriz integradora do cuidado. Isso leva a atenção a ser realizada de forma isolada por cada profissional e em relação aos equipamentos da rede de atenção à saúde.

Impossibilita-se dessa forma a atuação da Atenção Primária à Saúde como coordenadora e ordenadora do cuidado, uma vez que diferentes programas ou serviços no contexto da APS não são capazes de estabelecer um diálogo. Imagina-se, portanto, que a coordenação e ordenação do

cuidado também podem ser fragilizadas ao se verificar as relações com os diferentes níveis de atenção a saúde.

Dessa forma, a execução de uma rede de atenção na PAS deve ser mais bem integrada pela aproximação entre os profissionais e normalização dos três entes federativos, de forma a melhorar o processo implantação não somente do programa Academia da Saúde, como de outros programas de interesse público.

Sua implantação ocorre ainda de forma indutiva pelo Ministério da Saúde diretamente aos municípios, havendo a participação dos estados de forma discreta. Tal participação ocorre somente pela necessidade de o processo decisório para sua implantação exigir um parecer favorável pela Comissão Intergestora Bipartite em nível estadual em relação ao planejamento de saúde nos municípios.

É, portanto, incongruente com as propostas de gestão realizadas pelo Pacto pela Saúde, mais especificamente pelo Pacto pela Gestão, em que se almeja realizar uma responsabilização coletiva entre os três entes federativos sobre os programas e políticas implantados no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O Programa Academia da Saúde, apesar de introduzido em um contexto de mudanças de relações entre os entes federativos e de se basear em programas de iniciativas focalizadas, configura-se como uma ação que ainda é implantada como aqueles iniciados na década de 1990, por meio de forte indução federal ao município e por meio de incentivos e recursos financeiros para subsidiar uma agenda federal, não havendo possibilidade de reais adaptações do programa em relação às realidades locais e regionais.

Anexos

Anexo A

Entrevista Secretário Municipal de Saúde e Gestor Polo Programa Academia da Saúde

Pesquisa:

A Configuração do Programa Academia da Saúde como estratégia para a promoção a saúde

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Entrevistador: _____

Município: _____

UF: _____

Endereço:

Telefone: (____) _____

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação do Programa Academia da Saúde no Brasil.

Suas respostas serão mantidas em sigilo.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

Bloco A – Perfil e Inserção Profissional

A.1. Sexo:

☐ 1. Feminino. ☐ 2. Masculino.

A.2. Idade (em anos): _____

A.3. Indique qual a Faculdade que concluiu:

☐ 1. Pública. Especifique (nome e UF):
_____ curso: _____ ano: _____

☐ 2. Privada. Especifique (nome e UF):
_____ curso: _____ ano: _____

A.4. Ano de graduação: _____

A.5. Curso de Pós-Graduação:

A.6. Indique há quanto tempo é secretário de saúde:

- ☐ 1. Até 6 meses.
- ☐ 2. De 7 meses a 12 meses.
- ☐ 3. De 13 meses a 24 meses.
- ☐ 4. Mais de 24 meses.

A.7. Já exerceu outros cargos públicos?

- ☐ 1. Sim. Especifique: _____
- ☐ 2. Não

Bloco B – Contexto

1. Como historicamente se configurou o sistema de promoção a saúde em seu Município? Quais as principais mudanças e inflexões relativas às iniciativas federais?
2. Existe alguma integração entre os entes federativos para a implementação e coordenação do Programa Academia de Saúde? E para outros programas visando promoção e prevenção a saúde? Explique como é feita tal integração.
3. Quando e como se configurou a proposta das Academias da Saúde no município? Quais são os antecedentes e a história desse serviço no âmbito municipal?
4. Como você avalia o papel e o desempenho das Academias da Saúde na estruturação das redes de atenção a saúde?
5. Como são realizadas o monitoramento e avaliação das atividades do programa?

6. Houve necessidade de contratação de novos profissionais para as ações das Academias da Saúde? Quais?
7. Como é realizada a gestão do polo?
8. Quais foram as dificuldades encontradas para a implementação do projeto?
9. E as dificuldades na execução?
10. Você considera os recursos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde suficientes para a implementação e execução a médio e longo prazo?
11. Existem outras formas de recursos utilizados para o custeio do projeto, além dos destinados pelo Ministério da Saúde?
12. Como se dá a convergência de projetos ou programas de saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer dentro das Academias da Saúde?
13. Qual a importância do projeto para o fortalecimento da promoção à saúde e a atenção básica?

Entrevista Coordenador de Atenção Básica e Coordenador de Práticas Complementares e Integrativas

Pesquisa:

A Configuração do Programa Academia da Saúde como estratégia para a
promoção a saúde

(Profissional: Coordenador Atenção Básica)

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Entrevistador: _____

Município: _____

UF: _____

Endereço:

Telefone: (____) _____

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação do
Programa Academia da Saúde no Brasil.

Suas respostas serão mantidas em sigilo.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões
sejam respondidas.

Bloco A – Perfil e Inserção Profissional

A.1. Sexo:

☐ 1. Feminino. ☐ 2. Masculino.

A.2. Idade (em anos): _____

A.3. Indique qual a Faculdade que concluiu:

☐ 1. Pública. Especifique (nome e UF):
_____ curso: _____ ano: _____

☐ 2. Privada. Especifique (nome e UF):
_____ curso: _____ ano: _____

A.4. Ano de graduação: _____

A.5. Curso de Pós-Graduação:

Admite mais de uma resposta; considerar somente cursos concluídos.

☐ 1. Especialização. ☐ 2. Mestrado. ☐ 3. Doutorado. ☐ 4. Não realizou.
Especifique: _____

A.6. Indique há quanto tempo é coordenador da atenção básica:

☐ 1. Até 6 meses. ☐ 2. De 7 meses a 12 meses. ☐ 3. De 13 meses a 24 meses. ☐ 4. Mais de 24 meses.

A.7. Indique o seu vínculo empregatício:

☐ 1. Estatutário. ☐ 2. Celetista. ☐ 3. Contrato por regime especial temporário. ☐ 4. Recibo de pagamento autônomo (RPA). ☐ 5. Bolsa. ☐ 6. Outro. Especifique: _____

A.8. Indique sua carga horária semanal contratual:

☐ 1. 12 h ☐ 2. 20 h ☐ 3. 24 h ☐ 4. 40 h ☐ 5. Outra:

Bloco B – Coordenação da Atenção Básica

1. Quais os principais problemas identificados na gestão da Atenção Básica?
2. Que tipo de demanda é absorvida pela Atenção Básica?
3. Os problemas são abordados de forma sistêmica?
4. Quais as diretrizes políticas e prioridades estabelecidas?

Bloco C – Continuidade

1. Existe articulação entre as UBS/PSF e as Academias de Saúde?
2. Como se dão tais articulações (por meio de instancias, etc)?
3. Existem mecanismos de referências/contra-referências entre Academias de Saúde e UBS/PSF?
4. Quando e como se configurou a proposta das Academias da Saúde no município? Quais são os antecedentes e a história desse serviço no âmbito municipal?
5. Como avalia o papel e o desempenho das Academias da Saúde na estruturação das redes de atenção a saúde?
6. Como são realizadas o monitoramento e avaliação das atividades do programa?
7. Houve necessidade de contratação de novos profissionais para as ações da Academias da Saúde?
8. Como é realizada a gestão do polo?
9. Como se dá a convergência de projetos ou programas de saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer dentro das Academias da Saúde?
10. Existe articulação entre o NASF e as Academias de Saúde?
11. Qual a importância do projeto para o fortalecimento da promoção à saúde e a atenção básica?
12. Quais foram as dificuldades encontradas para a implementação do projeto?
13. E as dificuldades na execução?

Profissional do Polo Programa Academia da Saúde**Pesquisa:**

A Configuração do Programa Academia da Saúde como estratégia para a promoção a saúde

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Entrevistador: _____

Município: _____

UF: _____

Endereço:

Telefone: (____) _____

Este questionário faz parte de uma pesquisa sobre a implantação do Programa Academia da Saúde no Brasil.

Suas respostas serão mantidas em sigilo.

Agradecemos sua colaboração e solicitamos que todas as questões sejam respondidas.

Bloco A – Perfil e Inserção Profissional**A.1. Sexo:**

☐ 1. Feminino. ☐ 2. Masculino.

A.2. Idade (em anos): _____

A.3. Faculdade concluída:

☐ 1. Pública. Especifique (nome e UF):
_____Curso:_____

☐ 2. Privada. Especifique (nome e UF):
_____Curso:_____

A.4. Ano de graduação: _____

A.5. Curso de Pós-Graduação:

Admite mais de uma resposta; considerar somente cursos concluídos.

☐ 1. Especialização. ☐ 2. Mestrado. ☐ 3. Doutorado. ☐ 4. Não realizou. Especifique: _____

A.7. Indique há quanto tempo trabalha nesta Academia da Saúde:

☐ 1. Até 6 meses. ☐ 2. De 7 meses a 12 meses. ☐ 3. De 13 meses a 24 meses. ☐ 4. Mais de 24 meses.

A.8. Indique seu vínculo empregatício:

☐ 1. Estatutário. ☐ 2. Celetista. ☐ 3. Contrato temporário (exceto celetista). ☐ 4. Recibo de pagamento autônomo (RPA). ☐ 5. Bolsa. ☐ 6. Outro. Especifique: _____

A.9. Indique seu empregador/contratante direto nesta Academia da Saúde:

☐ 1. Secretaria Municipal de Saúde. Especifique: _____

☐ 2. Universidade.
Especifique: _____

☐ 3. Organização Social. Especifique: _____

☐ 4. Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) ou Organização Não-governamental (ONG). Especifique: _____

☐ 5. Outros. Especifique: _____

A.10. Indique sua carga horária semanal contratual nesta Academia da Saúde:

☐ 1. 12 h. ☐ 2. 20 h. ☐ 3. 24 h. ☐ 4. 40 h. ☐ 5. Outra:

A.11 Exerce outro trabalho no município:

☐ 1. PSF ☐ 2. NASF ☐ 3. Professor municipal ☐ 4. Atenção Secundária
☐ 5. Outra: _____

A.12. Indique sua faixa de remuneração bruta nesta Academia da Saúde:

☐ 1. Até R\$ 1 mil. ☐ 2. Mais de R\$ 1 mil até R\$ 1 mil e 500. ☐ 3. Mais de R\$ 1 mil 500 até R\$ 2 mil.

☐ 4. Mais de R\$ 2 mil. ☐ 5. Não desejo Responder.

A.13. Antes de trabalhar nesta Academia da Saúde, teve alguma experiência profissional com promoção à saúde por no mínimo 6 meses?

Admite mais de uma resposta; não considerar estágios durante a graduação.

☐ a. Sim, em outro polo Academia da Saúde. Por quanto tempo?

☐ b. Sim, no NASF. Por quanto tempo? _____

☐ c. Sim, projetos sociais. Por quanto tempo?

☐ d. Outro. Especifique: _____ Por quanto tempo? _____

☐ e. Não.

A.14. Você considera sua formação/experiência para o trabalho desenvolvido satisfatória?

☐ 1. Sempre. ☐ 2. Frequentemente. ☐ 3. Algumas vezes. ☐ 4. Raramente. ☐ 5. Nunca.

☐ 6. Não sabe.

A.15. Por que você escolheu trabalhar na Academia da Saúde?

Admite mais de uma resposta.

☐ a. Boa remuneração. ☐ b. Oportunidade de primeiro emprego. ☐ c. Ganho de experiência profissional.

☐ d. Flexibilidade de horário. ☐ e. Flexibilidade de exigência de formação específica. ☐ f. Proximidade do domicílio. ☐ g. Afinidade com o objeto do trabalho ☐ h. Outros. Especifique:

A.16. Qual sua expectativa quanto à permanência nesta ACADEMIA DA SAÚDE?

☐ 1. Emprego por tempo determinado. ☐ 2. Emprego de longa duração.
☐ 3. Não sabe.

Bloco B – Assistência Prestada

B.1. Qual a origem predominante dos pacientes assistidos por seu polo da Academia da Saúde?

☐ 1. Uma região dentro do município. ☐ 2. Todo o município. ☐ 3. Grupo de municípios.
☐ 4. Não existe área de abrangência definida para este polo. ☐ 5. Não sabe.

B.2. Como é o fluxo dos pacientes?

☐ 1. Demanda espontânea ☐ 2. Demanda referenciada ☐ 3. Demanda espontânea e referenciada.
☐ 4. Não sabe.

B.2. Quanto à relação entre demanda e capacidade do polo, você considera que:

☐ 1. A demanda é superior à capacidade de atendimento. ☐ 2. A demanda é compatível com a capacidade de atendimento. ☐ 3. A demanda é inferior à capacidade de atendimento. ☐ 4. Não sabe.

B.5. Na sua experiência, quais as três condições prévias mais frequentemente vistas nos usuários do polo?

☐ a. Hipertensão/crise hipertensiva/ Insuficiência cardíaca ☐ b. Infarto Agudo ☐ c. Diabetes mellitus e complicações. ☐ d. DPOC e Asma. ☐ e. Infecções respiratórias agudas. ☐ f. Abusos de álcool e drogas.
☐ g. Incontinência Urinária ☐ h. Dor lombar/afecções osteoarticulares.
☐ i. Outras. Especifique: _____ ☐
 j. Não sabe.

B.6 Quais atividades são realizadas?

B.7 Como são escolhidas tais atividades?

B.8. Existe Monitoramento e avaliação das atividades?

☐ 0. Não ☐ 1. Sim

B.9. Como são realizadas o monitoramento e avaliação das atividades do programa?

Bloco C – Estrutura

C.1. Como você avalia as condições de infraestrutura física para as atividades nesse polo? (distribuição do espaço, sala(s), iluminação, banheiros, cadeiras)

☐ 1. Ótima. ☐ 2. Boa. ☐ 3. Razoável. ☐ 4. Ruim. ☐ 5. Péssima. ☐ 6. Não sabe.

C.2. Quais os equipamentos disponíveis para utilização no polo?

☐ Colchonetes ☐ Bolas ☐ Pesos ☐ Bastões ☐ Outros: _____

C.3. Como você avalia a disponibilidade de equipamentos para a consulta neste polo?

☐ 1. Ótima. ☐ 2. Boa. ☐ 3. Razoável. ☐ 4. Ruim. ☐ 5. Péssima. ☐ 6. Não sabe.

C.4. Considera que o número de profissionais é suficiente?

☐ 0. Não ☐ 1. Sim

C.4.I. Caso Não, o motivo: _____

Bloco D – Coordenação do Cuidado

D.1. Com que frequência você acompanha indivíduos encaminhados formalmente da atenção básica? (RESPONDER SOMENTE SE EXISTER DEMANDA POR ENCAMINHAMENTOS PARA O POLO)

☐ 1. Sempre. ☐ 2. Frequentemente. ☐ 3. Algumas vezes. ☐ 4. Raramente. ☐ 5. Nunca.
☐ 6. Não sabe.

D.2. Como você avalia a pertinência dos casos encaminhados pela atenção básica atendidos para o polo? (RESPONDER SOMENTE SE EXISTER DEMANDA POR ENCAMINHAMENTOS PARA O POLO)

☐ 1. Ótima. ☐ 2. Boa. ☐ 3. Razoável. ☐ 4. Ruim. ☐ 5. Péssima. ☐ 6. Não sabe.

Bloco E – Coordenação do Cuidado

E.1 Como avalia o papel e o desempenho das Academias da Saúde na estruturação das redes de atenção a saúde?

E.2 Como é realizada a gestão do polo?

E.3 Como se dá a convergência de projetos ou programas de saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer dentro das Academias da Saúde?

E.4. Existem propostas para a valorização do espaço público?

E.5. Existe integração multiprofissional e/ou com a comunidade na construção e execução das ações realizadas no polo?

E.6. Quais são as dificuldades encontradas na execução do projeto?

E.7. Existe articulação entre as UBS/PSF e as Academias de Saúde?

E.8. Como se dão tais articulações (por meio de instâncias, etc)?

E.9. Existem mecanismos de referências/contra-referências entre Academias de Saúde e UBS/PSF?

Anexo B – Parecer Comitê Ética e Pesquisa

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **19/02/2014**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **010/14** intitulado: **“A CONFIGURAÇÃO DO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO A SAÚDE.”** apresentado pelo Departamento de MEDICINA PREVENTIVA

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12).

Pesquisador (a) Responsável: Profa. Dra. Ana Luiza D'Ávila Viana

Pesquisador (a) Executante: Paulo Henrique dos Santos Mota

CEP-FMUSP, 20 de Fevereiro de 2014.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU
RESPONSÁVEL LEGAL**

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO

Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

TELEFONE: DDD (.....)

RESPONSÁVEL LEGAL

.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE : SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO:

Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:

A configuração do Programa Academia da Saúde como estratégia para a promoção a saúde

PESQUISADOR : Paulo Henrique dos Santos Mota

CARGO/FUNÇÃO: Pós-Graduando INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL
Nº 47745-LTF

UNIDADE DO HCFMUSP: Departamento de Medicina Preventiva FMUSP

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO	X	RISCO MÉDIO	☐
RISCO BAIXO	☐	RISCO MAIOR	☐

4.DURAÇÃO DA PESQUISA: 18 meses

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

1 – O objetivo deste estudo é Identificar os processos de formulação, implementação e cumprimento dos objetivos gerais das academias de saúde como política publica de promoção a saúde em âmbito nacional

2 – Para tal serão realizadas entrevistas semiestruturadas, as quais serão gravadas por meio de gravador eletrônico.

3 – Espera-se que o entrevistado não passa por nenhum desconforto uma vez os métodos para coleta de dados a serem utilizados consistem em entrevistas semiestruturadas, não havendo assim intervenções diretas ao indivíduo.

4 – Não há benefício direto para o participante. Trata-se de um estudo de casos múltiplos com o intuito de descrever os processos formulação, implementação e dificuldades encontradas para a implementação das

academias da saúde, com hipótese de que esse programa, a longo prazo pode gerar melhora dos níveis de atividade física e saúde da população mas que com os recursos dispostos atualmente não poderá arcar com os custos de manutenção e pessoal. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício para a população dos municípios estudados e sobre a efetividade de sua implementação.

5 – Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dr^a Ana Luiza D'avila Viana, que pode ser encontrado no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455 Telefone(s) 11 30617087. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

7 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;

8 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;

9 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

10 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo " A configuração do Programa Academia da Saúde como estratégia para a promoção a saúde" Eu discuti com o Pesquisador Paulo Henrique dos Santos Mota sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus

desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do sujeito/representante
legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo
estudo

Data ____ / ____ / ____

Referências Bibliográficas¹⁹

Abegunde DO, Mathers CD, Adam T, et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*. Elsevier; 2007;370(9603):1929–38. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61696-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61696-1/abstract)

Albuquerque MV. *O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros*. Universidade de São Paulo; 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/>

Baptista TW de F. Analysis of rulings by the Brazilian Ministry of Health and reflections on national health policy management. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2007;615–26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300020

Baptista TW de F, Rezende, De M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: MATTOS RA, BAPTISTA TWF,(orgs). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro; 2011. p. 138–72.

Bobbio N, Matteuci N, Pasquino G. *Dicionário de Política*. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1998.

Brandão JTS. Saúde autorreferida e qualidade de vida em praticantes de caminhada do programa academia das cidades, Petrolina - PE. 2012; Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS?&p&nextAction=Ink&exprSearch=646071&indexSearch=ID>

Brasil. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. 1986.

Brasil. Constituição da Republica Federativa do Brasil [Internet]. Brasília; 1988. Disponível em: http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf

¹⁹ De acordo com:

Adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver). Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias da FMUSP. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia A.L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de S. Aragão, Suely C. Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2010. Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

Brasil. Leis etc. Lei 8.080 - Lei Orgânica da Saúde. Ministério da Saúde; Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da União*, Brasília (DF). 1990, 20 set; Seção 1: 18055.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n^o 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n^o 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001. Ministério da Saúde; 2001a.

Brasil. Política Nacional de Promoção à Saúde: documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Pratique Saúde [Internet]. 2005. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/pratique_saude/campanha.htm

Brasil. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria/GM N^o 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde; 2006b.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria N^o 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006c.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria N^o 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d.

Brasil. Mais Saúde Direito de Todos [Internet]. 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/index.php>

Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil Decreto N^o 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Instituiu o Programa Saúde na Escola. Brasília; 2007c.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n^o 4.279, de

30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010a.

Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde 2010b.

Brasil. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria N^o 1.402 de 15 de junho de 2011. Institui os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria N^o 719 de 7 de abril de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto N^o 7.508, de 28 de junho de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011d.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria N^o 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011e.

Brasil. Saúde Brasil 2011 Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília; 2012a.

Brasil. VIGITEL Brasil 2011 Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2012b.

Brasil. Datasus [Internet]. Ministério da Saúde. 2013a [acesso em 13/06/14]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0201>

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria n^o 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 no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2013b.

Brasil. Presidência da República. Ministério da Saúde. Portaria N^o 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013c.

Brasil. Ministério da Saúde. Glossário temático : promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brewer GD. The policy sciences: To nurture and structure a discipline. Santa Monica: The Rand Corporation. 1974.

Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. Rev Bras Estud Popul [Internet]. Revista Brasileira de Estudos de População; 2008;25(1):5–26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982008000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cien Saude Colet [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2000;5(1):163–77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Buss PM. Uma Introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CMF (orgs). *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 176.

Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Cien Saude Colet [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2009 Dec;14(6):2305–16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600039&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Campos CEA. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil [Internet]. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2006. Disponível em: <http://www.rbmfcc.org.br/rbmfc/article/view/36>

Campos GW, Barros RB de, Castro AM de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Cien Saude Colet [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2004;9(3):745–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev Saude Publica. 1997;31(2).

Chor D, Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. Cad Saude Publica [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000 Jan [cited 2014 May 5];16(1):241–4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100025&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Conass. Nota Técnica 16/2011 - Programa Academia da Saúde. Brasília; 2011.

Conass. Nota Técnica 25/2012. Ações de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Brasília: Conass; 2012.

Conass. Nota Técnica 22/2012 - Programa Academia da Saúde ou projetos similares de atividade física. Brasília; 2012.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):7–27.

Costa BVL, Mendonça RD, Santos LC, Peixoto SV, Alves M. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(1):95–102.

Cruz Neto O. O trabalho de Campo como Descoberta e Criação . In: Minayo MCS, Deslantes SF, Cruz Neto O, Gomes R, (orgs). *Pesquisa Social: teoria método e criatividade*. 16^o ed. Rio de Janeiro: Ed. Vozes; 1994. p. 51–66.

Czeresnia D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1999;15(4):701–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1999000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en

DeLeon P. Policy Evaluation and Program Termination. *Policy Stud Rev*. 1983;2(4).

DeLeon P. The Historical roots of the field. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, (orgs). *The Oxford Handbook of Public Policy*. 1^o ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.

Dooley LM. Case Study Research and Theory Building. *Adv Dev Hum Resour* [Internet]. 2002;4(3):335–54. Disponível em: <http://adh.sagepub.com/content/4/3/335.abstract>

Eisenhardt KM. Building Theories from Case Study Research. *Acad Manag Rev* [Internet]. 1989;14(4):532–50.

Elias PEM, Dourado D de A. Sistema de Saúde e SUS: saúde como política social e sua trajetória no Brasil. In: Ibanez N, Elias PEM, Seixas PHD, (orgs). *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 2011.

Etzoni A. The Unique Methodology of Policy Research. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, (orgs). *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2012.

Everett S. The Policy Cycle: Democratic Process or Rational Paradigm Revisited? *Aust J Public Adm* [Internet]. 2003;62(2):65–70. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1111/1467-8497.00325>

Farr J, Hacker JS, Kazee N. The Policy Scientist of Democracy: The Discipline of Harold D. Lasswell. *Am Polit Sci Rev* [Internet]. Cambridge University Press; 2006;100(04):579.

Fausto MCR. *Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira*, 2005. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Ferreira MS, Castiel LD, Cardoso MHC de A. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2011;16:865–72.

Ferreira MS, Najar AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Cien Saude Colet*. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2005;10:207–19.

Fleury S, Ouverney AM. Política de Saúde: Uma Política Social. In: Lígia Giovanella SE, Lobato L de VC, Noronha J de C, Carvalho AI de, (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); 2008.

Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Gadelha P, Noronha JC de, Pereira TR, editors. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/ Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.

Garcia MAA, Rodrigues MG, Borega R dos S. O envelhecimento e a saúde [Internet]. *Revista de Ciências Médicas*. 2012. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/1290>

Gil AC. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Editora Atlas; 2002.

Gil AC. Pesquisa Social. In: Gil AC, (orgs). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 6º ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Giovanella L, Lobato L de VC, Carvalho AI de, Conill EM, Cunha EM da. Sistemas Municipais de Saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. *Saúde em Debate*. 2002;26(60):37–61.

Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? *Cad Saude Publica*. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008;24:21–3.

Giovanella L, Mendonça MHM de, Almeida PF de, Escorel S, Senna M de

CM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2009 Jun;14(3):783–94.

Goodin RE, Rein M, Moran M. The Public and its Policies. In: Moran M, Rein M, Goodin RE, (orgs). *The Oxford Handbook of Public Policy*. Oxford: Oxford University Press; 2012.

Guarulhos. Projeto de implementação do Programa Academia da Saúde. Guarulhos; 2011.

Gummesson E. Case study research and network theory: birds of a feather. Lee B, editor. *Qual Res Organ Manag An Int J* [Internet]. Emerald Group Publishing Limited; 2007;2(3):226–48.

Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, I, Reis RS, Cruz DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não- usuários. *Cad Saúde Pública* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2010;26(1):70–8.

Hartz ZM de A, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” *Cad Saúde Pública* [Internet]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004;20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Hartz ZM de A, Silva LMV da. Avaliação em Saúde dos modelos teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz e EDUFBA; 2010.

Hogwood BW, Gunn LA. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford: Oxford University Press; 1985.

Howard C. The Policy Cycle: A Model of Post-Machiavellian Policy Making? *Aust J Public Adm* [Internet]. 2005;64(3):3–13.

Howlett M. Do Networks Matter? Linking Policy Network Structure to Policy Outcomes: Evidence from Four Canadian Policy Sectors 1990- 2000. *Can J Polit Sci*. 2002;35(2).

Howlett M, Ramesh M, Perl A. *Política Pública Seus ciclos e subsistemas*. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Um Panorama da Saúde no Brasil Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. IBGE. Rio de Janeiro; 2010.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais Uma análise das condições de vida da população brasileira 2012. Rio de Janeiro; 2012.

Kingdon J. Como chega a hora de uma idéia? In: Saravia E, Ferrarezi E, editors. Políticas públicas Coletânea – Volume 1. Brasília: ENAP - Escola Nacional de Administração Pública; 2006.

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Cien Saude Colet. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2010;15(5):2307–16.

Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada; 1974.

Leavell H, Clark EG. Medicina Preventiva. McGrawhill; São Paulo; 1976.

Liira H. How to promote exercise in primary care [Internet]. Scand J Prim Health Care.; 2010. p. 130–1. Disponível em: <http://dx.doi.org/>

Lima LD de. A Comissão Intergestores Bipartite a CIB do Rio de Janeiro. Physis Rev Saúde Coletiva. 2001; 11(1): 199–252.

Lima LD, Queiroz L de FN. O Processo de Descentralização e Regionalização do SUS no Contexto do Pacto pela saúde. In: Machado CV, Baptista TW de F, Lima LD de, (orgs). *Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 229–52.

Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. 2006;367(9524):1747–57.

Machado CV. O Modelo de Intervenção do Estado na Saúde: notas sobre a atuação federal. In: Machado CV, Baptista TW de F, Lima LD de, (orgs). *Políticas de Saúde no Brasil continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 117–48.

Malta DC, Silva MMA da, Albuquerque GM, Lima CM de, Cavalcante T, Jaime PC, et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. Cien Saude Colet. 2014;19(11):4301–12.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. ESP-MG; Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=593478&indexSearch=ID>

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2297–305.

Minayo MCDS, Santos NC dos. Métodos, técnicas e relações em triangulação . In: Minayo MCS, Assis SG, ER S, (orgs). *Avaliação Por Triangulação De Métodos: Abordagem De Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

Ministério da Saúde. A construção de vidas mais saudáveis [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Ministério da Saúde. Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde. *Rev Saude Publica*; 2002;36(1):114–7.

Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”: Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev Saude Publica*. 2002;36(2):254–6.

Ministério da Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília; 2008.

Ministério da Saúde. Academia da saúde: cartilha informativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Moura EC, Moraes Neto OL de, Malta DC, Moura L de, Silva NN da, Bernal R, et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11:20–37.

Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Cien Saude Colet*. 2004;9(3):627– 41.

O'Donnell MP. Definition of health promotion 2.0: embracing passion, enhancing motivation, recognizing dynamic balance, and creating opportunities. *Am J Heal Promot*. 2009/09/16 ed. 2009;24(1):iv. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4278/ajhp.24.1.iv>

Offe C. Problemas Estruturais do Estado. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1984.

Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. *Milbank Q*. 2005;83(4):731–57.

OPAS. Declaração de Santa Fé de Bogotá. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ, editor. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Brasília: Ministério da Saúde/IEC; 1996. p. 41–7.

OPAS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington D.C.; 2007.

Parsons W. Public Policy: An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis. Northampton: Cheltenham; 1996.

Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. Cad Saude Publica. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1992 J;8(2):168–75.

Recife. Decreto N^o 22345 de 18 de Outubro de 2006. Recife; 2006.

Região e Redes Caminho da Universalização da Saúde no Brasil [Internet]. 2014 [acesso em out/2014]. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/indicadores/view/>

Richardson JJ, Jordan AG, Kimber RH. Lobbying, administrative reform and policy styles. The case of land drainage. Polit Stud. 1978;26(1):47–64.

Rychetnik L, Hawe P, Waters E, Barratt A, Frommer M. A glossary for evidence based public health. J Epidemiol Community Health. 2004;58(7):538–45.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. Elsevier; 2011;377(9781):1949– 61.

Schramm JM de A, Oliveira AF de, Leite I da C, Valente JG, Gadelha ÂMJ, Portela MC, et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Cien Saude Colet. Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2004;9(4):897–908

Silva JB, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: Rouquayl MZ, Almeida Filho N, (orgs). *Epidemiologia e saúde*. 6^o ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2006.

Simões EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. Am J Public Health [Internet]. United States; 2009. p. 68–75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.2008.141978>

Siqueira F V, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Physical activity in young adults and the elderly in areas covered by primary health care units in municipalities in the South and Northeast of Brazil. Cad Saúde Pública; 2008;24(1):39–54.

Soares CLM, Paim JS. Aspectos críticos para a implementação da política de saúde bucal no Município de Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saude Publica; 201;27(5):966–74.

Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias. 2006;8(16):20–45.

Starfield B. Atenção Primária à Saúde: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Revista de Administração Pública*. 2002. p. 63-80.

Titmuss RM. What is Social Policy? In: Leibfried S, Mau S, (orgs). *Welfare States: Construction, Deconstruction, Reconstruction Volume I*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited; 1974.

Vasconcelos CM, Pasche DF, Campos GW de S, Akerman M, Carvalho YM de. O sistema Único de saúde In *Tratado de Saúde Coletiva*. 2º ed. Hucitec, Fiocruz; 2009.

Venâncio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H de, Rios GS, Frias PG de. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad Saude Publica* [Internet]; 2013 Nov ;29(11):2261–74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Viana ALD. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para estudos sobre políticas. In: Canesqui AM, (org). *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo. São Paulo: Hucitec; 2007.

Viana ALD, Lima LD de, Oliveira RG de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Cien Saude Colet*; 2002;7(3):493–507.

Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Rev Saúde Coletiva*,. 2008;18(4):645–84.

Viana AL d'Ávila, Baptista TW de F. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC, Noronha J de C, Carvalho AI de, (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes); 2014.

Viana AL d'Ávila, Levcoitz E. Proteção Social: introduzindo o debate. In: Viana AL d'Ávila, Elias PEM, Ibanez N, 9orgs). *Proteção Social Dilemas e Desafios*. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

Viana AL d'Ávila, Machado CV. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. *Cien Saude Colet*; 2009;14(3):807–17.

Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med*. 1997 Dec;127(12):1097–102.

Westphal MF, Campos GW de S. Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças In *Tratado de Saúde Coletiva*. 2^o ed. Rio de Janeiro : Hucitec Fiocruz; 2009.

WHO. Cuidados Primarios de Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primáriosde saúde. Alma-Ata; 1978.

WHO. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa: World Health Organization,; 1986.

WHO. A Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI. Jacarta: WHO; 1997.

WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva, Switzerland; 2003.

WHO. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

WHO. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. World Health Organization; 2011. Disponível em: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/index.html>

WHO. WHO | World Health Statistics 2013 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [acesso em Nov/13]. Disponível em: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/

World DataBank World Development Indicators [Internet]. 2014 [acesso em fev/15]. Disponível em: <http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>

Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010.