MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: **Programa Academia da Saúde**

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
VENDA PROIBIDA

Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Curso de Aperfeiçoamento

Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde

Programa Academia da Saúde

Brasília – DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Curso de Aperfeiçoamento
Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde
Programa Academia da Saúde

Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 700 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde
SAF Sul, Trecho 2, lote 5/6, bloco F, Edifício Premium, Torre I, térreo, sala 16
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Site: <www.saude.gov.br/svs>
E-mail: cgdant@saude.gov.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Departamento de Ciências da Administração
Campus Universitário Reitor João Davi Ferreira Lima
Trindade
CEP: 88040-900 – Florianópolis/SC
Site: <http://ufsc.br/>
E-mail: contato.academiadasaude@cursoscad.ufsc.br

Equipe Técnica do Projeto:
Cassiano Ricardo Rech – Coordenação Pedagógica
Denise Aparecida Bunn – Supervisão do Curso
Eduardo Lobo – Coordenação do Projeto
Luiz Salomão Ribaz Gomes – Coordenação Gráfica
Tânia R. Bertoldo Benedetti – Coordenação Acadêmica

Elaboração de texto:
Alex Branco Fraga – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Aline Cristine Souza Lopes – Universidade Federal de Minas Gerais
Ana Lúcia Souza Pinto – Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde/ Coordenação-geral de Alimentação e Nutrição
Cassiano Ricardo Rech – Universidade Federal de Santa Catarina
Cheila Marina de Lima – Coordenação-geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
Cristiane Scolari Gosch – Organização Pan-Americana de Saúde
Danielle Keylla Alencar Cruz – Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde/ Coordenação-geral de Alimentação e Nutrição
Deborah Carvalho Malta – Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
Eneida Anjos Paiva – Coordenação-geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
Fábio Fortunato Brasil de Carvalho – Coordenação Geral de Gestão da Atenção Básica/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde
Georgia Maria Albuquerque – Secretaria Municipal de Saúde/Moreno/Recife-PE
Juan Carlos Aneiros Fernandez – Universidade Estadual de Campinas
Mariana Gonçalves de Freitas – Coordenação-geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
Marta Maria Alves da Silva – Coordenação-geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
Patricia Constante Jaime – Universidade de São Paulo
Roberta Corrêa de Araújo Amorim – Coordenação-geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde
Rosilda Mendes – Universidade de São Paulo
Tânia R. Bertoldo Benedetti – Universidade Federal de Santa Catarina

Revisão Textual:
Claudia Leal Estevão
Patrícia Regina Costa

Designer Instrucional:
Claudia Leal Estevão
Patricia Regina da Costa

Projeto Gráfico:
Cláudio José Girardi
Dayane Alves
Patrick Veiga

Diagramação e Finalização:
Cláudio José Girardi

Normalização:
Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

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

ISBN 978-85-334-2299-5

1. Promoção da Saúde. 2. Políticas públicas. 3. Atenção à Saúde. I. Título. II. Universidade Federal de Santa Catarina.

CDU 614.39

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0397

Títulos para indexação:
Em inglês: Improvement course: implementation of Health Promotion Policy: Health Academy Program
Em espanhol: Curso de perfeccionamiento: implementación de la Política de Promoción de la Salud: Programa Academia de la Salud

Sumário

Sobre o Curso 11

Apresentação 13

Módulo I – Promoção da Saúde: Histórico do Paradigma, Contribuição das Conferências Internacionais e Perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) 15

Unidade 1 – Histórico da Promoção da Saúde 17

Promoção da Saúde 18

Resumindo 25

Atividades de Aprendizagem 26

Unidade 2 – Contribuição das Conferências Internacionais 27

As Conferências Internacionais Promovidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) 35

Resumindo 46

Atividades de Aprendizagem 47

Unidade 3 – Perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) . 49

Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) 52

Modelo de Solar e Irwin de 2010 57

Resumindo 67

Atividades de Aprendizagem 68

Referências 69

Módulo II – Promoção da Saúde como Política 75

Unidade 1 – Os Fundamentos para a Prática da Promoção da Saúde .. 77

Autonomia 78

Empoderamento 80
Território 82
Participação Social 85
Governança 90
Equidade 92
Intersetorialidade 94
Redes Sociais 97
Sustentabilidade 100
Integralidade 102

Resumindo 107

Atividades de Aprendizagem 108

Unidade 2 – Institucionalização da Promoção da Saúde no SUS ... 109
A Promoção da Saúde nos Programas, no Projeto e no Plano do Ministério da Saúde para enfrentamento das DCNTs 119

Unidade 3 – Novos Arranjos no SUS: as Redes de Atenção à Saúde . 133
Rede de Atenção à Saúde 134
Modelo de Atenção à Saúde 137
Atenção Básica no Contexto das Redes de Atenção à Saúde 143
Política Nacional de Atenção Básica 145
Atenção Básica à Saúde 147
Estratégias e Ferramentas Utilizadas pela Atenção Básica à Saúde 153

Resumindo 163

Atividades de Aprendizagem 164

Referências 165

Módulo III – O Programa Academia da Saúde 175

Unidade 1 – O Programa Academia da Saúde 177
O que é o Programa Academia da Saúde 178

Resumindo 185

Atividades de Aprendizagem 186

Unidade 2 – A Construção do Programa Academia da Saúde 187
Como Chegamos ao Programa Academia da Saúde? 188
O Programa Academia da Saúde: uma estratégia de promoção à saúde 193
A Promoção da Saúde e a Educação em Saúde no Contexto do Programa Academia da Saúde 196

Resumindo 208

Atividades de Aprendizagem 209

Unidade 3 – Ações de Promoção da Saúde no Programa Academia da Saúde 211
Promoção da Saúde no Território 212

Resumindo 253

Atividades de Aprendizagem 254

Unidade 4 – Monitoramento das Ações do Programa Academia da Saúde 255
O Monitoramento dos Polos do Programa Academia da Saúde ... 256

Resumindo 264

Atividades de Aprendizagem 265

Referências 266

Módulo IV – Planejamento do Programa Academia da Saúde 275

Unidade 1 – O Planejamento 277
Ações Planejadas 278
Breve Histórico sobre Planejamento em Saúde 281
Método de Planejamento em Saúde 286

Resumindo 289

Atividades de Aprendizagem 290

Unidade 2 – Passos de Planejamento em Saúde 291
Os Passos 292
Resumindo 323
Atividades de Aprendizagem 324
Referências 325

Módulo V – Planejamento do Programa Academia da Saúde: na prática 329

Planejamento do Programa Academia da Saúde 331
Operacionalização do Programa Academia da Saúde 332

Currículo Autores 337

Sobre o Curso

Curso de Aperfeiçoamento

Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde.

Ementa

Promoção da saúde, histórico do paradigma, contribuições das conferências internacionais e perspectiva dos determinantes sociais da saúde. Os fundamentos para a prática da Promoção da Saúde, institucionalização da promoção da saúde no SUS, novos arranjos no SUS: as redes de atenção à saúde, o Programa Academia da Saúde, a construção do Programa Academia da Saúde, ações de promoção da saúde no Programa Academia da Saúde. Planejamento das academias de saúde.

Público Participante

Profissionais de nível superior, efetivos ou temporários, de Secretarias Municipais que atuem, prioritariamente, na gestão e/ou na coordenação e/ou no apoio técnico e/ou no desenvolvimento direto das atividades do Programa Academia da Saúde e/ou similar; das Secretarias Estaduais que atuem na supervisão e/ou no apoio técnico no Programa Academia da Saúde e/ou similar; e do Ministério da Saúde que atuem na supervisão e/ou no apoio técnico no Programa Academia da Saúde e/ou similar.

Promoção

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde

Execução

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Socioeconômico
Departamento de Ciências da Administração
Laboratório de Produção de Recursos Didáticos para a Formação de Gestores

Apresentação

O *Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde* representa o anseio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) em divulgar os conhecimentos relativos à promoção da saúde e sua potencialidade em garantir qualidade de vida à população, visando a um processo de qualificação da prática profissional e de melhoria dos serviços prestados.

A formação e a educação permanente foram apontadas como tema prioritário na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que passou, recentemente, em 2013 e 2014, por um importante processo participativo e democrático de revisão. Nesse sentido, o presente curso configura-se como uma forma estratégica de mobilizar, sensibilizar e promover a capacitação de gestores e de trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de ações em Promoção da Saúde.

Uma importante estratégia intersetorial e participativa de Promoção da Saúde e produção do cuidado é o Programa Academia da Saúde, priorizado pelo Ministério da Saúde desde 2011. O Programa adota uma concepção ampliada de saúde que parte do reconhecimento do impacto social, econômico, político e cultural sobre a saúde.

Desse modo, o curso tem como principal proposta criar um processo sistemático de formação para desenvolver competências conceituais e técnicas que visam à análise e à ampliação dos modos de produção de saúde, com base, principalmente, na nova versão da PNPS e no Programa Academia da Saúde. Neste curso pretende-se, ainda, estabelecer uma estratégia de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos libertadores, emancipatórios e críticos, concretizando, portanto, uma ação de Promoção da Saúde educadora e formadora.

O conteúdo apresentado neste material é resultado do trabalho conjunto da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), no qual gestores, técnicos, consultores e pesquisadores debruçaram-se para afinar o arcabouço teórico com as demandas e os objetivos governamentais e sociais atuais, em prol de uma prática de Promoção da Saúde consciente e inovadora.

Assim, nos módulos, são discutidos os conceitos de Promoção da Saúde, as políticas de saúde correlatas, as ações de planejamento e, finalmente, o Programa Academia da Saúde, contextualizando, ainda, a história e os últimos arranjos institucionais para organização dos serviços e das ações de saúde na Atenção Básica.

O *Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde* tem o objetivo de promover uma formação que auxilie na tarefa e no compromisso cotidiano dos profissionais, a fim de que se tornem multiplicadores de conceitos e de estratégias da promoção da saúde, solidificando a aposta do SUS na melhoria de determinantes sociais da saúde para garantir a qualidade de vida de todos nós, cidadãos brasileiros.

Módulo I

Promoção da Saúde: Histórico do Paradigma, Contribuição das Conferências Internacionais e Perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Unidade 1

Histórico da Promoção da Saúde

Objetivo

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Aprender sobre a construção histórica da Promoção da Saúde.

Prezado Participante,

Neste primeiro Módulo do curso, revisaremos fatos de alguns períodos da história da saúde, com destaque para a construção das abordagens do processo saúde-doença e o surgimento da medicina preventiva, base para a construção do conceito de Promoção da Saúde. Você poderá contar com ferramentas importantes de apoio didático, como o Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA) e o contato com o Tutor, para dirimir suas dúvidas.

Lembre-se de fazer uso desses suportes, se dedicar à resolução das atividades de aprendizagem e realizar as leituras complementares. Sua capacidade disciplinar e sua proatividade são seus aliados a partir deste momento.

Bons estudos!

Promoção da Saúde

A relação entre saúde e condições gerais de vida das populações foi constatada e explicitada na própria origem da medicina moderna. Especialmente no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX, o processo de urbanização e de industrialização na Europa provocou grandes transformações sociais: a deterioração das condições de vida e de trabalho, nas cidades, se fez acompanhar de um aumento da ocorrência de epidemias. Os médicos envolvidos com o intenso movimento social que emergiu nesse período, ao relacionarem a doença com o ambiente, articulavam-na também às relações sociais que o produziam. A medicina fundia-se à política

e expandia-se em direção ao espaço social, como literalmente expressou ***Virchow***:

> A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala (VIRCHOW, 1972 apud ROSEN, 1979, p. 80).

A ocorrência das doenças foi então associada às condições de existência e às formas de vida dos sujeitos, tornando-se efeito de processos históricos. Esse pensamento identificava-se na época com a perspectiva anticontagionista, que atribuía a doença a um desequilíbrio do conjunto de circunstâncias que interferem na vida de um sujeito ou de uma população, constituindo uma predisposição favorável ao surgimento de doenças. O movimento contagionista, ao contrário, enfatizava a necessidade de precisar uma causa específica como origem da doença, o que na época era considerado conservador e ultrapassado (ACKERKNECHT, 1948).

Porém, o movimento contagionista tornou-se de certa forma vitorioso quando ganhou uma qualidade distinta com o surgimento da teoria dos germes (CZERESNIA, 1997). As doenças passaram, então, a ser compreendidas como a relação entre agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas. A explicação microbiológica para a causa das enfermidades forneceu à medicina a condição de interferir no curso das doenças transmissíveis, que eram o principal problema de saúde pública (NUNES, 1998).

Rudolf Carl Virchow

Médico patologista, arqueólogo, antropólogo e político germânico, conhecido como o criador da patologia celular e do conceito de Epidemiologia Social, trabalhou como residente no Charité Hospital (1843–1845), na cidade de Berlim, cidade onde estudou histologia patológica e descreveu um dos primeiros casos de leucemia conhecidos. Pesquisando uma epidemia de febre tifóide na Alta Silésia, contrariou a medicina oficial ao atribuir a ocorrência do problema à deficiência das condições de higiene em que viviam as camadas mais pobres da população. Se tornou palestrante da universidade local (1847) e, como professor de anatomia patológica (1848–1849), foi demitido acusado de atividades revolucionárias contra o governo prussiano. Fonte: Brasil Escola (2013).

Segundo Rosen (1979), o doente e o seu ambiente passaram para um plano secundário, já que foi estabelecida uma relação de causa e efeito entre germe e doença. A preocupação principal do médico tornou-se a doença, e não o paciente.

O conflito entre aqueles que propunham prioritariamente causas e intervenções gerais – por exemplo, sobre a fome e a miséria – e os que buscavam prioritariamente causas e intervenções específicas continuou existindo. Mckeown (1979), por exemplo, demonstrou que a redução da mortalidade na Inglaterra depois de 1840 ocorreu, em escala muito maior, mais em virtude do desenvolvimento econômico, de melhor nutrição e de outras mudanças favoráveis no nível de vida do que das intervenções específicas da medicina.

No entanto, a poderosa influência da bacteriologia no desenvolvimento da medicina convergiu para o privilégio de intervenções específicas, individualizadas, de cunho predominantemente biológico, centradas no hospital, com progressiva especialização e incorporação indiscriminada da tecnologia. Consolidou-se, assim, a posição privilegiada da medicina e dos médicos na definição dos problemas de saúde e na escolha das ações necessárias ao controle, tratamento e prevenção das doenças (TORRES, 2002; CZERESNIA, 2003).

O movimento da medicina preventiva surgiu entre o período de 1920 e 1950, na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá, em um contexto de crítica à medicina curativa. Esse movimento propôs uma mudança da prática médica por meio da reforma no ensino médico; buscava a formação de profissionais médicos com uma nova atitude nas relações com os órgãos de atenção à saúde; ressaltava a responsabilidade dos médicos com a Promoção da Saúde e a Prevenção de Doenças; introduzia a epidemiologia dos fatores de risco; e privilegiava a estatística como critério científico de causalidade (AROUCA, 2003; TORRES, 2002).

Segundo Arouca (2003), o discurso da medicina preventiva emergiu em um campo formado por três vertentes:

- a higiene, que surgiu no século XIX;
- a discussão dos custos da assistência médica; e
- a redefinição das responsabilidades médicas, que aparece no interior da educação médica.

O termo Promoção da Saúde foi utilizado pela primeira vez por Henry Ernest Sigerist, historiador da medicina, quando, em 1945, ele definiu quatro funções da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente e reabilitação (TERRIS, 1996). Era o movimento da medicina preventiva que começava a surgir entre os períodos de 1920 a 1950, em um contexto de crítica à medicina curativa (WESTPHAL, 2006).

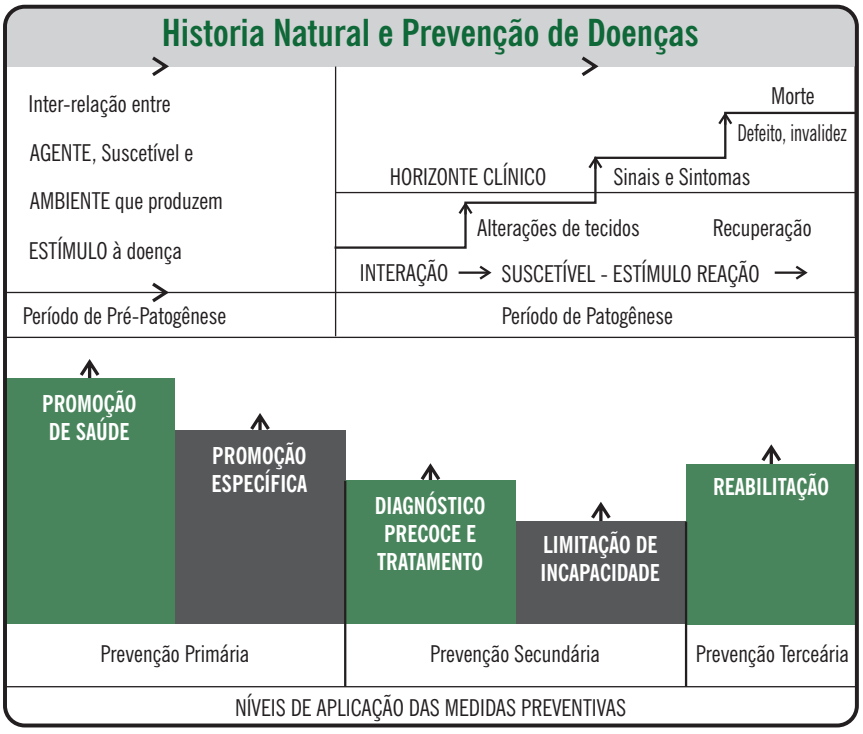
A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada no livro de Leavell e Clark, *Medicina Preventiva* (1976), cuja primeira edição foi publicada em 1958. Esses autores discutem três conceitos importantes no campo da medicina preventiva:

- De **tríade ecológica**, que se refere ao modelo de causalidade das doenças a partir das relações entre agente, hospedeiro e meio ambiente.
- De **história natural das doenças**, que, de acordo com Leavell e Clark (1976), se refere às inter-relações do agente, do hospedeiro e do meio ambiente que agem globalmente, desde as forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente até as que agem nas alterações que ocasionam um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênse):
- De **prevenção**, que se refere à uma ação antecipada, com base na história natural para se tornar difícil o progresso seguinte da doença, segundo mencionam Leavell e Clark (1976), e apresenta, ainda de acordo com os autores, três fases:

- de **prevenção primária**, que é realizada no período de pré-patogênese e subdivide-se nos níveis Promoção da Saúde, definida como um conjunto de ações que desenvolveriam uma saúde "ótima"; e proteção específica, com foco na criação de barreiras que impeçam o contato com agentes contaminados do meio ambiente e exterminem agentes patológicos;
- de **prevenção secundária**, que também se subdivide nos níveis diagnóstico e tratamento precoce e limitação da invalidez; e
- de **prevenção terciária**, que diz respeito às ações de reabilitação.

Na Figura 1, você encontra um esquema para compreender melhor o modelo de intervenção em saúde desenvolvido por Leavell e Clark (1976).

Figura 1– Esquema da história natural das doenças



Fonte: Leavell e Clark (1976).

O modelo explicativo e as ações propostas por Leavell e Clark significaram um grande avanço na década de 1960, uma vez que olhavam a doença numa perspectiva multicausal e processual.

Esses autores chamaram a atenção dos profissionais de saúde sobre o potencial das ações, o ambiente e sobre os estilos de vida na prevenção de doenças. Inovaram também na proposição de medidas preventivas, incluindo ações educativas, comunicacionais e ambientais às já existentes – como as laboratoriais, as clínicas e as terapêuticas – em busca de complementação e reforço da estratégia. As ações sugeridas por Leavell e Clark para a Promoção da Saúde privilegiavam ações educativas normativas voltadas para sujeitos, famílias e grupos (BUSS, 2003).

Como menciona Arouca (2003), o ideário da medicina preventiva acabou por produzir uma redução dos aspectos sociais do processo saúde e doença, naturalizando-os ao construir modelos explicativos a-históricos do adoecer humano.

Sem dúvida, as ações de Promoção da Saúde apresentadas como componente da prevenção primária estão longe da profunda relação entre saúde e sociedade analisada pela medicina social no século XIX. No entanto, é importante observar que a concepção de Leavell e Clarck, no Brasil, incorporou-se ao discurso da Medicina Comunitária e orientou o estabelecimento de níveis de atenção nos sistemas e nos serviços de saúde que vigoram até hoje.

Para entender melhor o modelo de Leavell e Clark, leia a sétima e atualizada edição da obra "Epidemiologia & Saúde", organizada por Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel Carlos da Silva e publicada pela MedBook, em 2013.

A partir desse resgate histórico, você já pode avançar em seus estudos para entender a influência de outras condições determinantes da saúde, da qualidade de vida e da assistência para a Promoção da Saúde.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, sugerimos a seguinte leitura:

- "Do sanitarismo à municipalização", disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>. Acesso em: 3 jul. 2015.

Resumindo

Esta primeira Unidade apresentou um panorama da história da saúde e o conceito de saúde a partir das várias concepções do fenômeno do adoecimento. Dos movimentos contagionistas à relação da saúde com as condições de vida, século após século, o entendimento sobre o processo saúde-doença aproximou esse fenômeno das condições em que os sujeitos vivem, avançando, no século XX, para a compreensão de que a condição social – pobreza – é forte determinante do desenvolvimento de doenças.

Nesse breve histórico destacamos a construção da medicina preventiva, cujo modelo da História Natural e Prevenção de Doenças representou um grande avanço e perdurou por muitos anos como principal leitura do processo de adoecimento, cura ou morte. Vimos ainda que as premissas da medicina preventiva foram as bases da discussão e da formulação de um conceito e de uma abordagem para o fenômeno do adoecimento, denominado, posteriormente de Promoção da Saúde.

Atividades de Aprendizagem

Preparamos para você algumas atividades com o objetivo de reforçar o conteúdo estudado nesta Unidade. Em caso de dúvida, não hesite em fazer contato com seu tutor. Bons Estudos!

1. Identifique os pontos centrais da divergência de pensamento entre o movimento contagionista e a perspectiva anticontagionista que predominou na discussão sobre o trato da doença no final do século XVIII e na primeira metade do século XIX.
2. Relate os pontos-chave do movimento da medicina preventiva ocorrido na Inglaterra, nos Estados Unidos e no Canadá entre 1920 e 1950.
3. O modelo explicativo e as ações propostas por Leavell e Clark significaram um avanço na década de 1960. Pontue as ideias centrais do modelo proposto por esses autores e os avanços proporcionados por esse novo olhar sobre o processo da doença.

Unidade 2

Contribuição das Conferências Internacionais

Objetivos

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Compreender os conceitos de saúde e Promoção da Saúde;
- Entender os instrumentos de Promoção da Saúde; e
- Reconhecer a importância das conferências internacionais de Promoção da Saúde.

Prezado Participante,

Nesta Unidade, você conhecerá a contribuição das conferências internacionais para a Promoção da Saúde de todos os povos. Essas conferências resultam em discussões e construções coletivas de documentos que passaram a fornecer conceitos fundamentais aos gestores públicos, de forma que se possa subsidiar insumos para a formulação e a implementação de políticas públicas nesse setor.

Leia com atenção esta Unidade, acesse o Ambiente de Ensino-Aprendizagem (AVEA) e realize as atividades propostas para você. Em caso de dúvida, conte também com seu tutor e colegas de curso, pois esses recursos servem para auxiliá-lo no processo de construção do conhecimento.

Uma ótima leitura para você!

Nas décadas de 1970 e 1980, quase todos os países do continente europeu e da América do Norte enfrentavam a crise do Estado de Bem-Estar Social, devido ao esgotamento dos recursos dos Estados e da incapacidade de eles atenderem às necessidades de toda população, que demandava benefícios e auxílios. Ficou evidente para as autoridades sanitárias desses países o reconhecimento da influência de outras condições determinantes da saúde e da qualidade de vida, além da assistência à saúde, quais sejam: as políticas globais, nacionais e locais; as mudanças sociais; as diferenças culturais, étnicas e até religiosas.

Nessa direção, a saúde e a doença não se refeririam mais ao meio ambiente, nem ao sujeito ou à ação de um sobre o outro isoladamente, mas a uma complexa rede de inter-relações e interdependências em que não se poderia precisar uma origem última ou uma causalidade linear.

É nessa lógica da complexidade que, em 1973, Hubert Laframboise formulou o modelo de **campo de saúde**, segundo o qual a saúde é determinada por múltiplas variáveis que podem ser agrupadas em quatro categorias denominadas determinantes de saúde, que são mencionadas por Carvalho (1996), Buss et al. (2000) e Castro (2003):

- O **determinante biológico** refere-se a toda manifestação relativa à saúde física ou mental que ocorra em decorrência do organismo individual, como herança genética, processo de crescimento e envelhecimento e diferentes sistemas internos complexos.
- O **determinante ambiente** remete aos fatores externos ao corpo humano, que estão além do controle pessoal, como a qualidade do ar que respiramos ou a pureza dos alimentos que consumimos.
- O **determinante estilo de vida** reporta-se ao conjunto das condições envolvidas nas decisões que o sujeito adota para sua própria saúde e que está sob seu controle. São os ditos riscos autocriados – normas, valores, nível de escolaridade e consciência que condicionarão a saúde individual.
- O **determinante serviço de saúde** fala da disponibilidade, quantidade e qualidade de recursos (bens e serviços) reservados aos cuidados em saúde e da forma como são dispostos nas ações de prevenção, cura e recuperação do estado de bem-estar.

O modelo de campo de saúde foi a base da reformulação das políticas de saúde canadenses, as quais influenciaram e continuam

influenciando mudanças nesse setor em vários outros países. Em 1974, a divulgação do documento "A New Perspective on the Healthy of Canadians", pelo governo canadense, inaugura o aparecimento de uma nova forma de definir as prioridades na produção de saúde, a partir da adoção do conceito de **campo de saúde** e da constituição do movimento de **Promoção à Saúde no Canadá** (CARVALHO, 2002; CASTRO, 2003).

A íntegra deste documento, mais conhecido como "Informe Lalonde" (nome do ministro da saúde canadense quando da sua elaboração), pode ser conferida em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2015.

De acordo com Buss et al. (2000), as principais motivações desse documento eram econômica, política e técnica, pois se tentava encontrar um caminho para enfrentar o progressivo aumento dos custos com a assistência médica e os seus resultados pouco eficazes.

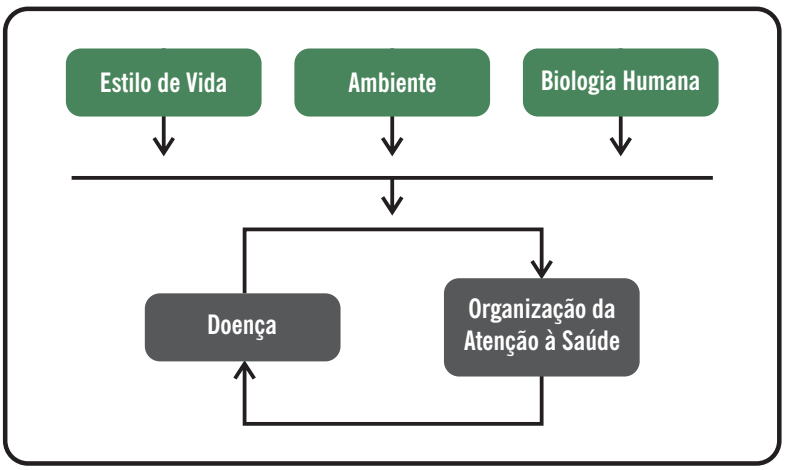
O "Informe Lalonde" pôs em xeque os investimentos realizados em tecnologia de assistência à saúde pelos governos anteriores, a partir dos resultados em termos de melhoria de indicadores de saúde; promoveu investigações sobre a causalidade do processo saúde-doença no seu país; e verificou que os estilos de vida e o ambiente eram responsáveis por 80% das causas das doenças e que não estava havendo investimento no controle dessas causas (ASHTON, 1993; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1996; RESTREPO; MALAGA, 2001). Além disso, o informe pontua que, diante do envelhecimento populacional, da queda da morbimortalidade por doenças infecciosas e da elevação dos casos de patologias crônico-degenerativas, as intervenções no campo da saúde devem visar à **qualidade de vida,** de modo que os sujeitos vivam mais e melhor, desfrutando do aumento dos índices de desenvolvimento socioeconômicos (CARVALHO, 2002).

Águas servidas – são as águas provenientes da totalidade do esgoto doméstico ou comercial, derivadas dos vasos sanitários, chuveiros, lavatórios de banheiro, banheiras, tanques, máquinas de lavar roupas, pias de cozinha e lavagem de automóveis. Fonte: Nobre (2013).

Observe que, com esses argumentos, o "Informe Lalonde" questionou, com eloquência, o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde, atribuindo ao governo a responsabilidade por outras medidas, como o controle de fatores que influenciam o meio ambiente – poluição do ar, eliminação dos dejetos humanos, **águas servidas** e outros.

O "Informe Lalonde", além de seguir a definição dos determinantes de saúde, conforme o esquema da Figura 2, indicando um entendimento ampliado da saúde, propõe cinco estratégias para a abordagem dos problemas nesse campo, a saber: promoção da saúde, regulação, eficiência da atenção sanitária, investigação e estabelecimentos de objetivos.

Figura 2 – Modelo de determinação do processo saúde-doença do "Informe Lalonde"



Fonte: Carvalho (2005).

Apesar de apontar na direção da complexidade da produção social da saúde, o "Informe Lalonde" insere-se na corrente comportamentalista da Promoção da Saúde, focalizando, principalmente, o estilo de vida e priorizando estratégias como: *marketing* social, educação para a saúde e estímulo à autoajuda (CARVALHO, 2005). E defende que as políticas de saúde devem informar, influenciar e assistir os sujeitos e organizações a responsabilizarem-se pela adoção de **atitudes saudáveis**, as quais reduziram sua exposição aos riscos de adoecimento e de morte (CARVALHO, 2005).

Os esforços de produção de novas ferramentas teóricas e metodológicas na saúde, que começaram a conquistar legitimidade na publicação do "Informe Lalonde", repercutiram mais significativamente a partir da convocação, pela Organização Mundial de Saúde (OMS),

da I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978.

A saúde foi pela primeira vez reconhecida como um direito a ser atendido não apenas pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas também por um trabalho de cooperação com os outros setores da sociedade. A sua estratégia básica, a Atenção Primária à Saúde, com participação dos usuários no processo, foi demonstrando, gradativamente, que a meta estabelecida por seus participantes – "Saúde para todos no ano 2000" – dependia de mudanças nas relações de poder entre os que oferecem serviços de saúde e os que os utilizam, bem como de um investimento nas condições socioambientais e políticas que afetam a saúde das populações.

Leia a íntegra da "Declaração de Alma-Ata" em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

A Conferência de Alma-Ata recomendou, para alcançar a meta de "Saúde para todos até o ano 2000", um conjunto de oito estratégias essenciais: educação dirigida aos problemas de saúde prevalentes e métodos para sua prevenção e controle, fornecimento de alimentos e nutrição adequada, abastecimento de água e saneamento básico apropriados, atenção materno-infantil e planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle das doenças endêmicas, tratamento apropriado de enfermidades comuns e acidentes e distribuição de medicamentos essenciais (BUSS et al., 2000).

Saiba mais sobre o "Relatório Black", publicado em 1980, no Portal da Socialist Health Association (SHA), em: <http://www.sochealth.co.uk/resources/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-black-report-1980/black-report-material/>. Acesso em: 22 abr. 2015.

Castro (2003) alega que as recomendações, o objetivo e a centralidade da Atenção Primária à Saúde na organização dos serviços e nos sistemas de saúde defendidos em Alma-Ata serviram para retomar a perspectiva mais ampla da Promoção da Saúde e fortalecer politicamente seus defensores, tanto na OMS quanto nos diferentes países.

É importante destacar que, ainda entre o fim da década de 1970 e o início dos anos 1980, os estudos epidemiológicos de Ratcliffe e o "Relatório Black" reforçaram a afirmação de que há uma relação positiva entre iniquidade social e adoecimento, ratificando a importância do vínculo entre o modo de organização da sociedade e a saúde da população (CARVALHO, 2005).

Quer seja partindo da definição de saúde como um estado de bem-estar físico, social e espiritual – tal como desenvolvido pela OMS, cujo sentido amplo foi incorporado à Carta de Ottawa, como veremos a seguir – quer seja como capacidade para enfrentar as adversidades do viver – tal como desenvolvido por Canguilhem (1995) – o entendimento a respeito do que seja a saúde requer a participação dos sujeitos (indivíduos e grupos).

> O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Houve época em que masturbação era considerada uma conduta patológica capaz de resultar em desnutrição [...] Houve época, também, em que o desejo de fuga dos escravos era considerado enfermidade mental: a drapetomania (do grego *drapetes*, escravo) (SCLIAR, 2007, p. 30).

Não obstante, com o espetacular desenvolvimento técnico-científico dos conhecimentos em saúde que o Ocidente, de modo geral, promoveu nos últimos cinco séculos, sobretudo em relação ao conhecimento de doenças e às formas de enfrentá-las, a saúde como tal está sendo percebida a partir da experiência subjetiva e cultural dos indivíduos. E é tanto no âmbito de nossa cultura e sociedade que entendemos o que é ser saudável quanto na experiência **idiossincrática** de cada um na definição de um sentido para o bem-estar e para o sofrimento (CAPONI, 2003).

Idiossincrática – mesmo que idiossincrasia – 1. predisposição particular do organismo que faz com que um indivíduo reaja de maneira pessoal à influência de agentes exteriores (alimentos, medicamentos etc.); 2. característica comportamental peculiar a um grupo ou a uma pessoa. Fonte: Houaiss (2009).

Considerar a saúde em uma dimensão positiva, como faz a Promoção da Saúde, corresponde a incluir elementos que vão além do aspecto biológico dos órgãos, tecidos e funções do **corpo vivo**, alcançando aspectos relacionados ao **corpo vivido** (ORTEGA, 2008), isto é, relacionado à experiência dos indivíduos. Nessa experiência,

estão presentes fatores estressores e protetores decorrentes das diversas formas que indivíduos e grupos encontraram para estabelecer relações com eles mesmos, com os outros e com o seu meio.

Por essa razão, todo o conhecimento técnico-científico em saúde pode não ser o bastante, mas apenas um dos elementos para a construção de um projeto terapêutico adequado a cada caso ou situação. Junto a esse elemento deve ser colocada a experiência dos sujeitos, isto é, deve ser considerada sua participação, se o que se pretende é, de fato, a produção de projetos de sucesso prático e de felicidade (AYRES, 2001), ou seja, a construção de projetos de vida saudáveis.

Você percebeu a importância de se considerar diferentes aspectos, como biológicos, sociais e culturais, para a implantação e implementação de projetos públicos nesse setor? Caso você tenha alguma dúvida nesse sentido, contate seu tutor ou converse com seus colegas do curso para resolver suas dúvidas antes de continuar sua leitura.

O termo Promoção da Saúde, relacionado com autonomia e emancipação, começou a ser mais e mais utilizado por profissionais de saúde insatisfeitos com as abordagens verticais e normativas, planejadas e implementadas sem a participação dos diferentes atores envolvidos. Alguns desses profissionais foram responsáveis pela organização do Congresso Canadense de Saúde Pública, em 1984, denominado "Para além da assistência à saúde". Nesse evento, realizado para avaliar os progressos em termos de saúde da população canadense, após dez anos da publicação do "Informe Lalonde", foram firmados os princípios de uma nova proposta de Promoção da Saúde, orientada pela participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por objetivos de busca da equidade, por meio de ações intersetoriais. Ao final desse evento, Leonard Duhl formulou o ideário de "Cidades Saudáveis" como uma utopia a ser alcançada, sendo essa estratégia e os princípios de Promoção da Saúde, recém-formulados, adotados

Este tema foi novamente retomado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2009, quando foram estipuladas formas de as cidades serem mais saudáveis.

e colocados em prática em muitas cidades canadenses e europeias (DUHL, 1986; ASHTON, 1993).

As Conferências Internacionais Promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

As conferências internacionais promovidas pela OMS foram, ao longo de 20 anos, colaborando para que se produzissem reflexões sobre a teoria e a prática da Promoção da Saúde, relacionadas à vertente explicativa socioambiental do processo saúde-doença, a fim de aprimorá-la e de contextualizá-la, dando vida e movimento a esse referencial teórico orientador, contido nessa área de conhecimentos e de práticas.

Segundo Ashton (1993), as iniciativas no campo da Promoção da Saúde se orientam, principalmente, pelo interesse em promover a **equidade** social, pela necessidade de reorientação dos serviços de saúde e de ampliação da participação comunitária.

Equidade – considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis, implicando na adoção de ações governamentais para atender às diferentes necessidades da população. Notas: i) A equidade em saúde cria oportunidades iguais para que todos tenham acesso à saúde, o que está intimamente relacionado com os determinantes sociais. ii) Na atenção à saúde, o conceito envolve duas dimensões importantes: a equidade horizontal – tratamento igual aos indivíduos que se encontram em situação igual de saúde – e a equidade vertical – tratamento apropriadamente desigual aos indivíduos em situações distintas de saúde. iii) Para promover a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis e acesso à informação, experiências, habilidades e oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável. Fonte: Brasil (2012).

Saiba que Ashton (1993) destaca, ainda, que a Promoção da Saúde se guia pela necessidade do desenvolvimento de coalizões entre o setor público, o setor privado e o voluntariado, que juntos podem desenvolver ações cuja amplitude possa permitir o enfrentamento da multicausalidade do processo saúde-doença.

Para Restrepo e Malaga (2001), as influências positivas para a construção da Promoção da Saúde, nessa perspectiva, foram os resultados dos estudos epidemiológicos avaliativos realizados sobre a intervenção direcionada a minimizar a influência dos **Fatores de Risco de Doenças Coronarianas**. Esses estudos foram realizados na região da Carélia do Norte, na Finlândia, entre 1970 e 1980, demonstrando como uma estratégia mais ampla, que envolve ações participativas e políticas, possibilita o enfretamento de condições e estilos de vida desfavoráveis à saúde e diminuiu a incidência e as consequências das doenças na população. Esse famoso projeto demonstrou a importância da participação da população na resolução dos problemas de saúde, da advocacia por políticas públicas saudáveis, relacionadas à produção de alimentos, à formação cidadã das crianças em idade escolar, ao controle do tabagismo, entre outras questões (PUSKA, 1995 apud RESTREPO; MALAGA, 2001).

A construção de um conceito mais amplo de Promoção da Saúde, assim como o desenvolvimento de novas práticas coerentes com suas bases político-ideológicas, vem acontecendo (nos últimos 20 anos), especialmente após a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. As discussões iniciais ocorreram nos países desenvolvidos, especialmente no Canadá e nos países da Europa Ocidental e, mais recentemente, vem sendo acolhida na América Latina e em alguns países em desenvolvimento de outros continentes, como um movimento que pode colaborar na recuperação do sentido ético da vida e da saúde.

Foi na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, que os profissionais reunidos em Ottawa, no Canadá, aprovaram a "**Carta de Ottawa**", documento considerado o mais importante marco conceitual da Promoção da Saúde. Essa Carta parte do conceito amplo de saúde defendido pela Organização Mundial da Saúde, segundo o qual a saúde é um estado de bem-estar holístico definido pela composição de aspectos biológicos, sociais, econômicos, educacionais, culturais e ambientais.

O conceito de saúde que permeia a "Carta de Ottawa" acentua que:

> Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como recursos para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas. (PROMOCIÓN..., 2000, p. 12, tradução nossa).

O conceito de Promoção de Saúde, que reforça a importância da ação ambiental, da ação política e da mudança do estilo de vida, foi muito importante como referência para o movimento. Promoção de Saúde foi conceituada na Conferência de Ottawa como:

> Processo de capacitação dos sujeitos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população. (PROMOCIÓN..., 2000, p. 12, tradução nossa).

Nessa visão positiva do processo, que ressalta o papel das potencialidades individuais e socioculturais para a produção social da saúde, a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida (PILON, 1992).

A **capacitação das coletividades** referida na "Carta de Ottawa" deveria ser realizada em dois sentidos:

- Um mais voltado para a melhoria das condições objetivas de vida, por meio da participação na formulação de políticas públicas saudáveis que lhes permitissem alcançar funcionalidades elementares, como alimentar-se, obter abrigo e saúde.
- E outro mais subjetivo, relacionado ao alcance de funcionalidades que envolvem o autorrespeito, as

habilidades que favorecem a integração social e a capacidade para participar da vida social.

O sentido do processo de capacitação de que fala a "Carta de Ottawa", ao que tudo indica, era o de que ações fossem realizadas para motivar os sujeitos e as coletividades a refletirem criticamente sobre as condições que interferem na saúde, para que pudessem advogar pelo reconhecimento da saúde como um direito e como uma questão muito importante que deve ser levada em consideração nos processos de tomada de decisão governamentais e não governamentais relacionadas à qualidade de vida.

Veja que essa capacitação, somada às ações de ampliação de poder e mobilização da população de modo geral, pode contribuir, até mesmo, para que a saúde seja considerada um critério de governo no processo de tomada de decisões sobre desenvolvimento econômico-social.

A partir da concepção de saúde definida na "Carta de Ottawa", firmaram-se compromissos para a implementação da Promoção da Saúde, que extrapolam o setor e exigem parcerias com outros setores do governo e da sociedade. Seria necessário, portanto, convocar outras forças sociais para participarem desse movimento de ampliação da Promoção da Saúde. Era preciso fortalecer a capacidade de convocação do setor saúde para mobilizar recursos na direção da produção social da saúde e na responsabilização sobre ela.

O projeto da Promoção da Saúde centra-se, a partir de então, na obtenção da equidade sanitária, assegurando a igualdade de oportunidades e proporcionando os meios que possibilitem a toda a população desenvolver ao máximo sua **saúde potencial** (BUSS et al., 2000).

Várias conferências internacionais de Promoção da Saúde foram realizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) nos anos seguintes,

resultando em outras declarações e cartas que sintetizam suas conclusões e recomendações, reforçando o referencial teórico em construção.

A **II Conferência Internacional de Adelaide**, realizada na Austrália, em 1988, elegeu como tema central as **políticas públicas saudáveis**, expressão que passou a designar a ideia de que muito do que influi na saúde se encontra fora do campo das intervenções médicas ou da saúde pública tradicionais. Elas se caracterizam, assim, como políticas públicas de interesse de todas as áreas em relação à saúde e equidade. Houve, nesse evento, um importante destaque para a intersetorialidade e para a construção de alianças e de compromissos em torno de impactos positivos para promover a saúde.

Em 1991, quando ocorreu a **III Conferência Internacional de Promoção da Saúde**, em Sundsvall, na Suécia, o bloco soviético já havia entrado em decadência e vinha se instalando um novo projeto de sociedade em torno do avanço neoliberal e de globalização da economia. Essa Conferência teve o grande papel de colocar o tema ambiente na agenda da saúde. O **ambientalismo**, como um movimento social desencadeado pela ampliação da consciência em relação aos problemas, desastres e crises ambientais, estava, nesse momento, tornando-se uma nova utopia, passando a mobilizar muitos segmentos da sociedade.

Na Conferência Internacional realizada no Brasil, em 1992, a ECO 92, ou ***Rio 92***, foi reforçada a importância da construção de ambientes de apoio à Promoção da Saúde, a necessidade de políticas públicas saudáveis na área ambiental e, principalmente, o respeito à sustentabilidade nos processos de desenvolvimento.

Durante a **Conferência Internacional de Jacarta**, em 1998, na Indonésia, tanto a

Você encontrará as cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde neste endereço eletrônico: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

Rio 92 – Agenda 21 Global

A Organização das Nações Unidas (ONU) realizou, no Rio de Janeiro, em 1992, a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (CNUMAD). A CNUMAD é mais conhecida como Rio 92, referência à cidade que a abrigou, e também como "Cúpula da Terra" por ter mediado acordos entre os Chefes de Estado presentes. 179 países participantes da Rio 92 acordaram e assinaram a Agenda 21 Global, um programa de ação baseado num documento de 40 capítulos, que constitui a mais abrangente tentativa já realizada de promover, em escala planetária, um novo padrão de desenvolvimento, denominado "desenvolvimento sustentável". O termo "Agenda 21" foi usado no sentido de intenções, desejo de mudança para esse novo modelo de desenvolvimento para o século XXI. Fonte: Brasil (201-).

globalização da economia como a modernização tecnológica, em especial no campo da comunicação, já caminhavam a passos largos, constituindo-se no ápice do processo de internacionalização do mundo capitalista. A ideologia hegemônica, com valores diferentes de outros períodos da história, dá sustentação à nova fase do capitalismo e, portanto, à economia de mercado global, interferindo na dinâmica da vida e do trabalho. Definiu-se assim, uma pauta polêmica que procurou discutir tais questões envolvendo profissionais de *marketing* e empresários do setor privado na tentativa de lidar com a diversidade e de ampliar o envolvimento de maior número de setores. As conclusões foram que, para o desenvolvimento das ações, especialmente as relacionadas às políticas públicas, seria importante que os profissionais buscassem estabelecer parcerias e alianças para a resolução dos problemas, a partir da discussão conjunta e de sua causalidade, sem desconsiderar o conflito de interesses, as questões éticas, e desenvolvendo técnicas de negociação para a tomada de decisão.

A "**Declaração de Jacarta**" estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, com o intuito de enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e novas estratégias, como:

- promover a responsabilidade social pela saúde;
- aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos sujeitos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde;
- expandir e consolidar alianças para a saúde;
- aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde; e
- assegurar a infraestrutura para a Promoção da Saúde.

Muito bem, alguma dúvida com relação à Conferência Internacional de Jacarta? Se desejar, realize uma pesquisa na internet sobre esse assunto. Ainda, lembre-se de que seu tutor está preparado para auxiliá-lo caso você necessite. Então, vamos continuar nossos estudos!

Na realização da **V Conferência Internacional de Promoção da Saúde**, ocorrida no México, no ano 2000, observou-se que a maioria dos compromissos assumidos durante as Conferências anteriores não havia sido cumprida. Uma nova metodologia de trabalho foi adotada privilegiando a discussão com os representantes ministeriais dos países lá representados. Os ministros assinaram a "**Declaração Presidencial**", afirmando reconhecer a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a manutenção das ações de saúde em nível local, nacional e internacional, e comprometendo-se a elaborar Planos Nacionais de Ação para monitorar o progresso da incorporação das estratégias de Promoção da Saúde na política nacional e local.

Segundo Andrade e Barreto (2002) e Westphal (2007), os técnicos presentes rediscutiram os assuntos relacionados às prioridades estabelecidas na reunião ministerial, reafirmando também a importância da Promoção da Saúde, da focalização dos determinantes da saúde e da necessidade de se construir um mundo com mais equidade.

Após 20 anos da I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizou-se a **VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde**, em Bangkok, em 2005. Na ocasião, discutiu-se intensamente o tema globalização como ampliador de desigualdades e conflitos sociais, mas também de potencialidades que devem ser valorizadas pelos atores da Promoção da Saúde. A revolução tecnológica da informação é uma dessas potencialidades, que tem possibilitado e ampliado continuamente o acesso a mensagens e suas trocas com muita rapidez, facilitando a universalização e o fortalecimento de novos movimentos sociais, como o feminista, o ecológico, o racial, entre outros, o que facilita e fortalece também a advocacia por direitos e por políticas públicas saudáveis e **equânimes**. Várias estratégias

Equânime – de equanimidade, constância, igualdade de temperamento, de ânimo, em qualquer circunstância. Fonte: Houaiss (2009).

foram discutidas no sentido de garantir a sustentabilidade ambiental e as ações de Promoção da Saúde, e a busca e o estabelecimento de parcerias foram valorizados como importantes componentes, incluindo o setor privado, apesar das contradições que esse tipo de ação encerra.

A **VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde**, ocorrida em Nairobi, no Quênia, em outubro de 2009, identificou as estratégias-chave e os compromissos necessários para implementar e desenvolver ações de promoção da saúde. Partiu do pressuposto que tanto os países em desenvolvimento quanto os desenvolvidos enfrentam condições de saúde que comprometem o futuro e o desenvolvimento econômico dos países. Assim, foram elencadas responsabilidades a serem assumidas urgentemente pelos governos e tomadores de decisão: fortalecer as lideranças, adotar a promoção da saúde como política transversal, empoderar comunidades e indivíduos, fortalecer os processos participativos e construir e aplicar conhecimentos em torno da busca de evidências da efetividade da promoção da saúde.

A fim de contribuir na implementação da ação intersetorial em todas as políticas dos países, realizou-se, em 2013, a VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Helsinque, na Finlândia. Com a denominação de **"Saúde em Todas as Políticas"**, nesta conferência, a saúde foi ratificada como uma responsabilidade central dos governos para com seus cidadãos, exigindo políticas eficazes para seu desenvolvimento e garantia de equidade. A VIII Conferência de Promoção da Saúde também destacou a influência de forças poderosas, como a globalização e a evolução demográfica, nas decisões políticas e na saúde das populações; além da mudança de estilos de vida e do consumo exacerbado, influenciados pelo *marketing* desenfreado, pontuando, de forma recorrente, que é necessária uma ampla articulação entre setores para garantir a saúde efetivamente como política central que impacta todas as demais (DECLARAÇÃO..., 2013).

Muito bem, depois de obter conhecimento sobre as várias Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, acreditamos que você esteja bem informado sobre esse assunto. Mas, se surgirem dúvidas, sugerimos que elas sejam sanadas agora para que você possa continuar seus estudos, então, se precisar, entre em contato com seu tutor.

A partir da análise das Conferências Globais de Promoção da Saúde, organizadas pela OMS, podemos notar que, gradativamente, foram sendo reforçados e difundidos os conceitos básicos de **equidade**, **participação social** e **intersetorialidade**, que exigem o fortalecimento da saúde pública em torno do compromisso de **saúde para todos** (WESTPHAL, 2007).

Observe que os princípios definidos na "Carta de Ottawa", aprofundados e atualizados ao longo desses 20 anos, da mesma forma que os princípios do SUS, estão orientando políticas e ações de muitos profissionais, como você, envolvidos na área de Promoção da Saúde, apesar da dificuldade de enfrentar as forças hegemônicas, decorrentes da fragmentação das áreas técnicas e que têm objetivos essencialmente biomédicos, que se opõem a elas.

A proposta defendida a partir da Conferência de Ottawa e dos marcos legais do SUS amplia a responsabilidade do setor saúde e coloca outros campos de ação:

- a defesa de políticas públicas saudáveis;
- a articulação para criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde – cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros;
- o fortalecimento da ação comunitária;

- o apoio ao desenvolvimento de habilidades e de atitudes, especialmente em relação aos estilos de vida saudáveis; e
- a reorientação da gestão dos serviços de saúde.

Também é relevante destacar a realização da **Conferência Mundial sobre o Desenvolvimento Sustentável – Rio +20**, ocorrida no Rio de Janeiro, em outubro de 2012, e que foi precedida pela Conferência Internacional de Saúde Urbana, pela Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, em 2011, pelos Seminários Nacionais de Promoção da Saúde e pela Conferência Nacional de Saúde Ambiental. A Rio+ 20 colocou em destaque as relações entre Desenvolvimento Sustentável e Saúde na perspectiva da promoção da equidade, reafirmou os compromissos assumidos na Rio 92 e identificou os caminhos diante dos desafios globais que se apresentam à humanidade, tendo como referência as dimensões econômicas, ambientais e sociais (NETTO, 2012).

O compromisso em torno da equidade social e em saúde focalizou a atuação sobre os determinantes sociais da saúde com uma ampla abordagem intersetorial. A equidade em saúde foi considerada uma responsabilidade compartilhada que demanda o engajamento de todos os setores governamentais, dos diferentes segmentos da sociedade e de todos os membros da comunidade internacional em uma ação global de **todos pela equidade** e **saúde para todos**.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto tratado nesta Unidade, disponibilizamos algumas referências para você consultar.

- Portal das Nações Unidas para o programa "The future we want", disponível em: <http://www.un.org/en/sustainablefuture/>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde", disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Saúde, Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio+20", disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/RSDv36nEspecial.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade, vimos que, a partir da década de 1970, as discussões sobre Promoção da Saúde ganharam força com a definição de Campo da Saúde feita por Laframboise, que inclui, entre outros, o ambiente e o estilo de vida como determinantes da saúde; percebemos que o relatório Lalonde foi o grande marco para discussão da Promoção da Saúde atrelada às políticas públicas. Essas contribuições fortaleceram o conceito de Determinação Social da Saúde, incluindo no escopo da saúde o acesso às políticas e a garantia de direitos.

As Conferências de Promoção da Saúde acresceram ao conceito de Promoção da Saúde a importância do desenvolvimento de capacidades dos indivíduos para melhoria de sua saúde; o compromisso dos gestores com as políticas, visando à equidade e ao amplo acesso; e o entendimento de que a Promoção da Saúde está além do campo da saúde e exige articulações intersetoriais para o alcance de macro-objetivos.

Vimos também que as discussões ocorridas na década de 1970, que ampliaram o conceito de saúde, repercutiram no marco de construção do SUS: a VII Conferência de Saúde.

Atividades de Aprendizagem

Confira se você teve bom entendimento do que tratamos nesta Unidade realizando as atividades propostas a seguir. Se precisar de auxílio, releia o texto ou contate seu tutor, ele está preparado para ajudá-lo no que for preciso.

1. Discuta a diferença entre Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças.
2. Como é abordada a Promoção da Saúde no seu local de trabalho? Em que sentido ela se distancia e se aproxima do que foi apresentado no texto?

Unidade 3

Perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

Objetivos

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Conhecer o processo de produção da saúde e do adoecimento; e
- Entender os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Prezado Participante,

Nesta última Unidade do Módulo 1, vamos retomar alguns conceitos, discutir o processo de produção da saúde e do adoecimento e conhecer os Determinantes Sociais da Saúde (DSS).

Lembre-se de que o exercício da reflexão é necessário ao longo de toda a leitura das Unidades. Procure questionar-se e aos seus colegas de curso sobre a importância de cada assunto discutido; relacione-os com a realidade de sua instituição e com o seu dia a dia profissional.

Boa leitura!

O processo de produção da saúde e do adoecimento tem sido objeto de reflexão e de análise constantemente na história da humanidade. Ao longo dos séculos, foram estabelecidos diferentes marcos explicativos para a relação saúde/doença, suas causas e consequências na vida cotidiana de sujeitos e coletividades.

Conforme acompanhamos nas Unidades anteriores, a Promoção da Saúde alinha-se à perspectiva de que:

> [...] o adoecimento e a vida saudável não dependem unicamente de aspectos físicos ou genéticos, mas são influenciados pelas relações sociais e econômicas que engendram formas de acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, renda, lazer, e ambiente adequado, entre outros aspectos fundamentais para a saúde e a qualidade de vida (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 151).

Trata-se, então, de afirmar que a saúde é socialmente determinada e que sua produção envolve diferentes campos de responsabilidade e toda ação humana que conforma determinado modo de viver.

No Brasil, há mais de 20 anos, o Movimento da Reforma Sanitária tem afirmado que a saúde de todos nós é efeito de uma série de fatores. Nossa Constituição Federal (1988) confirma: a saúde é um direito radicalmente vinculado à existência de políticas econômicas e sociais que deverão assegurar outros direitos fundamentais, por exemplo, moradia, alimentação, educação e lazer. A Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, ratifica: cuidar da saúde envolve o compromisso de abordar os seus fatores condicionantes e determinantes. Parece haver uma clara opção em afirmar que, para produzir saúde, precisamos ampliar nosso olhar, nossa atenção; mudar nossa maneira de pensar e agir e analisar os modos de viver dos indivíduos e da coletividade. Portanto, para produzir saúde, é fundamental ter claro o conceito de modos de viver.

A Lei n. 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Leia o texto dessa lei em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 23 abr. 2015.

Observe que os modos de viver são cada escolha ou omissão, cada solução ou ausência de resposta diante das dificuldades cotidianas, cada gesto, palavra, sorriso ou lágrima, enfim, tudo que somos é marcado por muitas circunstâncias que podem produzir mais ou menos saúde ou adoecimento. As circunstâncias em que vivemos são os determinantes sociais da nossa saúde.

Os debates sobre o conceito de determinantes sociais da saúde foram iniciados nos anos de 1970 e 1980, ou seja, são contemporâneos do desenvolvimento da Promoção da Saúde e compartilhavam com ela o entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida em uma sociedade.

Nos últimos anos, o foco nos determinantes sociais da saúde ganhou ainda maior relevância com a criação, em 2005, pela Organização

Mundial de Saúde (OMS), da Comissão sobre "Determinantes Sociais da Saúde", com o objetivo de ratificar a importância dos determinantes sociais na situação de saúde da população e a defesa radical da redução e/ou extinção das iniquidades em saúde (CARVALHO; BUSS, 2008).

Seguindo essa tendência e guardando coerência com o processo de desenvolvimento do Movimento da Reforma Sanitária, o Brasil criou, em 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), composta de 16 lideranças sociais de diversos campos do saber.

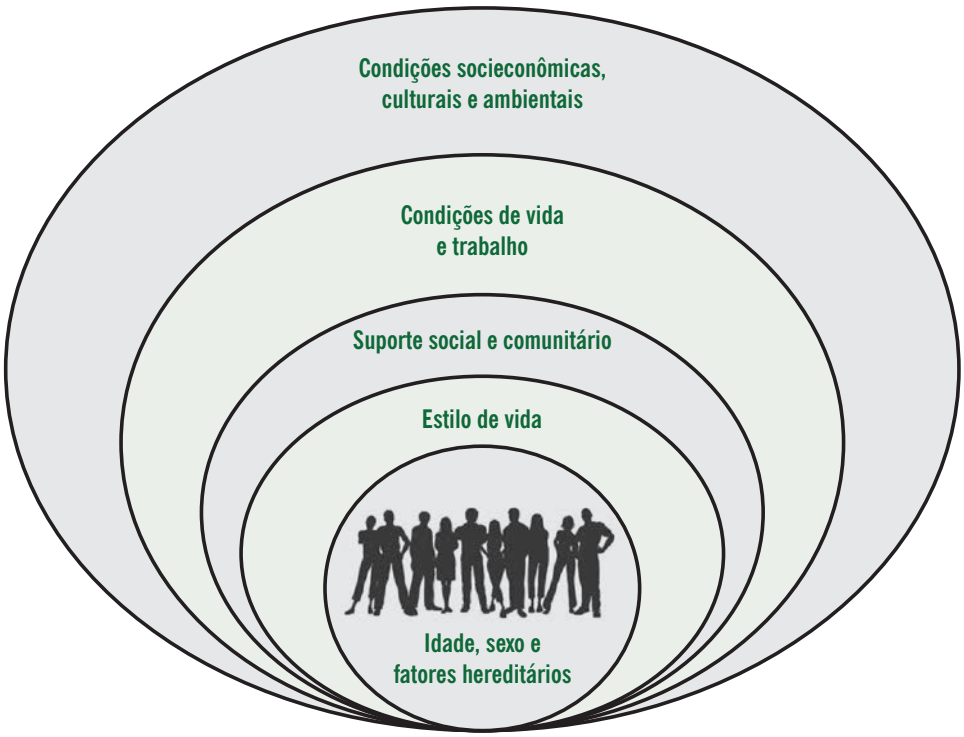
Após um amplo trabalho de revisão do conhecimento produzido sobre os determinantes sociais de saúde, a CNDSS tem proposto algumas abordagens para o estudo dos mecanismos por meio dos quais se implementam ações sobre os determinantes sociais, com o intuito de reduzir iniquidades em saúde, como os modelos de Dahlgren e Whitehead (1991) e de Solar e Irwin (2010). Guardadas suas especificidades, esses modelos buscam estabelecer uma hierarquia de determinações entre fatores relacionados com a macroestrutura econômica, social e cultural e aqueles vinculados às condições de vida e trabalho, aos fatores biológicos, aos comportamentos individuais e aos estilos de vida.

Modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)

O modelo desenvolvido por Dahlgren e Whitehead (1991) organiza as circunstâncias que constroem nosso modo de viver e nosso processo saúde/doença em diferentes camadas, reunindo aspectos individuais, sociais e macroestruturais (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). O esquema nos permite visualizar didaticamente uma série de "partes" integrantes de nossas vidas e analisar as relações estreitas e indissociáveis que elas têm. É importante lembrar que, assim como cada modo de viver é uma composição de circunstâncias,

cada um dos territórios é a expressão singular da articulação dos determinantes sociais da saúde.

Figura 3 – Processo de determinação da saúde



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

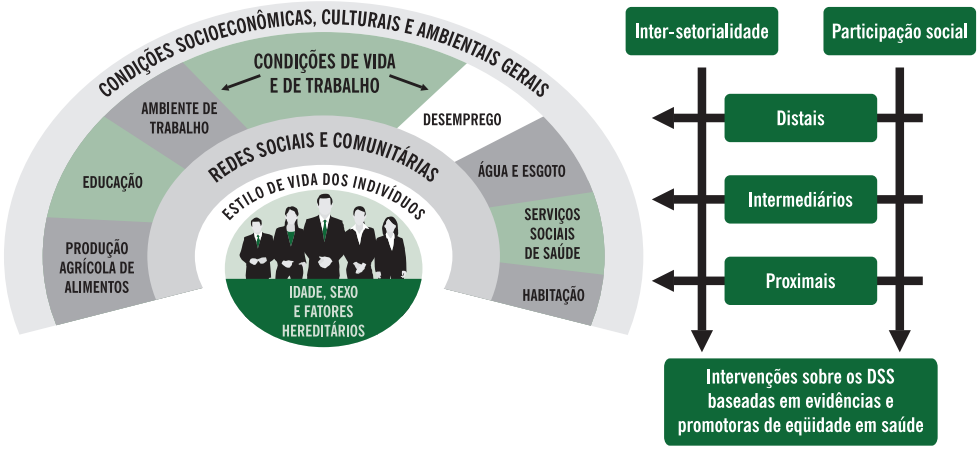
Na divisão didática proposta por Dahlgren e Whitehead (1991), os determinantes sociais estão organizados por níveis de abrangência em distintas camadas: a mais próxima se refere aos aspectos individuais, e a mais distante aos macrodeterminantes. Como você pode ver, na base da Figura 3 estão as características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que marcam nosso potencial e nossas limitações para manter a saúde ou para adoecer.

> Na camada imediatamente externa, aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os Determinantes Sociais da Saúde, já que os comportamentos dependem não apenas de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, mas também de Determinantes Sociais da

> Saúde, como acesso a informações, propaganda, pressão de pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer, entre outros. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social que é de fundamental importância para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível, estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social apresentam diferenciais de exposição e de vulnerabilidade aos riscos à saúde, como consequência de condições habitacionais inadequadas, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e acesso menor aos serviços. Finalmente, no último nível, estão situados os macrodeterminantes que possuem grande influência sobre as demais camadas e estão relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo também determinantes supranacionais como o processo de globalização. (COMISSÃO NACIONAL..., 2008, p. 14).

De acordo com o "Relatório Final" da CNDSS (2008), as estratégias de intervenção para a promoção da equidade em saúde precisam incidir sobre os diferentes níveis em que Dahlgreen e Whitehead (1991) organizaram os determinantes sociais da saúde. Em um sentido abrangente, a produção da saúde aconteceria pela organização de um contínuo de ações capazes de transformar positivamente os elementos que constroem os nossos modos de viver desde um nível de governabilidade mais próximo ao sujeito até aquele mais distante, que corresponde às políticas macroeconômicas, culturais e ambientas estruturantes da sociedade. Assim, os pilares das intervenções sobre os determinantes sociais de saúde seriam organizados conforme o esquema apresentado na Figura 4.

Figura 4 – Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Carvalho e Buss (2008).

Podemos observar que o diagrama de Dahlgren e Whitehead (1991) se amplia com a inserção dos níveis de intervenção sobre os determinantes sociais da saúde, remetendo a duas condições imprescindíveis para que as ações de Promoção da Saúde sejam efetivadas: a **participação social** e a **intersetorialidade**. Carvalho e Buss (2008) organizam as intervenções em três níveis de abrangência: **proximal**, **intermediário** e **distal**.

No nível proximal, estão nossas escolhas, hábitos e rede de relações. Nesse nível, as intervenções envolvem políticas e estratégias que favoreçam escolhas saudáveis, mudanças de comportamento para redução dos riscos à saúde e a criação e/ou fortalecimento de laços de solidariedade e de confiança. Assim, são realizados programas educativos, projetos de comunicação social, ações de ampliação do acesso a escolhas saudáveis (alimentação saudável, espaços públicos para prática de atividades físicas etc.), construção de espaços coletivos de diálogo e incentivo a organizações de redes sociais (CARVALHO; BUSS, 2008).

Carvalho e Buss (2008) mencionam que, no nível intermediário, estão as condições de vida e trabalho que partilhamos numa determinada

organização da sociedade. Nesse nível, as intervenções implicam a formulação e implementação de políticas que melhorem as condições de vida, assegurando acesso à água potável, ao saneamento básico, à moradia adequada, aos ambientes e às condições de trabalho apropriados, aos serviços de saúde e de educação de qualidade e a outros. Aqui, é possível exigir a promoção de ações sinérgicas e integradas dos diversos níveis da Administração Pública.

No nível distal, identificamos as políticas estruturantes de nossa sociedade que intervêm para a consolidação de políticas

> [...] macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura de paz e solidariedade que visem promover um desenvolvimento sustentável, reduzindo as desigualdades sociais. (CARVALHO; BUSS, 2008, p. 162).

Sabemos, contudo, que a sistematização desses autores é meramente um recurso didático. Na realidade de cada território e na vida de cada um de nós, todos esses níveis de determinação acontecem e operam ao mesmo tempo e de maneira inseparável. Sempre somos senhor ou senhora x, que mora no bairro y de uma metrópole ou de um pequeno município rural, trabalha no local z, vem de uma família b ou c, tem mais ou menos amigos, é religioso ou ateu, entre um milhão de outras possíveis circunstâncias.

Você percebeu a importância de considerar os Determinantes Sociais de Saúde quando discutimos e realizamos ações e implementamos políticas de saúde? Essa compreensão é muito importante para a continuidade dos seus estudos! Caso surjam dúvidas, releia o texto ou entre em contato com o seu tutor.

De acordo com Carvalho e Buss (2008), é, então, fundamental que as intervenções nos níveis proximal, intermediário e distal se deem

baseadas na intersetorialidade, na participação social e nas evidências científicas (CARVALHO; BUSS, 2008).

O desafio parece ser o de não perder nossa habilidade em olhar na íntegra aquele sujeito ou a comunidade com os quais trabalhamos, mesmo quando for necessário reconhecer que intervir sobre as **causas das causas** de seu adoecimento está fora do alcance direto de nossa ação, plano ou projeto. Aliás, é a partir da tentativa contínua de não nos prender exclusivamente às tarefas e aos protocolos cotidianos e automáticos que poderemos efetivar a Promoção da Saúde, uma vez que ela se faz de forma a que articulemos todos os níveis de determinação da saúde na análise da situação em saúde, na abordagem das necessidades de sujeitos e comunidades, na proposição de projetos terapêuticos singulares e projetos de saúde coletiva de um território, na busca conjunta de soluções com a população e com outras políticas públicas.

A Promoção da Saúde, feita como política nacional do SUS, nos apresenta desafios teóricos e estratégicos na construção de novas práticas e de compromissos públicos em torno da produção da saúde. Desafios que exigem que apreendamos com consistência conceitos que, muitas vezes, utilizamos de forma natural, como um jargão óbvio dos profissionais de saúde, mas sem a precisão necessária e, principalmente, sem nos aprofundar nas consequências metodológicas de seu uso.

Modelo de Solar e Irwin de 2010

A Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro, no ano de 2011, discutiu uma base conceitual de atuação sobre os determinantes de saúde a partir do modelo de Solar e Irwin (SOLAR; IRWIN, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011). Os vários elementos do modelo são resumidos na Figura 5, que mostra, em primeiro lugar, como

o contexto socioeconômico e político é um aspecto importante ao incluir elementos que podem afetar a saúde de forma mais decisiva: a governança, as políticas macroeconômicas, as políticas sociais e públicas (ou a ausência de tais políticas), a cultura e os valores sociais. Esses elementos darão origem a um conjunto de posições socioeconômicas que são estratificadas de acordo com a renda, educação, ocupação, sexo, raça/etnia e outros fatores. Juntos, o contexto, os mecanismos estruturais e a posição socioeconômica dos indivíduos são definidos como **determinantes estruturais**, ou como os determinantes sociais das desigualdades na saúde. Esses mecanismos estruturais – que alteram o posicionamento social dos indivíduos – são a causa mais profunda das iniquidades em saúde e devem, portanto, ser uma prioridade na escolha da intervenção.

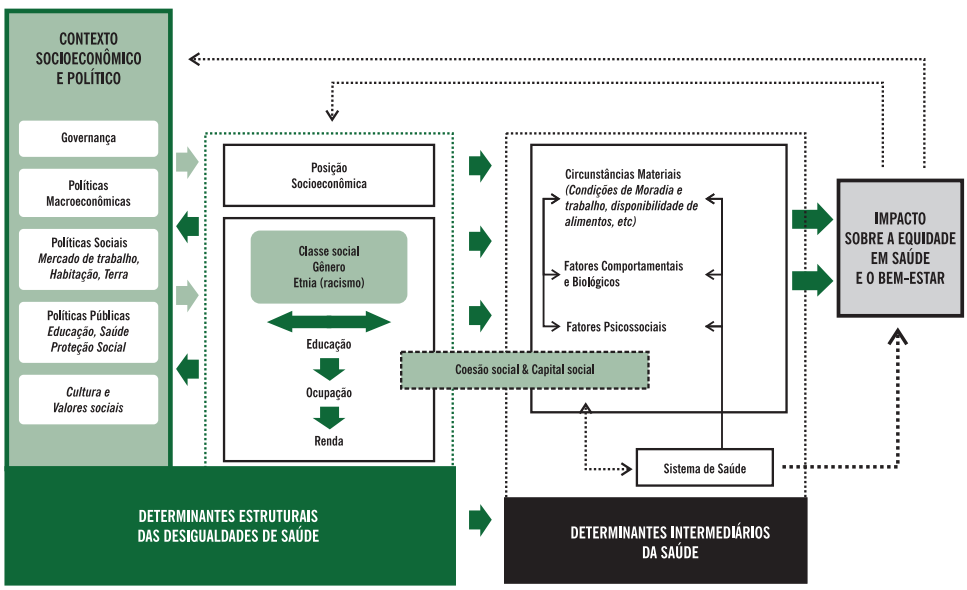
Esses mecanismos impactam diretamente sobre os **determinantes intermediários** como as circunstâncias materiais, os fatores comportamentais e/ou biológicos, os fatores psicossociais e o próprio sistema de saúde. As circunstâncias materiais incluem fatores como condições de moradia e trabalho, disponibilidade de alimentos; os fatores comportamentais e biológicos incluem nutrição, atividade física, consumo de tabaco e álcool, além dos fatores genéticos, que são distribuídos de forma distinta entre os diferentes grupos sociais; as circunstâncias psicossociais incluem as formas de vida estressantes, os relacionamentos, os apoios sociais e as formas de enfrentamento de problemas.

Lembre-se de que o papel do sistema de saúde nesse modelo torna-se particularmente relevante ao considerar e priorizar a questão do acesso, ao incorporar as diferenças de exposição e de vulnerabilidade dos grupos sociais e por dar destaque à ação coordenada e intersetorial.

O modelo aponta, ainda, a importância da coesão social e do capital social, que articulam os determinantes estruturais e intermediários, e destaca a necessidade de implementação de intervenções coordenadas e coerentes entre si que influenciem os determinantes estruturais e impactem sobre a equidade em saúde e o bem-estar. Hoje, já se reconhece que a boa saúde contribui para outras prioridades sociais como o bem-estar, a educação, a coesão social, a preservação do meio ambiente, o aumento da produtividade e o desenvolvimento econômico. Isso gera um **círculo virtuoso** no qual a saúde e os seus determinantes se retroalimentam e se beneficiam mutuamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011).

Círculo virtuoso – é uma expressão que vem sendo bastante utilizada para designar um círculo de acontecimentos positivos. Fonte: Scritta (2015).

Figura 5 – Determinação social da saúde



Fonte: Solar e Irwin (2010).

Pensando na prática de promoção da saúde, aprendemos que essas abordagens aportam subsídios para a compreensão de mecanismos que podem ter um efeito positivo sobre as condições de vida e saúde das coletividades.

Ao atuar sobre uma temática específica, podemos nos perguntar:

- É possível realizar projetos de promoção da saúde voltados a construir uma governança local adequada para a implementação de ações sobre os determinantes sociais?
- Quais seriam os aspectos a serem considerados nessa abordagem?
- Que medidas podemos adotar para politizar as ações desenvolvidas em nossas experiências, isto é, como associar os riscos aos determinantes estruturais?
- Discutir formas de trabalho, de definição de ações e de avaliação e monitoramento pode transformar a governança, interferindo, assim, nos determinantes que mantêm as iniquidades?
- Podemos buscar uma diminuição dos diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, os grupos que vivem em condições de habitação e trabalho insalubres, ou estão expostos a deficiências nutricionais?
- Se quisermos enfrentar, por outro lado, diferenciais de vulnerabilidade, quais seriam as intervenções mais efetivas para esse fim?
- Como poderíamos intervir no sistema de saúde de modo a incluir o acesso, a melhoria da qualidade dos serviços, o apoio aos deficientes, o acesso aos cuidados de reabilitação e os mecanismos de financiamento equitativos, que impeçam o empobrecimento adicional causado pela enfermidade?
- Que articulações ou integrações com outros setores podemos realizar para levar a atenção aos problemas de saúde a uma interferência positiva de modificação dos contextos geradores desses problemas?

Trata-se, porém, de um amplo processo social de construção de condições de vida, que tem, certamente, objetivos ligados ao setor saúde, mas esses objetivos não se resumem a esse setor. A Organização Mundial de Saúde (2011, p. 15) reafirma que:

> [...] algumas ações realizadas sobre os determinantes sociais pedem que o governo como um todo e a sociedade estejam envolvidos e que haja uma preocupação explícita de que equidade em saúde seja um objetivo das políticas e leis nacionais. Outras demandam simplesmente que os setores façam um trabalho bem feito (por exemplo, no que tange ao desenvolvimento e à implementação de impostos e à política educacional). Porém, muitas políticas cruciais exigem que haja colaboração entre setores ou ações intersetoriais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011, p. 15).

São colocados em evidência, portanto, outros objetivos de natureza intersetorial viabilizados pelas relações entre as forças sociais que se concretizam no cotidiano e que compõem a vida em sociedade. Um estudo sobre a determinação social do processo saúde/doença nessa perspectiva menciona a necessidade de entendermos que ações sociais, individuais, institucionais e movimentos participativos e em redes podem ser acionados de modo que as melhorias das condições de vida e saúde se efetivem.

As iniciativas por cidades, comunidades e territórios saudáveis podem ser consideradas bons exemplos para ilustrar a atuação a partir da ampla abordagem de Promoção da Saúde, com enfoque nos determinantes sociais da saúde. A necessidade de pensar em projetos de intervenção nas cidades e nos territórios baseia-se no fato de que, dada a diversidade e a complexidade desses espaços, os problemas estão inter-relacionados uns aos outros. Nesse sentido, a intervenção se volta para o desenvolvimento das potencialidades das cidades, das comunidades e dos territórios – sua vocação, cultura e história –, o que evidencia o entendimento de que as melhores abordagens sobre oportunidades e problemas se encontram entre os atores que os vivenciam (DUHL, 1986).

Saiba que as primeiras experiências de cidades saudáveis, no Brasil, datam do início da década de 1990, com o apoio de técnicos do Canadá e, posteriormente, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que começou a incentivar, naquele período, projetos em toda América Latina. Nas décadas seguintes, vários eventos nacionais e regionais ocorreram em nosso país e discutiram seus aspectos conceituais, legais e operacionais.

Atualmente, podemos destacar as iniciativas de redes regionais de cidades/municípios, de comunidades e de territórios saudáveis e de sustentáveis, como:

- a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis;
- a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis;
- a Rede de Comunidades Saudáveis (RJ); e
- os Territórios Saudáveis e Sustentáveis para o Distrito Federal.

O propósito de trabalhar em rede é considerado como um meio de colocar em prática processos articulatórios mais horizontalizados que pressupõem a identificação de sujeitos coletivos que se unem em torno de valores, objetivos e projetos comuns. Fica evidenciado que, guardadas suas especificidades, os grupos trabalham com perspectivas muito próximas que, segundo Mendes (2008), buscam:

- Sensibilizar e motivar os indivíduos a cooperar desenvolvendo práticas participativas e soluções por meio de atuação conjunta.
- Reconhecer e valorizar as experiências e dar voz aos atores da sociedade civil e das instituições locais.
- Empreender práticas cada vez mais articuladas e fortalecer a gestão integrada e participativa dando destaque à intersetorialidade que aparece como uma

importante estratégia e como sinônimo de sinergia, de capacidade de articulação dos diferentes níveis, desde o central, o regional, até o local, em torno de objetivos direcionados à melhoria da qualidade de vida e ao bem estar das pessoas.

- Empreender planejamentos participativos e avaliar permanentemente as ações de modo a refletir sobre a sustentabilidade dos projetos, das ações e das políticas, transformando-as em ponto permanente de pauta para os gestores.

Para servir de ilustração e motivá-lo a entender a prática de promoção da saúde, através de mecanismos em rede que possam surtir efeitos positivos sobre as condições de vida e saúde das coletividades, selecionamos dois importantes programas públicos: um do governo federal e outro da iniciativa municipal. Confira a seguir!

O Programa Bolsa Família (PBF)

O Programa Bolsa Família (PBF) constitui-se em um programa de transferência direta de renda com condicionalidades que beneficia a população em situação de pobreza (renda per capita de até R$ 140) e extrema pobreza (renda per capita de até R$ 70). Os objetivos do PBF em relação aos seus beneficiários são: aliviar a pobreza de forma imediata por meio da transferência de renda diretamente às famílias; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; contribuir para a redução da pobreza entre gerações, por meio do acompanhamento das condicionalidades, promovendo acesso à rede de serviços públicos de saúde, educação e assistência social; e apoiar o desenvolvimento de capacidades das famílias, por meio de articulação com programas complementares.

O acompanhamento das famílias demonstra que as ações empreendidas são resolutivas e a atuação comprometida das equipes de saúde garante

a progressiva melhoria das condições de vida das famílias e estão contribuindo para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no Brasil (1- Acabar com a fome e a miséria; [...] 4 - Reduzir a mortalidade infantil; e 5 - Melhorar a saúde materna). Dados de 2010 (AIPBF II) demonstram que as mães de famílias beneficiárias fizeram, em média, 1,5 consulta de pré-natal a mais do que as não beneficiárias. A quantidade de crianças nascidas a termo (37 e 41 semanas) foi 14,1% maior nas famílias beneficiárias e a proporção de crianças beneficiárias consideradas nutridas foi 39,6% maior que as não beneficiárias. Os dados do censo de 2010 também demonstram que nos últimos 10 anos houve a diminuição de 47,6% dos óbitos de crianças (< 1 ano), com destaque para região Nordeste (de 44,7 para 18,5 óbitos), e a diminuição de 2,38 para 1,90 na taxa de fecundidade no Brasil.

O IBGE também reconhece que a ampliação de políticas de acompanhamento da saúde e a de melhor distribuição de renda atua como fatores preponderantes para a queda da mortalidade infantil e outros avanços nos indicadores de saúde da população brasileira. Nos últimos anos, também houve redução de 13,5% para 6,8% no déficit de altura para idade em decorrência de melhorias na cobertura de serviços públicos essenciais e aumentos da renda familiar, ambos favorecendo especialmente os mais pobres; a melhoria da escolaridade materna; aumento do poder aquisitivo das famílias mais pobres; expansão de cuidados básicos de saúde a mães e crianças e pelo crescimento da cobertura dos serviços de saneamento básico.

Fonte: Elaborado pelos autores desta obra.

Programa Academia da Cidade de Recife (PAC)

O Programa Academia da Cidade do Recife (PAC) foi implantado em 2002, pela Secretaria Municipal de Saúde, como um princípio da nova gestão municipal, compreendida como estratégia para redução das desigualdades sociais.

Foi institucionalizado pelo Decreto Municipal n. 19.808, de 3 de abril de 2003, tornando-se uma política municipal de promoção da saúde três anos depois, pela Portaria n. 122, de 28 de setembro de 2006.

O Programa tem como principal característica a requalificação ou construção de espaços físicos públicos de lazer, denominados polos,

com estruturas que favorecem a vivência de práticas corporais como ginástica, dança, caminhada, corrida, jogos, brincadeiras, além de palestras, oficinas, reuniões e serviços de orientação nutricional, prescrição de exercícios e avaliação física. Aberto a toda a população, os polos do PAC funcionam no período da manhã, tarde e noite com atividades desenvolvidas por profissionais de Educação Física e Nutricionistas e, em alguns espaços, são ampliadas com as contribuições de parceiros locais.

A comunidade contemplada com um polo do Programa beneficia-se, imediatamente, de uma estrutura física que incrementa praças, parques ou orlas marítimas e fluviais com equipamentos e espaços especialmente planejados para atividades coletivas relacionadas à promoção da saúde. Da mesma forma, não havendo espaços públicos de lazer a ser requalificados, o Programa é implantado a partir da construção desses espaços.

A construção do polo implica na potencialização de espaços urbanos antes depredados e subutilizados pela população ou de áreas vazias, pouco utilizadas pela comunidade de forma coletiva, restringindo-se, em muitos casos, a depósitos de lixo, criatório de animais, campos improvisados de futebol ou rota de esgotos a céu aberto.

Os polos estão distribuídos em todas as seis regiões político-administrativas, que correspondem à quantidade de Distritos Sanitários. A distribuição espacial contempla áreas com diferentes faixas de renda. Em 2012, eram 30 polos distribuídos em 27 bairros.

A principal demanda para a implantação de um polo do PAC é a solicitação no Orçamento Participativo. Porém, na história do Programa, verificam-se iniciativas dos governos municipais em ampliar o número de polos solicitados e de comunidades contempladas.*

Os polos são apontados pela comunidade como espaços de inclusão e acesso a equipamentos para a prática de exercícios físicos, de convivência e atrativos para a prática de atividades de lazer e cuidados com a saúde.

**Orçamento Participativo é uma estratégia de descentralização das decisões político-administrativas nas cidades, por meio do qual a população define a prioridade das estruturas e dos serviços que devem ser implementados em determinada localidade.*

Fonte: Elaborado pelos autores desta obra.

Complementando...

Para ampliar seus conhecimentos sobre Determinantes Sociais da Saúde, políticas públicas e boas práticas, explore os textos e *links* sugridos a seguir.

- "Portal e Observatório sobre Determinantes Sociais da Saúde (DSS)", disponível em: <http://dssbr.org/site/sobre/>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde – Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde" – documento de discussão publicado pela OMS, disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf >. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Determinação Social da Saúde", tema da *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, set./dez. 2009.
- "Portal da Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis", disponível em: <http://nusprpms.blogspot.com.br/2012_05_01_archive.html>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Portal da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis", disponível em: <http://www.redemunicipiosps.org.br/wordpress/>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Portal da Rede de Comunidades Saudáveis", disponível em: <http://www.cedaps.org.br>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Portal do Governo de Pernambuco sobre o Programa da Academia das Cidades", disponível em: <http://www2.academiadascidades.pe.gov.br/web/academia-das-cidades/apresentacao>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Programa Academia da Cidade do Recife", disponível em: <http://dssbr.org/site/experiencias/programa-academia-da-cidade-do-recife-minimizando-contrastes-sociais/>. Acesso em: 23 abr. 2015.
- "Programa Bolsa Família", disponível em: <http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>. Acesso em: 23 abr. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade, constatamos que o processo de produção da saúde e do adoecimento tem sido objeto de reflexão e de análise ao longo da história da humanidade e que diferentes marcos explicativos para a relação saúde-doença foram estabelecidos.

Os modelos de Determinação Social da Saúde ajudaram na compreensão e no desvelamento de elementos do processo saúde-doença antes desconsiderados ou negligenciados e, agora, permitem a operacionalização de políticas baseadas no conceito de Promoção da Saúde.

Nesta Unidade, observamos, ainda, certa complementaridade entre os modelos de Determinação Social da Saúde, com ênfase na inclusão da Governança, Etnia e Gênero no modelo de Irwin e Solar, conferindo destaque a elementos externos à saúde, mas que atuam diretamente nas condições de indivíduos e da coletividade.

Atividades de Aprendizagem

Confira se você teve um bom entendimento do que abordamos nesta Unidade realizando as atividades propostas a seguir. Caso tenha alguma dúvida, faça uma leitura cuidadosa dos conceitos ainda não entendidos ou entre em contato com seu tutor. Bons estudos!

1. Descreva os Determinantes Sociais no processo saúde-doença fazendo um paralelo com as ações realizadas no seu Município ou Estado. Desenvolva o texto a partir das seguintes questões:
    a) As ações de saúde em andamento ou propostas no seu Município ou Estado contemplam a abordagem da Promoção da Saúde? Por quê?
    b) Em que medida essas ações contemplam Determinantes Sociais de Saúde (DSS)?
    c) Qual(ais) sua(s) recomendação(ões) para que as ações de Promoção da Saúde sejam fortalecidas no seu Município ou Estado?

Referências

ACKERKNECHT, E. H. Anticontagionism between 1821 and 1867. **Bulletin of the History of Medicine**, Nottingham, n. 22, p. 562, 1948.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. D. E. A Promoção da Saúde e o movimento de cidades/municípios saudáveis: proposta de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org.). **Saúde e Ambiente Sustentável***:* estreitando nós. Rio de Janeiro: Abrasco: Fiocruz, 2002. p. 151-198.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo; Rio de Janeiro: UNESP; Fiocruz, 2003.

ASHTON, J. (Ed.). **Ciudades sanas**. Espanha: Masson S. A., 1993.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei n. 8.080, 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 23 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério do Meio Ambiente. **Agenda 21 Global**. [201-]. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/responsabilidade-socioambiental/agenda-21/agenda-21-global>. Acesso em: 23 abr. 2015.

BRASIL ESCOLA. **Biografia**: Rudolf Carl Virchow [2015]. Disponível em: <http://www.brasilescola.com/biografia/rudolf-carl-virchow.htm>. Acesso em: 3 jul. 2015.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: _____. **Promoção da Saúde**: conceitos, práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BUSS, P. M. et al. **Promoción de la salud y la salud pública**: una contribuición para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, julho de 2000. (Mimeo)

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, n. 17, v. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 55-77.

CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: saúde e cidadania na pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996.

_____; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 141-166.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

_____. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC, 2005.

CASTRO, A. M. **A equipe como dispositivo de produção de saúde**: o caso no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UNATI/UERJ). 2003. 184 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (Brasil). **As causas sociais das iniqüidades em saúde no Brasil**: relatório final. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde***:* conceitos, práticas e reflexões. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

DAHLGREN G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health Stockholm**: Institute for Future Studies. 1991. Disponível em: <http://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf >. Acesso em: 22 abr. 2015.

DECLARAÇÃO de Helsinki. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 8., Finlândia, 2013. Disponível em: <http://healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

DUHL, L. The healthy city: its function and its future. **Health Promotion**, Toronto, n. 1, p. 55-60, 1986.

HOUAISS, A. **Dicionário Eletrônico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. (1 CD-ROM)

LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

MCKEOWN, T. **O papel da medicina**: sonho, miragem e nêmeses. Inglaterra: Oxford, 1979.

MENDES, R. **Municípios e comunidades saudáveis no Brasil**. São Paulo: CEPEDOC, 2008. Relatório Técnico Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

NETTO, G. F. Conexões da saúde com a agenda da sustentabilidade. Desenvolvimento e Sustentabilidade: desafios da Rio+20. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. especial, p. 20-22, jun. 2012.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história e paradigmas. **Interface — Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, n. 3, p. 107-116, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Promoción de salud**: una antología. Washington: D.C.; OPS, n. 557, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDAL DA SAÚDE. Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Diminuindo as diferenças***:* a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Documento para discussão. Rio de Janeiro, outubro de 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 16 set. 2012.

ORTEGA, F. **O corpo incerto**: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de janeiro: Garamond, 2008.

PILON, A. F. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem – mundo. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, Campinas, n. 2, v. 3-4, p. 117-125, 1992.

PROMOCIÓN de la Salud: una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de America Latina y Caribe. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2000. Originais publicados pela Organização Mundial de Saúde. (Mimeo)

RESTREPO, H. E.; MALAGA, H. (Org.). **Promoción de la salud**: como construir vida saludable. Bogotá: Medica Internacional, 2001.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: 22 abr. 2015.

SCRITTA. **Círculo virtuoso X círculo vicioso**. [2015]. Disponível em: <http://www.scrittaonline.com.br/circulo-virtuoso-x-circulo-vicioso/>. Acesso em: 8 jul. 2015.

SERGIO NOBRE. Produtividade industrial e corporativa. **Água**: o insumo finito. 2013. Disponível em: <htt ps://sergionobre.wordpress.com/tag/aguas-servidas/>. Acesso em: 7 jul. 2015.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**: social determinants of health discussion paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

TERRIS, M. **Concepts of Health Promotion**: dualities in Public Health theory. 1996. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/paho557/s6.pdf >. Acesso em: 22 abr. 2015.

TORRES, C. H. D. A. **Ensino de epidemiologia na Escola Médica***:* institucionalização da epidemiologia como disciplina na faculdade de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2002. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação na área de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, 2002.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Fiocruz, 2006. p. 635-667.

_____. Promoção da Saúde e qualidade de vida. In: FERNANDEZ, J. C. A. E.; MENDES, R. **Promoção da Saúde e gestão local**. São Paulo: Hucitec; CEPEDOC, 2007. p. 635-663.

Módulo II

Promoção da Saúde como Política

Unidade 1

Os Fundamentos para a Prática da Promoção da Saúde

Objetivo

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Conhecer os conceitos fundamentais relacionados à prática da Promoção da Saúde.

Prezado Participante,

Vamos iniciar o segundo Módulo do Curso apresentando os conceitos fundamentais para a prática da Promoção da Saúde. Nossa intenção é fazê-lo refletir sobre esse conhecimento para que você – profissional da saúde, gestor e usuário do SUS – motive-se a promovê-lo em seu ambiente de trabalho e em sua vida pessoal, melhorando a sua qualidade de vida e a de todos em seu entorno.

Então, vamos ao trabalho!

Autonomia

O conceito de autonomia torna-se fundamental quando reconhecemos cada sujeito como cidadão que deve ser respeitado por sua singularidade e ouvido quanto às suas necessidades em saúde.

Para entender esse conceito, precisamos, primeiramente, abandonar a visão filosófica abstrata de um sujeito fechado em si mesmo, dedicado a preservar suas próprias ideias, na ilusão de que elas são produtos de um trabalho pessoal, isolado de afirmação de conteúdos internos, independentes de qualquer interposição do meio. A autonomia é, ao contrário, uma condição que se constrói na relação com o outro, ou seja, socialmente, à medida que cada um de nós se constitui como sujeito (CASTORIADIS, 1991).

Quando falamos de autonomia, não estamos nos referindo a um processo de escolhas unicamente individuais ou a um exercício de vontade puro e simples, uma vez que em todo o tempo estamos

imersos numa rede de relações que possibilitam e impedem e que libertam e constrangem as nossas escolhas e decisões (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). Ao contrário da independência, a autonomia é tomada, portanto, como um processo de "**coconstituição"**, de "**coprodução"** (ONOCKO; CAMPOS, 2006; CAMPOS, 2006).

Nesse sentido, o conceito de autonomia implica reconhecer que os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver e criam possibilidades para satisfazer suas necessidades e interesses envolvem forças políticas, econômicas, afetivas, culturais e sociais existentes num território. E, simultaneamente, obriga a afirmar que cada sujeito na relação com o mundo não é (e não deve ser) passivo, ou seja, todos nós reorganizamos constantemente os recursos, os saberes e as ferramentas disponíveis, transformando a nós mesmos, as nossas relações e o território em que vivemos (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004). A autonomia refere-se, pois, a nossa capacidade de lidar com nossas redes de relações e dependências no mundo (ONOCKO; CAMPOS, 2006; CAMPOS, 2006).

Observe que a Promoção da Saúde funda-se na ideia de ampliação do controle dos indivíduos sobre suas vidas e sua saúde. Um controle que se dá mediante a participação ativa e os processos de empoderamento de indivíduos e comunidades. Tal ampliação do controle requer ações autônomas quando o que pretendemos é a transformação de uma dada realidade e não apenas a substituição de um constrangimento por outro.

É nesse contexto que a autonomia diz respeito às "[...] atitudes ou comportamentos de usuários de serviços ou programas de promoção da saúde, mas também [às] práticas dos agentes, profissionais e gestores que os oferecem e desenvolvem." (FERNANDEZ, 2012, p. 500).

Diante da definição da "Carta de Ottawa" de que promover saúde é fortalecer e ampliar a capacidade de sujeitos e coletividades

de identificar, analisar e exercer controle sobre os determinantes sociais da saúde, assegurando a melhoria das condições e da qualidade de vida, podemos dizer que os profissionais da saúde devem se comprometer com a defesa de crescentes graus de autonomia da população, de corresponsabilização pelo cuidado consigo, com os outros e com o mundo (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

Com o foco na ampliação da autonomia, as ações de Promoção da Saúde, de acordo com Janj e Mitic (2009):

- Ratificam que todos os indivíduos são sujeitos do conhecimento, da reflexão e da ação.
- Admitem que é preciso mais do que um saber técnico, uma verdade científica ou uma evidência médica para produzir saúde, investindo em saber dos homens por eles mesmos no momento e nas condições em que se encontram.
- Investem na defesa dos direitos de cidadania, na garantia de acesso à informação qualificada no âmbito da saúde, na ampliação da capacidade de sujeitos e coletividades compreenderem, avaliarem e utilizarem as informações sobre saúde para redução dos riscos e da vulnerabilidade ao adoecer e para melhoria da qualidade de vida e no fortalecimento da participação cidadã na luta por seus direitos.

Empoderamento

O ponto de partida para a discussão do empoderamento na Promoção da Saúde é a ideia de que atores, até mesmo aqueles que sempre estiveram à margem de processos decisórios, são protagonistas da ação social. Para entender o protagonismo desses

grupos, devemos considerar seu processo de transformação em sujeitos políticos, sua cultura, seus projetos e suas práticas e relações com o entorno. Ou seja, é impossível inserir a ideia de protagonismo da sociedade civil desvinculada de outros valores e princípios, entre os quais aqueles que reforçam os processos educativos e participativos.

O conceito de empoderamento não tem um caráter universal e pode ser interpretado sob diversas perspectivas. A ideia de empoderamento "[...] tem suas raízes nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da 'ação social' presentes nas sociedades dos países desenvolvidos, na segunda metade do século XX". (CARVALHO, 2004, p. 1.089).

Para a Promoção da Saúde, o processo de empoderamento refere-se à dimensão criativa e instituinte da ação, ou seja, é por meio dele que "[...] indivíduos ou grupos desenvolvem habilidades e capacidades para a tomada de decisão e controle sobre suas vidas e sobre os determinantes sociais." (BRASIL, 2012c, p. 21).

Há, portanto, uma relação estreita entre o empoderamento e a questão da autonomia e, da mesma forma, uma mútua incidência positiva entre empoderamento e participação, isto é, sujeitos empoderados são mais propensos a participar, e os canais de participação criam, por sua vez, oportunidades para o empoderamento. Frequentemente, relaciona-se o empoderamento às ações de emancipação e às tentativas de equilibrar diferenças preexistentes entre grupos e segmentos sociais. Nesse sentido, facilitar o desenvolvimento dos processos de empoderamento, individual e coletivo, é, também, uma forma de produzir mais equidade.

Para trabalhar empiricamente com essa temática, é importante considerar que o empoderamento não é

> [...] algo que se tem ou não de forma absoluta. Entre esses dois extremos há uma miríade de possibilidades, enfim, de graus de empoderamento [...], pois todos os que vivem numa sociedade defrontam-se com coerções maiores ou menores. (HOROCHOVSKI; MEIRELLES, 2007, p. 494).

Portanto, podemos notar que isso remete à manutenção da questão do empoderamento como pauta permanente das ações em Promoção da Saúde.

Território

Tanto a meta da equidade em saúde quanto a defesa da ampliação da autonomia de sujeitos e coletividades implicam olhar e escutar atentamente às singularidades dos modos de viver, dos modos de fazer a vida andar, isto é, observar os territórios que expressam as condições em que os indivíduos moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam.

Assim, a Promoção da Saúde tem, no conceito de território, uma de suas principais questões e o ponto de partida metodológico para uma intervenção em saúde. Há uma grande produção técnica e científica na área de saúde em torno da ideia de considerar o território como ponto de partida para a ação local. As análises empreendidas, em geral, discutem as potencialidades dessa abordagem territorial na organização de serviços e nas práticas locais, como no Programa Saúde da Família, na vigilância em saúde, nas estratégias de cidades saudáveis, nas escolas promotoras de saúde, nas iniciativas de desenvolvimento local sustentável, na geografia em saúde e nas práticas intersetoriais locais.

Devemos destacar, segundo Mendes e Donato (2003) e Oliveira e Furlan (2008), que o conceito de território tem sido fundamental para a concepção dos sistemas de saúde desde a primeira metade do século XX, possuindo diferentes leituras e embasando distintas formas de intervenção em saúde.

No Brasil, no período da República Velha (1889-1930), a partir das descobertas da microbiologia, da inserção do país no capitalismo e da necessidade de combate às epidemias, entre outros fatores, o território era alvo das intervenções normativas do "Higienismo Campanhista". O território era compreendido somente como o ambiente onde agente e hospedeiro se encontram (OLIVEIRA; FURLAN, 2008).

De acordo com Oliveira e Furlan (2008), na década de 1960, com o conceito de dano e a proposta de planejamento elaborada pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), recoloca-se a questão do território como espaço sobre o qual se intervirá para monitorar e controlar fenômenos que ameaçam a saúde.

Nos anos de 1970 e 1980, segundo os mesmos autores, com a ampliação do conceito de saúde e o acúmulo do conhecimento sobre a produção social da saúde, produz-se a necessidade de compreender os processos de territorialização noutra perspectiva, afirmando o território como espaço geopolítico, espaço em construção e desconstrução contínuas.

Podemos notar, então, que o território passa de quadro estático, em que a vida ocorre, para espaço no qual um conjunto de saberes, poderes, necessidades, desejos, valores, interesses e discursos se organizam e reorganizam de maneira específica. Temos, aí, a ideia de um processo dinâmico e ininterrupto de produção dos territórios.

Ao fazer referência ao território, Milton Santos (2008) nos instiga a considerar a inseparabilidade e a interdependência entre a materialidade, que inclui a natureza e o seu uso, e a ação humana, isto é, o trabalho e a política. Trata-se, pois, de um "território usado",

no qual se expressam as diversidades culturais e se materializam as políticas públicas.

Ao incitar-nos a "fazer falar o território", Santos (2000) nos convoca a considerar alguns aspectos que ampliam o sentido das práticas de Promoção da Saúde, os significados e os resultados que tais aspectos podem oferecer. Em outras palavras, trata-se de considerar a realidade social como um contexto a ser entendido e reconstruído também mediante a atribuição de significados pelos sujeitos.

De acordo com Santos (2000), conhecer o território implica mergulhar nele, comprometer-se em rever e analisar a sua realidade "de dentro", interrogando os modos de organização da vida nesse espaço. Tal processo de apropriação envolverá a articulação de duas estratégias: a elaboração de **mapas** e a **escuta**.

Os mapas são:

> [...] compostos pela sobreposição dos chamados perfis: físico/barreiras/circulação, socioeconômico, sanitário (diagnóstico das condições de saúde: distribuição da morbimortalidade, condições de moradia e de saneamento), demográfico, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios etc.), perfil das lideranças comunitárias e organizações associativas, cultural, lazer, etc. (OLIVEIRA; FURLAN, 2008, p. 251-252).

A **escuta** é o movimento de acolhimento dos sujeitos e coletividades em todos os aspectos e fatores que constroem suas vidas, o movimento que os auxilia a reconstruir as correlações que estabelecem consigo, entre eles e com o mundo (BRASIL, 2011a, p. 27). No processo de escuta, aprendemos a história dos sujeitos e do seu território por meio de seu olhar, saber e sentir, nos aproximando dos significados da realidade "de dentro", como pede Milton Santos.

Observe que a integração dos mapas com o conteúdo da escuta permitirá que organizemos, com sujeitos e coletividades, estratégias mais efetivas para a melhoria da qualidade de vida e a produção da saúde, pois poderemos, simultaneamente, compreender melhor a complexidade do território e participar do seu permanente processo de reconstrução, de redefinição e de transformação.

Como está seu entendimento a respeito dos fundamentos autonomia, empoderamento e território e conceitos relacionados? Caso haja dúvidas após reler o texto, contate seu tutor antes de continuar a leitura da próxima seção.

Sobre Participação Social, sugerimos a leitura desta obra: *Ouvidoria-geral do SUS: um espaço de cidadania* (2014), disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ouvidoria_geral_espaco_sus_cidadania.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

Participação Social

Todas as informações sobre a abordagem territorial trazidas até aqui parecem evidenciar a necessidade de compreender a complexidade do processo da participação de diferentes atores no espaço geográfico. Na participação social, interagem os atores: institucionais, da esfera pública ou privada, organizados em torno de interesses ou entidades e associações; sujeitos e lideranças; parlamentares e outras autoridades.

A participação da sociedade civil no SUS está prevista na Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são as principais instâncias de participação.

As formas de participação social podem ser:

- institucionalizadas, em conselhos; e
- não institucionalizadas, em fóruns participativos.

Aqui chamamos atenção para a Ouvidoria do SUS, que também é uma forma institucionalizada de participação social. A Ouvidoria-Geral do SUS é a instância que escuta, acolhe, analisa e encaminha as demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde em todo Brasil. É um mecanismo institucional que contempla as manifestações

individuais dos cidadãos e atribui transparência às ações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014a).

Essas participações deverão sempre levar em conta as dimensões da negociação, da informação, da avaliação e do monitoramento. Os Comitês de Saúde ou Conselhos de Gestão de Políticas Locais são exemplos de dimensões da avaliação e do monitoramento.

Juntos, esses diferentes atores intervêm na identificação de necessidades e de problemas comuns e se unem para desenhar e propor, na prática, as soluções ou ações, fortalecendo a relação comunidade/instituição e uma gestão participativa. Os modelos de cogestão, que resultam de transformações no papel dos Estados e das sociedades, acabam também por reorientar esses papéis, dinamizando a elaboração das políticas públicas e maximizando seus efeitos por meio do manejo e de resolução dos conflitos via negociação.

A cogestão do SUS exige a replicação dos espaços de participação social em todos os níveis de governo. Nos municípios – Conselho Municipal de Saúde; nos Estados – Conselho Estadual de Saúde; e no Governo Federal (Ministério da Saúde) – Conselho Nacional de Saúde, todos esses conselhos são formados por representantes do governo (gestores), usuários, profissionais de saúde e prestadores de serviço (setor privado ou filantrópico).

Como assinalado na política criada para aperfeiçoar a gestão democrática do SUS – Participasus –, "[...] a participação social é um princípio e [uma] diretriz fundamental do SUS [...]" e é, também, "[...] componente estratégico inerente ao processo da Reforma Sanitária brasileira, e sua marca emblemática." (BRASIL, 2005b, p. 8).

> A Lei n. 8.142/90 estabelece duas formas de participação da população na gestão do SUS: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Nestes, as comunidades, por intermédio de seus representantes, podem formular, opinar, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas e ações de saúde nas três esferas de governo, expressando e defendendo os seus interesses na gestão da saúde. (BRASIL, 2005c, p. 8).

A forma como está inserida, portanto, a questão da participação no âmbito do SUS, conduz todos os profissionais envolvidos a envidar esforços para torná-la um elemento-chave do sistema e sua tarefa de produzir equidade. Como indicado pela Organização Mundial de Saúde (2011, p. 18),

> [...] a participação das comunidades e da sociedade civil no desenvolvimento de políticas públicas, no monitoramento de sua implementação e na avaliação de seus resultados é essencial para qualquer conjunto de ações sobre os determinantes sociais.

Todo processo participativo desencadeado no âmbito do SUS deve conduzir à deliberação informada, comprometida e conjunta. Evidentemente, "[...] deliberar junto significa mais do que realizar o controle social – e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa." (BRASIL, 2005b, p. 10).

A experiência acumulada nas duas últimas décadas em relação a esses processos participativos no SUS, sobretudo no que diz respeito aos Conselhos de Saúde, mostra alguns problemas que ainda precisam ser superados. Entre outros, destacamos:

> [...] o não exercício do seu caráter deliberativo na maior parte dos municípios e Estados; [...] a falta de regularidade de funcionamento; [...] a falta de transparência nas informações da gestão pública; a dificuldade e desmobilização do seu desenvolvimento na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde [...] (BRASIL, 2005b, p. 14).

Adensar – aumentar em número. Fonte: Houaiss (2009).

Para enfrentar essa problemática, precisamos **adensar** a construção da consciência individual e coletiva e, também, de novos modelos de gestão em uma perspectiva que fomente a prática social cidadã, um modo inclusivo de gerir e o controle das comunidades sobre fatores intervenientes no bem-estar.

Como apoio a esse enfrentamento, cabe considerar e explorar o uso, nas mais variadas situações, do modelo apresentado pela Organização Mundial de Saúde (2011), conforme Figura 1, que sugere um trajeto a ser construído pelos processos participativos: da informação para a transferência de poder.

Figura 1 – Técnicas para obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas

Fonte: Organização Mundial de Saúde (2011).

Cabe considerar, ainda, que:

- À medida que os processos de corresponsabilidade vão sendo delineados, a gestão pública passa a ser considerada um espaço de deliberar e de negociar, tornando fundamental o aprendizado do procedimento da negociação. E, aqui, os desafios que se apresentam são inúmeros. A negociação não é um simples evento para se chegar a um acordo. Constitui-se num processo dinâmico em que se expressam a complexidade e a possibilidade de aproveitar a divergência. São gerados produtos ou resultados, mas o acordo que se estabelece não é estático. Por isso, esse processo renova-se constantemente, assim como devem renovar-se permanentemente as capacidades e habilidades de todos os envolvidos. Frequentemente, a participação acaba apenas por referendar as propostas de governo. Daí a responsabilidade do poder público ao criar esses canais de participação, de prever mecanismos e dinâmicas que os transformem em espaços de aprendizagem, de conhecimento e de ampliação da cidadania. Assim, os

atores sociais podem se tornar, de fato, protagonistas na definição das políticas públicas.

- Outra dimensão, colocada na gestão compartilhada, refere-se ao controle, ao acompanhamento e à manutenção dos acordos, que são responsabilidades que devem ser estabelecidas pelos diferentes atores sociais. A continuidade das ações é indispensável para determinar o caminho, identificar os entraves e as soluções para as ações estabelecidas ou mesmo redefini-las para alcançar metas de interesse geral. O preparo de equipes e membros das comunidades locais em metodologias de monitoramento e avaliação de ações tem sido insuficiente para concluir uma tarefa tão complexa. Em geral, não se considera que essa dimensão também deva estar incluída no processo de negociação. É preciso que os envolvidos se disponham a fazer uma autoavaliação e se avaliem mutuamente. Reside aí um aspecto bastante importante, usualmente relatado em projetos que envolvem parcerias entre o poder público e as organizações da sociedade civil.
- Alguns dos desafios do processo de participação na gestão pública são a produção e a organização da informação, bem como o acesso a ela. Essa é a base para se viabilizar a participação efetiva e é indispensável desde o início do processo, visto que torna transparente a interação pretendida entre os diversos atores sociais. É a informação que possibilita uma visão das realidades locais, das articulações entre as políticas públicas, da destinação de recursos, das decisões de governo, dos direitos. Enfim, é ela que permite o estabelecimento dos nexos existentes e deve ser suficiente para subsidiar o processo decisório.

Mesmo que reconheçamos que os conflitos e as dificuldades podem ser restritivos aos processos de mudança social, não podemos desconsiderar que as experiências aprendidas em relação à participação social nas três últimas décadas trazem elementos para várias reconstruções, entre elas, a dos conceitos de democracia, cidadania, sujeito. Com isso, revalorizamos o princípio de comunidade e, com ele, a ideia de subjetividade, igualdade, autonomia e solidariedade.

Lembre-se de que o momento atual parece propício para a proposição de novas práticas e a criação de espaços de integração entre diversos atores, o que implica estabelecer, contudo, compromissos de interesse público; redefinir o papel do Estado e da sociedade frente ao estabelecimento de políticas sociais; e definir fóruns participativos e pactuados que sejam expressivos da diversidade de interesses e necessidades sociais.

Governança

O termo governança é utilizado para identificar e descrever um conjunto de procedimentos, atores e processos configurados para que uma sociedade alcance melhor qualidade de vida. O conceito de governança, segundo Querol (2004), é um sistema de regras formais e informais que criam uma interação entre os tomadores de decisões, considenrando aqueles que são relevantes, tanto dos poderes públicos como os atores sociais e econômicos.

Adotar o conceito de governança significa investir em processos de mudança que sejam planejados e implementados numa relação de corresponsabilidade em torno de um marco institucional formado por regras e procedimentos formais e informais que devem garantir

a democratização das relações, das informações e a articulação entre os diferentes setores sociais (BENTO, 2003; CALAME, 2004).

Os requisitos institucionais para a governança apresentados por Querol (2004) parecem demonstrar o estreito vínculo existente entre a discussão sobre a governança e os processos de democratização do espaço público e são:

- A democratização da informação e dos conhecimentos adequados para participar de maneira informada dos processos de tomada de decisões.
- A coordenação intergovernamental no eixo local-global (integração vertical).
- A coordenação e integração entre as políticas setoriais, isto é, a intersetorialidade, ou a integração horizontal.
- A criação de instrumentos políticos inovadores.
- A mudança na cultura administrativa através da transparência, prestação de contas e utilização de instrumentos de avaliação.
- A valorização de uma cultura política participativa.
- A disponibilidade de certo nível de capital social – a sociedade precisa dispor de capacidades de comunicação e liderança, ter confiança no governo, ser capaz de demonstrar reciprocidade, cooperar, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (2011, p. 3) vincula estrategicamente a discussão da governança ao enfrentamento das iniquidades em saúde ao considerar que

> [...] a implantação de respostas políticas dedicadas à redução de iniquidades em saúde demanda uma governança que explicite as responsabilidades individuais e conjuntas dos diferentes atores e setores [...] na melhoria da saúde e do bem-estar enquanto metas coletivas relacionadas a outras prioridades da sociedade.

As estruturas formais e informais de governança podem ser importantes causadoras de iniquidades em saúde, daí a necessidade de se recorrer frequentemente à ideia da "boa governança", para a qual o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) recomenda atenção a cinco princípios, quais sejam:

- dar legitimidade e voz a todas as partes;
- assumir uma visão estratégica que se preocupe com a sustentabilidade e que valorize os processos;
- buscar a eficiência e eficácia das políticas;
- promover a corresponsabilização e transparência nas ações; e
- buscar a redução das desigualdades e iniquidades.

Equidade

O debate acerca da equidade centra-se na ideia de que todos devem ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançá-lo, se isso pudesse ser evitado. A equidade é concebida como o reconhecimento e a efetivação, com igualdade, dos direitos da população, sem restringir o acesso a esses direitos, nem estigmatizar as diferenças que conformam os diversos segmentos que a compõem.

Lembre-se de que o reconhecimento das diferenças existentes na sociedade é um ponto fundamental para a compreensão do conceito da equidade. As diferenças dos segmentos sociais e de suas formas de viver devem ser manifestadas e respeitadas, sem discriminação, ainda, devem ser criadas condições que favoreçam a extinção das práticas de subordinação ou de preconceito em relação às especificidades políticas, étnicas, religiosas, culturais e de opção sexual etc.

Nesse sentido, a equidade fortalece a importância do acolhimento da singularidade de cada território e/ou comunidade, afirmando que devemos prezar pela extinção de desigualdades e de evitáveis no campo da garantia dos direitos fundamentais de cidadania e, ao mesmo tempo, que isso não significa considerar todos nem tudo de maneira idêntica.

Em uma sociedade como a brasileira, com múltiplos modos de viver e construir a realidade, é fundamental reconhecer que há necessidades distintas e que para respondê-las é preciso oferecer possibilidades de acesso às políticas públicas, às abordagens em saúde e à organização de serviços diferenciados. Ou seja, o significado mais forte de equidade é o estabelecimento de metodologias e de abordagens que ofereçam "a cada um segundo sua necessidade", reconhecendo que cada sujeito é um cidadão de direitos, com graus de liberdade e autonomia (CAMPOS, 2006).

Como assinalam Paim et al. (2011, p. 28),

> [...] o SUS é um sistema de saúde em desenvolvimento que continua a lutar para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores público e privado criam contradições e injusta competição [...], que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições de saúde.

Abordar o tema da equidade no contexto do SUS não é tarefa fácil porque é exigido um aperfeiçoamento contínuo na identificação das desigualdades e nas tarefas de gestão necessárias para reduzi-las. Na temática da equidade em saúde, destacamos duas importantes dimensões: a da desigualdade nas condições de vida e saúde e a da desigualdade no acesso e consumo de serviços de saúde. Ambas as dimensões têm determinantes intrassetoriais e extrassetoriais, geralmente cumulativos, mas que apresentam mecanismos distintos para sua superação (ALMEIDA, 2000). Ambas demandam a implementação de políticas públicas – sociais e de saúde – e o esforço de toda a sociedade no combate aos mecanismos de reprodução da pobreza

e da desigualdade, bem como uma ampla política social igualitária, que tenha alicerce nos princípios de universalidade, de solidariedade e de eficiência.

Por outro lado, as políticas públicas devem incorporar elementos flexíveis, capazes de permitir a adaptação de suas estratégias e ferramentas às necessidades da população em cada um dos cenários e/ou territórios em que vivem. Assim, por exemplo, é fundamental trabalhar pela alimentação saudável, porém é necessário conhecer os hábitos alimentares, as tradições culturais, os alimentos próprios em determinada região e as possibilidades de acesso aos alimentos mais saudáveis de um sujeito ou comunidade a fim de abordar o tema de forma equânime.

Para Whitehead (1990), é necessário compreender, em cada contexto, quais são as condições sociais consideradas desnecessárias, injustas e evitáveis para que todos os sujeitos possam atingir seu potencial integral em saúde. Portanto, trabalhar as equidades em saúde significa criar oportunidades iguais para que todos tenham saúde, o que está intimamente relacionado com a distribuição dos determinantes de saúde na população (renda, habitação, educação e outros).

Intersetorialidade

De todos os fundamentos da Promoção da Saúde que abordamos até aqui, a intersetorialidade é aquele que mais radicalmente nos remete à ação, ao modo de gestão das políticas e das iniciativas de melhoria da qualidade de vida e, consequentemente, de intervenção nos diferentes níveis de determinação social da saúde. A intersetorialidade é mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com limites da organização setorial na abordagem dos fenômenos complexos de nossa sociedade (MENDES; AKERMAN, 2007).

O investimento de diferentes setores da sociedade e das políticas públicas em manter a rigidez da relação – problemas complexos/ respostas setoriais/saberes e práticas fragmentados – tem nos levado a desperdício de recursos, iatrogenias e baixa efetividade na garantia dos direitos de cidadania. Nesse sentido, a intersetorialidade apresenta-se como a "[...] articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, como saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos." (MOYSÉS et al., 2004, p. 630). A potência transformadora da forma intersetorial de trabalhar e de criar e implementar políticas encontra-se, portanto, na oportunidade de construir novas sínteses de conhecimento e novas estratégias de ação por meio do diálogo (MENDES; AKERMAN, 2007).

No entanto, convém sublinhar que a intersetorialidade não é um fim em si mesmo nem acontece com a simples reunião de ações setoriais específicas. A intersetorialidade exige um processo sistemático de articulação, planejamento e coordenação entre os diferentes setores da sociedade em torno de um projeto territorial comum, do qual todos sejam corresponsáveis, cogestores (MENDES; AKERMAN, 2007).

Assim, a ação intersetorial, para existir, "[...] demanda um amplo processo de inclusão para a apreensão e transformação da realidade, isso necessariamente significa [...] o estabelecimento de relações horizontais." (MENDES; AKERMAN, 2007, p. 97). Ou seja, a construção da intersetorialidade implica a explicitação das relações de poder entre os distintos atores e organizações sociais, exigindo processos de concertação/pactuação e não se isentando de conflitos, contradições e problemas (MENDES; AKERMAN, 2007; MOYSES et al., 2004).

Nesse processo, cabe aos gestores da Administração Pública e aos profissionais que trabalham com as políticas públicas em diferentes territórios exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores, para que os efeitos das políticas públicas sejam potencializados:

> [...] a interdependência das políticas setoriais se faz notar quando se atua a partir de territórios específicos, pois ele

> registra o mesmo espaço, as mesmas pessoas, a mesma realidade em questão. A totalidade do cotidiano vem à tona e exige da ação governamental ações igualmente totalizantes. (KOGA, 2003, p. 242).

A mudança que a gestão intersetorial produz na metodologia de abordagem dos territórios, expressa por um trajeto metodológico que faça a leitura crítica do território, a inclusão da pluralidade dos atores e o enfrentamento das práticas e dos saberes fragmentados, é a abertura para a melhoria da gestão local. A gestão intersetorial apresenta ao gestor local as oportunidades para consolidar sujeitos políticos locais e contribuir para o desenvolvimento de uma cultura política democrática, mediante a implementação de políticas públicas comprometidas com o desenvolvimento humano sustentável (FERNANDEZ; MENDES, 2007).

São vários os espaços de articulação desses atores sociais (fóruns, painéis, conselhos, oficinas de trabalho, grupos temáticos, jurados etc., ou mesmo espaços informais de articulação), com distintos modos de formalizar sua interação (alianças, consórcios, acordos, convênios, contratos etc.).

Práticas intersetoriais podem ser verificadas em projetos e ações que visam a atuar sobre "Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)". Os ODMs são um conjunto de metas pactuadas pelos governos dos 191 países-membros da ONU que consistem em uma série de prioridades coletivas voltadas ao desenvolvimento humano. O compromisso foi firmado durante a "Cúpula do Milênio", em setembro de 2000, após uma análise dos maiores problemas globais, e prevê um conjunto de oito macro-objetivos voltados para as áreas de saúde, renda, educação e sustentabilidade a serem alcançados pelas nações até 2015, quando deverão ser substituídos pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), também articulada de forma intersetorial em 17 grandes objetivos.

A questão da intersetorialidade também é abordada com destaque na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):

Para ler a íntegra do "Relatório Nacional de Acompanhamento" dos ODMs, acesse: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 5 maio 2015.

Confira o texto de revisão da PNPS em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/20/PNPS-2015-final.pdf> . Acesso em: 27 maio 2015.

> [...] a PNPS revisada aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor Sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. (BRASIL, 2015b)

Redes Sociais

O conceito de redes vem ganhando espaço e importância entre diversos atores sociais e políticos preocupados com a gestão pública. A palavra rede tem origem no latim *retis* e significa entrelaçamento de fios com aberturas regulares que formam uma espécie de tecido. A partir dessa noção de malha e estrutura reticulada, a palavra rede foi ganhando novos significados ao longo dos tempos, passando a ser empregada em diferentes situações. Daremos destaque aqui à abordagem das redes associativistas.

As redes associativistas têm o intuito de refletir e colocar em prática processos de articulação mais horizontalizados, que pressupõem a identificação de sujeitos coletivos que se unem em torno de valores, objetivos e projetos comuns.

As redes, nessa visão, têm sido empregadas pelos atores coletivos dos movimentos sociais como uma possibilidade de responder às demandas de flexibilidade, conectividade e descentralização das esferas contemporâneas de atuação e de articulação social. Essa noção de rede diz respeito a uma nova forma de organização e de ação, que decorre da associação de pessoas ou entidades para realizar determinado objetivo, tendo como ideário "[...] uma nova visão do processo de mudança social – que considera fundamental a participação cidadã – e a forma de organização dos atores sociais para conduzir

esse processo." (SCHERER-WARREN, 1999, p. 24). Assim, uma rede é constituída para potencializar as ações de pessoas ou entidades. Há entendimentos acerca das redes, no que diz respeito à emancipação de sujeitos, que, a partir de certa tomada de consciência com relação às suas inserções em redes, descobrem novas potencialidades para o enfrentamento de problemas e situações diversas.

Nas últimas décadas surgiram em todo o mundo, nos campos da economia, política e cultura, inúmeras redes e organizações na esfera da sociedade civil lutando pela promoção das liberdades públicas e privadas eticamente exercidas, constituindo-se em setor público não estatal. São redes e organizações feministas, ecológicas; movimentos na área de educação, saúde, moradia; eventos internacionais como o Fórum Social Mundial (FSM) e muitos outros. Eles propõem para o mercado e para o Estado transformações nas relações desiguais existentes na sociedade. Há, ainda, redes de apoio social cujos grupos se agregam para dar apoio às populações jovens, idosas e a outros grupos. É uma ação de estreitar vínculos preexistentes para apoiar grupos ou pessoas que momentaneamente têm problemas a enfrentar.

Visite o Portal do Fórum Social Mundial 2015 e conheça o contexto do evento e a sua programação. Disponível em: <https://fsm2015.org/en>. Acesso em: 5 maio 2015.

Nesse e em outros casos, as redes são entendidas como uma possibilidade para o estabelecimento de relações mais horizontalizadas entre atores ou como uma estratégia para o "arejamento" de estruturas de caráter mais vertical ou piramidal. O exercício da liberdade, responsabilidade, democratização da informação, que a lógica horizontal de redes desenvolve, ajuda os participantes a refletir sobre os padrões de dominação, competição, autoritarismo e manipulação que a cultura do mundo atual introjeta em todas as pessoas.

A rede é uma forma, portanto, de poder conjunto de todos que a integram, ela só se torna efetivamente "poder" se esse poder não se concentrar em nenhum membro em particular, ou seja, se todos estiverem dispostos a ceder informações e poder aos demais. Uma rede pode interligar tanto unicamente pessoas, unicamente entidades quanto pessoas e entidades.

A interligação em redes é estabelecida a partir da identificação de objetivos comuns e/ou complementares, cuja realização se potencializa a partir da reunião de esforços de diferentes instituições ou pessoas (WHITAKER, 2002).

Outra conotação de redes, também importante na perspectiva da Promoção da Saúde, é a de "estruturas de comunicação", decorrente do uso de novas tecnologias que facilitam cada vez mais a circulação de informações. Segundo Castells (1999), as novas tecnologias da informação estão integrando o mundo em redes globais de instrumentalidade. A comunicação mediada por computadores gera uma gama enorme de comunidades virtuais. As atuais possibilidades oferecidas pela informática – a rapidez da comunicação e a estocagem da informação – podem ampliar a eficácia das redes constituídas com objetivos específicos assim como lhes assegurar efetivamente plena liberdade de circulação de informações. Uma rede de entidade ou de pessoas pode ter como apoio a rede de comunicação via internet.

Precisamos considerar, finalmente, que as redes sempre se constituíram numa noção norteadora do SUS, quer em relação aos desenhos organizativos da atenção em rede de serviços – os chamados sistemas de referência e contrarreferência, que enfatizam os critérios clássicos de hierarquização dos níveis do sistema – quer em relação à rede de cuidados, que problematiza especialmente o conceito de integralidade e de qualidade da atenção.

Vamos tratar destes aspectos mais detalhadamente na Unidade 3, quando discutiremos sobre as Redes de Atenção à Saúde.

Muito bem, como está o seu entendimento até aqui? Saiba que é muito importante para o seu aprendizado que você entenda o que estamos tratando, caso tenha alguma dúvida, sugerimos que releia o texto ou entre em contato com o seu tutor.

Sustentabilidade

Podemos iniciar esta seção questionando o próprio termo **sustentabilidade** quando referido aos projetos de políticas públicas em geral e, nesse caso em particular, às iniciativas de Promoção da Saúde. Trata-se de uma palavra de sentido **polissêmico** e tem sido relacionada aos princípios do Desenvolvimento Sustentável (DS) como um grande desafio do nosso tempo: "[...] criar comunidades sustentáveis onde podemos satisfazer as nossas necessidades e aspirações sem diminuir as chances das gerações futuras." (CAPRA, 1996, p. 24).

Polissêmico – relativo à polissemia; multiplicidade de sentidos de uma palavra ou locução; que tem mais de um significado. Fonte: Houaiss (2009).

A formulação e a implementação de políticas sociais, em vários países, vêm sendo acompanhadas por preocupações em relação à avaliação da sustentabilidade dos processos, em outro sentido, saber se:

- elas "sobreviverão" à transição dos governos que se sucedem periodicamente;
- há possibilidade de continuar a obter recursos para o desenvolvimento das ações;
- as ações empreendidas consolidam-se de modo a produzir mudanças significativas nas condições de vida da população; e
- essas iniciativas podem manter os seus efeitos por um longo período.

A sustentabilidade relacionada às políticas de Promoção da Saúde é especialmente importante tendo em vista que as iniciativas dessa área se dirigem a questões de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos, com impactos a médio e longo prazo. Coerentemente com os outros princípios aqui enfocados, a sustentabilidade em Promoção da Saúde envolve também os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e ambientais.

O que nos parece mais relevante é assinalar que a sustentabilidade deve estar referida a um complexo sistema de relações, que envolvem atores e instituições na busca de soluções mais amplas e duradouras, e observar com mais atenção o conceito em relação aos arranjos societários que vão se estabelecendo e que podem permitir a longevidade das iniciativas. Menos do que um conceito, essa perspectiva aponta para questões básicas de continuidade, manutenção e durabilidade, considerando o porquê, com quem e para quê?

Observe que é sempre importante refletir sobre a sustentabilidade dos projetos, das ações e das políticas, transformando-a em ponto permanente de pauta para gestores, formuladores de políticas e outros atores, é esse exercício de reflexão que pretendemos despertar em você.

Essa perspectiva aponta a necessidade de buscar caminhos articulados e de construir novas institucionalidades que ganhem potência e qualidade para enfrentar eficazmente os desafios da contemporaneidade, permeados que são de muita complexidade. Complexidade é, aqui, entendida como um atributo de múltipla determinação, histórico e contextualizado, e não como impossibilidade, dificuldade ou complicação.

Esse entendimento reforça a ideia de que precisamos investir na construção de uma participação social informada e solidária, em que haja clareza sobre as limitações físico-orçamentárias da gestão e certeza sobre a coautoria, ou cogestão, nas experiências ou iniciativas bem-sucedidas. A abertura à participação, portanto, é tão importante quanto desenvolver uma sistemática de leitura do território e das necessidades locais ou inovar na busca de ações integradas.

Um modelo de atuação dessa natureza diversa e plural pode agregar mais crítica, qualidade e pertinência às ações e políticas, o que, por si só, confirma sua sustentabilidade. Com essas mesmas características, e envolto pela ideia do compartilhamento de responsabilidade e de poder, aproxima-se e vincula-se mais à noção de política pública, ao mesmo tempo em que se afasta da disputa partidária, na qual as ameaças à sustentabilidade se ampliam.

Integralidade

Quando falamos de integralidade, a primeira ideia que vem à mente de qualquer trabalhador do SUS é aquela que se refere à diretriz básica do sistema de saúde conforme expresso no texto constitucional.

Integralidade como atendimento integral às necessidades em saúde da população por meio de políticas sociais e econômicas que articulem promoção, proteção e recuperação da saúde nas práticas de atenção, nos princípios da gestão e na organização das políticas de saúde (BRASIL, 1988).

No entanto, para compreender a integralidade como ferramenta produtora de uma melhor qualidade na gestão e na organização do cuidado, somos convidados a ampliar o nosso olhar sobre esse conceito e o uso que fazemos dele.

Um dos aspectos que precisamos agregar para o entendimento da integralidade provém da medicina integral e nos remete à adoção de uma atitude que não reduza o sujeito usuário dos serviços de saúde a um sistema biológico disfuncional que produz o seu sofrimento ou a sua queixa (MATTOS, 2001). Trata-se de sair dos

limites de uma racionalidade centrada na medicina **anatomopatológica**, adotando a integralidade como valor que se apresenta no modo como o profissional de saúde se relaciona com o sujeito que o procura ou com a comunidade em que trabalha.

Anatomopatológico – ramo da medicina voltado ao estudo das alterações estruturais, que resultam de processos patológicos, de órgãos, tecidos e células. Fonte: Houaiss (2009).

A atitude do profissional de saúde deve "[...] reconhecer, para além das demandas explícitas relacionadas a uma experiência de sofrimento, as necessidades de ações de saúde [...]" (MATTOS, 2001, p. 50) como aquelas vinculadas ao desejo por uma conversa, à redução dos fatores de risco ou à angústia pela ausência de trabalho.

Afirmar a integralidade como atitude na relação com o outro, marcada por uma escuta atenta e pelo acolhimento dos sujeitos para além da doença, é importante, mas não suficiente. Entendida como valor expresso na ação individual de determinado profissional de saúde, a integralidade corre o risco de integrar-se a uma série de características de "personalidade", individualizando-se e pessoalizando-se.

> Com efeito, se é verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho. (MATTOS, 2001, p. 51).

Nessa direção, a integralidade agrega outro sentido, fazendo-se princípio de um modo de organizar o processo de trabalho nos serviços de saúde. Tal sentido nos remete à maior proximidade das equipes de saúde dos seus territórios de responsabilidade, a qual concretiza e explicita o conceito ampliado de saúde e a intrincada rede de determinantes sociais que operam no processo de saúde-adoecimento.

A abordagem de sujeitos e de coletividades e a gestão do trabalho para fazê-la exigem a composição horizontal de saberes e práticas. Assim, de acordo com Mattos (2001), os serviços e as equipes de saúde precisam, ao mesmo tempo:

- Identificar e organizar respostas para as necessidades em saúde da população apreendidas pela análise de situação de saúde do território – perfil epidemiológico, fatores de risco à saúde –, mapeando os grupos com características específicas de vulnerabilidade, estabelecendo prioridades programáticas e desenvolvendo ações coletivas de saúde.
- Efetivar ações assistenciais dirigidas ao sofrimento agudo e não "previsto", acolhendo a demanda espontânea e usando-a como oportunidade de apreender e compreender as necessidades em saúde que escapam às elaborações técnicas de base epidemiológica.

Articular dialética e sinergicamente esses dois movimentos é, sem dúvida, uma proposta difícil. Porém, é o caminho para assegurar a efetividade das ações de produção da saúde à medida que permite reestruturação contínua dos serviços e das equipes de saúde com o foco nas mudanças dos modos de viver e das necessidades em saúde de um território. Esse aspecto remete à importância de discutir com mais atenção a integração entre os diferentes pontos de atenção à saúde visando a atender às necessidades de saúde dos sujeitos. Significa identificar a integralidade com as práticas de cuidado e prestação de serviços de saúde.

Note que focalizaremos a integralidade com as práticas de cuidado e prestação de serviços de saúde no item que aborda as "Redes de Atenção à Saúde". Lembre-se de resolver suas dúvidas antes de continuar a leitura, contatando seu tutor ou conversando com seus colegas de curso.

Compreender que "[...] a integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo [...]" (MATTOS, 2001, p. 61)

exige a criação de espaços coletivos de diálogo para a construção do conhecimento e do processo de trabalho (tanto entre profissionais de saúde quanto entre estes e a população). Enfatizamos que a gestão dos serviços e a capacitação das equipes deveriam centrar-se num processo crescente da capacidade de ouvir e de atender às necessidades em saúde, sejam elas:

> [...] a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida [...], a procura por um vínculo (a) efetivo com algum profissional, a necessidade de maior autonomia no modo de andar na vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. (CECILIO, 2001, p. 116).

Por outro lado, é fundamental reconhecer que a integralidade da atenção à saúde da população não se concretiza plenamente no interior de um único serviço de saúde nem do sistema de saúde, uma vez que as necessidades em saúde envolvem a melhoria das condições de vida e a intervenção em determinantes sociais da saúde que extrapolam a governabilidade e o encargo social do setor sanitário. Assim, emerge a perspectiva de que há uma dimensão da integralidade que se estabelece pela composição de uma rede solidária e intersetorial de políticas, serviços e profissionais (CECILIO, 2001).

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto tratado nesta Unidade, sugerimos estas leituras:

- "Ouvidoria-geral do SUS: um espaço de cidadania" (2014), disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ouvidoria_geral_espaco_sus_cidadania.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

- "Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990", disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade foram apresentados os fundamentos da Promoção da Saúde com base em referências nacionais e internacionais, o conceito foi explicado e articulado com os do SUS, procurando dar visibilidade às inter-relações possíveis entre as bases da Promoção da Saúde e os princípios e diretrizes do SUS.

Esses fundamentos são a referência para a elaboração e a implantação de políticas, de programas ou de projetos de Promoção da Saúde em todo o mundo.

Lembre-se de que seu tutor está preparado para ajudá-lo no que for necessário, faça contato com ele se tiver dúvidas.

Atividades de Aprendizagem

Muito bem, concluímos a Unidade 1, este é o momento de você conferir o seu aprendizado. Para tanto, realize a atividade proposta e lembre-se de que, se precisar, seu tutor está pronto para ajudá-lo.

Bons estudos!

1. Discuta a afirmativa a seguir considerando a governança, a participação social, o empoderamento e a autonomia:

   a) "Os modelos de gestão verticalizados são mais fáceis de desenvolver, pois quando há várias pessoas participando é difícil produzir consensos".

Unidade 2

Institucionalização da Promoção da Saúde no SUS

Objetivos

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Conhecer o processo de institucionalização da Promoção da Saúde;
- Entender a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); e
- Identificar a relação da Promoção da Saúde com programas e planos do governo.

Prezado Participante,

Nesta Unidade, você conhecerá o processo de institucionalização da Promoção da Saúde e a sua contribuição para a implementação e consolidação do SUS. Também conhecerá a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e alguns dos principais arranjos institucionais no governo federal que contemplam suas diretrizes.

Então, vamos aos estudos!

As conferências internacionais de Promoção da Saúde contribuíram para a ampliação do conceito de promoção da saúde. Da definição dada na *I Conferência Internacional de Promoção da Saúde*, realizada em 1986, em Ottawa, como "[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

No âmbito nacional, contribuíram para esse processo de ampliação o Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição Federal de 1988 e a implantação do SUS em 1990, para os quais estão presentes o conceito ampliado de saúde e a valorização das ações em promoção da saúde. Assim, podemos considerar a Promoção da Saúde como uma das estratégias de produção de saúde, que articula outras estratégias, programas e políticas do SUS e contribui para a inserção e o desenvolvimento de ações transversais no "fazer "dessas iniciativas.

Múltiplos esforços – de instâncias governamentais, não governamentais, incluindo associações profissionais e científicas,

entre outras – foram empreendidos nos anos de 1990, no sentido de identificar e definir a contribuição que a Promoção da Saúde poderia oferecer ao processo de implantação e consolidação do SUS.

O acúmulo de conhecimento nesse período e uma versão preliminar da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foram dirigidos e, então, alocados na Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) do Departamento de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), no final de 2004, com as mudanças na gestão do Ministério da Saúde.

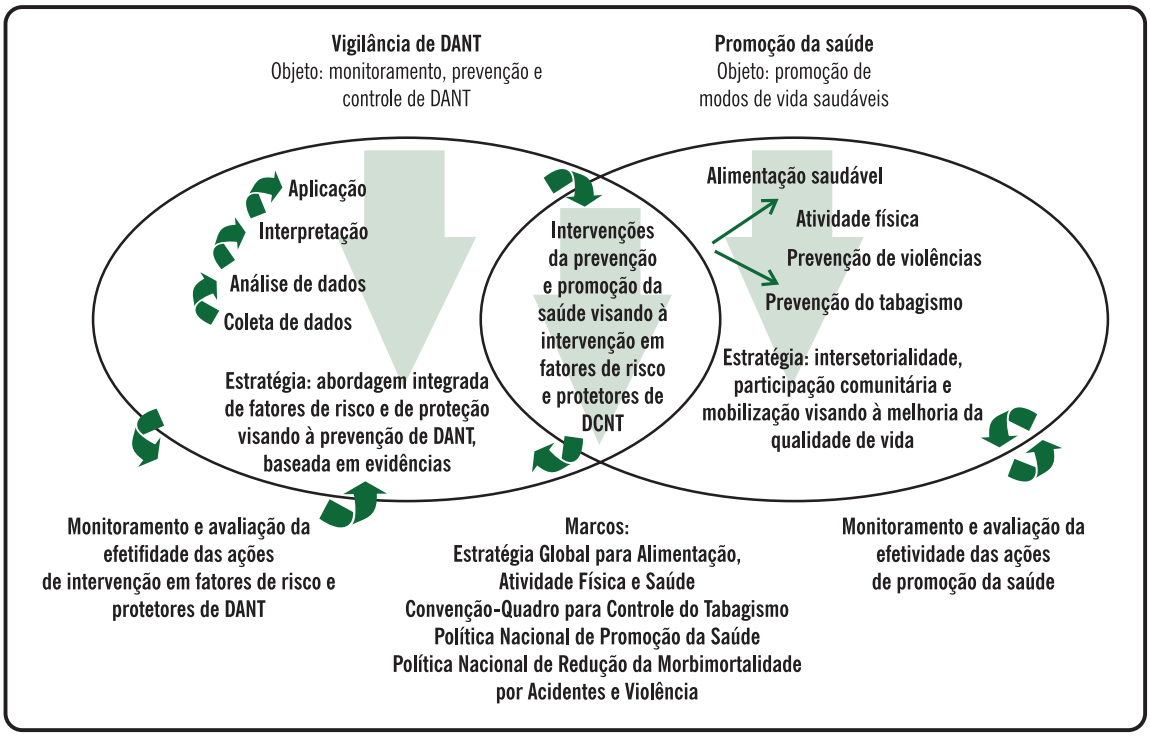
A CGDANT, dando continuidade à construção da PNPS, empreendeu uma revisão dos documentos ministeriais e de governo, a fim de fortalecer o caráter integrador e intersetorial do texto da Política, com ênfase no próprio Plano Nacional de Saúde 2004/2007 e nos materiais das áreas de meio ambiente, educação, esporte e cidades. Concomitantemente, trabalhou pela ratificação da perspectiva transversal da Promoção da Saúde de maneira que o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.190 GAB/MS, em 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2005c), instituindo o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. Ao Comitê Gestor, formado por diferentes secretarias e órgãos do MS, atribuiu-se:

- consolidar a proposta da PNPS;
- coordenar a sua implantação e a articulação com demais setores governamentais e não governamentais;
- incentivar Estados e Municípios a elaborarem Políticas de Promoção da Saúde;
- articular e integrar ações de Promoção da Saúde no SUS; e
- monitorar e avaliar as estratégias de implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu impacto.

Coordenar a elaboração e a implementação da Promoção da Saúde a partir da Secretaria de Vigilância em Saúde exigiu a produção

de conhecimentos e a retomada de marcos da Reforma Sanitária a fim de explicitar as relações e congruências dos campos da promoção e da vigilância em saúde, conforme mostra a figura a seguir. Ao mesmo tempo, ratificou a importância da análise de situação em saúde para o planejamento das iniciativas de Promoção da Saúde.

Figura 2 – Relações e congruências dos campos da promoção e da vigilância em saúde



Fonte: Brasil (2005a).

As transições epidemiológica, demográfica e nutricional, o agravamento dos efeitos sanitários dos grandes problemas sociais – miséria, fome, violências, destruição ambiental –, o lançamento da Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da OMS e a interlocução contínua com organismos internacionais, com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e com diversas instituições de ensino e pesquisa, brasileiras e internacionais,

geraram as condições históricas necessárias à institucionalização da Promoção da Saúde. Levada à Tripartite, a proposta da Política foi aprovada e lançada por meio da Portaria GM n. 687, em 30 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

Por meio dessa iniciativa, surgiu a intenção de reconhecer e operacionalizar a Promoção da Saúde com a sua inclusão entre as prioridades e diretrizes do Pacto pela Vida, do Pacto em Defesa do SUS e do Pacto de Gestão e, assim, ratificava-se o compromisso do SUS com a PNPS e a concordância entre os princípios e diretrizes de ambos.

No primeiro momento, o compromisso dos gestores vinculou-se à elaboração de políticas locais de Promoção da Saúde e/ou de inclusão do tema nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde e ao investimento em ações vinculadas às práticas corporais/atividades físicas, de alimentação saudável e de controle do tabagismo (Portaria n. 91, de 10 de janeiro de 2007). A Promoção da Saúde era, então, um marcador de qualidade da gestão, pois não tinha estabelecido indicadores mensuráveis para seu acompanhamento.

A partir da aprovação da PNPS e da instalação do seu Comitê Gestor – Portaria GAB/SVS n. 23, de 18 de maio de 2006 – (BRASIL, 2006b) com nova composição, trabalhou-se pela garantia de recursos financeiros para a implementação da Política, incluindo, pela primeira vez, a Promoção da Saúde como Programa Orçamentário no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 do Ministério da Saúde.

Presente no Pacto Pela Vida, incluída no orçamento do Ministério da Saúde e com o Comitê Gestor funcionando sistematicamente, a PNPS realizou, ainda em 2006, seu primeiro Seminário Nacional, envolvendo 400 pessoas de diversos lugares do País. O *I Seminário Nacional sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde* foi coordenado pelo Comitê Gestor e abordou, durante dois dias, a agenda de prioridades da Promoção da Saúde. A PNPS destacou sete áreas temáticas prioritárias:

- alimentação saudável;
- práticas corporais/atividades físicas;
- prevenção e controle do tabagismo;
- redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas;
- redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e
- promoção do desenvolvimento sustentável.

Talvez um dos efeitos mais expressivos do I Seminário tenha sido a reconfiguração do Comitê Gestor, que passou a incluir representantes da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e dos gestores estaduais e municipais de saúde (Portaria GM/MS n. 1.409, 13 de junho de 2007) e, em 2012, a participação de representante da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), garantida pela Portaria n. 1.571, de 19 de julho de 2012, demonstrando o interesse em ampliar a participação e fortalecer em espaços, para além da gestão pública, o debate sobre a Promoção da Saúde no SUS (BRASIL, 2012a).

A atuação desse Comitê Gestor no fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS, ao longo do ano de 2008, produziu resultados importantes como a pactuação dos indicadores principais da Promoção da Saúde – prevalência de sedentarismo e tabagismo – por Estados e capitais e, em relação aos indicadores complementares – Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde –, foram pactuados ou definidos como agenda prioritária por 100% dos Estados e municípios prioritários, colocando a PNPS na agenda dos gestores do SUS (MALTA; CASTRO, 2009).

Saiba que essas ações de fortalecimento da PNPS foram acompanhadas pela adoção de estratégias de fortalecimento das práticas de promoção em municípios, com repasses anuais de recursos financeiros por meio de edital, entre os anos de 2006 a 2011, objetivando o financiamento de propostas de ação vinculadas à atividade física, à prevenção de violências e promoção da cultura de paz, à prevenção de acidentes de trânsito e aos demais temas prioritários da promoção da saúde. A partir de 2011, a estratégia de financiamento por meio de editais foi substituída por outros modelos, como o apoio ao Programa Academia da Saúde.

Nos últimos anos houve forte investimento em ações para qualificar a informação para a gestão e foram realizados monitoramentos por formulários enviados pelo correio, que, posteriormente, foi feito por meio do FormSUS. As análises encontram-se publicadas em livros e artigos, em especial, da rede de atividade física.

FormSUS

O FormSUS é um serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB, destinado ao uso do SUS e de órgãos públicos parceiros, para atividades de interesse público. E também por pesquisas telefônicas com os gestores. Todas as estratégias visavam monitorar os projetos de promoção à saúde em andamento nos municípios. Fonte: Brasil (2010a).

Destacamos, ainda, a realização, em 2010, do "II Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde", que reuniu um público de gestores e profissionais de saúde das três esferas do SUS, representantes de organismos internacionais, estudiosos e pesquisadores, como um importante momento de avaliação da PNPS que possibilitou a reflexão sobre a práxis nas três esferas de governo, buscando o aprimoramento das estratégias de implementação da política, o fortalecimento e a melhoria do SUS e, consequentemente, a melhoria da qualidade de vida da população.

Nos últimos anos, a PNPS incorporou novas demandas e compromissos nacionais e internacionais. Paralelamente, surgiram

Acesse a Declaração da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/12/Decl-Rio-versao-final_12-12-20112.pdf>. Acesso em: 13 maio 2015.

Acesse o Portal da Saúde e conheça o Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://tinyurl.com/pmhrcep>. Acesso em: 13 maio 2015.

novos desafios e novas pautas na agenda da Promoção da Saúde institucionalizada, frutos de compromissos assumidos pelo Estado brasileiro, como na "Declaração da Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde" – Rio+20 – (ROCHA et al., 2014), e, no âmbito do SUS, da criação do Programa Academia da Saúde.

Em 2013, o Ministério da Saúde desencadeou o processo de revisão da PNPS, com o objetivo de sintonizá-la com as novas demandas para a saúde e, especialmente, fortalecer a Promoção da Saúde como estratégia de produção do cuidado no SUS.

O processo de revisão da PNPS ocorreu de forma democrática e participativa nos anos de 2013 e 2014 e contou com ampla participação de gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de ensino superior, além da participação de representantes de instituições fora do setor Saúde comprometidos com ações de promoção da saúde das cinco regiões brasileiras (BRASIL 2015b).

Em maio de 2014 houve o Seminário da Política Nacional de Promoção da Saúde que fez parte do processo participativo de revisão da PNPS com a realização de oficinas e apresentações de resultados parciais do processo de revisão. Participaram do referido Seminário representantes de várias secretarias do MS, do Conselho Nacional de Saúde, do CONASS, do CONASEMS, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), da OPAS, de instituições de ensino superior, de trabalhadores das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES) e de outros ministérios. Nesse Seminário destacou-se a importância da intersetorialidade para a ocorrência das ações em promoção da saúde com a realização de roda de conversa sobre a intersetorialidade com a participação de outros Ministérios (Casa Civil da Presidência da República, Secretaria da Juventude, Ministério da Educação, Ministério do Desenvolvimento Social, Ministério do Meio Ambiente). Como produto do Seminário se produziu a revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Na nova Política Nacional de Promoção da Saúde, assume-se que:

> [...] o processo saúde-adoecimento é decorrente de múltiplos e complexos aspectos, cabendo ao setor Saúde torná-los cada vez mais visíveis. Desta forma, na perspectiva da promoção da saúde, a articulação intersetorial deve estimular e impulsionar os demais setores a considerar, na construção de suas políticas específicas, os fatores e as condições de vulnerabilidade, os riscos e as potencialidades da saúde que afetam a vida da população, responsabilizando, assim, todos os setores e fazendo que a saúde componha as agendas de todas as políticas públicas. (BRASIL, 2015b).

No Quadro 1, você pode conferir a síntese dos componentes da PNPS publicada em 2014.

Quadro 1 – Componentes da PNPS, suas interfaces no SUS e os atores envolvidos

Princípios Os valores e princípios configuram-se como expressões fundamentais de todas as práticas e ações no campo de atuação da promoção da saúde. Equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrassetorialidade, sustentabilidade, integralidade e territorialidade.
Objetivo geral Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e reduzindo vulnerabilidade e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.
Temas transversais São referências para a formulação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e os valores do SUS e da PNPS. Determinantes sociais da saúde, respeito à diversidade e equidade, desenvolvimento sustentável, produção de saúde e cuidado, ambientes e territórios saudáveis, vida no trabalho, cultura da paz e direitos humanos.
Temas prioritários Formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo do álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura da paz e dos direitos humanos, promoção do desenvolvimento sustentável.

continua

conclusão

Eixos operacionais São estratégias para concretizar ações de promoção da saúde, respeitando os valores, os princípios, os objetivos e as diretrizes da PNPS. Territorialização, articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial, rede de atenção à saúde, , participação social e controle social, gestão, educação e formação, vigilância, monitoramento e avaliação, produção e disseminação de conhecimentos e saberes, comunicação social e mídia.
Atores envolvidos Gestores do Ministério da Saúde, representantes das Comissões Intergestores Regional, Bipartite e Tripartite, do Colegiado de Gestão do Distrito Federal, dos conselhos gestores, Comitê Gestor da PNPS, sociedade civil organizada envolvida com a PNPS, setores sociais relacionados aos temas e eixos da Política (cidades e transporte, segurança, desenvolvimento saudável e sustentável, educação, produção e consumo de bens e serviços, direitos humanos etc.).

Fonte: Brasil (2015b).

Comissões Intergestores

A Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93) criou as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), como instância de pactuação estadual, e Comissões Intergestores Tripartite (CIT), como instância de pactuação nacional. Essas instâncias funcionam com setores executivos dos conselhos, agilizando o processo decisório.

Compõem as CIB representantes do gestor estadual e representantes das secretarias municipais de saúde, organizadas pelos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). Cada Estado possui um COSEMS. A representação nacional dos COSEMS é o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Compõem as CIT representantes do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e CONASEMS (composto de Secretários Municipais de Saúde, com representação das cinco regiões do País). Fonte: Elaborado pelos autores deste módulo.

A PNPS articula-se e tem interface com outras políticas de saúde, como por exemplo: Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Educação Popular em Saúde, Política Nacional de Humanização, Política Nacional de Gestão Participativa, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, Política Nacional de Atenção às Urgências, Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas.

De acordo com Malta e Silva (2014), em recente artigo sobre a análise da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), quanto à implementação de sua agenda prioritária, foram observados avanços na gestão da saúde com a criação de linha orçamentária específica

no Ministério da Saúde, a inserção do tema da promoção da saúde no Plano Plurianual 2012-2015, a realização de monitoramento de indicadores da Promoção da Saúde nos pactos federativos, o financiamento de projetos de Promoção da Saúde em municípios e a criação de programas de Promoção da Saúde como o Programa Academia da Saúde. Destaca-se, ainda, a implementação de ações intersetoriais em especial a articulação com os setores de Educação, Justiça, Cidades, Direitos Humanos, Desenvolvimento Social, Esporte e Lazer, dentre outros.

Você conhece alguma experiência de equipe de saúde que possa compartilhar com seus colegas de curso? Transforme essa temática em uma excelente oportunidade de interação com seus colegas, crie um tema no fórum para discutir sobre o assunto!

A Promoção da Saúde nos Programas, no Projeto e no Plano do Ministério da Saúde para enfrentamento das DCNTs

A criação da PNPS em 2006, e sua revisão em 2014, representou um marco para a elaboração futura de planos e de programas nacionais de saúde.

Agora, vamos conhecer alguns dos principais arranjos institucionais no Governo Federal que contemplam as diretrizes e os temas da PNPS, a começar com o programa que, certamente, é um dos que possui maior alcance no País: o Programa Saúde na Escola (PSE).

O PSE foi criado pelo Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Nasce com a característica de ser coordenado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Como principal objetivo desse Programa está a contribuição para a educação integral dos educandos, com ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e da cultura de paz (BRASIL, 2007a).

As ações do PSE compreendem abordagens das condições de saúde dos educandos, como a antropometria (peso e altura) e o teste de acuidade visual, que objetivam traçar um perfil a partir das medidas e identificar possíveis problemas que estejam contribuindo para o baixo desempenho nas funções escolares. Devem ser planejadas pelas equipes de profissionais da escola e de saúde da Atenção Básica, da(s) Unidade(s) Básica(s) de Saúde vinculada(s) territorialmente à escola, para garantir que os objetivos das duas áreas sejam contemplados, sem prejuízos ao seu processo de trabalho nem ao calendário de dias letivos.

Os eixos da PNPS estão presentes nas ações propostas e contribuem para ampliação do escopo do PSE com temas considerados essenciais para a formação dos educandos. O conjunto dessas ações contempla, entre outras, segurança alimentar e nutricional e alimentação saudável, práticas corporais, atividades físicas, cultura de paz e direitos humanos, prevenção de acidentes, saúde mental, educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST/AIDS e formação continuada dos profissionais.

Para fortalecer o planejamento conjunto, o monitoramento e o apoio local ao Programa, estão previstos arranjos institucionais denominados de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), que se replicam nas três esferas de gestão do Programa: GTI Federal, composto de representantes dos Ministérios da Saúde e da Educação; GTI Estadual, formado de representantes das secretarias estaduais de saúde e de educação e GTI Municipal, que, seguindo a mesma lógica, compreende representantes das secretarias de saúde e educação. Essas são as formações essenciais dos GTIs, podendo ser ampliadas, conforme necessidade.

Todos os municípios podem aderir ao PSE, mas recomendamos que, antes dessa ação, os gestores e profissionais das áreas de saúde e educação construam um planejamento conjunto para definir quantas e quais escolas irão aderir ao programa e quais estratégias serão utilizadas para desenvolvê-lo de forma otimizada em todos os estabelecimentos de educação e equipes de saúde escolhidos.

A intersecção entre saúde e educação proposta pelo PSE aponta fortemente para, pelo menos, quatro dos fundamentos da Promoção da Saúde que estudamos na Unidade 1 deste Módulo: **intersetorialidade**, **territorialidade**, **participação social** e **governança**.

Exercite a visualização desses elementos aprofundando seu conhecimento sobre o PSE nas leituras complementares indicadas ao longo desta Unidade.

Informe-se sobre quem pode participar do PSE e acesse os decretos e as portarias que regulamentam o programa no Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=quem_pode_participar>. Acesso em: 13 maio 2015.

Outra iniciativa do Ministério da Saúde articulada à Política Nacional de Promoção da Saúde é a Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, implantado em 2004 por meio da Portaria GM/MS n. 936, de 19 de maio de 2004.

A Política Nacional e Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências, portaria GM/MS n. 737/2001, ao incorporar os temas, acidentes e violências, como problemas de saúde pública, o faz, de um lado, assumindo a sua participação – com os outros setores e com a sociedade civil – na construção da cidadania e da qualidade de vida da população e, de outro, o seu papel específico, utilizando os instrumentos que lhe são próprios: as estratégias de promoção da saúde, de vigilância e de prevenção de doenças e agravos, bem como a melhor adequação das ações relativas à assistência, recuperação e reabilitação (BRASIL, 2001).

A **Rede Nacional de Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde** (BRASIL, 2004), que, no âmbito nacional, tem como objetivos:

> I – promover a articulação da gestão de conhecimento no desenvolvimento de pesquisas, formulação de indicadores, disseminação de conhecimentos e práticas bem-sucedidas, criativas e inovadoras nacionais, regionais e locais;
>
> II – implementar a troca de experiências de gestão e formulações de políticas públicas intersetorias e intrassetoriais;
>
> III – fomentar o intercâmbio das práticas de atenção integral às pessoas vivendo situações de violência e segmentos populacionais sob risco;
>
> IV – intercambiar as formas de participação da sociedade civil, organizações não-governamentais e comunidades no desenvolvimento do plano nas várias esferas de gestão; e
>
> V – acompanhar o desenvolvimento das ações do Plano Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde nas várias esferas de gestão.

Os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, organizados nos Estados e municípios constituem-se num arranjo local fomentador e articulador das políticas, programas ou projetos voltados para o tema. São estruturados por decisão do gestor estadual ou municipal e representam o seu interesse em pautar, de forma sustentável, estratégias de promoção da cultura da paz, de vigilância e de prevenção das violências e dos acidentes, potencializando a Promoção da Saúde como estratégia para alcance dos objetivos.

Observe que geralmente esses núcleos são compostos por atores de vários setores das políticas públicas, entre saúde, educação, assistência social e segurança pública dentre outros, os núcleos tem entre suas principais atribuições elaborar o plano de prevenção da violência e promoção da saúde; qualificar a gestão para atuar nas ações pertinentes ao plano; promover e participar de ações e políticas intersetoriais e de redes sociais, estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas estratégicas.

Desde 2006, o Ministério da Saúde adotou estratégia de incentivos financeiros para montagem e desenvolvimento dos Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde. A partir de 2013, as ações de prevenção de violências e acidentes são financiadas por meio do piso fixo da vigilância em saúde – Trata-se se de um valor *per capita* estabelecido com base na estratificação das unidades federadas em função da situação epidemiológica e grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde (BRASIL, 2014b).

Iniciativas como os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde ganham força com o aporte de informações geradas nos sistemas de saúde, especificamente para a questão das violências e acidentes, existe o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) foi implantado em 2006 com o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (queimaduras, trânsito, quedas, dentre outros). Possui dois componentes: I – Vigilância das violências interpessoal e autoprovocada, vigilância contínua, com registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e II – Vigilância de violências e acidentes em unidades selecionadas de urgência e emergência, vigilância pontual – VIVA inquérito (BRASIL, 2013a).

Saiba mais sobre o Sistema VIVA em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/711-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/violencia-e-acidentes/11505-vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>. Acesso em: 1 jul. 2015.

Destacamos, mais uma vez, que a interlocução e a construção coletiva com outras áreas aparecem como estratégicas para uma ação que se denomina de Promoção da Saúde. Certamente, essa condição reafirma o que estudamos no Módulo I, quando da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde, que, apesar de o nome trazer forte identidade com a área de saúde, requer a participação efetiva de outros atores e setores para conferir alcance, sustentabilidade e pertinência social capazes de provocar as mudanças necessárias à melhoria das condições de vida.

Saiba mais sobre este Projeto em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&id=1249&layout=blog&Itemid=787>. Acesso em: 1 jul. 2015

Outra iniciativa é o Projeto Vida no Trânsito (PVT) que se iniciou como parte de uma iniciativa internacional denominada *Road Safety in Tem Countries (RS 10)* significando uma estratégia de trabalho integrado na ótica de segurança no trânsito em 10 países sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde (OMS). O objetivo do Projeto é fortalecer as políticas de vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio da articulação, qualificação, planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação das ações e de promoção da saúde (SILVA et al., 2013).

A metodologia adotada para o planejamento e execução do Projeto Vida no Trânsito nas cidades foi apoiada na Estratégia de Proatividade com sete etapas: formação de parcerias; coleta, gestão, qualificação e análise dos dados; análise dos dados de feridos fatais e graves; elaboração de plano de ações integradas e intersetoriais de segurança no trânsito; execução das intervenções intersetoriais e integradas; monitoramento; avaliação, renovação e expansão.

Nesse projeto é possível visualizar a intersetorialidade como estratégia para implantação do projeto, quando vários atores da cena política e da sociedade civil são identificados para participar do projeto desde o seu início. A oficialização exigida com a publicação de um decreto ou portaria municipal também confere elementos de sustentabilidade e corresponsabilidade da gestão local com o desenvolvimento do PVT.

Na linha dos programas nacionais, selecionamos nosso quarto exemplo: o Programa Academia da Saúde.

Criado em 2011, esse Programa objetiva contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados. É funcional e territorialmente vinculado ao nível da Atenção Básica, exigindo articulação e planejamento conjunto com a equipe de saúde de referência no território (BRASIL, 2013c).

Entre os eixos de organização das ações e serviços do Programa Academia da Saúde estão o planejamento, a educação em saúde, as práticas corporais, atividades físicas e artísticas, a alimentação saudável, entre outros, formados para desenvolver com os usuários modos de vida favoráveis à saúde. Esse Programa representa o interesse em implementar no SUS serviços e práticas que tenham a Promoção da Saúde como guarda-chuva.

Para fechar nossos exemplos, escolhemos o "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011–2022". Antes, vamos conhecer mais sobre o contexto que gerou a elaboração dessa proposta de uma década para redução das DCNT.

Conforme discutimos anteriormente, a PNPS objetiva promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015b). Nesse sentido, diretrizes têm sido propostas tanto mundialmente, conforme proposto pela Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU, 2011), quanto nacionalmente pelo Ministério da Saúde, mediante iniciativas como o "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil – 2011–2022" (BRASIL, 2011c).

As DCNTs constituem um problema de saúde pública no mundo e no Brasil (BRASIL, 2011c; SCHMIDT et al., 2011). Elas compõem um grupo de enfermidades que são de etiologia

multifatorial, longa duração, de progressão geralmente lenta e que não são transmitidas de pessoa para pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Como determinantes sociais das DCNTs são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças no acesso a bens e serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação. Por outro lado, elas também estão relacionadas a fatores de risco não modificáveis como idade, sexo e raça; e modificáveis, com destaque para o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, o excesso de peso, a alimentação não saudável e a inatividade física (BRASIL, 2011c; MALTA; NETO; SILVA JR., 2011).

Segundo a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada em 26 capitais brasileiras e Distrito Federal, 24,8% dos entrevistados relataram diagnóstico médico de hipertensão arterial e, 6,9% mencionaram ter diabetes (BRASIL, 2015a). Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde em 2013 (BRASIL, 2014b) apontou que cerca de 40% dos adultos entrevistados relataram ter pelo menos uma doença crônica e, esses percentuais aumentaram com a idade.

Nesse contexto, a prevenção e o manejo adequado da DCNT constituem grande desafio, visto que são as enfermidades prevalentes e que mais demandam o sistema de saúde. Por isso, a constituição de políticas e programas voltados para o enfretamento da DCNT no Brasil é essencial. O Plano de Enfrentamento de DCNT definiu metas para redução das DCNT, aumento do consumo de frutas e hortaliças, e da prática de atividade física, redução do tabagismo, do consumo abusivo do álcool e deter o crescimento da obesidade. Foram definidas diversas ações e programas visando ao alcance das metas para definir políticas públicas saudáveis, que visem também a facilitar as escolhas saudáveis dos indivíduos (BRASIL, 2011c; MALTA; NETO; SILVA JR.., 2011; MALTA; SILVA, 2013; MALTA; SILVA, 2014).

Como exemplos de políticas públicas nacionais e programas voltados para a promoção da saúde e a redução e controle das Doenças e Agravos não Transmissíveis (DANT), destacamos:

- Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2015b);
- Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2011b);
- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011–2022 (BRASIL, 2011c).

O "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011–2022" define e prioriza as ações e os investimentos necessários para preparar o País para enfrentar e deter o crescimento das DCNTs nos próximos dez anos, considerando o panorama epidemiológico e econômico descrito (BRASIL, 2011c; MALTA; NETO; SILVA JR., 2011; MALTA; SILVA JR., 2014).

O Plano objetiva 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, bem como fortalecer os serviços de saúde para a assistência aos usuários com DCNT. O Plano aborda as quatro principais enfermidades – doenças circulatórias e respiratórias crônicas, câncer e diabetes – e seus fatores de risco em comum – tabagismo, álcool, inatividade física, excesso de peso e alimentação não saudável.

Nesse sentido, o Plano pretende reduzir a morbimortalidade e a incapacidade causadas pelas DCNT mediante ações de promoção da saúde e prevenção, conjugadas à detecção precoce, ao tratamento apropriado e à reorganização dos serviços de saúde do SUS, pelo fortalecimento da Atenção Básica e pela participação comunitária.

No Quadro 2 estão as metas nacionais propostas pelo Plano.

Quadro 2 – Metas nacionais do "Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil – 2011–2022"

Reduzir a taxa de mortalidade prematura (< 70 anos) por DCNT em 2% ao ano.
Reduzir a prevalência de obesidade em crianças.
Reduzir a prevalência de obesidade em adolescentes.
Deter o crescimento da obesidade em adultos.
Reduzir as prevalências de consumo nocivo de álcool.
Aumentar a prevalência de atividade física no lazer.
Aumentar o consumo de frutas e hortaliças.
Reduzir o consumo médio de sal.
Reduzir a prevalência de tabagismo.
Implantar o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.
Implantar o Programa Nacional de Gestão da Qualidade de Citopatologia.
Ampliar e/ou manter a cobertura de exame citopatológico do câncer de colo do útero em mulheres de 25 a 64 anos.
Ampliar a cobertura de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos.
Garantir o tratamento de mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer de colo do útero.

Fonte: Brasil (2011c).

Para alcançar essas metas, o Plano foi eleito como prioridade de governo e se destaca pela sua articulação intersetorial, com a participação de todas as secretarias e diversas áreas técnicas do Ministério da Saúde, abrangendo políticas e programas como a PNPS, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Academia da Saúde, o PSE, a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência, a luta contra o tabaco, entre outros (MALTA; NETO; SILVA JR., 2011).

Ressaltamos que a mobilização da sociedade civil, do setor privado, das Organizações Não Governamentais (ONGs) e dos Conselhos de Saúde, com a efetiva participação popular, são igualmente importantes para o sucesso do Plano em promover a prevenção e o controle das DCNT. Essa articulação interdisciplinar e intersetorial é essencial, visto que as DCNT possuem origem multifatorial,

podendo um mesmo indivíduo estar exposto há vários fatores de risco e apresentar distintas morbidades, necessitando de múltiplas abordagens de tratamento e prevenção e de promoção da saúde.

Reiteramos que, no contexto do Plano, além das estratégias preventivas, o cuidado integral aos indivíduos com DCNT se faz premente (MALTA; NETO; SILVA JR., 2011; BRASIL, 2011c), e a Atenção Básica à Saúde constitui o *locus* ideal para a realização desse cuidado e de ações que promovam a saúde desse grupo e dos demais usuários da rede de saúde (MALTA; MEHRY, 2010; MALTA; NETO; SILVA JR., 2011; BRASIL, 2011e).

O fortalecimento da Atenção Básica articulada com os demais níveis de atenção em um sistema de redes é, portanto, de extrema importância para que as metas do Plano sejam atingidas.

Nesse ponto, é interessante relembrar que a Atenção Básica é o contato preferencial do usuário com a rede e o nível de atenção à saúde responsável pela coordenação do cuidado. Tais características são essenciais para que se possa estabelecer o cuidado integral dos usuários com DCNT, haja vista a exigência de sua vinculação ao serviço decorrente do caráter crônico das enfermidades e a sua necessidade de acessar outros pontos da rede, ao considerar o caráter agudo e de complexidade que essas enfermidades podem assumir (MALTA; NETO; SILVA JR., 2011; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2011e).

Ressaltamos, ainda, que o Plano interliga diferentes políticas de saúde para alcançar seus objetivos, propondo ações em três eixos estratégicos com diretrizes e ações definidas: **Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento**; **Promoção da Saúde** e **Cuidado Integral** (BRASIL, 2011c).

Observe que no Plano de Enfrentamento das DCNTs a Promoção da Saúde é uma das estratégias para garantir o alcance das metas. O que implica considerar os Determinantes Sociais de Saúde que

Acesse o Plano de Enfrentamento das DCNTs e confira as ações propostas para cada um dos temas em: <http://www.sbn.org.br/noticias/acoes_estrategicas.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2015.

discutimos no módulo anterior na abordagem e desenvolvimentos das ações previstas neste Plano.

Existe um Eixo da Promoção da Saúde no Plano de Enfrentamento das DCNTs. Ele objetiva fomentar iniciativas intersetoriais, no âmbito público e privado, que visem ao desenvolvimento de ações que promovam e estimulem a adoção de modos de viver saudáveis, como prioridade política nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Suas ações se dividem em quatros campos, os quais se subdividem em outras ações, como descreveremos a seguir. Apresenta como principais temas o fomento à **Atividade Física**, à **Alimentação Saudável**, ao **Envelhecimento Ativo**, à prevenção do **Tabagismo** e ao uso do **Álcool** e ao **Cuidado Integral**.

Como está seu entendimento sobre a Promoção da Saúde nos programas e planos do Governo Federal? No seu Estado ou Município existe algum programa desses em funcionamento? Converse com seus colegas de curso sobre esse assunto.

Complementando...

Para ssaber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, sugerimos estas leituras:

- "Portaria n. 1.190 GAB/MS, em 14 de julho de 2005", disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- "Portaria GM/MS n. 1.409, 13 de junho de 2007", disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1409_13_06_2007_comp.html>. Acesso em: 16 jul. 2015.
- "Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007", disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 16 jul. 2015.

Resumindo

Esta Unidade tratou do processo de institucionalização da Promoção da Saúde no SUS. A partir de um resgate da história da Promoção da Saúde no mundo, com ênfase na Conferência e Carta de Otawa em 1986, foi contextualizada a introdução desse tema no Brasil, em especial na política de saúde. Na trajetória da Promoção da Saúde e na sua configuração em política pública foram destacados eventos e discussões que contribuíram para elaboração dos princípios e das diretrizes das ações que configuram no texto revisado em 2014.

A Unidade também apresenta informações sobre os processos e as instâncias de pactuação no SUS e sua importância para configuração e aprovação de uma política, assim como seus reflexos na formulação de novas iniciativas nacionais, como é o caso dos programas e do Plano de Enfrentamento das DCNTs, descritos no texto.

Atividades de Aprendizagem

Muito bem, chegamos ao final de mais uma Unidade, agora é o momento de você realizar a atividade proposta a seguir para conferir o seu aprendizado. Caso necessite de ajuda, não hesite em entrar em contato com seu tutor.

Bom trabalho!

1. Escolha uma experiência local (municipal ou estadual) que seja de Promoção da Saúde e faça uma análise crítica da sua operacionalização (objetivos, público-alvo, atividades e atores envolvidos), considerando os princípios e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Unidade 3

Novos Arranjos no SUS: as Redes de Atenção à Saúde

Objetivos

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Conhecer as Redes de Atenção à Saúde;
- Entender os fundamentos e as diretrizes da Atenção Básica à Saúde; e
- Identificar a Atenção Básica à Saúde no contexto das Redes de Atenção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Prezado Participante,

Nesta última Unidade do Módulo 2, apresentaremos a você a Rede de Atenção à Saúde (RAS), um arranjo organizativo no qual a Promoção da Saúde ganha destaque a partir da sua institucionalização como política, dada sua importância para a construção do cuidado integral no âmbito do SUS. É muito importante para você, colaborador da saúde, conhecer essa estratégia, os conceitos envolvidos e seus fundamentos, e compreender de que forma ela pode contribuir com o avanço do processo de efetivação do SUS.

Faça uma ótima leitura e bons estudos!

Rede de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma estratégia para superar a fragmentação da atenção à saúde e da gestão em saúde e para aperfeiçoar o funcionamento do SUS visando a assegurar ao usuário o cuidado integral.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjo organizativo formado por ações e serviços de saúde com diferentes configurações e densidades tecnológicas, os quais, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010b). Dessa forma, ela objetiva promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde pautados na atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, além

de possibilitar o melhor desempenho do SUS, em relação ao acesso, à equidade, à eficácia clínica e sanitária e à eficiência econômica.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) caracteriza-se, segundo a Portaria n. 4.279 e a Portaria n. 1.600, (BRASIL, 2010b; 2011d):

- pelas ações e serviços de saúde articulados de forma complementar e territorial, com formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, considerando a Atenção Básica à Saúde (ABS) como o centro de comunicação;
- pela centralidade nas necessidades de saúde da população;
- pela responsabilização pela atenção contínua e integral;
- pelo cuidado interdisciplinar; e
- pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com resultados sanitários e econômicos pactuados.

A Rede de Atenção à Saúde fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica de Saúde como primeiro nível de atenção, a partir do qual é realizado e coordenado o cuidado em todos os demais pontos da rede de atenção. A Atenção Básica à Saúde, dessa forma, é primordial para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, já que o centro de comunicação é a porta de entrada preferencial, a coordenadora do cuidado e a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde.

Muito bem, fique atento, pois, ainda nesta Unidade conversaremos mais sobre a Atenção Básica Saúde, seus fundamentos, suas diretrizes e ferramentas.

No SUS, todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades

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

A Atenção Básica à Saúde é o **centro de comunicação** da Rede de Atenção à Saúde e possui papel-chave em sua estruturação por constituir o primeiro contato preferencial dos usuários, famílias e comunidades (BRASIL, 2010b). Entretanto, apenas a Atenção Básica à Saúde não é suficiente para atender a todas as demandas de saúde da população nem para resolvê-las. Ela precisa ser apoiada e complementada por outros pontos de atenção, com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas, no lugar e no tempo certos, **os pontos de atenção secundária e terciária** (BRASIL, 2010b).

Para o funcionamento da RAS, além desses pontos de atenção à saúde, são necessários **sistemas de apoio** com os serviços de diagnóstico terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e de assistência farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos); e os sistemas de informação em saúde (monitoramento e vigilância em saúde). Na RAS, são prestados serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, constituindo, dessa forma, o **sistema de apoio** (BRASIL, 2010b).

A governança na Rede de Atenção à Saúde está traduzida em espaços formalmente instituídos em sua estrutura, intrínsecos a sua dinâmica e que envolvem diferentes atores, estratégias e procedimentos para gerir, de forma compartilhada e interfederativa, a rede (**Atenção**

Básica à Saúde, **pontos de atenção secundária** e **terciária**, **sistemas de apoio** e **sistemas logísticos**), com vistas à obtenção de melhores resultados sanitários e econômicos.

São instâncias de governança do SUS as Comissões Intergestores Tripartite, as Comissões Intergestores Bipartite e as Comissões Intergestores Bipartite Regionais, que podem ser constituídas por atores municipais, estaduais e federais, mediante o controle social.

> Concluímos que, em geral, a Rede de Atenção à Saúde terá como centro coordenador a Atenção Básica à Saúde, que, por sua vez, organizará os fluxos e contrafluxos nos pontos de atenção secundários e terciários mediante sistemas logísticos, auxiliados por estruturas de apoio, tudo gerido por um sistema de governança interfederativo e transversal.

Modelo de Atenção à Saúde

O modelo de atenção à saúde é um **sistema lógico** que organiza o **funcionamento** da Rede de Atenção à Saúde. Para isso, articula as relações entre a população e os grupos estratificados por riscos e o foco das intervenções do sistema de saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias a serem realizadas, definidas pela situação demográfica e epidemiológica e pelos determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2010b).

O modelo de atenção atualmente proposto pelo SUS preconiza uma contraposição ao modelo vigente, que ainda se mantém centrado na doença, em especial no atendimento à demanda espontânea, ou seja, meramente reativo a uma determinada situação. O novo paradigma aponta para a necessidade da construção da intersetorialidade para a Promoção da Saúde, contemplando a integralidade dos saberes mediante o fortalecimento do apoio matricial para a condução das

situações de vulnerabilidade de grupos/populações, o que reforça as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010b).

Na Rede de Atenção à Saúde, a condição aguda, por caracterizar uma situação de urgência, deve ser atendida em qualquer ponto de atenção, dentro de um sistema de rede de manutenção da vida em níveis crescentes de complexidade e responsabilidade. Assim, espera-se possibilitar ao usuário acesso universal à rede, equidade e resolução integral da demanda. Nesse sentido, a Atenção Básica à Saúde é um dos pontos de atenção sem necessariamente ser a coordenadora dos fluxos, mantendo-se responsável pela longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011d).

Diferencialmente, nos modelos de atenção à saúde para as condições crônicas, a Atenção Básica à Saúde é a

> [...] porta de entrada preferencial e o centro de comunicação com os demais pontos de atenção. Este modelo objetiva prevenir e controlar as doenças crônicas com maior prevalência na comunidade, bem como promover a saúde pela adoção de tecnologias de gestão do cuidado e de ações que ampliem a autonomia e o empoderamento dos indivíduos mediante ações individuais e coletivas. (BRASIL, 2010b).

A Rede de Atenção à Saúde, ao ter como centro de comunicação a Atenção Básica à Saúde e como referência o usuário/família/comunidade e suas necessidades, não constitui um modelo assistencial previamente definido (CECÍLIO, 1997). Isso possibilita resultados mais positivos devido à redução da fragmentação da atenção, favorecendo o cuidado integral.

As Redes Atenção à Saúde estão em grande expansão no País e se mostram como um catalisador do cuidado, fortalecendo a Atenção Básica à Saúde. Após a criação de uma Rede de Atenção á Saúde específica para as condições de urgência e emergência (BRASIL, 2011d), foi criada, em 2012, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2012d). Outras portarias, que auxiliarão em sua

Conheça a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS., acessando: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 maio 2015.

implantação, também estão sendo elaboradas visando a estabelecer linhas de cuidado prioritárias nessa rede: a prevenção e o tratamento do excesso de peso e obesidade já publicada (BRASIL, 2012d); e as de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* tipo 1 e tipo 2, que serão brevemente publicadas.

A Rede de Atenção à Saúde também prevê a atuação do Programa Academia da Saúde na Atenção Básica à Saúde como ponto de atenção e prestação de cuidados às pessoas com sobrepeso e obesidade, visando à prevenção e ao tratamento, constituindo o polo desse programa como ponto de contato na linha de cuidado para pessoas com DCNT.

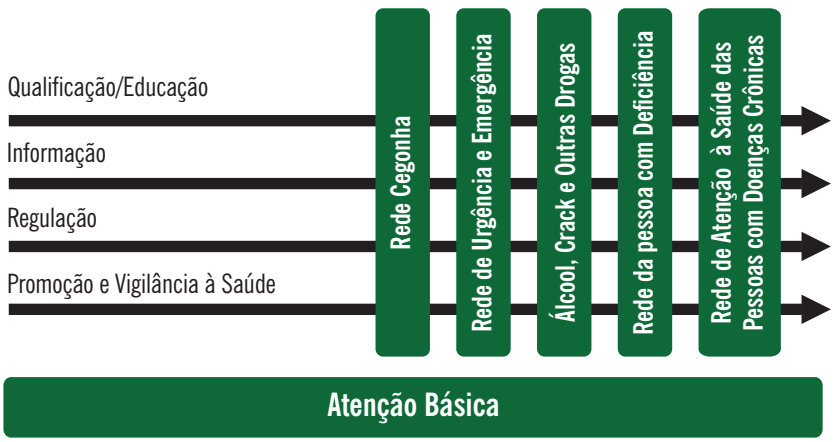
Ressalta-se, no entanto, que as diferentes Rede de Atenção à Saúde propostas como prioritárias pelo Ministério da Saúde, independentemente de seu foco de ação, seja a Rede Cegonha, a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, entre outras, possuem delineamento similar. Todas essas Rede de Atenção à Saúde perpassam pela Atenção Básica à Saúde, como ordenadora do cuidado, possuindo como recortes transversais necessários ao seu funcionamento a qualificação/educação dos profissionais de saúde, para atuar nessa rede; o uso da informação e da regulação, para permitir o trânsito do usuário em rede; e as ações de promoção e vigilância em saúde, que contribuirão para definir não somente a criação das redes prioritárias mas suas estratégias de ação.

Observe que o sistema de saúde em rede se associa melhor a ideia de movimento, de múltiplas alternativas de entrada e saída, ampliando as possibilidades de acesso.

Como exemplo, você pode pensar essa rede no atendimento a um usuário hipertenso que necessita de apoio e acompanhamento sistematizado, e que tenha procurado atendimento em um pronto-

atendimento. Em um sistema de rede prevê-se que ele já saia do pronto-atendimento com uma consulta agendada na Atenção Básica à Saúde ou na Atenção Secundária, de acordo com a sua necessidade, tendo na Atenção Básica à Saúde o centro de comunicação e de acompanhamento contínuo (CECÍLIO, 1997).

Figura 3 – As Redes de Atenção à Saúde no contexto da Atenção Básica à Saúde



Fonte: Elaborada pelos autores deste módulo.

Para a superação do modelo fragmentado e a adoção de um modelo em rede, é necessária a transformação do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para a construção de práticas transformadoras (BRASIL, 2010b).

Atenção em Rede à Saúde da Pessoa com Excesso de Peso e Obesidade: o que é preciso garantir?

O aumento da população que apresenta agravos crônicos não transmissíveis enfatiza a necessidade de organização do serviço de saúde para atender essa demanda. Atualmente, preconiza-se que o cuidado desses indivíduos seja organizado em Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2014a).

Para organizar a Rede, um bom começo é responder à pergunta: qual o fluxo assistencial que deve ser garantido para pessoas com sobrepeso e obesidade, no sentido de atender às suas necessidades de saúde?

Os passos seguintes podem ser:

- Identificar quais e quantos são os pontos de atenção do seu município, distrito, região de saúde ou estado que farão parte desta rede, procurando identificar quais os serviços que realizam e a necessidade de inclusão ou ampliação de outras atividades, de preferência no âmbito da prevenção e promoção da saúde.
- Identificar a situação das Unidade Básica de Saúde para garantir a logística necessária ao desenvolvimento dos cuidados propostos para a rede e o apoio que necessita para diagnósticos, terapêutica, etc. Nesta etapa é importante pactuar os arranjos estruturais e do processo de trabalho com os atores envolvidos. Feito este diagnóstico, ressalta-se a importância de conferir como está organizado e funcionando o processo de pactuação das redes de saúde no território para pautar a implantação desta nova rede.
- Desenhar o itinerário terapêutico do usuário na rede acompanhado das necessidades de logística e apoio anteriomente levantadas. Aqui são definidos os fluxos e os protocolos assistenciais.
- Identificar a população estimada de pessoas com sobrepeso e obesidade e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com os parâmetros baseados em evidências que podem ser definidos localmente ou em âmbito estadual ou federal.
- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das linhas de cuidado.

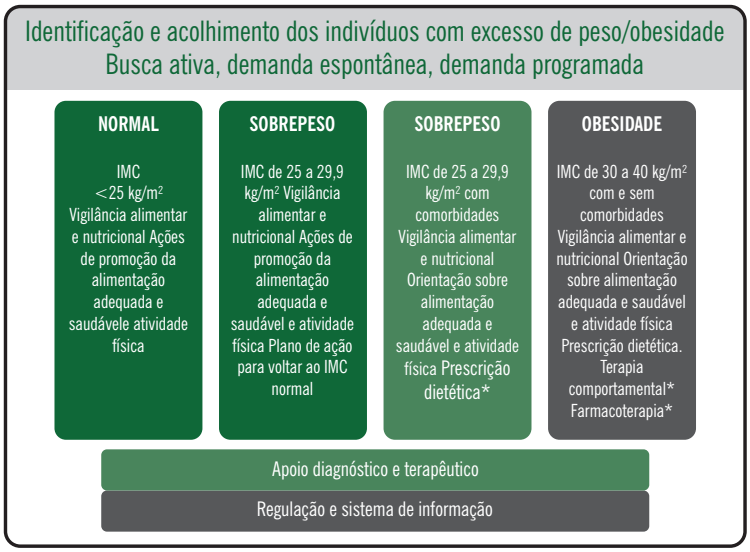
No caso da Rede de Atenção à Saúde de pessoas com excesso de peso ou obesidade, além da clínica, a promoção da saúde aparece como componente básico desta rede. Os serviços devem ser organizados em todos os níveis de atenção, envolvendo desde as Unidades Básicas de Saúde até os hospitais.

Inicialmente, faz-se necessário organizar uma Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) para identificação dos casos, estratificação de risco e organização da oferta de cuidado. Na Atenção Básica (AB), além das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o Programa Academia da Saúde deve organizar seus serviços para atender esta demanda em articulação direta com a equipe da UBS ou até identificar e encaminhar pessoas com excesso de peso ou obesidade para atendimento nas UBS. Ainda neste nível de atenção, o Programa Saúde na Escola destaca-se como uma iniciativa que pode captar educandos nestas situações, que devem ser inseridos na rede de atenção, sob a ordenação da Atenção Básica. Os NASFs promovem o apoio matricial às equipes da Atenção Básica para garantir o olhar multidisciplinar, por exemplo, na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que vise à redução e controle do peso e melhoria dos indicadores e medidas individuias de saúde (colesterol, pressão arterial, percentual de gordura, redução do diâmetro cintura-quadril, etc.).

Além da Atenção Básica, os ambulatórios de especialidades, os hospitais e outros pontos de atenção que compõem a rede também devem estar sensíveis à captação do usuário com excesso de peso, identificando os casos e encaminhando os indivíduos para a Atenção Básica para que seja ordenado o cuidado do usuário.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é o referencial para classificação do risco em relação ao peso e altura das pessoas. Precisa ser inserido na capacitação de todos os profissionais envolvidos nesta rede. A seguir é apresentada uma síntese das orientações sobre o cuidado com pessoas adultas a partir da classificação do IMC.

Figura 4 – Cuidado para pessoas adultas a partir do IMC



Fonte: Elaborado pelos autores deste módulo.

*Comorbidades: hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e/ou outras DCNT desencadeadas ou agravadas pela obesidade. Quando necessário, após avaliação com a equipe de Apoio Matricial.

Para o pleno entendimento da Rede de Atenção à Saúde, é importante conhecer bem a Atenção Básica à Saúde. Por isso, lembre-se de realizar uma leitura atenciosa e de resolver suas dúvidas com seu tutor antes de continuar seus estudos. Agora, vamos discutir a interface da Rede de Atenção à Saúde com a Atenção Básica à Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica.

Atenção Básica no Contexto das Redes de Atenção à Saúde

Como mencionamos, a Atenção Básica à Saúde é o nível de atenção responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, pelo acompanhamento e pela organização do fluxo dos usuários nos demais pontos de atenção à saúde do SUS. Segundo Starfield (2002), a Atenção Básica à Saúde atua como centro de comunicação entre os

diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado aos usuários, em uma relação horizontal e integrada, que objetiva produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

> Podemos pensar a Atenção Básica à Saúde como o centro de conexão de uma rede destituída de hierarquias, que ordena e reconhece as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, contribuindo para que o acesso aos serviços de saúde se efetive em rede.

Na produção do "trabalho" em saúde, existem caixas de ferramentas que possibilitam esta ação. Uma dessas caixas é composta por tecnologias duras, ou seja, aquelas que utilizam equipamentos que permitem perscrutar, acessar exames físicos, exames laboratoriais e de imagens. Saiba mais acessando: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

Fortalecer o papel de ordenadora da Atenção Básica à Saúde requer incremento de tecnologias, procedimentos e processos em, pelo menos, três eixos: capacidade clínica e de cuidado das equipes; incorporação de tecnologias duras e coordenação do cuidado; e regulação do acesso à Rede e sua integração (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2015). Acreditamos que esse é o principal caminho para a construção de uma Atenção Básica à Saúde mais resolutiva.

Para exemplificar as ações da Atenção Básica à Saúde em rede, podemos discutir as linhas de cuidado. As linhas de cuidado são estruturas funcionais que perpassam transversalmente por uma ou mais Rede de Atenção à Saúde, o que possibilita a articulação de recursos e práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, para a condução ágil e singular dos usuários (BRASIL, 2010b).

As linhas de cuidado têm por objetivo coordenar a assistência contínua mediante a pactuação e o compartilhamento de tarefas dos diferentes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e dos profissionais (BRASIL, 2010b). Essas linhas pressupõem o envolvimento dos profissionais no cuidado, superando respostas fragmentadas às necessidades dos usuários.

A organização de uma linha de cuidado deve ocorrer a partir da Atenção Básica à Saúde, com os recursos materiais e humanos necessários à sua operacionalização, envolvendo a integração e

corresponsabilização dos serviços de saúde, bem como a interação entre as equipes mediante processos de educação permanente e gestão dos resultados pactuados (BRASIL, 2012d).

O início da linha de cuidado é a entrada do usuário na Rede de Atenção à Saúde por algum ponto de atenção (domiciliar, Unidade Básica de Saúde, serviço de urgência etc.). A partir desse momento, inicia-se um percurso que alcança serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, atendimento especializado, hospitalar e todos os cuidados necessários para a promoção e recuperação da saúde do usuário. Implica, dessa forma, um fluxo contínuo, monitorado e controlado por gestores do cuidado, encadeado por uma intensa rede de conversação, sendo a produção do cuidado o elemento principal (MALTA; MERHY, 2010).

Na linha de cuidado, a Atenção Básica à Sáude, por seu atributo de coordenação do cuidado, é corresponsável pelo projeto terapêutico dentro da RAS, acompanhando o cuidado ao usuário nos outros níveis de assistência e respondendo à "contrarreferência" dos serviços ou buscando essa informação. Isso fortalece o vínculo do usuário com a equipe.

Confirmamos, portanto, a necessidade de a Atenção Básica à Saúde utilizar instrumentos de gestão que permitam essa comunicação entre serviços como os protocolos de cuidados, que preconizam como cuidar e encaminhar os usuários que apresentam condições específicas, a exemplo da hipertensão arterial.

Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi publicada em 2006 e revisada em 2011 com o propósito de atualizar as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica à Saúde no Brasil, tendo em vista os desafios vivenciados pelo sistema de saúde (BRASIL, 2011e).

A Política Nacional de Atenção Básica enumera vários papéis para a Atenção Básica à Saúde, dentre eles a ordenação das Redes de Atenção à Saúde e a de ser porta preferencial de entrada nessas redes. Também se baseia na apresentação de mais recursos para a Atenção Básica à Sáude e ampliação da sua principal estrutura – a Unidade Básica à Saúde – com foco na melhoria do atendimento e do ambiente de trabalho das equipes de saúde.

A estratégia de aproximação máxima de onde as pessoas moram e vivem, caracterizam seu alcance como territorial e favorece a criação de vínculos entre profissionais e usuários, a acessibilidade e a continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social; todos esses princípios da Atenção Básica à Saúde.

Esse nível de atenção à saúde permite operacionalizar diretrizes ligadas a atuação no território, permitindo planejamento e programação descentralizada; possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde, uma vez que faz parte do conjunto de equipamentos sociais disponíveis no território para a população; **adiscrição** do usuário e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre equipes e a população adscrita; coordenar a integralidade das ações e serviços, em todas as suas dimensões e aspectos e estimular a participação dos usuários Política Nacional de Atenção Básica. Além disso, o formato operacional da Atenção Básica à Saúde é favorável ao desenvolvimento de ações voltadas para a redução das DCNTs, que exigem vínculo e continuidade e integralidade do cuidado para promover efetividade.

Adiscrição – o registro, inscrição, aditamento. Fonte: Elaborado pelos autores desta obra.

Consideramos, neste texto, assim como descrito na PNAB, "Atenção Básica à Saúde" e "Atenção Primária à Saúde" como termos equivalentes, associando a ambos seus princípios e suas diretrizes.

No Brasil, as DCNTs são as principais causas de óbitos e estão entre as enfermidades que mais sobrecarregam o sistema de saúde, com demandas crescentes por ações, procedimentos e serviços. Esse quadro sugere que o modelo de atenção à saúde prevalente parece não atingir, na maioria das vezes, a resolutividade adequada dos

problemas de saúde, principalmente daqueles de ordem crônica (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

A concepção de saúde reduzida à mera ausência de doença parece, ainda, sobressair ao objetivo da Promoção da Saúde, tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais (ALVES; AERTS, 2011; HEIDMANN et al., 2006). Diante dessa situação, podemos observar a urgência em reorganizar os serviços públicos de saúde. É nesse contexto que a Atenção Básica à Saúde destaca-se, pois se caracteriza como o acesso preferencial do usuário ao SUS e está inserida próxima à comunidade, possuindo, assim, maior poder de compreensão da dinâmica social.

Consideramos, neste texto, assim como descrito na PNAB, "Atenção Básica à Saúde" e "Atenção Primária à Saúde" como termos equivalentes, associando a ambos seus princípios e suas diretrizes.

A Atenção Básica à Sáude constitui-se em local privilegiado para a realização de ações de Promoção da Saúde para indivíduos, famílias e comunidades que privilegiem a autonomia dos sujeitos. Essas ações devem objetivar superar o modelo de saúde reducionista e curativista ainda vigente, buscando compreender o processo saúde-doença vivenciado pela população, para resolver os problemas de saúde e melhorar a qualidade de vida dos sujeitos efetivamente (ALVES; AERTS, 2011; BRASIL, 2011e; MALTA; MERHY, 2010).

A seguir, você obterá mais informações sobre a Atenção Básica à Saúde, seus fundamentos, suas diretrizes e ferramentas. Fique atento e lembre-se de que se surgirem dúvidas, você pode entrar em contato com o seu tutor.

Atenção Básica à Saúde

O SUS é composto de três níveis de Atenção à Saúde que se intercomunicam em rede: básica, média e alta de complexidade. A Atenção Básica à Saúde caracteriza-se como um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas, direcionadas para promoção e proteção

da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2011e).

Para a expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica à Saúde nos municípios brasileiros, o Governo Federal focaliza suas ações na Estratégia Saúde da Família (ESF) com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011e). Em 2008, com o objetivo de fortalecer a ESF, mediante o apoio matricial com vistas a ampliar a resolutividade das ações de saúde na ABS, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é composto de profissionais de diversas áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, educador físico, terapeuta ocupacional (BRASIL, 2009).

Conheça esta estratégia acessando o Portal da Saúde em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 15 maio 2015.

A Atenção Básica à Saúde direciona suas práticas de cuidado a uma população de um território previamente definido, considerando sua dinamicidade e especificidade, ou seja, coordena o cuidado para uma determinada população, incluindo as condições em que moram, vivem, trabalham, adoecem, amam e se relacionam. É, portanto, o nível de atenção ideal para se utilizar tecnologias de cuidado que auxiliem no manejo das demandas e necessidades de saúde prevalentes e relevantes de um território, considerando o risco, a vulnerabilidade, a resiliência, e tendo como princípio que toda demanda, necessidade ou sofrimento dos indivíduos devem ser acolhidos (BRASIL, 2011e).

Ao atender à população de um território, a Atenção Básica à Saúde é também o contato preferencial com esses usuário na Rede de Atenção à Saúde, sendo a sua principal "porta de entrada" (BRASIL, 2011e). Nos serviços de saúde, é representada fisicamente pela Unidade Básica de Saúde.

Vamos facilitar sua compreensão sobre esse nível de atenção a partir de uma situação ilustrativa, exemplificada pelo manejo da elevada incidência de casos de dengue em um território. Acompanhe a seguir.

Enfrentamento à violência doméstica

A Agente Comunitária de Saúde (ACS) traz para conhecimento da equipe uma suspeita de que a usuária JCS, residente em sua microárea, vem sofrendo violência doméstica por parte do companheiro. A ACS relatou que durante visita domiciliar observou manchas roxas e marcas de queimadura nos braços da usuária. Ao questioná-la sobre as lesões, JCS mostrou-se tensa e respondeu de forma evasiva.

A equipe sugeriu como estratégia de abordagem do caso que se marcasse uma consulta para JCS a fim de trazê-la para a unidade e nessa oportunidade, acolhê-la e por meio do estabelecimento de vínculo com a equipe encorajá-la a relatar a situação vivida. A primeira consulta foi realizada com a médica e em seguida pela enfermeira. Durante essa última JCS relatou que o companheiro a agride verbal e fisicamente geralmente quando está alcoolizado e que as agressões tem se tornado mais frequentes. JCS conta que tem medo de realizar denúncia e que esconde a situação da família por medo e vergonha. A enfermeira informou a JCS que a equipe trabalharia para ajudá-la. A equipe realizou a notificação de violências. JCS foi orientada sobre o ligue 180 e para que retornasse à unidade com uma pessoa de sua confiança para que pudessem conversar sobre como realizar a denúncia em segurança.

A equipe levou o caso para a equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), a fim de que pudessem ajudar JCS a sair da situação de violência. A assistente social e a psicóloga sugeriram acionar o Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) para que JCS fosse atendida e com o apoio das equipes se fortalecesse para realizar a denúncia. Como outros agentes comunitários de saúde relataram outros casos semelhantes em suas microáreas, a equipe do NASF sugeriu que fossem realizadas atividades com a comunidade abordando o tema da violência doméstica contra a mulher, envolvendo parceiros do Conselho Regional de Assistência Social, do Clube de Mães, da Associação de Moradores, da Delegacia Especializada ao Atendimento à Mulher (DEAM) e lideranças locais. Os agentes sugeriram que fossem realizadas atividades de sala de espera na Unidade de Saúde Familiar (USF) e rodas de conversa no pólo do Programa Academia da Saúde que abordassem o tema da violência contra a mulher e as formas de denúncia e proteção.

A ação conjunta de diferentes atores da comunidade e do serviço de saúde, em prol de uma demanda local em saúde, explicita claramente o papel e a vocação da Atenção Básica à Saúde: corresponsabilizar-se pela saúde da população de seu território. Uma ação conjunta, como o caso de combate contra dengue, envolve várias estratégias, como a conscientização nas escolas da área; mobilizações sociais, como caminhadas coletivas; atendimentos ambulatoriais; encaminhamentos para outros níveis de atenção; entre outras.

As ações da Atenção Básica à Saúde devem ser construídas, portanto, com o objetivo de desenvolver a atenção integral com autonomia, de maneira a impactar positivamente a situação de saúde das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011e).

Como vocês podem verificar, a Atenção Básica à Saúde está fortemente alinhada com o que discutimos até o momento neste curso. Reflita sobre isso e converse com seus colegas de curso!

Fundamentos e Diretrizes da Atenção Básica à Saúde

Nesta seção, ressaltamos como os fundamentos e as diretrizes da Atenção Básica à Saúde dialogam com os princípios e fundamentos da Promoção da Saúde, abordados na Unidade 1 deste Módulo (BRASIL, 2011e).

- **Território adstrito**: as ações da Atenção Básica à Saúde devem ser desenvolvidas no território, de acordo com as necessidades locais, considerando os aspectos setoriais e intersetoriais que impactem os problemas e os determinantes da saúde daquela comunidade, sempre pautadas no princípio da equidade. Observamos que a noção de território é mais ampla do que aquela que relaciona o território apenas com a área

geográfica que as pessoas ocupam e os limites físicos das unidades de saúde. O território é sinônimo de espaço no qual se estabelecem as dinâmicas cotidianas locais. São espaços de encontros e de articulação contínua de saberes e poderes. O serviço de saúde deve se organizar para acolher, escutar ativamente e oferecer uma resposta positiva às demandas da população no território adstrito, ou seja, conhecer as necessidades e desenvolver as estratégias capazes de resolver a maioria dos problemas, danos e sofrimentos relacionados à saúde.

- **Acesso universal, contínuo e resolutivo**: a Atenção Básica à Saúde é caracterizada por ser a "porta de entrada" preferencial do usuário na Rede de Atenção à Saúde e, portanto, deve construir mecanismos para assegurar o acesso universal ao usuário, com ações resolutivas e de qualidade, o que dialoga com a abordagem da Promoção da Saúde das temáticas da equidade e da sustentabilidade.
- **O usuário (vínculo, cuidado, equipe e ações longitudinais)**: no território adstrito das Unidades Básicas de Saúde há uma comunidade, consequentemente famílias e pessoas, que são denominadas usuários. Dessa forma, o usuário também está adstrito ao serviço de Atenção Básica à Saúde, sendo a adstrição o processo de vinculação de pessoas/famílias/grupos aos profissionais com o objetivo de criar referência para as ações de cuidado. O vínculo, que corrobora com a construção da governança na perspectiva discutida, consiste na construção ao longo do tempo da confiança e afetividade entre o usuário e o profissional, potencializando o processo de corresponsabilização pela saúde e as ações de cuidado. A construção do vínculo deve se dar de forma contínua

e permanente, permitindo a longitudinalidade do cuidado, ou seja, o acompanhamento dos efeitos das intervenções e de outras questões na vida dos usuários. Assim, o profissional pode adaptar suas condutas sempre que necessário, evitando que o usuário perca sua referência no serviço, reduzindo os riscos de desenvolvimento de doenças devido ao desconhecimento da história de vida dos sujeitos e ausência de coordenação do cuidado.

- **Integralidade**: a organização das ações na Atenção Básica à Saúde deve ser centrada no usuário, tendo como alicerce o cuidado interdisciplinar com a articulação de conhecimentos e o enriquecimento de competências do campo comum, fortalecendo a capacidade de cuidado de toda a equipe. Para isso, a Atenção Básica à Saúde deve coordenar a integração de suas ações programadas e a demanda espontânea; e articular as ações de promoção e vigilância à saúde, prevenção de agravos, tratamento/reabilitação e manejo das tecnologias de cuidado, sempre na perspectiva do desenvolvimento da autonomia dos usuários e das coletividades, do trabalho interdisciplinar e em equipe, coordenado no conjunto da Rede de Atenção à Saúde.
- **Participação popular**: os usuários, ou as famílias, devem ser estimulados a participar das ações da Atenção Básica à Saúde como forma de ampliar sua autonomia e sua capacidade de enfrentar os determinantes e condicionantes de saúde, e a integrar na organização a orientação dos serviços de saúde, objetivando construir o cuidado à saúde compartilhado. Lembre-se de que o desenvolvimento da participação somente ocorrerá se o serviço de saúde centrar sua atuação no usuário e no exercício do controle social.

Estratégias e Ferramentas Utilizadas pela Atenção Básica à Saúde

Agora vamos discutir brevemente as ferramentas que a Atenção Básica à Saúde utiliza para alcançar os seus objetivos. Você perceberá que algumas delas já foram mencionadas em outros momentos do curso.

Apoio Matricial

O apoio matricial objetiva assegurar a retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência, atuando na ampliação da capacidade de análise e intervenção (resolutividade) das equipes diante das demandas e necessidades de saúde em busca da atenção integral e do aumento da capacidade de cuidado diante de necessidades individuais e coletivas dos usuários.

Na prática profissional, apresenta duas dimensões:

- suporte assistencial – ação direta com o usuário ou a família; e
- suporte técnico-pedagógico – ação de apoio educativo com e para a equipe.

Integralidade do Cuidado

O cuidado integral pode ser pensado em duas dimensões: uma micro, estabelecida a partir do encontro do trabalhador com cada usuário, portanto, individualizada e singular, e definida pela elaboração do projeto terapêutico construído na relação usuário-profissional-serviço; e outra macro, que ordena uma rede de serviços, organizada na lógica da produção do cuidar.

Educação Popular em Saúde

A educação popular promove o diálogo para a construção da autonomia e a emancipação dos grupos populacionais em seu modo de entender a vida, em seus saberes. Para isso, a educação popular em saúde propõe uma aproximação com os usuários, a escuta e o envolvimento dos sujeitos e representa uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde tradicional. Ela confere espaço para o encontro do usuário com os profissionais da saúde de forma a considerá-lo parte do processo da construção terapêutica, trazendo suas histórias de vida, seus anseios, medos e também seu conhecimento e sua opinião.

Educação Permanente

A educação permanente tem como principio básico a formação em serviço para o desenvolvimento de trabalhadores do SUS e busca a transformação de práticas, sejam elas técnicas e/ou sociais. Ela pressupõe como metodologia, ou prática pedagógica, a resolução de problemas do cotidiano das práticas das equipes de saúde, geralmente pela supervisão dialogada e por oficinas, realizadas, preferencialmente, no próprio ambiente de trabalho.

De acordo com os pressupostos apresentados pela PNAB, a educação permanente é um processo que se dá "[...] no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho" (BRASIL, 2012b, p. 39) e permite a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até a aprendizagem significativa por usuários, gestores e trabalhadores.

Outro pressuposto importante da educação permanente é o planejamento/ programação educativa ascendente, no qual, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os nós críticos a serem enfrentados na atenção e/ou na gestão, possibilitando a construção de estratégias contextualizadas que promovam o diálogo entre as políticas e a singularidade dos lugares e das pessoas,

estimulando experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde (BRASIL, 2011e).

Clínica Ampliada

Ampliar a clínica significa desviar o foco de intervenção na doença para o sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades.

Nesse sentido, nenhum saber isolado é capaz de dar conta da complexidade da saúde, sendo essencial o trabalho em equipe. Dessa forma, esperamos que trabalhadores e os gestores possam enxergar e atuar na clínica além das partes fragmentadas, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial destes saberes.

Compromisso com o sujeito visto de modo singular ⇨ **cuidar das pessoas e não das doenças.**

Pactuação da proposta terapêutica com o usuário ⇨ **produzir corresponsabilidade e trabalhar com ofertas.**

Buscar articulação em outros setores ⇨ **Intersetorialidade.**

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, resultante da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com o apoio matricial se necessário. Ele constitui um contrato entre profissionais, usuários e familiares que extrapola um elenco de procedimentos.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) geralmente é dedicado às situações mais complexas, ou seja, a casos que envolvam usuários ou famílias em situações mais graves ou difíceis e que busquem a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação.

A construção do Projeto Terapêutico Singular contém quatro momentos, a saber:

- **Diagnóstico** – avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.
- **Definição de metas** – a equipe faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o usuário pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo.
- **Divisão de responsabilidades** – definição clara das tarefas.
- **Reavaliação** – momento em que se discutirá a evolução da situação e a necessidade de correções de rumo.

Importa ao Projeto Terapêutico Singular:

- fazer junto e não pelo outro;
- buscar resoluções com e não para o outro;
- ofertar contatos, encontros, momentos de conversa, seja nos espaços do serviço, na rua ou no domicílio das pessoas; e
- coletar informações e oportunizar o vínculo e a formação de algo em comum a partir desses contatos/encontros.

Projeto de Saúde no Território

A partir do conceito ampliado da saúde e frente à complexidade crescente em se trabalhar com os determinantes sociais da saúde, coloca-se o desafio de se organizar estratégias de gestão que integrem os diferentes planos de cuidado existentes no território, voltados

para pessoas, famílias, grupos específicos (gestantes, hipertensos etc.) e comunidades.

O Projeto de Saúde no Território (PST) é uma estratégia das equipes de Atenção Básica à Saúde (NASF, ESF, EAB) para desenvolver ações na produção da saúde no território, articulando os serviços de saúde com outros serviços e políticas e investindo na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades em seu território.

São momentos do Projeto Terapêutico Singular:

- identificar e analisar a situação problema;
- compreender o processo histórico e social daquele território;
- envolver diversos atores (intersetorial);
- criar espaço coletivo de construção do projeto;
- construir o Projeto Terapêutico Singular de forma compartilhada – consenso, reformulação, pactuação, corresponsabilização;
- implementar o plano de ação; e
- refletir sobre os resultados.

Linhas de Cuidado

Como vimos anteriormente, a Linha de Cuidado (LC) considera as ações preventivas, curativas e de reabilitação de forma articulada, com aperfeiçoamento das técnicas e estratégias para melhorar o atendimento e a viabilização do cuidado, o que requer organização dos processos de trabalho. Nesse contexto, são indispensáveis o acolhimento e a humanização como prática de saúde para a preservação do vínculo com o usuário e o compromisso com a promoção da saúde.

A Linha de Cuidado é a imagem pensada para expressar fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É importante lembrar que o alinhamento desses serviços não pode ser responsabilidade exclusiva do usuário.

Para que uma linha de cuidado se consolide é necessário a participação de todos os envolvidos com o cuidado em saúde, de maneira que haja:

- acolhimento dos usuários;
- bom atendimento;
- escuta qualificada;
- resolutividade;
- encaminhamento seguro;
- estabelecimento de vínculo; e
- acompanhamento do caminho do usuário pela rede de saúde.

A primeira etapa para montagem da linha de cuidado é conhecer a capacidade instalada do município por meio do mapa de saúde. O mapa de saúde é a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, 2011f). De posse deste levantamento a próxima etapa é a elaboração da linha de cuidado, com a participação dos profissionais de saúde e demais profissionais que estejam implicados no processo.

Lembramos que a Linha de Cuidado (LC) é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, a fim de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde, incluindo segmentos não necessariamente inseridos no

sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2011).

Os caminhos, ou caminho que deverão ser trilhados pelo usuário com o apoio das equipes de saúde devem está descritos e claramente organizados na LC. A articulação, os fluxos e os encaminhamentos devem estar acertados como procedimentos que fazem parte da rotina das equipes de Atenção Básica à Saúde.

Acesse o ***Manual do Gerente: desafios da média gerência da saúde, produzido pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde,*** da Fiocruz e descubra os componentes e como funciona uma LC, disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_379517240.pdf>.

Mesmo não existindo uma linha de cuidado implantada é possível que a articulação dos profissionais trace esses caminhos visando, com o trabalho compartilhado, a solução do problema do usuário. Nesta situação, a trajetória definida pelos profissionais pode ser um ponto de partida para pensar a elaboração e implantação formal de uma ou mais Linhas de Cuidado no município.

Veja a seguir um exemplo da iniciativa dos profissionais de saúde e a importância da articulação e compartilhamento da atenção à saúde.

Abordagem individual no Programa Academia da Saúde – um estudo de caso

Juan, um adolescente de 18 anos, procura o Academia da Saúde, pois ficou sabendo que lá acontece todas às tardes aulas de hip hop. Como ele gosta muito de dançar, foi saber como pode participar.

Chegando ao polo, Juan foi acolhido pela equipe do Programa e o professor falou que só precisava de alegria e disposição. Expli-

cou que ele poderia participar da aula, mas que ao final faria um cadastro, pois todos os alunos do polo são cadastrados para que a equipe possa conhecer melhor a todos. Mas, durante a atividade, Juan começou a passar mal e o professor foi conversar para verificar o que ele estava sentindo, se havia comido algo antes de ir à aula, se possuía alguma doença, entre outras questões.

Após Juan se recuperar e relatar que realmente não havia lanchado antes de ir à aula, ele foi acompanhado para o preenchimento de seu cadastro. Visualmente, o adolescente estava acima do peso, fato que ele mesmo relatou durante o preenchimento das questões relativas às condições de saúde. O professor conversou com a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, naquele momento, conduzia um grupo de promoção da alimentação saudável no polo e ela prontamente se dispôs a fazer a avaliação nutricional de Juan. Assim, confirmaram o estado de sobrepeso e decidiram levar o caso para discutir com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Durante a reunião de matriciamento com os profissionais da ESF e do NASF, o professor apresentou o caso do adolescente e um Agente Comunitário de Saúde (ACS) afirmou que conhecia o Juan e sua família. A mãe era diabética, não ia à unidade de saúde fazia algum tempo, apesar das solicitações. O ACS também falou do contexto familiar e social difícil vivenciado por Juan e de sua pouca frequência na unidade de saúde. Então, decidiram chamá-lo na unidade para uma consulta com a médica para uma melhor avaliação de sua condição de saúde. Depois de realizar os exames, foi visto que além do sobrepeso, Juan também apresentava glicemia alterada e risco para doença cardiovascular, necessitando de um acompanhamento regular e prolongado.

A equipe, juntamente com o adolescente e sua família, decidiu construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para ser acompanhado pela ESF. O PTS incluía a redução de peso mediante reeducação alimentar, realização de práticas corporais regulares e atividades físicas pela sua continuidade no grupo de hip hop e o uso correto dos medicamentos para o controle da glicemia.

Nesse momento, os profissionais da ESF, NASF e do polo Academia da Saúde se comprometem com o processo de cuidado ao usuário. Na programação do polo Academia da Saúde ele

começou a participar do grupo sobre alimentação saudável, conduzido pela nutricionista do NASF, continuou fazendo as aulas de hip hop. Além disso, o profissional de educação física planejou junto com ele atividades para realizar em seu cotidiano, além das aulas de dança, com o objetivo de reduzir o peso. Na unidade, ele manteve o acompanhamento com a ESF visando a verificar uso da medicação e evolução de sua condição de saúde.

Após três meses, o caso de Juan foi novamente discutido na reunião de matriciamento para analisarem os resultados e a necessidade de revisão do PTS. Juan apresentou mudanças positivas nos hábitos alimentares, conforme relatado pela nutricionista do NASF responsável pelas atividades de promoção da alimentação saudável no polo; participou assiduamente das aulas de hip hop, além de se manter mais ativo em seu cotidiano, usando mais a bicicleta para se locomover, caminhando para ir à escola; e segundo a médica e o ACS, foi assíduo nas consultas, usando a medicação adequadamente. O adolescente relatou que tais mudanças o ajudaram a se sentir mais motivado para estudar e divertir-se com os novos amigos do hip hop. Juan também reduziu o peso, ainda que não tenha atingido a meta inicial proposta no PTS.

O resultado foi comemorado por todos, principalmente pelo usuário, que está bastante satisfeito com o acolhimento dos serviços e profissionais de saúde, reafirmando com os membros da equipe a sua continuidade no PTS. Sua mãe também voltou a frequentar a unidade e está acompanhando sua condição de saúde, bastante motivada pela vontade do filho e dos profissionais em cuidar de sua família. Juan chamou os amigos da escola para participar do grupo de hip hop e começaram a ensaiar uma apresentação para o festival de cultura que irá acontecer na comunidade.

Muito bem, chegamos ao final desta Unidade e, consequentemente, do Módulo 2. Você conseguiu identificar quais ferramentas utilizadas na Atenção Básica à Saúde foram sido discutidas nas Unidades anteriores. Lembre-se de que a leitura atenciosa permitirá a articulação do seu conhecimento (teoria) com seu ambiente de trabalho (melhores práticas) e isso é primordial!

Complementando...

Para ampliar seu conhecimento sobre o assunto abordado nesta Unidade, sugerimos que você faça as seguintes leituras:

- "Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais", de Ailton Cezário Alves Júnior, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consolidando_rede_atencao.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.
- "Portaria n. 648, de 28 de março de 200", disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.html>. Acesso em: 2 jan. 2014.
- "Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)", publicado pelo Ministério da Saúde, em 2012, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.
- "O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das Doenças Crônicas Não Transmissíveis", disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade entendemos as Redes de Atenção à Saúde e vimos as Redes de Atenção à Saúde são estratégias de organização dos serviços de saúde para garantir continuidade, integralidade e efetividade do cuidado, além de primar pela otimização dos recursos. Nas Redes de Atenção à Saúde, a Atenção Básica ganha papel de destaque como ordenadora do cuidado. O que significou uma mudança de paradigma que remeterá a novos arranjos favoráveis ao fortalecimento desse nível de atenção à saúde.

Os exemplos destacados no texto ilustraram caminhos para a ação na perspectiva de redes e de linhas de cuidado. Esta última foi abordada no texto como uma tradução das possibilidades de construção local de redes que garantam o atendimento à demanda dos usuários, indo até o final com seu problema, buscando a melhor solução. As linhas de cuidado mudam a responsabilidade da costura dos serviços para o tratamento do usuário para ser realizada pelo serviço. A montagem de uma Linha de Cuidado requer atenção para vários componentes do processo de atenção à saúde, que engloba, entre outros, capacidade profissional, equipamentos (capacidade instalada) e retaguarda.

Atividades de Aprendizagem

Muito bem, concluímos esta Unidade e preparamos para você algumas questões, portanto, certifique-se de que você entendeu a discussão proposta para esta Unidade respondendo às questões a seguir.

1. A partir da leitura do caso do adolescente que procura o programa Academia da Saúde e com base nos textos relativos às Redes de Atenção à Saúde e às ferramentas utilizadas na Atenção Básica, discuta em três páginas sobre:
    a) Os elementos e as características das Redes de Atenção à Saúde que podem ser identificados na condução deste caso pela equipe de saúde.
    b) Os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica que podem ser identificados no caso.
    c) As ferramentas utilizadas na Atenção Básica à saúde que foram aplicadas na atenção prestada ao usuário, buscando identificar outras ferramentas que poderiam ser agregadas à condução do caso.

Referências

ALMEIDA, C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 24, v. 54, p. 6-21, 2000.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, jan. 2011.

ALVES JÚNIOR, A. C. A. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas**: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

BENTO, L. V. **Governança e governabilidade na Reforma do Estado**: entre eficiência e democratização. São Paulo: Manole, 2003.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. **Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola-PSE, e dá outras providências. [2007a]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 15 maio 2015.

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

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de textos**: cartilhas da Política Nacional de Humanização. Brasília, DF: Ministério da Sáude, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 27). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.571, de 19 de julho de 2012**. Altera a Portaria n. 1.409/GM/MS, de 13 de junho de 2007, que institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. [2012a]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1571_19_07_2012.html>. Acesso em: 26 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Ouvidoria-geral do SUS**: um espaço de cidadania. 2. ed., 1. reimpr. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011c. 160 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/03/plano-dcnt.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**: 2009, 2010 e 2011. 2013a. 784 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**: 2009, 2010 e 2011. 2013b. 784 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 18 maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **PNPS:** revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. 36 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/20/PNPS-2015-final.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Coordenação Geral de Disseminação de Informações em Saúde – CGDIS. Rio de Janeiro. **Manual do gestor**: FormSUS. Brasília, DF, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2014b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: 1 jul. 2015.

_____. **Participasus**: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Portaria de Consulta Pública n. 14, de 24 de setembro de 2012. Atualiza as diretrizes para organização da prevenção e tratamento do excesso de peso e obesidade com linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. **Diário Oficial da União** de 25 de setembro de 2012d. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.set.12/Iels182/U_CP-MS-SAS-14_240912.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015.

_____. **Portaria GAB/SVS n. 23, de 18 de maio de 2006**. Institui o Comitê Gestor da PNPS. [2006b]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria23_2006.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Portaria GM/MS n. 1.409, 13 de junho de 2007**. Redefine composição do Comitê Gestor da PNPS. (revoga a Portaria n. 1.190/2005). [2007b]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1409_13_06_2007_comp.html> Acesso em: 26 jun. 2015.

_____. **Portaria n. 1.190 GAB/MS, em 14 de julho de 2005.** Institui o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. [2005c]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1190_14_07_2005.html>. Acesso em: 10 nov. 2012.

_____. **Portaria n. 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política de Atenção à Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. **Portaria n. 183, de 30 de janeiro de 2014.** Regulamenta o incentivo financeiro de custeio para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde, previsto no art. 18, inciso I, da Portaria n. 1.378/GM/MS, de 9 de julho de 2013, com a definição dos critérios de financiamento, monitoramento e avaliação. [2014c].Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0183_30_01_2014.html>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.Acesso em: 15 maio 2015.

_____. **Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [2013c]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 29 jun. 2015.

_____. **Portaria n. 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). [2010b]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 29 jun. 2015.

_____. **Portaria n. 737/GM, 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. [2001]. Disponível em: <http://189.28.128.99/redevivapaz/docs/Portaria737_2001.PoliticaRAV.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. **Portaria n. 936/GM, de 18 de maio de 2004**. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. [2004]. Disponível em: < http://189.28.128.99/redevivapaz/docs/Portaria936-2004_RedeN_PVPS.pdf>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. [2011f]. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 1 jun. 2015.

CALAME, P. **Repensar a gestão de nossas sociedades:** 10 princípios para a governança do local ao global. São Paulo: Instituto Polis, 2004.

CAMPOS, G. W. S.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2010.

CAMPOS, G. W. S. Reflexões temáticas sobre equidade e saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000200004>. Acesso em: 10 set. 2009.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. 7. ed. São Paulo: Editora Pensamento-Cultrix, 1996.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria empowerment no projeto de Promoção da saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1.088-1.095, jul./ago., 2004.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

_____. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

FERNANDEZ, J. C. A. Autonomia e promoção da saúde. In: PELICIONI, M. C. F.; MIALHE, F. L. (Ed.). **Educação e promoção da saúde**: teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012. p. 499-512.

_____; MENDES, R. Gestão local e políticas públicas para a qualidade de vida. In: _____. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: HUCITEC; CEPEDOC Cidades Saudáveis, 2007. p. 25-38.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Manual do gerente**: desafios da média gerência na saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 2011.

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 325-328, abr./jun. 2004.

HOROCHOVSKI, R. R.; MEIRELLES, G. Problematizando o conceito de empoderamento. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais – NPMS, 2007. ISSN 1982-4602. Disponível em: <http://www.sociologia.ufsc.br/npms/rodrigo_horochovski_meirelles.pdf>. Acesso em: 25 set. 2012.

HOUAISS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Versão monousuário 3.0. Junho de 2009. CD-ROM.

KANJ, M.; MITIC, W. **Health Literacy and Health Promotion** – definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. Working draft document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, Nairobi, Kenya, 26-30. October, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index4.html>. Acesso em: 12 abr. 2010.

KOGA, D. **Medidas de cidades:** entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

MALTA, D. C.; CASTRO, A. M. Avanços e Resultados na Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Boletim Técnico SENAC: a R. Educ. Prof**., Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.senac.com.br/BTS/352/artigo-06.pdf>. Acesso em: 19 maio 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MALTA, D. C.; NETO, O. L. M.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 20, n. 4, p. 425-438, 2011.

MALTA, D. C.; SILVA, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

_____. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 3, p. 389-395, jul./set. 2014.

MATTOS, R. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A. (Org.). **Promoção da Saúde e Gestão Local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild/CEPEDOC, 2007. p. 85-110.

MENDES, R.; DONATO, A. F. Território social de construção de identidades e políticas. **Revista de Políticas Públicas – SANARE**, Sobral, CE, v. 4, n. 1, p. 35-38, jan./mar. 2003.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; GOMES, M. P. C. Dalla ripetizione alla diffrenza: constuendo signficati con láltro nem mondo del cuidadp. In: MERHY, E. E.; MARTINO, A.; STEFANINO, A. (Org.). **Problematizando epistemologie in salute colletiva**: saperi dalla cooperazione Brasile Italia. 1. ed. Porto Alegre; Bologna: Rede Unida; CSI-Unibo, 2015. p. 35-54.

MOYSÉS, S. J. et al. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção da saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627–641, jul.-set. 2004.

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G. Co-produção de Projetos Coletivos e Diferentes "Olhares" sobre o Território. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 247-272.

ONOCKO, C.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção da autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Ed. Fiocruz, 2006. p. 660-688.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Political declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases.** Organização das Nações Unidas, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/es/index.html>. Acesso em: 8 dez. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Diminuindo as diferenças:** a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. Rio de Janeiro, 2011. Documento para discussão. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2012.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**: Saúde no Brasil, Londres, p. 11-31, maio 2011. Disponível em: <http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2015.

QUEROL, C. **Governanza y desarrollo sostenible**. Diálogos na Universidade de Vigo, (Cataluña), 1-3 xuño 2004. Disponível em: <-3_xu%C3%B1o_2004_GOVERNANZA_Y_DESARROLLO_SOSTENIBLE_CATALU%C3%91A>. Acesso em: 3 nov. 2012.

SANTOS, M. **Território e Sociedade**: entrevista com Milton Santos. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2000.

SCHERER-WARREN, I. **Redes de movimentos sociais**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet:** Saúde no Brasil, Londres, v. 377, n. 9.781, p. 1.949-1.961, 2011.

SILVA, M. M. A. et al**.** Projeto Vida no Trânsito – 2010 a 2012: uma contribuição para a Década de Ações para a Segurança no Trânsito 2011-2020 no Brasil. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 531-536, jul./set. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a19.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015.

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

WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. **Revista Mutações sociais**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 3, p. 1-17, 2002.

WHITEHEAD, M. **The concepts and principles of equity and health**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1990. (discussion paper EUR/ICP/RPD 414)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases**. [S.l.]: WHO, 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/index.html>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneva: WHO, 1986.

Módulo III

O Programa Academia da Saúde

Unidade 1

O Programa Academia da Saúde

Objetivos

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Conhecer a legislação para a instituição do Programa Academia da Saúde; e
- Identificar os elementos necessários para a sua implantação.

Prezado Participante,

Nesta Unidade do Módulo 3, vamos tratar especificamente da instituição do Programa Academia da Saúde (PAS). Iniciaremos com a apresentação das principais portarias e etapas de implantação pelos municípios. Em seguida, destacaremos a mudança nos objetivos preconizados na instituição do Programa visando à garantia do cuidado integral ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS). Você também encontrará subsídios que proporcionarão o entendimento de quais elementos são necessários para a criação do Programa em seu município.

Lembre-se de interagir no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA) e se dedicar à resolução das atividades de aprendizagem e às leituras complementares. Em caso de dúvida, não hesite em contatar o tutor antes de seguir com seus estudos.

Boa leitura!

O que é o Programa Academia da Saúde

Com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e modos de vida saudáveis no processo de produção do cuidado na Atenção Básica foi criado o Programa Academia da Saúde.

Esse programa tem como características principais:

- ser um equipamento de saúde da Atenção Básica;
- desenvolver serviços e ações complementares ao processo de cuidado, em conjunto com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde;

- ter o foco na promoção da saúde e na prevenção de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis; e
- possuir referência territorial, sendo um ponto de atenção nas Redes de Saúde.

O Programa Academia da Saúde foi instituído pela Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011.

Quando lançado, o Programa tinha como principal objetivo:

> [...] contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis. (BRASIL, 2011b, art. 2º).

Em 2013, como estratégia para fortalecer ainda mais o Programa na Atenção Básica, uma nova portaria foi publicada, revogando a Portaria n. 719/2011. O novo documento, a Portaria n. 2.681/2013, revisitou o objetivo geral, resultando na seguinte redação: "[...] contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados." (BRASIL, 2013, art. 1º).

O maior foco na Promoção da Saúde rendeu para as ações anteriormente preconizadas a inclusão de novas recomendações, apontando a **educação em saúde** e a **produção de modos de vida favoráveis à saúde** como estratégicas para o alcance do novo objetivo do Programa. Entre as principais mudanças, estão o reconhecimento do Programa como ponto de importante nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as mudanças relacionadas às ações, que reaparecem como eixos a serem desenvolvidos. Essa perspectiva de eixos permite o desenvolvimento de atividades ou ações que tenham efetiva ligação com as demandas locais e que sejam reconhecidas pelos gestores e profissionais de saúde como componentes do cuidado.

Embora o texto da Portaria n. 719/2011 tenha sido revogado pelo da Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013, ele permanece disponível para conferência em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0719_07_04_2011.html>. Acesso em: 16 maio 2015.

No Quadro 1 são apresentados os eixos previstos na Portaria n. 2.681/2013 que orientam a organização e desenvolvimento das ações e serviços.

Quadro 1 – Eixos previstos na Portaria n. 2.681/2013

Eixos previstos para o Programa Academia de Saúde
• 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. • Mobilização da comunidade.

Fonte: Brasil (2013).

O Programa Academia da Saúde é um componente da Atenção Básica, que atua como ponto de atenção à saúde de forma complementar, fazendo parte da rede de atenção à saúde e gerando práticas e estratégias de cuidado. Para tanto, esse programa articula os equipamentos e as equipes de saúde desse nível de atenção contribuindo para melhorar a sua resolutividade e o acesso da população aos seus serviços.

A diversidade e as características dos serviços e ações preconizados para o Programa exigiram um espaço físico adequado e diferente dos ambientes existentes na Atenção Básica. Para garantir o funcionamento do polo com as ações previstas, o gestor municipal e do Distrito Federal devem cadastrar pelo menos um profissional de 40 horas ou dois de 20 horas, escolhidos entre a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) especificadas em Portaria e descritas a seguir:

Quadro 2 – Profissionais que podem ser vinculados ao Programa Academia da Saúde, considerando que cada polo deve ter pelo um desses profissionais em seu quadro funcional

Códigos da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)	Descrição da Ocupação
2241-E1	Profissional de Educação Fisica na Saúde
2516-05	Assistente Social
2239-05	Terapeuta Ocupacional
2236-05	Fisioterapeuta Geral
2238-10	Fonoaudiólogo Geral
2237-10	Nutricionista
2515-10	Psicólogo Clínico
312-C1	Sanitarista
5153-05	Educador Social
2263-05	Musicoterapeuta
2263-10	Arteterapeuta
2628*	Artistas da dança (exceto dança tradicional e popular)
3761*	Dançarinos tradicionais e populares

Fonte: Brasil (2014).

Para a maior adesão dos gestores municipais e para assegurar a sustentabilidade do Programa, foram destinados recursos financeiros de investimento para a construção e o custeio das ações e serviços nos polos. É possível ter mais informações sobre esse assunto lendo a Portaria n. 2.684, de 8 de novembro de 2013.

Leia a íntegra desta portaria em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013_rep.html>. Acesso em: 18 jun. 2015.

Observe que **Recursos de custeio** são destinados à reforma, à aquisição de materiais de consumo, que são aqueles de duração menor que dois anos e **Recursos de Investimento**, também chamados de recursos de capital, destinam-se à construção, à ampliação e à aquisição de equipamento e material permanente.

A implantação e a implementação do Programa Academia da Saúde são de responsabilidade do gestor municipal, desde a licitação de empresa para a construção do polo até a contratação e o registro do profissional ou dos profissionais de saúde que atuarão na Atenção Básica para desenvolver as ações do Programa.

Os recursos de investimento são repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS), em três parcelas dependendo do estágio de evolução da obra. Os incentivos financeiros para a construção dos polos variam de acordo com a modalidade do polo habilitado:

Outras orientações para solicitar os recursos estão disponíveis na página do Programa em: <www.saude.gov.br/academiadasaude>. Acesso em: 4 ago. 2015.

Figura 1 – Modalidade, áreas e valores dos polos

Modalidade básica

- composta de espaço de vivência, espaço com equipamentos e espaço multiuso;
- área mínima total de 300 m2;
- o repasse para essa modalidade é de R$ 80 mil/polo (oitenta mil reais por polo habilitado).

Modalidade intermediária

- composta de espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso;
- área mínima total de 312 m?;
- o repasse para essa modalidade é de R$ 100 mil/polo (cem mil reais por polo habilitado).

Modalidade ampliada

- composta de espaço de vivência com estrutura de apoio, espaço com equipamentos e espaço multiuso;
- área mínima total de 550 m2;
- o repasse para essa modalidade é de R$ 180 mil/polo (cento e oitenta mil reais por polo habilitado).

Fonte: Brasil (2014a).

As três modalidades surgem devido à necessidade de atender às diferentes realidades existentes nos municípios brasileiros. O ente federativo habilitado poderá incluir também outras estruturas físicas no polo do programa, as quais serão consideradas itens complementares à proposta. Não são permitidas adaptações no projeto que excluam ou diminuam as dimensões das estruturas que compõem o polo, nas três modalidades apresentadas.

O Ministério da Saúde assegura a possibilidade de um repasse de custeio com o objetivo de fomentar a manutenção do polo. A gestão das atividades do Academia da Saúde é de responsabilidade dos municípios e Distrito Federal, seguindo os parâmetros estabelecidos nas portarias do Programa.

De maneira geral, esperamos que no polo do Programa Academia da Saúde seja desenvolvida ampla e diversificada agenda de atividades, abarcando os oito eixos temáticos, voltados para toda a comunidade e, de forma integrada, com os demais dispositivos das Redes de Atenção à Saúde. Essa agenda de atividades deve refletir associadamente as intencionalidades da saúde do território e os anseios das pessoas envolvidas, trabalhadores e usuários.

Recomendamos instituir no território um Grupo de Apoio à Gestão do Polo, composto por profissionais da atenção básica, incluindo os do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), quando houver, do próprio Programa Academia da Saúde, da gestão pública, dos parceiros e das pessoas da comunidade, para planejar e discutir as atividades do Programa no território.

Observe que o Programa Academia da Saúde foi um dos exemplos de programas nacionais que apresentamos na Unidade 1 do Módulo 2. Em diferentes momentos dessa Unidade, informações importantes foram disponibilizadas. Se necessário, retome essa leitura.

É importante destacar que os polos deverão ser construídos na área de abrangência do estabelecimento de saúde de referência no âmbito da atenção básica. Para tanto, você pode ler o *Manual Técnico de implantação do Programa Academia da Saúde* em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/fevereiro/23/Manual-do-Programa-Academia-da-Sa--de---vol-II---INFRAESTRUTURA-DOS-POLOS---Vers--o-preliminar.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2015.

Não se preocupe, faleremos mais sobre o Grupo de Apoio à Gestão do Polo mais adiante.

A coordenação local do Programa é de responsabilidade da Atenção Básica, mas podem ocorrer acertos locais atribuindo essa ação à Vigilância em Saúde, tendo a Atenção Básica como cogestora.

Nesta Unidade apresentamos a você uma breve contextualização sobre o que é o Programa Academia da Saúde, com destaque para a revisão de objetivo e os novos elementos propostos na atualização da portaria que o criou.

Complementando...

Para ampliar seu conhecimento sobre a legislação relacionada ao Programa Academia da Saúde, sugerimos que consulte as portarias de instituição do Programa disponíveis no *link* a seguir:

- "Portal da Saúde – Portarias", disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/1028-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/academia-da-saude-svs/l2-academia-da-saude-svs/13823-portarias>. Acesso em: 18 jun. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade você aprendeu que o Programa Academia da Saúde visa a contribuir para a promoção da saúde e a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população a partir da sua implantação em polos com infraestrutura e profissionais qualificados. Aqui, ainda, você percebeu que há financiamento de três tipos de polos e que o Programa Academia da Saúde está vinculado à atenção básica, sendo uma estratégia de promoção de saúde.

Queremos lembrá-lo de que seu tutor está preparado para ajudá-lo, caso necessite de auxílio. Portanto, não hesite em entrar em contato.

Atividades de Aprendizagem

A seguir, preparamos para você uma atividade com o intuito de reforçar o conteúdo aqui apresentado. Em caso de dúvida, releia o texto, converse com seus colegas de curso ou contate seu tutor.

Bom trabalho!

1. A partir do que você estudou simule a implantação de um polo no seu município justificando os elementos: modalidade de polo, local, profissionais escolhidos e serviços e ações a serem desenvolvidas no Programa. Organize o processo de trabalho entre o polo e a Unidade Básica de Saúde de referência prevendo estratégias que possam garantir o compartilhamento do cuidado dos indivíduos e coletividades.

Unidade 2

A Construção do Programa Academia da Saúde

Objetivos

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Entender o contexto de criação do Programa Academia da Saúde; e
- Avaliar algumas estratégias e ações desenvolvidas pelo Programa.

Prezado Participante,

Nesta Unidade apresentaremos o contexto de criação do Programa Academia da Saúde e a articulação com os profissionais da Atenção Básica para a definição dos serviços oferecidos nos polos e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Lembre-se: faça uma leitura com muita atenção e, sempre que necessário, retome os conceitos que não foram bem compreendidos ou resolva suas dúvidas com o tutor, pois esse esforço resultará na eficácia da sua aprendizagem.

Bons estudos!

Como Chegamos ao Programa Academia da Saúde?

A inatividade física é um dos principais fatores de risco de mortalidade em todo o mundo, influenciando consideravelmente no aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e na saúde da população. Segundo Lee et al. (2012), evidências apontam que, no mundo, o sedentarismo é responsável, em média, por 6% das ocorrências de doença arterial coronária, 7% de diabetes tipo dois, 10% de câncer de mama, 10% de câncer de cólon e 9% de mortalidade prematura.

Nesse contexto, fica evidente a importância da promoção da atividade física para a saúde pública, iniciativa essa apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visando a prevenir as DCNTs, até mesmo com o desenvolvimento e a publicação de recomendações que indiquem a frequência, a duração, a intensidade, o tipo e a quantidade total de atividade física necessária para a manutenção da saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), essas diretrizes referem-se a três grupos etários (5 a 17 anos, 18 a 64 anos, e de 65 anos ou mais) e buscam intervir principalmente na prevalência dos seguintes agravos: doenças oncológicas, doenças cardiorrespiratórias, alterações metabólicas e distúrbios do aparelho locomotor.

A mudança de perfil da saúde no Brasil tem exigido uma transformação na maneira como são organizados e oferecidos os serviços de saúde (SCHRAMM et al., 2004), para garantir acesso e cuidados concernentes com o cenário atual de adoecimento e de mortalidade da população. Uma estratégia utilizada para lidar com essa transição no perfil de saúde populacional, especialmente na promoção de atividades físicas, é a implementação de ações programáticas nacionais ou regionais.

Apesar das evidências sobre os benefícios da atividade física, no enfrentamento das DCNTs, são baixos os níveis populacionais de atividade física (BRASIL, 2007). Por isso, em 2005, o Ministério da Saúde iniciou uma série de repasses fundo a fundo para Estados e Municípios desenvolverem ações regionais de Promoção da Saúde, especialmente no incentivo a fatores de proteção para as DCNTs.

A recomendação, particularmente entre 18 e 64 anos, é de 150 minutos semanais de atividade física de intensidade moderada ou 75 minutos de atividade física de intensidade vigorosa, em pelo menos cinco dias da semana. No entanto, indica-se uma combinação equivalente de atividades moderadas e vigorosas semanalmente.

Entre as ações de prevenção financiadas pelos repasses fundo a fundo do Ministério da Saúde, ganhou destaque a prática de atividade física, em especial nos editais que se seguiram até o ano de 2010. Foram mais de 170 milhões investidos nas ações de Promoção da Saúde, cuja maioria dos mais de 1.400 municípios contemplados desenvolveu projetos relacionados à atividade física e a práticas corporais.

Para obter mais informações sobre os resultados destes estudos, leia o guia "Avaliação de Efetividade de Programas de Atividade Física no Brasil", publicado pelo Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_efetividade_programas_atividade_fisica.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2015

O monitoramento e a avaliação de algumas dessas experiências desenvolvidas localmente foram realizados pela Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS) do Ministério da Saúde, em parceria com o Centro de Controle de Doenças (CDC) norte-americano, a Universidade de Saint Louis, nos Estados Unidos, e universidades brasileiras, por meio de estudos de avaliação de cinco experiências exitosas de promoção de atividades físicas no Brasil:

- o Serviço de Orientação ao Exercício de Vitória (ES), existente desde 1990;
- o Programa CuritibAtiva (PR), em funcionamento desde 1998;
- o Programa Academia da Cidade, em Recife (PE), criado em 2002;
- o Programa Academia da Cidade, em Aracaju (SE), criado em 2003; e
- o Programa Academia da Cidade, em Belo Horizonte (MG), criado em 2005.

Além desses resultados, algumas características comuns às experiências chamaram atenção dos gestores do Ministério da Saúde, mesmo sendo desenvolvidas em regiões e por setores diferentes, conforme relacionam Cruz e Malta (2014):

- são programas públicos de base populacional e gratuitos;
- existem há mais de um ciclo de gestão municipal;
- estão em processo ou já se consolidaram nas suas respectivas políticas públicas locais;
- possuem poucas barreiras ou nenhuma para participação; e
- priorizam atividades coletivas.

Esses estudos também uniram o Ministério da Saúde e as universidades participantes em torno do "*Projeto Guia Útil de Intervenções para Atividade Física no Brasil e América Latina*", criado para concentrar esforços na avaliação conjunta dessas experiências. O principal objetivo dos estudos realizados foi identificar fatores relacionados à participação das pessoas nesses programas e os respectivos níveis de atividade física. Além disso, foi investigada a satisfação dos profissionais e dos participantes envolvidos nos programas para apontar recomendações aos gestores das experiências.

Projeto Guia Útil de Intervenções para Atividade Física no Brasil e América Latina

Este Projeto foi criado porque a inatividade física, assim como a obesidade, é um problema complexo que deve ser abordado em vários níveis e entre diferentes disciplinas. Parcerias que reúnem pessoas e organizações têm o potencial para desenvolver maneiras novas e criativas de lidar com a inatividade física. Para estabelecer um guia útil para intervenções de atividade física na América Latina, semelhante ao (Guia da Comunidade), o projeto GUIA reuniu uma equipe internacional e multidisciplinar para acessar e avaliar as evidências atuais sobre intervenções de atividade física na comunidade. Desde o seu início em 2005, o projeto completou uma revisão sistemática da literatura (publicada em três diferentes idiomas no American Journal of Preventive Medicine) e avaliou duas intervenções de atividade física baseadas nas comunidades no Brasil. Saiba mais sobre este Projeto acessando: <http://www.projectguia.org/pt/>. Acesso em: 4 ago. 2015.

Os resultados apontaram que o investimento em programas de base populacional (não somente focando a disseminação de informações sobre benefícios relacionados às atividades físicas) promoveu o aumento do acesso às práticas de atividade física e auxiliou na adoção de práticas saudáveis em boa parte da população que normalmente não se envolvia com esse tipo de ação. A avaliação positiva da experiência dos principais programas populacionais de atividade física reforçou a ideia do fortalecimento de iniciativas semelhantes em todo o País, na forma de um programa nacional no âmbito do SUS (BRASIL, 2011a). Esse cenário propiciou, então, a união de esforços das Secretarias de Vigilância em Saúde e da Atenção à Saúde, ambas do Ministério da Saúde, para elaborar um programa nacional com base nas cinco experiências avaliadas, mas que garantisse a ampliação do escopo à luz da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Saiba mais sobre os esforços das Secretarias de Vigilância em Saúde lendo o texto A vigilância, o controle e a prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro (2005), disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2015.

Saiba que, em 2010, havia uma forte discussão sobre a formação das redes de atenção nas regiões de saúde, que determinava a Atenção Básica (AB) como ordenadora dessas redes. Além disso, transcorria o processo de implantação dos NASFs como uma das principais ações na AB. Esses dois elementos trouxeram para o centro do debate algumas das diretrizes fundamentais para o Programa em construção: a **multiprofissionalidade** e a **corresponsabilidade na produção do cuidado individual e coletivo**.

Leia sobre o VIGITEL em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/abril/15/PPT-Vigitel-2014-.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2015.

No âmbito da vigilância surgia a necessidade de fomentar ações de prevenção e controle das DCNTs, tendo a atividade física como a principal delas, justificada pelos resultados dos inquéritos populacionais. Em 2006 foi implantado o sistema Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) – inquérito telefônico com a população das capitais sobre hábitos de risco e proteção para as DCNT realizado anualmente desde 2006 – que identificou em 35,3% a prevalência de ativos no tempo livre dos adultos (BRASIL, 2015a), e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2012, com estudantes do nono ano do ensino fundamental de escolas das capitais e do Distrito Federal, apontou, entre outros achados, o significativo número de horas que as crianças passavam em frente à TV ou jogando *games* eletrônicos, respectivamente (IBGE, 2013).

A perspectiva de atuação das áreas de vigilância e atenção à saúde, especialmente no contexto do SUS, promoveu a ampliação do Programa em construção e destacou a Promoção da Saúde como principal eixo e no qual estão fundamentadas as atividades propostas.

Em 2011, baseado na avaliação das iniciativas anteriores, foi lançado o Programa Academia da Saúde com o objetivo principal de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável e

modos saudáveis de vida por meio de **ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais**.

Observe que, nesse contexto de ação, há maior resolutividade em programas cujas diretrizes estão comprometidas em potencializar a atenção à saúde pela articulação intersetorial – efetivamente buscando a integralidade no cuidado dos usuários do SUS – como o Programa Academia da Saúde.

Em 2013, como vimos no início deste Módulo, o objetivo e as ações do Programa foram revistos para conferir maior destaque à promoção de modos de vida e aos eixos de atuação propostos com base na responsabilidade com o risco e o cuidado conferidos à Atenção Básica.

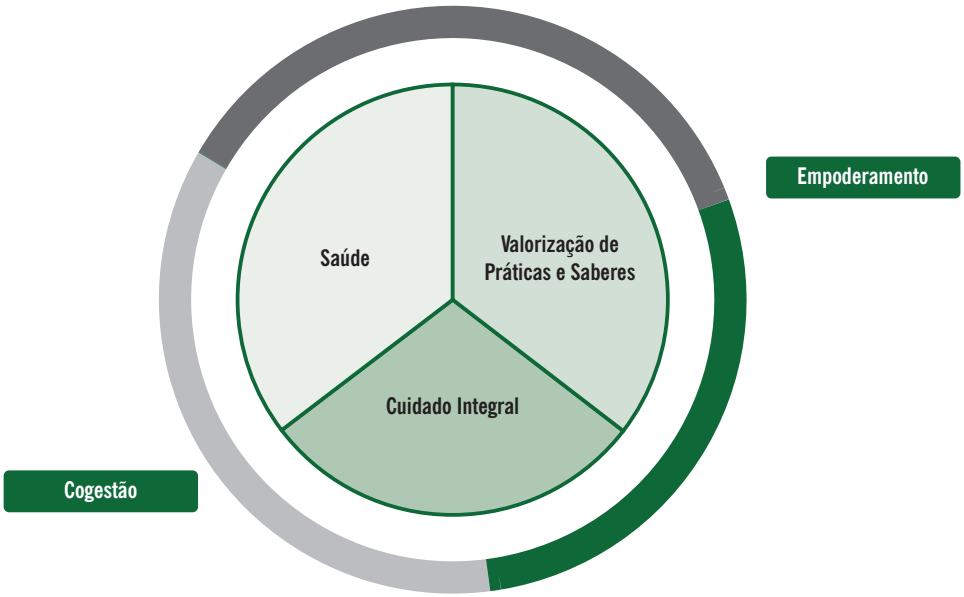
O Programa Academia da Saúde: uma estratégia de promoção à saúde

O Programa Academia da Saúde tem como diretrizes:

- A **multiprofissionalidade** e a **interdisciplinaridade**, como forma de favorecer o diálogo producente e a ampliação do campo da saúde com saberes e práticas que encerram conhecimentos das áreas das ciências sociais, educação, antropologia e afins à saúde.
- A **intersetorialidade**, que busca favorecer a construção de campos comuns de convergência em que os atores da gestão pública e demais setores consigam visualizar sua pertinência e intencionalidades no fazer conjunto.

- A **autonomia**, que visualiza o sujeito com autoridade para realizar suas escolhas e com capacidade para assumir componentes do processo de cuidado.
- A **participação social**, que busca garantir os interesses e as demandas dos sujeitos em relação à saúde e implica-os no desenvolvimento do Programa.
- A **cogestão**, que traduz compromissos assumidos por municípios, Estados e Governo Federal na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 2 – O Programa Academia da Saúde como estratégia de Promoção da Saúde



Fonte: Brasil (2015a).

O Programa Academia da Saúde tem como base as diretrizes da Política Nacional de Proteção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica, e está inserida na rede de Atenção Básica como um ponto de atenção no território, complementar ao cuidado integral e fortalecendo as ações de promoção. O Programa Academia da Saúde se articula com as equipes de saúde da Atenção Básica, os Núcleos de Atenção à Saúde da Família e com a Vigilância em Saúde – especialmente relacionado às Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Observe que todas as ações desenvolvidas no Programa devem estar culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais, sendo intrinsecamente vinculadas aos objetivos e às diretrizes da Política Nacional de Proteção à Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica. As ações desenvolvidas no polo do Programa Academia da Saúde devem considerar que a autonomia, o empoderamento, a participação social, a governança, a equidade, a intersetorialidade, as redes sociais, a sustentabilidade e a integralidade sejam elementos presentes nas suas ações.

Outro elemento fundamental da ação no território consiste nas ferramentas da Análise de Situação da Saúde (ASIS), que deve contribuir com as informações produzidas pela Vigilância em Saúde para orientar o planejamento e a definição de prioridades de ação. É fundamental saber qual o perfil de morbimortalidade da população adistrita à equipe de saúde. A ASIS permite a construção desse perfil, já que **desvela** outros aspectos que podem explicar o processo de adoecimento de determinado grupo ou população, por exemplo, a situação do saneamento básico, da coleta de lixo e dos dejetos, das desigualdades do território, das condições de habitação e de saúde.

Desvela – de desvelar, encher-se de zelo; ter muito cuidado; diligenciar. Fonte: Ferreira (2010).

Observe que o Programa Academia da Saúde busca aplicar o modelo de determinação social do processo saúde-doença para apoiar o planejamento local. Ele já foi apresentado no Módulo 1, trata-se do Modelo de Solar e Irwin (2010). Releia o módulo.

As implicações das condições objetivas de vida na saúde são explicadas e articuladas num grande e complexo sistema de influências mútuas, ampliado, e com olhar para determinantes que vão desde a cultura e valores sociais, passando pelas políticas públicas, até as condições de moradia e trabalho.

O processo saúde-doença é determinado socialmente, exigindo dos profissionais e dos gestores a compreensão do contexto em que o sujeito vive, transforma e se transforma. Assim, algumas mudanças ocorrem desta forma:

- o sujeito, não a doença, passa a ser central;
- a responsabilização do profissional e o vínculo com o usuário passam a ser essenciais;
- o olhar multidisciplinar se tornará parte do processo de cuidar;
- a promoção da saúde se concretiza como estratégia de produção do cuidado.

A seguir, discutiremos algumas abordagens que subsidiarão as ações desenvolvidas no Programa Academia da Saúde, com o intuito de contribuir para a concretização dessa proposta nas realidades dos indivíduos e das comunidades. Fique atento e lembre-se: precisando de ajuda, entre em contato com o seu tutor. É muito importante que você entenda bem o que estamos tratando para poder continuar seus estudos!

A Promoção da Saúde e a Educação em Saúde no Contexto do Programa Academia da Saúde

Como vimos nos módulos anteriores, a promoção da saúde se baseia na mobilização do estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e dos setores privados para o desenvolvimento

de estratégias, sendo operacionalizada por políticas públicas que fomentem condições favoráveis para o desenvolvimento da saúde e o empoderamento dos indivíduos e das comunidades (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007; SANTOS, 2005; BUSS, 2000).

Como parte da reorientação dos serviços de saúde, propõe-se o reforço de ações educativas coletivas, tendo a educação em saúde como método. Essa escolha advém da educação em saúde e busca a articulação entre o conhecimento técnico-científico, representado pelos profissionais, e o saber popular, possibilitando, dessa forma, que os indivíduos e as comunidades compreendam os condicionantes do processo saúde-doença e obtenham subsídios para suas escolhas (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004; REIS, 2006; ALVES; AERTS, 2011).

A educação em saúde deve estimular a reflexão dos indivíduos sobre sua vida, percebendo a saúde como um direito social (ALVES; NUNES, 2006), por conseguinte, as ações devem ser pautadas na reflexão crítica dos problemas e na discussão de soluções e pode ser desenvolvida em qualquer ambiente social, como escolas, locais de trabalho, famílias, comunidades e serviços de saúde. (CANDEIAS, 1997; VILLA, 2006)

Muito bem, como está o seu entendimento até o momento? Lembre-se de que é muito importante para o seu aprendizado que você entenda o que estamos tratando para poder continuar seus estudos. Caso surjam dúvidas, não hesite em entrar em contato com o seu tutor, ele está preparado para ajudá-lo no que for necessário.

Aplicada no contexto do Programa Academia da Saúde, a educação em saúde traz ao profissional desse Programa o desafio de reinventar sua prática, somando, ao seu saber técnico, elementos como interesse, conhecimento e desejos dos sujeitos.

Nos serviços do Sistema Único de Saúde, como o Programa Academia da Saúde, as ações de educação em saúde estão vinculadas

ao empoderamento, à autonomia e ao exercício da cidadania dos sujeitos. Por isso, é importante a criação de espaços para troca de conhecimentos, entre usuário-profissional, usuário-usuário, profissional-profissional, que permitam identificar demandas e delinear ações que sejam factíveis e efetivas.

Abordagem Comportamental – focada na mudança do comportamento do indíviduo a partir de incentivos e da motivação externa e interna. Fonte: Elaborado pelos autores deste módulo.

Vamos entender melhor como isso funciona no Programa Academia da Saúde? Fique atento à leitura a seguir...

Sabemos que a **abordagem comportamental** é preponderante nos cuidados em saúde. O profissional tende a colocar sua prática e seu conhecimento acima da experiência do sujeito e passa a assumir que sabe o que é "melhor" para ele. Nessa postura, se esquece de que todos possuem uma "bagagem", que certamente influenciará na realização da "prescrição" feita pelo profissional. Pois bem, a Educação em Saúde propõe a saída dessas amarras e traz o indivíduo para a centralidade, não a sua doença. Por exemplo, no momento do planejamento/orientação de programas de atividades físicas para os usuários, é preciso existir espaço para ouvi-los e saber suas preferências. Com isso, é possível superar a imposição de práticas mais comuns, como caminhada, ginástica e corrida, que, muitas vezes, não fazem parte do cotidiano daquele grupo, e ampliar o repertório do serviço para outras práticas, como jogos, danças, dentre outras, mais relacionadas à cultura de movimento daquela comunidade. Assim, a resultante da produção do cuidado nessa perspectiva deve ser algo novo, pertencente ao sujeito cuidado, e compartilhado pelo profissional que cuida.

Observe que, para viabilizar o alcance desse desafio, o modelo de atenção à saúde vem sofrendo transformações que visam a

incorporar uma nova visão da saúde, visão esta pautada em ações de promoção e no cuidado integral, demandando mudanças nas formas de organizar os serviços e o trabalho. Para que as ações sejam efetivas e duradouras, é importante superar a concepção de responsabilidade individual dos sujeitos para uma valorização de suas dimensões subjetivas e sociais. Para isso, ao planejar as ações no Programa Academia da Saúde, é essencial que o usuário seja o protagonista, considerando seu conhecimento sobre a sua saúde, sua crenças, confiança, atitudes, percepções, apoio social e fatores ambientais que permeiam sua vida. Nesse sentido, o profissional é o apoiador desse processo, compartilhando vivências e planejando estratégias em conjunto (TORAL et al., 2006; TORAL; SLATER, 2007). Desse modo, o grupo gestor do polo necessita criar espaços para ouvir as demandas dos usuários e de outros profissionais da rede.

O profissional de saúde, ao buscar a prática compartilhada com o usuário, torna realidade o educar/cuidar, conferindo maior qualidade ao seu trabalho e às ações que conduz. Assim, educar na prática de saúde é construir uma relação pautada na confiança, é dividir os conhecimentos, dando ao outro a oportunidade de ser escutado. Reflita sobre isso e converse com seus colegas de curso.

As ações educativas em saúde também devem responder às diretrizes e aos princípios do SUS, considerando as questões que envolvem o modelo técnico-assistencial vigente, com conhecimentos, práticas e relações de trabalho e a interdisciplinaridade.

O profissional deve criar condições para promover no usuário sua consciência crítica sobre os seus problemas, assumindo o diálogo como a base de sua ação, em um processo de ensino-aprendizagem que tanto um como o outro aprendem com a realidade, sendo todos educadores e educandos (VILLA, 2006). Por isso, Mendonça (2011) alega que o papel de educador em saúde deve ser desenvolvido e

potencializado por todos os profissionais, integrando diferentes pontos de atenção, como o Programa Academia da Saúde e a Unidade Básica.

Saiba que as ações educativas em saúde devem ser pautadas nos múltiplos determinantes de saúde, considerando as histórias de vida, as crenças, os costumes e os valores do sujeito, extrapolando a mera transmissão da informação. Essas ações devem, portanto, estimular a reflexão do indivíduo sobre sua vida, percebendo a saúde como um direito social desenvolvido em qualquer ambiente. Todos são educadores e educandos, por isso, o profissional no Programa Academia da Saúde precisa estar atento a uma postura aberta de participação dos usuários, na busca da construção de ações compartilhadas que promovam modos de viver saudáveis.

Para conhecer o enfoque da Educação Popular em Saúde, sugerimos que você leia o *Caderno de educação popular em saúde*, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2014, e disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/ii_caderno_de_educacao_popular_em_saude.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2015.

Por que Construir Modos Saudáveis de Viver?

Como abordado no início deste módulo, o perfil de saúde da população brasileira é marcado pela elevada prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), esse papel demanda ações e profissionais da saúde que trabalhem pautados nos determinantes sociais. Nesse sentido, no Programa Academia da Saúde, é necessário trabalhar tanto com os determinantes que remetam às redes sociais e comunitárias e que estão intimamente ligados às ações de promoção, quanto com aqueles que se referem às características dos indivíduos como idade, sexo, comportamento e modos de viver, mais relacionados à prevenção de doenças.

Vários têm sido os comportamentos relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e a deterioração da saúde, com destaque para o tabagismo, o uso excessivo de álcool, a alimentação inadequada e a inatividade física (BRASIL, 2011a).

Especificamente em relação à alimentação adequada e saudável e à prática de atividade física, estudos revelam sua associação ao controle do peso, redução do risco de desenvolvimento de DCNT, aumento da expectativa de vida e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2006a; COELHO; BURINI, 2009; MENDONÇA, 2011; MENDONÇA; LOPES, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003a; 2003b).

Nesse contexto, no Programa Academia da Saúde, as ações voltadas para as práticas corporais, as atividades físicas e a alimentação adequada e saudável são prioritárias no planejamento das atividades por constituírem importantes fatores de proteção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, assim como o combate ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. Mas, segundo Swinburn e Egger (2002) e Brug (2008), trabalhar com esses comportamentos só contribuirá para a promoção da saúde e a prevenção de doenças se as ações não se restringirem exclusivamente à responsabilização individual dos usuários. Essas ações deverão, portanto, contemplar as relações entre indivíduo-família-comunidade-ambiente, considerando as redes sociais e as comunitárias, que acessam as condições de vida e de trabalho, e a situação sociocultural, histórica, política e econômica que vivenciam.

O que queremos dizer é: a responsabilidade não pode recair exclusivamente no sujeito. É preciso considerar outros elementos para construir formas de superar as barreiras para adesão ao processo de cuidado.

Mudar hábitos arraigados culturalmente na vida dos indivíduos constitui tarefa difícil. A alimentação, a forma como as pessoas se movimentam, tudo isso está determinado por condições biológicas, sociais e culturais que foram construídas ao longo da vida, portanto, acabam se tornando mudanças difíceis de serem implementadas.

Com isso, algumas questões precisam ser destacadas:

- A informação é apenas uma das muitas ferramentas para produzir cuidado em saúde. A diferença é se ela é apenas reproduzida, sem reflexão crítica, ou se é problematizada no contexto do sujeito; para a mudança ou construção de novos hábitos no cotidiano, o cuidado precisa ser **continuado**, ou seja, programado por um período de tempo maior, retomado a cada encontro realizado.
- A relação construída entre o sujeito e os profissionaais de saúde que compartilham o seu cuidado deve ser simétrica.

Outra importante questão a ser destacada é a adesão. Mesmo diante do desejo dos indivíduos em mudar, a adesão a modos de vida favoráveis à saúde é baixa, inferior a 50% em países desenvolvidos, sendo ainda menor nos países em desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003c). Existem múltiplos fatores que podem estar relacionados com a adesão a modos de vida favoráveis à saúde:

- demográficas (nível socioeconômico e escolaridade);
- psicológicas (crenças, percepção de saúde e estresse);
- sociais; e
- decorrentes da relação entre o indivíduo e o profissional e os serviços de saúde.

As principais barreiras apontadas pelos usuários para não aderir a estratégias pautadas em modos de viver saudáveis têm sido a falta de vontade, o tempo e o apoio social (ALJOHARAH;

ALQUAIZ; TAYEK, 2009). Alguns profissionais, por sua vez, apontam como entraves para aconselhar sobre tal temática, a falta de tempo, a desmotivação, o desconhecimento teórico-prático e a percepção da baixa adesão dos usuários (WYNN et al., 2010; AMPT et al., 2009).

Porém, é importante pensar que as baixas taxas de adesão também podem ser consequência das dificuldades de intervir para promover a autonomia dos sujeitos sobre a sua saúde mediante mudanças factíveis e sustentáveis, não favorecendo, portanto, a construção do desejo de mudança

Observe que para ocorrer a mudança de hábitos não basta a vontade do indivíduo. É preciso que essa vontade encontre eco nas condições objetivas de vida como: saúde, educação, ambiente adequado e seguro, tempo livre, condições socioeconômicas. Reflita sobre o assunto e converse com seus colegas de curso.

Gazzinelli et al. (2005) e Fraga (2006) destacam que o comportamento não é modificado unicamente pelo acesso à informação, sendo extremamente importante considerar os desejos e os sentimentos do sujeito nesse processo.

Como podemos observar, a motivação para mudança engloba diferentes aspectos da vida das pessoas, como culturais, sociais, físicos, psicológicos, ambientais, dentre outros, exigindo a elaboração de um plano de ação com metas pactuadas, um plano que seja centrado no usuário e factível à sua realidade.

Cavalcanti e Oliveira (2012) alegam que para a efetiva mudança de comportamento, portanto, o sujeito precisa ser acolhido, aconselhado e motivado, dessa forma, apoiado tanto pela comunidade quanto pelos profissionais responsáveis pelo seu cuidado.

A partir dessa discussão sobre adesão, destacamos três componentes importantes no processo de construção positiva dessa relação, que são:

- **O Apoio Social** – pode ser compreendido como qualquer processo em que as relações sociais promovem saúde e bem-estar, relaciona-se à comunidade e às suas redes sociais que podem atuar como fontes de apoio, como profissionais de saúde, amigos, parentes e conselheiros comunitários. Pode ser fomentado pelo profissional de saúde ampliando a rede de pessoas próximas para apoiar no cuidado do indivíduo. Por exemplo: participar de caminhadas; organizar ou oferecer lanches saudáveis.
- **A Valorização da Cultura Local e de Saberes e Práticas em Saúde –** significa reconhecer que há produção cultural e social presente no território ou característico de determinado grupo que confere identidade, marca a forma de proceder e constrói entendimentos e conceitos sobre as coisas, entre eles a saúde. A prática de curar doenças é milenar. Valorizar o conhecimento que muitas vezes reabilitou ou curou as pessoas é fundamental para construir diálogo e fortalecer o respeito, ambos favoráveis para a adesão às recomendações ou ao tratamento. Implica, por parte do profissional, considerar ritos, religião, costumes alimentares, relação com o corpo, entre outros, na construção do cuidado.
- **A Intergeracionalidade** – consiste na transferência entre gerações de hábitos, de costumes e de crenças, sendo a alimentação e a cultura de movimento as primeiras aprendizagens sociais (LIMA, 2004; SPANHOL; LIMA FILHO; LIMA, 2011).

Como esses componentes podem ser utilizados como estratégias que favoreçam a adesão? Vejamos o exemplo a seguir.

Em atendimento na Unidade Básica de Saúde, Josélia identifica que "seu" Gustavo, que há muito frequenta aquela unidade, está muito acima do peso e apresenta dificuldades em caminhar. Sabendo que ele sempre teve boa saúde e hábito de caminhar todas as manhãs antes de ir para sua oficina mecânica, Josélia ficou preocupada e o chamou para conversar.

Na conversa, ele falou que deixou de fazer as caminhadas por que sua esposa adoeceu já faz alguns meses e ele não gosta de caminhar sozinho. Além disso, sua filha passou a fazer a comida e não sabe bem preparar o que ele gosta. Aí, ele substitui o almoço por sanduiches de mortadela com refrigerante que manda pedir na venda de dona Eliete. À noite, ao invés da sopinha costumeira, come bolos e macarrão instantâneo, que é mais fácil de fazer e, assim, ele não precisa incomodar sua esposa.

Percebendo que "seu" Gustavo já sabia sobre a importância de se manter uma boa saúde, Josélia começou a investigar outros elementos para produzir um apoio efetivo e construir opções à situação colocada. Perguntou sobre amigos, vizinhos, filhos e netos e o horário na oficina. Orientou "seu" Gustavo a identificar no seu círculo familiar e de amizades alguém que quizesse caminhar ou gostasse de fazer qualquer outra atividade física. Também comentou sobre o Programa Academia da Saúde, caso ele preferisse fazer caminhada ou outras atividades com várias pessoas.

Conversando informalmente com Josélia, "seu" Gustavo informou que a sua neta do meio, de 10 anos, topou caminhar com ele, mas ela iria de patins. Como não se importa, já firmou este compromisso. Além disso, ela também se propôs a ajudar no preparo do café, com ajuda do seu Gustavo.

No encontro seguinte à última conversa, Josélia encontrou "seu" Gustavo mais animado, mas ainda acima do peso. Ele relatou que passou a comer melhor no café da manhã, pois sua neta também virou sua companheira nesta refeição e não o deixa colocar muito açúcar no café, nem comer tanta mortadela. No entanto, no meio da manhã a fome aumenta e ele capricha nos sanduiches. Josélia sugeriu que ele conversasse com Monique, nutricionista, que o orientou em relação à frequência do consumo e aos tipos de alimentos, a partir da consulta sobre o que que ele gostava de comer. Os três acordaram que "seu"

Gustavo manteria a caminhada e melhoraria a alimentação. Para tanto, foi convidado a participar do grupo de alimentação saúdável, toda quarta no polo do Programa Academia da Saúde e informado que já havia sido recomendado ao profissional, que o aguardava.

Entre idas e vindas, "seu" Gustavo desistiu da caminhada, voltou a fazê-la sob o reforço do Agente Comunitário de Saúde de sua área, que sabia da proposta construída para ele e incluiu esse assunto na última visita. Sua esposa passou a acompanhá-lo junto com a neta, que também passou a frequentar o polo do Programa Academia da Saúde para fazer ginástica com sua mãe. A atividade física e a alimentação saudável passaram a fazer parte do cuidado com a saúde do "seu" Gustavo. Quando vai à Unidade Básica de Saúde acompanhado da esposa, ele recebe reforço e acompanhamento dos profissionais sobre a manutenção das ações que concordou em fazer, além das informações sobre saúde, que muitas vezes o motiva a continuar.

Ao planejar ações que visem à construção de modos saudáveis de viver na comunidade, devemos considerar que tais modos não são completamente estranhos, pois em algum momento já foram praticados. Há menos de 40 anos as pessoas tinham o hábito de caminhar com frequência, seja para trabalhar, fazer uma visita ou ir à igreja; as crianças brincavam na rua e deslocavam-se a pé para a escola; os adultos e os jovens praticavam esportes nos momentos de lazer; os alimentos eram plantados e preparados em casa, sendo reduzida a presença de alimentos processados na alimentação diária. Havia "comida de festa", "comida de domingo" e "comida do dia a dia", observe que, como esses, podemos citar diversos outros exemplos ainda.

Apesar de todas essas alterações na cultura alimentar e corporal de movimento, exemplos de "modos de viver saudáveis" ainda estão presentes em várias comunidades, mas, por vezes, são suplantados pela massificação de comportamentos voltados para o consumo de alimentos industrializados, por exemplo. Nesse sentido, os modos de viver podem ser resgatados por meio de ações que valorizem a

história, a intergeracionalidade e a cultura de cada região, sempre com o apoio da comunidade e dos profissionais de saúde.

Lembre-se: para construir modos saudáveis de viver na comunidade, é preciso resgatar as práticas saudáveis da própria comunidade, valorizando a cultura local mediante ações pautadas na intergeracionalidade e no apoio social.

Todo o processo de vida e saúde vivenciado pelos sujeitos deve ser apoiado pelos profissionais e serviços de saúde, o que se configura no **autocuidado apoiado**.

Complementando...

Muito bem, para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, sugerimos que você consulte a seguintes obras:

- "Promoção da saúde e qualidade de vida", de Buss (2000), publicado na *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014>. Acesso em: 9 jul. 2015.
- "Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista", de Sérgio Resende Carvalho e Denise Gastaldo (2008), publicado na *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2015.
- "Os múltiplos sentidos da categoria 'empowerment' no projeto de Promoção à Saúde", de Sérgio Resende Carvalho (2004), publicado no *Caderno de Saúde Pública*, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade, vimos as experiências de programas de atividade física e as práticas corporais no Brasil. Diante disso, entendemos que a construção de modos de vida favoráveis à saúde deve ser integrada entre profissionais de saúde-usuários-comunidade para proporcionar ações mais efetivas e com maior adesão. Para ter sucesso, precisamos promover diálogo e planejamento conjunto no contexto cultural e ambiental vivenciado.

Enfim, percebemos que os profissionais precisam reconhecer que os indivíduos têm conhecimentos dos fatores importantes para a manutenção da saúde e que o comportamento não é modificado unicamente pelo acesso à informação.

Atividades de Aprendizagem

Concluímos mais esta Unidade. A seguir preparamos algumas atividades para você conferir o seu aprendizado. Lembre-se: precisando de ajuda, entre em contato com o seu tutor, ele está preparado para auxiliá-lo no que for necessário. Bons estudos!

1. Com base no que você estudou nesta Unidade, desenhe duas iniciativas, uma para o público adolescente e outra para o público idoso, considerando os elementos destacados no texto, relativos à adesão: intergeracionalidade, valorização da cultura local e de saberes e práticas em saúde e apoio social. As iniciativas precisam contemplar os seguintes tópicos:
    a) Característica – descrever em que consiste e o que a compõe.
    b) Período de realização.
    c) Objetivo.
    d) Público-alvo.
    e) Atores envolvidos para realização da iniciativa.
    f) Estratégias propostas para realização da iniciativa.

Unidade 3

Ações de Promoção da Saúde no Programa Academia da Saúde

Objetivo

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Compreender as ações que podem ser desenvolvidas pelo Programa Academia da Saúde.

Caro Participante,

Nesta Unidade, vamos tratar das ações de promoção da saúde no Programa Academia da Saúde. Essas ações têm o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e para a produção do cuidado e de modos de vida saudável da população. Queremos lembrá-lo que caso haja alguma dúvida, você deve entrar em contato com o seu tutor, pois ele está preparado para ajudá-lo.

Bom trabalho!

Promoção da Saúde no Território

Como vimos no primeiro módulo deste curso, o conceito de território vai além de um espaço geográfico em que as ações de saúde são operacionalizadas. Segundo Gondim et al. (2008, p. 65)

> [...] território é o lócus onde se verifica a interação população-serviços no nível local. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para sua resolução devem ser compreendidos e visualizados espacialmente por profissionais e gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde.

Ainda, segundo os autores, o território, além da extensão geométrica, apresenta um perfil demográfico, epidemiológico,

administrativo, tecnológico, político, social e cultural que o caracteriza e se expressa num território em permanente construção (GONDIN et al., 2008).

O território pulsa! Sua constante transformação precisa refletir nas abordagens da saúde para produzir cuidado. A proximidade da Atenção Básica do cotidiano das pessoas do território não permite o isolamento do profissional de saúde para planejar suas ações tendo como base as diretrizes nacionais e municipais e as informações em saúde. Apesar de esses elementos serem indispensáveis ao planejamento, o envolvimento de pessoas da comunidade, inclusive na escuta dos principais problemas, barreiras e estratégias desenvolvidas, para superá-los no território, é imprescindível.

Nesse sentido, em relação ao Programa Academia da Saúde, cabe ressaltar alguns aspectos importantes que envolvem a definição e a implementação de suas ações e serviços, que são:

- basear suas ações na necessidade do território;
- planejar em conjunto com a equipe de saúde da família e o Núcleo de Atenção à Saúde da Família de referência no território;
- envolver a comunidade no processo de construção das ações;
- não se restringir a abordagens pautadas na doença;
- observar a correlação entre a faixa etária e a ação proposta;
- valorizar as pessoas e sua cultura;
- manter o propósito, as ações e os desfechos planejados acessíveis a todos que serão afetados, incluindo os cidadãos locais, seus formadores de opinião, as autoridades de saúde e os profissionais; e
- planejar para todos os ciclo de vida.

Observe que, a partir dessa perspectiva de integração com a Atenção Básica, as ações do Programa Academia da Saúde deverão ser balizadas nas características dos sujeitos e da comunidade, utilizando como diretrizes as distintas necessidades dos diferentes ciclos de vida.

O Programa Academia da Saúde deverá propor ações para todos os ciclos da vida, buscando ações que os integrem na construção da saúde por meio de trocas intergeracionais. Entretanto, em seu cotidiano, o profissional poderá perceber a necessidade da comunidade mais direcionada a um determinado ciclo de vida, o que deverá balizar as ações do Programa, mas sempre buscando o acesso integral de todos os sujeitos.

A seguir mostraremos um exemplo com destaque para o território, as ações e os ciclos de vida no planejamento das ações.

De posse das informações de saúde sobre o território, é preciso complementar as informações com levantamento de atividades relacionadas à saúde em andamento no território, como grupo de caminhada, jogos de futebol, feiras livres, eventos festivos – incluindo os esportivos – e programas afins à saúde desenvolvidos (esporte, lazer, cultura, etc.). Depois de elaborar esse levantamento, o passo seguinte é planejar as estratégias para atrair os sujeitos das várias faixas etárias, a partir do que já se conhece sobre o que mais lhes interessa. Por exemplo, sabendo que as atividades que despertam o interesse dos adolescentes são aquelas mais dinâmicas, que exijam sua colaboração e os desafiem para as realizações e, sobretudo, que os tragam como protagonistas. A repetição não é interessante para esse grupo.

Em outros territórios, os idosos podem demandar atividades como a dança de salão. As preferências dos usuários devem orientar as propostas de práticas corporais oferecidas pelo profissional de saúde para propiciar maior adesão dos participantes.

É importante ressaltar que o profissional pode promover o

interesse dos usuários com outras possibilidades de práticas. No caso em questão, seria ideal oferecer o Lian Gong (também conhecido como "ginástica chinesa"), que também oportuniza a socialização entre gêneros. Em ambas as propostas, devemos promover a socialização, o aumento do gasto energético e a adesão dos praticantes.

Veja bem, apesar de adequado, esse exemplo é parcialmente resolutivo, tendo em vista que as ações, mesmo considerando predominantemente os idosos, devem estar disponíveis para toda a comunidade. Isso significa que, na situação citada, jovens podem acessar tais atividades – mesmo sem a especificidade dessas práticas para suas necessidades e interesses.

A **intergeracionalidade** deve estar no planejamento e na execução das atividades, desde que se consulte os adolescentes e os adultos sobre suas preferências em práticas corporais. A partir dessas opiniões, podem ser elaboradas oficinas com danças que contemplem os diferentes interesses, aumentando a variedade de práticas, a adesão e o incentivo dos participantes para as propostas e a interação entre as gerações. Dessa maneira, os grupos baseados nos ciclos de vida serão respeitados, mas sem deixar de trabalhar no contexto comunitário.

A Construção Coletiva das Atividades no Polo do Programa Academia da Saúde

O planejamento das atividades do polo do Programa Academia da Saúde não é finalizado com os profissionais de saúde. Outra etapa é recomendada para garantir a participação da comunidade no processo de definição de mais ações para a promoção da saúde. A criação do Grupo de Apoio à Gestão do Polo parece ser uma boa estratégia para envolver outros atores, que não apenas os profissionais de saúde.

Trata-se dos profissionais que atuam no polo, representantes da atenção básica e de outros setores afins ao Programa. Não substitui o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho de Unidade de Saúde.

Muito bem, e como organizar o **Grupo de Apoio à Gestão do Polo**? Vamos orientá-lo nesse sentido, assim você poderá responder a essa questão, mas, lembre-se, precisando de ajuda, entre em contato com seu tutor.

Recomendado em portaria, esse grupo tem por finalidade contribuir para o planejamento das ações, organizando e ampliando o escopo ou na quantidade de atividades que serão oferecidas no polo, mas sempre em consonância com o que está previsto nas portarias específicas e com as que foram previamente definidas entre os profissionais da equipe de saúde de referência para o polo. Também contribui para o cuidado com o polo, propondo melhorias e ajudando a resguardar seu funcionamento nos horários previstos.

Observe:

- Antes da inauguração do polo, os profissionais designados para atuar diretamente no Programa podem organizar reuniões com a comunidade para apresentá-lo – objetivos, serviços que serão oferecidos, atividades previstas. Recomendamos contatar a liderança da comunidade ou ir ao espaço de referência para as discussões locais, como associações.
- Na reunião, além de tirar as dúvidas sobre o Programa e seu funcionamento, é importante apresentar a estratégia do Grupo de Apoio à Gestão do Polo e convidar pessoas da comunidade para fazerem parte dele. No mesmo momento é possível também identificar atores locais que possam contribuir com a dinamização do polo, acompanhando ou desenvolvendo alguma atividade que tenha relação com os objetivos do Programa. Por exemplo: na comunidade há um grupo de hip hop, então, o espaço do polo pode incluir em sua programação oficinas ou momentos para o público jovem, sempre

acompanhada pelo profissional de saúde responsável pelo Programa.

- Feito o levantamento de atividades sistematizadas e da disponibilidade das pessoas em desenvolvê-las no espaço do polo, além de definir a pessoa da comunidade acompanhará de perto o Programa, o próximo passo é sentar com este grupo e planejar a programação do polo. Recomendamos que na oportunidade sejam elaboradas estratégias de divulgação do Programa para toda a comunidade.

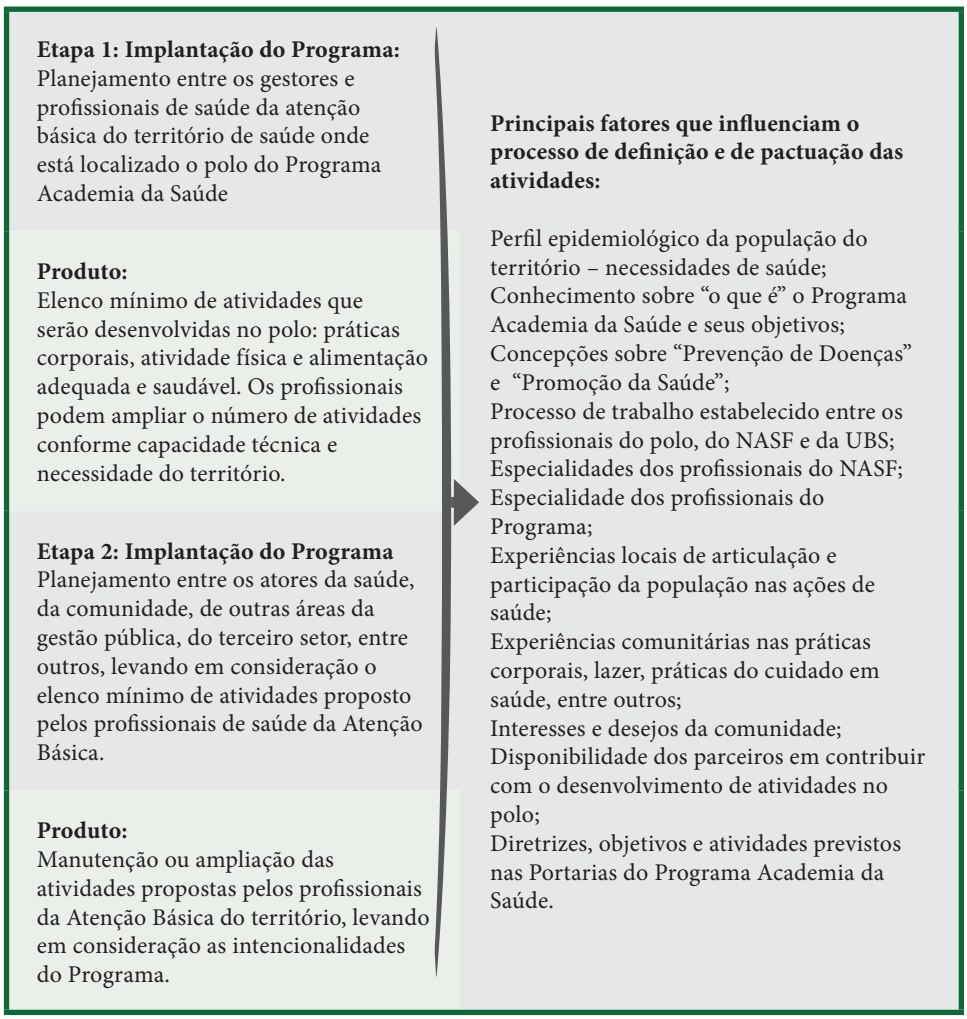
É importante destacar que a frequência de reuniões do Grupo deve ser definida por seus integrantes, assim cada um poderá opinar sobre a necessidade de organizarem os encontros.

Muito bem, agora vamos ver: quem compõe o grupo de Apoio à Gestão do Polo? A composição desse grupo minimamente deve contemplar os profissionais diretamente envolvidos com o funcionamento do polo, representantes da comunidade e de outros setores da gestão pública afins ao Programa, como esporte, cultura e assistência social. Os profissionais da Unidade Básica de Saúde de referência também podem fazer parte.

Para fins de planejamento, o Grupo de Apoio à Gestão do Polo deverá ter clareza do papel do Programa no território, visando a fortalecer a integralidade do cuidado no processo de produção de saúde, devendo estar sempre integrado às linhas de cuidado estabelecidas ou em processo de elaboração na Atenção Básica. Além disso, é preciso proporcionar a participação da comunidade e dos profissionais na idealização do Programa, procurando construir sua identidade no contexto social que se insere.

Nesse sentido, as atividades propostas pelo Grupo de Apoio à Gestão do Polo são complementares às ações obrigatórias que devem ser realizadas no Programa. Veja na Figura 3 o que deve ser observado na interlocução entre as intencionalidades dos serviços de saúde e as expectativas da comunidade em relação ao Programa Academia da Saúde.

Figura 3 – Processo de Planejamento das atividades no Programa Academia da Saúde



Fonte: Brasil (2013).

Nesse processo de pactuação, podemos observar os seguintes pontos:

- Todas as ações planejadas precisam estar de acordo com a realidade de cada território de cobertura do Programa e com a capacidade técnica da equipe de saúde da Atenção Básica, incluindo o NASF, quando houver.
- O polo é um equipamento de saúde e, como tal, responde às responsabilidades sanitárias cabíveis. Em hipótese alguma seu escopo pode ser modificado para atender a demandas de outros equipamentos sociais, por exemplo, utilizar a sala de vivência para guardar material reciclado que é comercializado pela comunidade ou utilizar seu espaço para fazer feiras que não estão planejadas e relacionadas às ações do Programa.
- As ações planejadas pelo Grupo de Apoio à Gestão do Polo são complementares. Por exemplo, em um território de saúde, a partir da análise da situação da saúde e das ações já desenvolvidas na Atenção Básica, são definidas, como elenco mínimo de atividades, as práticas corporais/atividades físicas (caminhada, dança, yoga, entre outras), realizadas em oficinas e vivências e, ações coletivas relacionadas à alimentação adequada e saudável. A partir desse elenco mínimo, outras ações poderão ser propostas, mas sempre de acordo com a realidade local e as intencionalidades do Programa.

A Figura 3 apresentou o processo de planejamento das ações nas fases de implantação e de implementação do polo e os fatores que influenciam esse processo. É importante que você saiba que o elenco mínimo de ações – práticas corporais e atividade física e promoção da alimentação adequada e saudável – será planejado mediante discussões entre gestores e profissionais da Atenção Básica. Entretanto, esse elenco deverá ser retomado na pactuação com a

comunidade e com os demais atores como ponto de partida a ser acrescido com outras atividades (BRASIL, 2013).

Características e Organização das Atividades e Serviços no Programa Academia da Saúde

Quanto mais diversificadas forem as características dos participantes no Programa Academia da Saúde, maior será o número e as atividades que deverão ser oferecidos visando à formação de grupos que interagem na busca pela construção de sua saúde.

Para entender melhor o modelo de Leavell e Clark, leia a sétima e atualizada edição da obra "Epidemiologia & Saúde", organizada por Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel Carlos da Silva e publicada pela MedBook, em 2013.

Sugerimos que você utilize quadros informativos tanto no polo, quanto nas Unidades Básicas de Saúde, procure se informar se há jornais de circulação local e converse com as pessoas para colocar neste espaço a programação. O intuito é divulgar de uma forma ampla todas as ações que serão desenvolvidas no polo. As ações do Programa Academia da Saúde são oferecidas a partir da demanda do território para os diferentes ciclos de vida. Elas podem ser contínuas e pontuais. As contínuas referem-se a atividades desenvolvidas mais de uma vez por semana ou semanalmente ou mensalmente, mas de forma constante. Já as pontuais podem acontecer esporadicamente para suprir uma demanda específica do território. As atividades pontuais variam muito de um polo para outro, de uma região para outra apresentando características e demandas peculiares às populações que são atendidas.

Quanto à modalidade da ação, individual ou coletiva (grupos), reforçamos que, no Programa Academia da Saúde, as ações coletivas são ideais, por permitirem maior participação do usuário no processo educativo, envolvimento da equipe com o participante e otimização do trabalho, considerando sua capacidade em abarcar maior número de participantes e de promover maior interação entre todos os envolvidos (SOARES; FERRAZ, 2007).

No planejamento das ações precisamos identificar de modo claro o público-alvo, qual o número de participantes, o período de realização, a duração do grupo (horas e minutos), o material

necessário para sua realização, a introdução e a contextualização do tema, a descrição da estratégia educativa (descrição detalhada da atividade) e a avaliação da ação.

Mas não se preocupe, pois você exercitará a ação do planejamento no próximo módulo. Fique tranquilo!

Quanto à avaliação, pode ser realizada de forma quantitativa ou qualitativa. A quantitativa pode ser feita, de forma escrita ou oral, no início e ao final de cada intervenção, podendo avaliar conhecimentos, atitudes, percepções e satisfação com a atividade, de acordo com o tema abordado. A qualitativa pode derivar de uma discussão final com os participantes ou o registro das falas, dúvidas, ansiedades, saberes e impressões dos usuários e dos profissionais durante o grupo. Essas anotações podem ser feitas pelo coordenador da atividade ou por um avaliador externo (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Após o planejamento da ação, devemos iniciar a formação do grupo. Lembre-se de que, no primeiro encontro, devem ser discutidas algumas questões com os participantes, para construir o acordo ou o contrato de convivência, instrumento essencial para o bom funcionamento do grupo. Nesse momento, sugerimos que seja elaborado o acordo ético de funcionamento do grupo, explicitando direitos e deveres a serem respeitados pelos membros; a necessidade de cooperação grupal, compromisso com a autenticidade, sigilo e respeito às datas e os horários. Esse contrato deve ser construído com os participantes e com o coordenador, sendo retomado sempre que necessário (SANTOS, 2006; BRASIL, 2006a; DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009).

Na condução dos grupos devemos estar atentos para a participação, seu significado e contribuições para os participantes. Um grupo com pequeno número de participantes deve ser primeiramente revitalizado mediante a revisão de seus objetivos e métodos, que incluem desde a forma como foi realizado o convite e a divulgação até

os temas planejados e os métodos utilizados. Depois de reestruturado, devemos, então, retomar os encontros e, caso seja necessário, o grupo poderá ser finalizado buscando uma nova construção coletiva com os usuários. É importante ressaltar, no entanto, que toda atividade incluída, reformulada ou retirada da programação do polo deverá ser acompanhada pelo Grupo de Apoio à Gestão e pactuada com os profissionais da ESF e do NASF, para garantir a integração das ações, bem como sua recomendação e divulgação para os usuários.

Lembre-se: para realizar ações coletivas mais efetivas é primordial **Planejar**. Esteja atento ao planejamento dos grupos, pois deve ser construído com os usuários e os demais profissionais das áreas de abrangência do Programa, sempre em consonância com o Grupo de Apoio à Gestão do Polo. Construa ações pautadas na intersetorialidade e na participação da comunidade, elas são mais efetivas por promoverem a autonomia dos envolvidos.

Como já vimos, planejar e executar ações coletivas de promoção da saúde não constitui tarefa fácil. O Programa Academia da Saúde, assim como os demais serviços do SUS, enfrenta o desafio de concretizar a promoção da saúde em sua prática cotidiana. Para auxiliar nessa tarefa, discutiremos uma situação problema – construção de "modos de viver saudáveis" – mediante algumas estratégias teórico-metodológicas.

Estratégias Metodológicas

As estratégias metodológicas auxiliam no desenvolvimento de ações, por isso, apresentaremos algumas já utilizadas nos Programas similares à Academia da Saúde que trouxeram resultados satisfatórios. A estratégia metodológica deve ser adequada ao objetivo proposto para a ação. Pode ser uma ou mais estratégias combinadas para a

produção dos efeitos desejados no indivíduo ou grupo. Nesse sentido, apresentaremos as seguintes estratégias:

- Roda de conversa.
- Oficinas.
- Abordagem individual.
- Abordagem coletiva.

Muito bem, depois de entender a importância da temática para o grupo, devemos planejar as ações. A seguir, elencamos algumas alternativas de como discutir o tema no contexto das diferentes abordagens metodológicas propostas – especificamente Roda de Conversa e Oficina.

Roda de Conversa

Caracteriza-se por um espaço de diálogo, comunicação e intercâmbio de experiências e de informações (GOMES et al., 2008; SIMONETTI; ADRIÃO; CAVASIN, 2007; MÉLLO et al., 2007). Nas Rodas, é preciso pensar no sujeito e no coletivo em função de planos entre o mundo interno da pessoa e suas circunstâncias, ou seja, o seu mundo externo (CAMPOS, 2000). O objetivo principal é o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da socialização de saberes e da reflexão para ação, visando, assim, promover o empoderamento para adoção de mudanças que repercutam em saúde para os indivíduos (GOMES et al., 2008; SIMONETTI; ADRIÃO; CAVASIN, 2007; CAMPOS, 2000).

Nas rodas de conversa devem ser desenvolvidas discussões sobre temas que podem dar visibilidade às práticas cotidianas, objetivando, principalmente, a livre expressão de dúvidas, vivências e acontecimentos (MÉLLO et al., 2007; GOMES et al., 2008). Para isso, na roda de conversa, o coordenador da ação deve selecionar

temas que sejam de interesse para o grupo, ou temas que devam ser discutidos com os participantes.

A roda de conversa se inicia com a exposição do tema e os participantes são instigados a apresentar suas opiniões e sentimentos. O grupo, então, é motivado pelo coordenador a argumentar e a contra-argumentar, esse momento é importante, pois cada pessoa pode expressar sua opinião, se posicionar e ouvir o outro e a si mesmo (MÉLLO et al., 2007; CAMPOS, 2000). Na roda de conversa, cada sujeito avalia e reflete sobre a sua prática cotidiana e constrói alternativas para mudanças.

Sugerimos alguns temas disparadores das rodas de conversa, como estes:

- Como está se alimentando.
- A importância da atividade física para a saúde.
- Espaços de lazer no bairro e prática de atividade física.
- Cuidados com a saúde.
- Terceira idade e saúde.
- Promoção da cultura de paz.

Figura 4 – Exemplo de roda de conversa

Fonte: Brasil (2010).

Lembre-se de que a roda de conversa é uma modalidade de grupo aberto, que permite a incorporação dos sujeitos em seu percurso. Ela pode ter uma sequência de temas previamente planejados ou poderá ser única, de acordo com o objetivo que se propõe. Essa é uma abordagem que pode ser rotineiramente utilizada no Programa Academia da Saúde para discutir diferentes temáticas, principalmente aquelas que estão em evidência no momento. Exemplos:

Roda de conversa: recomendações sobre a prática de atividade física.

- **Objetivo***:* discutir a realização de atividades físicas a partir de dúvidas frequentes sobre a periodicidade, a intensidade e as modalidades das atividades.
- **Estratégia educativa***:* abrir a roda de conversa com a pergunta "Quais as experiências de atividades físicas que você ou algum conhecido já praticou?" Instigar o diálogo entre os participantes sobre a maneira de realização de atividades, indicando o objetivo (redução de peso, questões estéticas etc.) e algumas possibilidades de realização dessas práticas (facilidades e dificuldades no território, atividades físicas individuais e coletivas).

Oficina

O método de oficina é definido como um trabalho estruturado em grupo, que promove a construção de conhecimento por meio da reflexão de uma questão central, em um contexto social, congregando informações e reflexões, relacionando os participantes com significados afetivos e vivências. Segundo Afonso (2006), a Oficina deve envolver as pessoas integralmente, em suas formas de pensar, de sentir e de agir, possibilitando aos participantes o compartilhamento de experiências.

De acordo com Afonso (2006), o número de encontros pode ser variável e o grupo se propõe a desenvolver determinada tarefa,

com prazo de duração. O seu desenvolvimento é estruturado em três momentos:

- Inicial – preparação dos participantes que pode ser por meio de "relaxamento" e/ou "aquecimento", com utilização de atividades, brincadeiras, conversas, que objetivem, por exemplo, a apresentação dos participantes.
- Intermediário – desenvolvimento de atividades que facilitem a reflexão e elaboração do tema, esse momento pode ser dividido em:
  - utilização de técnicas lúdicas, sensibilização, motivação, reflexão e comunicação;
  - conversa e reflexão sobre os sentimentos e ideias do grupo;
  - expansão das vivências relacionando-as com situações do cotidiano;
  - exposição e análise das informações sobre o tema, comparado às experiências dos participantes para esclarecimentos mútuos.
- Sistematização e avaliação – visualização pelos participantes da produção do grupo, acompanhando o processo de reflexão e de crescimento vivenciados e auxiliando na construção dos próximos encontros.

O método de oficina pode ser utilizado com frequência na Academia da Saúde, sempre que houver interesse em construir uma tarefa comum com o grupo, por exemplo, promover o peso saudável.

Exemplo 1:
Oficinas: incentivo às práticas corporais e atividade física.

A proposta é desenvolver encontros com intervalos definidos pela equipe, objetivando promover o incentivo às práticas corporais e à atividade física. Os encontros devem ter temáticas inter-relacionadas,

porém podem ser promovidos de maneira independente entre si, sempre buscando direcionar as atividades para a questão disparadora daquele momento. É importante ressaltar a necessidade de previsão do espaço físico e os materiais diversos que serão utilizados para que a vivência dos usuários seja potencializada. Ao final de cada encontro, será realizada uma pequena avaliação sobre o processo da oficina proposta, com o intuito de retomar os temas abordados e pactuar possibilidades para um plano de disponibilização de práticas corporais no território.

- **Primeiro Encontro:** como o corpo responde às práticas corporais e às atividades físicas?
  - **Objetivos:**
    - discutir o conceito ampliado de saúde;
    - debater fatores que influenciam a saúde;
    - despertar a importância de ter saúde e os benefícios da adoção de modos de vida mais saudáveis;
    - falar sobre a importância da incorporação de práticas corporais/atividades físicas na rotina cotidiana para a prevenção de doenças e promoção da saúde;
    - identificar principais doenças relacionadas aos baixos índices de atividade física.
  - **Tarefa:** incentivar a experimentação de práticas corporais/atividades físicas usualmente propostas e de baixa intensidade (incluindo, principalmente, exercícios para desenvolvimento de força muscular e de alteração cardiorrespiratória).
  - **Estratégia educativa:** após cada prática, o facilitador deverá apresentar modificações e respostas corporais orgânicas que ocorrem em cada um dos grupos de atividades propostas, especialmente sobre os sistemas

Musculoesquelético – de, ou relativo a músculo estriado esquelético. Fonte: Ferreira (2010).

Cardiorespiratório – relativo ao coração e ao sistema respiratório. Fonte: Ferreira (2010).

musculoesquelético e **cardiorrespiratório**. O facilitador apresenta, ainda, algumas doenças crônicas não transmissíveis, com alguns detalhes sobre o mecanismo fisiopatológico. Os participantes serão incentivados a pensar em alternativas terapêuticas com o uso de práticas corporais/atividades físicas, tendo em vista os efeitos biológicos, psicológicos, sociais e culturais dessas práticas.

- **Segundo Encontro:** qual a prática corporal mais indicada para cada pessoa?
  - **Objetivos:**
    - discutir sobre o interesse dos praticantes sobre as propostas de práticas corporais/atividades físicas;
    - introduzir o conceito de cultura corporal de movimento;
    - elencar possibilidades de práticas corporais a partir do contexto cultural da comunidade;
    - indicar maneiras de mesclar práticas corporais propostas pelo facilitador com vivências corporais da cultura comunitária.
  - **Tarefa:** estimular a experimentação de práticas corporais propostas pelos profissionais e aquelas indicadas como preferidas pelos participantes (especialmente as já vivenciadas pela maioria do grupo em algum momento de suas vidas).
  - **Estratégia educativa:** os participantes, em subgrupos, deverão construir uma lista de motivos que os incentivam e os desmotivam a participar de práticas corporais/atividades físicas. Cada subgrupo apresentará seus motivos e o grande grupo fará

a proposta de duas práticas para potencializar os fatores de adesão: uma das propostas será a partir de possibilidades já existentes na comunidade e outra a partir de novas atividades. Após a apresentação, o facilitador poderá mobilizará discussões para compreensão e identificação de elementos da cultura corporal na comunidade. O facilitador deve conduzir uma pequena vivência de algumas das práticas corporais listadas, podendo utilizar-se do auxílio de algum dos participantes. A discussão final será direcionada sobre alternativas para tornar as práticas corporais mais próximas das experiências culturais da comunidade e de cada indivíduo.

Exemplo 2:
Oficina culinária: como consumir frutas e hortaliças?

- **Demanda:** formas de preparo práticas e rápidas de frutas e hortaliças.
  - **Objetivos:**
    - estimular o consumo de frutas e hortaliças;
    - sugerir alternativas de preparações para melhoria do paladar (exemplo: salada de frutas).
  - **Tarefa:** preparação de saladas saudáveis e saborosas, que respeitem a subjetividade dos sujeitos.
  - **Estratégia educativa:** a partir de discussões anteriores sobre frutas e hortaliças, seus nutrientes e sabores, os participantes deverão tê-las disponíveis lavadas e preparar alguns molhos previamente. Os participantes deverão ser estimulados a construir receitas de saladas saudáveis e saborosas com os ingredientes. Neste encontro é importante destinar tempo para a degustação das preparações e posteriormente realizar

uma discussão. Caso seja necessário, convide o nutricionista para planejar e conduzir este encontro.

Estratégia Metodológica para Abordagem Individual no Programa Academia da Saúde

Além das abordagens coletivas desenvolvidas no polo do Programa Academia da Saúde, o profissional também deverá estar atento às necessidades individuais dos usuários, ao considerar a singularidade dos sujeitos e suas necessidades, ainda que em contextos coletivos (FERREIRA, 2012; MENDONÇA; LOPES, 2012).

Durante as atividades do polo, você precisará ser receptivo ao diálogo, aqui pensado como trocas entre profissional-usuário-profissional. Nessas trocas, demandas individuais podem ser identificadas e elas necessitam ser devidamente acolhidas.

Acolher no contexto dos serviços de saúde consiste em receber bem, ouvir as demandas dos usuários, buscando formas de compreender e de atender às suas necessidades. O acolhimento expressa, assim, uma ação de aproximação entre os sujeitos, realizado por toda a equipe nos encontros e nas relações entre você e os usuários.

Para isso, no Programa Academia da Saúde, devem ser utilizadas as ferramentas de produção do cuidado desenvolvidas na Atenção Básica, buscando estabelecer práticas concernentes ao cuidado integral, isto é, a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar, cultural, além do biológico.

Assim, a gestão do cuidado deve estar preparada para o acolhimento à demanda individual e coletiva, desde as mais prevalentes até aquelas que exigirão uma interlocução maior tanto na Rede de Atenção à Saúde como em outros serviços e setores. A atuação conjunta do polo com a Estratégia de Saúde da Família e o **matriciamento** realizado pelo NASF contribuirá para a corresponsabilização na construção das linhas de cuidado e na resolutividade possível para cada caso.

Matriciamento – o apoio matricial representa uma ferramenta tecnológica que oferece retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência e promove o compartilhamento dos saberes, ampliando a resolução dos problemas. Fonte: Cunha e Campos (2011).

Observe que espaços como as reuniões de matriciamento nas unidades de saúde devem ser ocupados e fortalecidos pela participação dos profissionais do polo, com o objetivo de construir projetos terapêuticos fortemente ancorados na interdisciplinaridade e no contexto de vida dos sujeitos.

A compreensão de que, além da doença ou agravo, o sujeito possui outras demandas e necessidades enfatiza que o foco de intervenção é o sujeito, não somente suas doenças. Em conjunto com tal compreensão, há a necessidade e a importância da pactuação da abordagem clínica no Projeto Terapêutico Singular (PTS).

A construção do PTS e das linhas de cuidado devem ocorrer em encontros, momentos de conversa, contatos, que podem ser nos polos do programa, serviços de saúde ou no domicílio dos usuários. É importante ressaltar que o significado desses encontros não está apenas relacionado às necessidades da equipe de saúde de coletar informações e dados, mas também oportunizar o vínculo e a formação de algo em comum, buscando o compartilhamento de expectativas, saberes e práticas.

Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e Cadernos de Atenção Básica (CAB) são importantes ferramentas de apoio a essa gestão do cuidado. Por exemplo, nos PCDTs são propostas diretrizes para o cuidado de indivíduos com doenças e agravos, como: Osteoporose; Infarto Agudo do Miocárdio; Asma; Artrite. Nos CABs, por sua vez, são tratados temas importantes para o Programa Academia da Saúde, como: Saúde da Criança – crescimento, desenvolvimento e nutrição; Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Diretrizes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Doenças Respiratórias Crônicas; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes *Mellitus* e Obesidade, que provavelmente são questões **prevalentes** entre os usuários dos polos e devem ser discutidas no cotidiano de sua gestão.

Além dessas ferramentas há outras publicações que podem auxiliar no PTS, saiba mais acessando o site do Ministério da Saúde em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/biblioteca> e <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>. Acessos em: 24 jun. 2015.

Prevalente – tem relação com valor. Fonte: Ferreira (2010).

Lembre-se de que, no Programa Academia da Saúde, a abordagem individual deve ser entendida como uma possibilidade a ser ofertada de forma organizada e sistematizada para os casos que precisam de acompanhamento prolongado e de avaliação individual, ainda que não deva ser a principal ação do serviço. Os critérios para selecionar os usuários que receberão esse tipo de abordagem devem ser pactuados pela equipe de saúde e com os trabalhadores da ESF e do NASF.

Como exemplo da realização da abordagem individual no Programa mediante a prática do cuidado integral no contexto das RAS, apresentaremos um caso a seguir. Nesse caso, além da dimensão biológica do usuário, os profissionais se mantiveram atentos às suas questões sociais, familiares e de saúde, buscando a construção conjunta – profissionais de saúde (Academia da Saúde, ESF e NASF), usuários e famílias – de um PTS que pudesse atender às suas necessidades.

Muito bem, faça uma leitura atenta e depois discuta com seus colegas de curso, você pode criar um tema no fórum no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA).

Abordagem Individual no Programa Academia da Saúde: um estudo de caso

Juan, um adolescente de 18 anos, procura o Academia da Saúde, pois ficou sabendo que lá acontece todas às tardes aulas de hip hop. Como ele gosta muito de dançar, foi saber como participar. Chegando ao polo, Juan foi acolhido pela equipe do Programa e o professor falou que só precisava de alegria e disposição. Explicou que ele poderia participar da aula, mas que ao final faria um cadastro, pois todos os alunos do polo são cadastrados para que

a equipe possa conhecer melhor a todos. Mas, durante a atividade, Juan começou a passar mal e o professor foi conversar para verificar o que ele estava sentindo, se havia comido algo antes de ir à aula, se possuía alguma doença, entre outras questões.

Após Juan se recuperar e relatar que realmente não havia lanchado antes de ir à aula, ele foi acompanhado para o preenchimento de seu cadastro. Visualmente, o adolescente estava acima do peso, fato que ele mesmo relatou durante o preenchimento das questões relativas às condições de saúde. O professor conversou com a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que, naquele momento, conduzia um grupo de promoção da alimentação saudável no polo e ela prontamente se dispôs a fazer a avaliação nutricional de Juan. Assim, confirmaram o estado de sobrepeso e decidiram levar o caso para discutir com a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Durante a reunião de matriciamento com os profissionais da ESF e do NASF, o professor apresentou o caso do adolescente e um Agente Comunitário de Saúde (ACS) afirmou que conhecia o Juan e sua família. A mãe era diabética, não ia à unidade de saúde fazia algum tempo, apesar das solicitações. O ACS também falou do contexto familiar e social difícil vivenciado por Juan e de sua pouca frequência na unidade de saúde. Então, decidiram chamá-lo na unidade para uma consulta com a médica para uma melhor avaliação de sua condição de saúde. Depois de realizar os exames, foi visto que além do sobrepeso, Juan também apresentava glicemia alterada e risco para doença cardiovascular, necessitando de um acompanhamento regular e prolongado.

A equipe, juntamente com o adolescente e sua família, decidiu construir um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para ser acompanhado pela ESF. O PTS incluía a redução de peso mediante reeducação alimentar, realização de práticas corporais regulares pela sua continuidade no grupo de hip hop e o uso correto dos medicamentos para o controle da glicemia.

Nesse momento, os profissionais da ESF, NASF e do polo Academia da Saúde se comprometem com o processo de cuidado ao usuário. Na programação do polo Academia da Saúde, ele começou a participar do grupo sobre alimentação saudável,

conduzido pela nutricionista do NASF, continuou fazendo as aulas de hip hop. Além disso, o profissional de educação física planejou com ele atividades para realizar em seu cotidiano, além das aulas de dança, com o objetivo de reduzir o peso. Na unidade, ele manteve o acompanhamento com a ESF para verificar uso da medicação e evolução de sua condição de saúde.

Após três meses, o caso de Juan foi novamente discutido na reunião de matriciamento para analisarem os resultados e a necessidade de revisão do PTS. Juan apresentou mudanças positivas nos hábitos alimentares, conforme relatado pela nutricionista do NASF, responsável pelas atividades de promoção da alimentação saudável no polo; participou assiduamente das aulas de hip hop, além de se manter mais ativo em seu cotidiano, usando mais a bicicleta para se locomover, caminhando para ir à escola; e, segundo a médica e o ACS, foi assíduo nas consultas, e usará a medicação adequadamente. O adolescente relatou que tais mudanças o ajudaram a se sentir mais motivado para estudar e divertir-se com os novos amigos do hip hop. Juan também reduziu o peso, ainda que não tenha atingido a meta inicial proposta no PTS.

O resultado foi comemorado por todos, principalmente pelo usuário, que está bastante satisfeito com o acolhimento dos serviços e profissionais de saúde, reafirmando com os membros da equipe a sua continuidade no PTS. Sua mãe também voltou a frequentar a unidade e está acompanhando sua condição de saúde, bastante motivada pela vontade do filho e dos profissionais em cuidar de sua família. Juan chamou os amigos da escola para participar do grupo de hip hop e começaram a ensaiar uma apresentação para o festival de cultura que irá acontecer na comunidade.

Estratégia Metodológica para Abordagem Coletiva no Programa Academia da Saúde

As abordagens coletivas ou grupais têm recebido destaque na realidade brasileira como uma estratégia de assistência e educação em saúde. Constituídos de diferentes formas, tendo em vista os objetivos que os sustentam, grupos de orientação, operativos, terapêuticos, de reflexão e de vivência vêm sendo implementados, com maior recorrência no contexto da Saúde Coletiva. Entendemos que grupos como os de crianças, pais, familiares, idosos, gestantes, hipertensos, dentre outros, devem ser estruturados no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) por diferentes profissionais.

Essa estratégia metodológica possivelmente é a mais utilizada no Programa Academia da Saúde. Por isso, é fundamental disponibilizar alguns exemplos que possam esclarecer e orientar você no desenvolvimento das ações com o público do território.

Intervenções coletivas podem ser abertas ou fechadas, sendo que a escolha da melhor estratégia a ser utilizada depende da demanda, dos objetivos, da infraestrutura e do tempo disponível para o desenvolvimento da atividade. Nos grupos abertos, os usuários podem ingressar a qualquer momento, proporcionando a oportunidade de agregar novas vivências e integrantes, por outro lado, isso pode gerar maior rotatividade, prejudicando a motivação e o aprofundamento de temas. Nesse tipo de grupo, o coordenador deverá estar ainda mais atento para que não se estabeleça apenas a transmissão de informações desprovida da discussão de experiências e de conhecimentos (BRASIL, 2006a). Nos grupos fechados, há uma delimitação do número de participantes e de sua duração (semanas, meses). Essa modelagem favorece a formação do vínculo devido ao convívio intensificado e as trocas estabelecidas entre os participantes, os temas não se repetem, reduzindo as chances dos indivíduos se desmotivarem, pois a cada encontro há vivência de novas experiências (BRASIL, 2006a).

Observe que, no cotidiano do Programa Academia da Saúde, os grupos deverão ser prioritariamente abertos por permitirem o ingresso de usuários a qualquer momento, característica comum desse serviço. Em situações com objetivos específicos, grupos fechados também poderão ser conduzidos. Como exemplo, citamos um grupo criado para abordar temas de interesse específico para determinados grupos de usuários, como saúde na gestação.

Para a boa condução dos grupos, no planejamento das intervenções coletivas, alguns pontos precisam ser observados previamente (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009; BRASIL, 2006a; SANTOS, 2006). A seguir apresentamos algumas questões que podem auxiliar no planejamento de uma ação coletiva.

- Quem são as pessoas que compõem o grupo?
- Quem faz parte da equipe de coordenação?
- Quais são as demandas?
- Quais os objetivos do grupo?
- Quais são o contexto socioeconômico, os conhecimentos científicos e os saberes da comunidade.
- Qual a estratégia metodológica a ser utilizada?
- Como serão construídos e desenvolvidos os temas?
- Quais os recursos humanos, materiais e físicos disponíveis?
- Qual a periocidade? Quantos encontros? Quantos participantes?
- Como serão registradas as atividades?
- Como serão avaliadas as atividades?

Exemplo 1:

Ação de prática corporal e atividade física sistematizadas no Programa Academia da Saúde – aspectos operacionais:

- **Público:** as ações deverão ser direcionadas a toda população, adequando as atividades aos ciclos de vida e às diferentes experiências corporais desenvolvidas na cultura comunitária.
- **Espaço físico:** avaliar o espaço físico disponível, tanto em áreas cobertas quanto ao ar-livre. É importante buscar possibilidades que privilegiem atividades coletivas. Além das opções situadas em equipamentos específicos dos serviços de saúde, o profissional deve acessar outros equipamentos sociais da comunidade nos quais as práticas corporais possam ser desenvolvidas ou já estejam ocorrendo, como escolas, igrejas, centros comunitários, clubes, praças, estabelecimentos comerciais, dentre outros.
- **Materiais e equipamentos:** averiguar os materiais e os equipamentos disponíveis e aqueles que podem ser acessados em outros locais, mas esteja atento à necessidade de:
  - materiais de consumo – cartolinas, papel cartão, papel crepom, papel "*contact*", pincéis atômicos, tesoura, massa de modelar, fita adesiva, giz de cera, jogos educativos, fantoches, entre outros;
  - recursos audiovisuais – televisão, DVD, aparelho de som, *datashow*, computador, entre outros;
  - equipamentos de iniciação esportiva – bolas, redes, cestas, cones, cordas, entre outros;
  - equipamentos de academia de ginástica – halteres pequenos, barras para alongamentos, entre outros.

- **Método:** é preciso defini-lo de acordo com a realidade local, adaptando a proposta de incentivo e as atividades físicas com o contexto cultural e com a lógica dos ciclos de vida. Os seguintes aspectos devem ser considerados na construção da metodologia:
  - Avaliação da cultura corporal da comunidade, que inclui:
    - Histórico da comunidade – informações sobre como a comunidade foi constituída, buscando em instituições mais antigas no território (escola, igreja, entre outras) ou com moradores da área.
    - Aspectos socioeconômicos – renda, faixa etária, sexo, entre outras questões que forem pertinentes para o grupo. Essas informações poderão ser encontradas nas Unidades Básicas de Saúde ou geradas pela própria Academia da Saúde.
    - Organização da comunidade – grupos instituídos na comunidade, como grupos da terceira idade e de mães, grupos de jovens, entre outros; conselho local de saúde; associações de bairros; instituições religiosas; estruturas de lazer na comunidade; entre outras.
    - Necessidades de saúde percebidas no território – informações que podem ser encontradas nas Unidades Básicas de Saúde ou na própria Academia, complementadas pelas opiniões dos usuários e de lideranças comunitárias.
    - Práticas corporais preexistentes – hábitos no cotidiano comunitário de práticas corporais; cultura corporal local; acesso a possibilidades de movimentações sistematizadas (presença no território de academias de ginástica ou musculação, praças, práticas autônomas

ou supervisionadas de exercícios físicos, experiências de práticas corporais na escola, espaços de prática esportiva, entre outros).

A estratégia deverá ser escolhida de acordo com as necessidades e os recursos disponíveis, aqui apontamos as rodas de conversa e as oficinas. É importante que as diferentes configurações metodológicas sejam baseadas nas características, nas potencialidades e nos limites das mais diferentes práticas corporais sistematizadas.

- **Avaliação:** as ações desenvolvidas deverão ser avaliadas para verificar o alcance dos objetivos (incentivo às práticas corporais sistematizadas). Estes são os parâmetros que poderão ser observados:
  - número de participantes na ação;
  - satisfação com a atividade;
  - aplicabilidade da atividade ao cotidiano do usuário; e
  - adesão à proposta – manutenção dos participantes no decorrer das atividades.

Muito bem, como está o seu entendimento até agora? É muito importante que você entenda o que estamos tratando aqui para poder continuar seus estudos. Caso surjam dúvidas, entre em contato com o seu tutor!

A construção de uma abordagem efetivamente operacional para o profissional proponente é interessante para os praticantes de exercícios corporais e de atividades físicas, pois está intimamente ligada ao objetivo dessas ações. Na perspectiva de promoção da

saúde, é preciso considerar a intenção e as expectativas da população – mesmo que essas expectativas não estejam alinhadas com o projeto terapêutico inicial da equipe de saúde no território. Isso significa que existem duas dimensões para as atividades: "como fazer", geralmente na qual centramos maior parte do tempo, e "o que acontece comigo", explorando repercussões fisiológicas, emocionais e culturais dessas práticas corporais.

Podemos citar como exemplo disso o desenvolvimento de uma ação estruturada para caminhadas orientadas em parques públicos, essa ação é vinculada a um programa de lazer e saúde oferecido pelo município. Em um primeiro momento de encontro, é preciso identificar qual a experiência acumulada pelos participantes em relação à atividade proposta: Quem já praticou caminhada regularmente? Há algum corredor no grupo? Existem esportistas – atuais ou pregressos – participando? Alguém caminha muito em sua atividade profissional? Nessa mesma etapa é importante questionar quais são as expectativas ao integrar práticas corporais, como:

- Prevenção de doenças?
- Tratamento de doenças?
- Bem-estar?
- Socialização?
- Reorganização da estética corporal?
- Preparação esportiva?

Observe que essa análise preliminar dos perfis motores individuais permite passar para uma segunda etapa, que é explorar vivências de caminhadas para oferecer subsídios corporais comuns a todos. Isso pode ser realizado por encontros nos quais podemos explicar as questões mecânicas e técnicas do ato de caminhar e apresentamos as variações esportivas da caminhada (corridas de longa e curta distância, marcha atlética).

Também podem ser esclarecidas questões sobre possibilidades de riscos de lesões (inerentes à prática ou por realização inadequada) com as atividades propostas. Os momentos seguintes acabam por articular de maneira menos diferenciada as dimensões do "fazer" e dos "sentidos" nas ações. A constituição de sentidos coletivos para essa prática é tão relevante para a adesão quanto a execução apropriada. Assim, seria ideal propor caminhadas de duplas de pessoas com experiências anteriores diversificadas – mas tentando aproximar os interesses com os efeitos da prática. O que permitirá que o alcance de objetivos seja compartilhado, já que a troca de vivências será mediada pela opinião do profissional que está conduzindo a orientação. Uma possibilidade mais interessante é a de que algumas metas para acompanhar o desenvolvimento das práticas corporais e de atividade física sejam constituídas nos pares ou no grande grupo:

- participação em eventos de caminhadas/corridas;
- desenvolvimento de outras práticas corporais a partir das caminhadas (exemplo: esportes coletivos);
- encontro com outras iniciativas de caminhada (na região ou em territórios próximos);
- ações comunitárias para divulgação das ações e inclusão de novos interessados;
- acompanhamento de efeitos sobre a condição clínica/fisiológica.

Em outra etapa – que pode ser em um período mais curto ou mais longo em relação ao início da proposta – a ação pode ser gradualmente coordenada pelos próprios participantes. Dessa forma, a cada conjunto de encontros, o facilitador será indicado pelo profissional dentre os participantes mais antigos ou mais assíduos, podendo repactuar constantemente os interesses do grupo e acolher os iniciantes. O contexto e a intencionalidade da proposta, nessa configuração, passam a ser acompanhados pelo profissional de referência e pela equipe de saúde, porém, efetivamente apropriados

pela comunidade e agregando sentidos maiores do que "incentivo à movimentação corporal" – consequentemente aumentando a adesão de práticas corporais e de atividade física.

> Devemos considerar também no planejamento das atividades de práticas corporais e de atividades físicas, no Programa Academia da Saúde, que as Pessoas Com Deficiência (PCD) também são usuárias dos polos. Todos têm potencialidades e limites e, respeitando-os, é possível obter benefícios afetivos, de integração e de inserção social, biológicos, entre outros.

Os profissionais de saúde deverão observar as condições de cada pessoa com deficiência, conhecer suas experiências, interesses e disponibilidade, para que a partir daí seja possível fazer adaptações e adequações às atividades, criando situações que possibilitem a sua participação. É importante estar atento à execução das atividades, saber como a pessoa com deficiência está reagindo a ela, enfim, deve haver a troca de informações, de conhecimentos e de experiências sobre as atividades propostas e/ou realizadas.

A forma como a pessoa com deficiência vê a sua deficiência também deve ser abordada pelos profissionais de saúde do polo do Programa. O usuário pode acreditar que a deficiência o impede de experimentar as práticas corporais e as atividades físicas. Nesses casos, ele deve ser apoiado e incentivado a tentar e a conhecer atividades diversas e variadas que possam atender aos seus interesses e às suas condições. Os acompanhantes da pessoa com deficiência também devem ser acolhidos pela equipe de saúde, com espaço para falar sobre suas experiências como acompanhantes, seus interesses e disponibilidades para terem acesso às atividades do Programa.

Portanto, observe que o objetivo das práticas corporais e das atividades físicas nos polos do Programa Academia da Saúde também deve ser a conquista e o aumento da independência e da autonomia das pessoas com deficiência, não apenas referente ao aspecto físico

ou de mobilidade, mas também na forma de encarar a deficiência e de buscar soluções para seus problemas.

Agora daremos alguns exemplos das práticas corporais e de atividades físicas sistematizadas para a promoção da saúde:

- **Esportes:** trata-se de manifestação da cultura corporal de movimento, orientada pela comparação de um determinado desempenho entre indivíduos ou grupos (adversários); regida por um conjunto de regras institucionalizadas por organizações (associações, federações e confederações esportivas), as quais definem as normas de disputa e promovem o desenvolvimento da modalidade nos diferentes níveis de competição.

Figura 5 – Esportes

Fonte: Finizio (2005).

- **Jogos motores:** são atividades voluntárias, exercidas dentro de determinados limites de tempo e de espaço,

que se caracterizam, basicamente, por criação e alteração de regras pelos próprios participantes, obediência de cada participante às combinações coletivas e apreciação maior do ato de jogar do que do interesse no resultado final.

Figura 6 – Jogos motores

Fonte: Cantinho do Ensino Fundamental (2012).

- **Práticas corporais introspectivas:** são movimentos suaves e situações de aparente imobilidade, como o caso de uma determinada postura ou de um exercício respiratório consciente, voltadas para a obtenção de maior consciência corporal, como consequência da atenção prestada às sensações somáticas produzidas por essas ações. Alguns exemplos são: biodança, bioenergética, eutonia, antiginástica, método feldenkrais; yoga, tai chi chuan, liang gong/ginástica chinesa (GONZÁLEZ; FRAGA, 2009).

Trata-se de prática corporal criada e desenvolvida por Gerda Alexander. Saiba mais em: <www.eutonia.org.br/textos/oquee.htm> Acesso em: 26 ago. 2015

Figura 7 – Práticas corporais introspectivas

Fonte: Mabel (2007).

- **Práticas corporais na natureza:** são atividades desenvolvidas na natureza que englobam, por exemplo, a corrida de orientação, o rapel, a escalada, o *trekking*, o *raffting*, a tirolesa, o arvorismo, caminhadas na praia e trilhas.

Figura 8 – Práticas corporais na natureza

Fonte: Geogast (2005).

Atividades como caminhar e andar de bicicleta também são consideradas exercícios quando realizadas de maneira planejada e repetitiva com o objetivo claro de manter ou melhorar o condicionamento físico.

- **Exercícios físicos:** exercício físico faz parte das práticas corporais. Exercício é **um movimento corporal planejado, estruturado e repetido realizado para melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão fisica**. O exercício é geralmente encontrado em atividades programadas e pode ser praticado em aulas de danças com o objetivo de fazer exercício físico. Esses exercícios podem ser caminhadas, trotes, corridas, aulas de tai chi chuan ou outras tantas formas de fazer exercícios físicos.

Figura 9 – Exercícios físicos

Fonte: Figueirão (2008).

- **Práticas corporais expressivas:** essas práticas são mais ligadas às artes cênicas e à dança. Exemplos: dança de salão, peças teatrais, manifestação de danças culturais (maracatu, fandango, carimbo, entre outros). Elas trabalham o movimento em um elo de criatividade e de técnica, valorizando a inventividade e a interpretação suas diversas formas de fazê-lo. Possibilita também a lógica da realização de movimentos além da mera repetição, pois permite aos sujeitos momentos em que podem ser os próprios criadores, assumindo a posição de protagonistas de uma ação corporal mais significativa (SCHWENGBER, 2008).

Figura 10 – Práticas corporais expressivas

Fonte: DiMonteiro (2009).

- **Lutas:** são práticas corporais vivenciadas e criadas historicamente, que se desenvolveram em diferentes lugares do mundo. Existem vários tipos de lutas que se organizaram e são praticadas de diferentes formas tanto para exercício físico como para defesa pessoal ou *hobby*, por exemplo.

Figura 11 – Lutas

Fonte: Karatedo – WKF (1995).

- **Acrobacias:** as acrobacias são práticas que têm como característica central uma relação permanente entre equilíbrio e desequilíbrio corporal mediante o uso combinado de força, agilidade e destreza. Podem ser realizadas no solo, no ar ou em um aparelho específico (trapézio, corda, cama elástica), de maneira individual ou coletiva, e possuem um conjunto bem variado de elementos: rolamentos, parada de mão, ponte, piruetas, saltos mortais, pirâmide humana etc. (GONZÁLEZ; FRAGA, 2012).

Figura 12 – Acrobacias

Fonte: Jeremy Hess Photography (2013).

Dicas para Organizar Grupos de Caminhada no Programa Academia da Saúde:

A caminhada pode acontecer de duas formas:

- *O polo pode oferecer horários fechados de caminhadas, independentemente da faixa etária. Nesse sentido, o grupo poderá andar junto com o profissional do local ou este pode delinear um percurso no qual o grupo vai realizar.*

- *Outra forma que usualmente acontece é um indivíduo ou um grupo vir até o polo buscar informações sobre caminhada, e o profissional explicar como se deve caminhar, abordando na conversa informações sobre intensidade da caminhada, percursos, roupas mais adequadas, verificar se o indivíduo, ou o grupo que buscou a informação é iniciante, ou se já realiza a caminhada há mais tempo, e sugerir percursos. Mas, nesse caso, o indivíduo, ou grupo, fará as caminhadas sem o acompanhamento do profissional de saúde do polo.*

De acordo com Mazo, Lopes e Benedetti (2009), é preciso ter alguns cuidados na elaboração dos programas de caminhada, que são:

- *Antes de iniciar o grupo de caminhada, verificar os locais adequados na região possíveis de caminhar.*
- *O horário deve se adaptar às estações climáticas, ao horário das refeições e à disponibilidade. Devem ser esclarecidos os efeitos nocivos do sol sobre a pele e das temperaturas frias com relação ao aparelho respiratório.*
- *As roupas devem ser confortáveis e adequadas, conforme a temperatura. Deve ser utilizado boné, chapéu ou gorro para proteção da cabeça. O tênis é o calçado mais indicado, mas deve ser confortável e ter uma elevação no calcanhar para servir de amortecedor no momento do atrito do pé com o solo.*
- *Deve se incentivada a ingestão de água adequadamente conforme a distância e a intensidade da caminhada. Pode ser ingerida antes, durante e depois da atividade.*
- *Ajude as pessoas do grupo com a postura; incentive-os a manter uma postura corporal apropriada durante a caminhada.*
- *Antes da caminhada devem ser executados exercícios de soltura muscular dos membros inferiores, buscando prepará-los para a tarefa motora. O início da caminhada deve ser em ritmo lento e pode ir aumentando gradativamente.*
- *As pessoas devem ser incentivadas e motivado as pessoas a*

ter uma frequência regular de caminhada.

- *Com o passar do tempo é possível incentivar o grupo a aumentar a intensidade das caminhadas.*

Muito bem, como está o seu entendimento até o momento? Alguma dúvida? Se tiver, resolva antes de prosseguir com seus estudos, pois é muito importante para o seu aprendizado entender o que tratamos aqui. Então, a seguir, vamos analisar algumas outras questões importantes na implementação das ações no Programa Academia da Saúde.

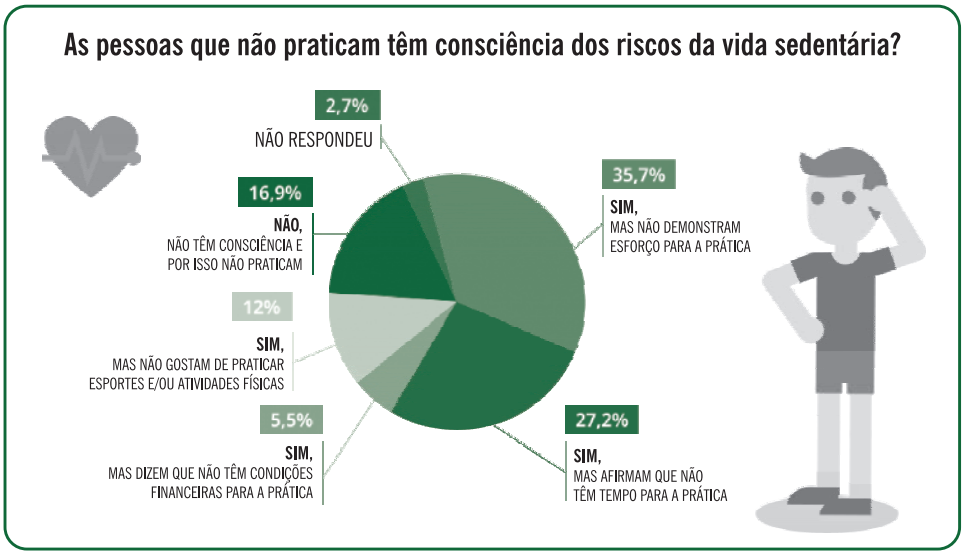
Situação Problema 1: falta de envolvimento com práticas corporais e atividade física

Por que trabalhar com a Situação Problema "falta de envolvimento com práticas corporais e atividade física" no Programa Academia da Saúde? Vamos ver a seguir:

- Evidências indicam a importância de uma vida fisicamente ativa para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial, o diabetes e a obesidade.
- A inclusão de práticas corporais/atividades físicas como elemento do cotidiano das pessoas agrega maior qualidade às relações sociais dos praticantes, além de elevar sua autoestima e sua condição de saúde.
- As evidências acumuladas não têm ampliado a adesão dos usuários às ações e aos programas de atividade física e de práticas corporais.
- A valorização de elementos que promovam agregação social e contextualização cultural devolve sentido às práticas propostas, fazendo com que os praticantes e a comunidade se apropriem e ressignifiquem a proposta.

- Há diferença do nível de atividade física entre homens e mulheres, o que destaca a questão de gênero como determinante no fazer ou não alguma atividade física.

Figura 13 – Diagnóstico nacional da prática de Esporte no Brasil



Fonte: Brasil (2015b).

Como podemos observar, essas evidências mostram que a escuta qualificada no momento do mapeamento é fundamental para identificar as barreiras individuais e coletivas que distanciam as pessoas da prática de algum esporte e de atividades físicas mais comuns, como caminhada.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, sugerimos que você consulte as obras indicadas a seguir:

- "Guia Alimentar para a População Brasileira", publicado pelo Ministério da Saúde em 2014, disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

- "Alimentos regionais brasileiros", publicado pelo Ministério da Saúde em 2015, disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/livro_alimentos_regionais_brasileiros.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.
- "Obesidade, Caderno de Atenção Básica, n. 12, publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/doc_obesidade.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.
- "Diabetes Mellitus, Caderno de Atenção Básica, n. 16", publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.
- "Hipertensão Arterial Sistêmica, Caderno de Atenção Básica, n. 16", publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2015.
- "Manual de Implantação e Implementação do Programa Academia da Saúde", publicado pelo Ministério da Saúde, em 2013.

Resumindo

Nesta Unidade vimos que as estratégias utilizadas nos polos podem ser abordagens de práticas corporais/atividades físicas, roda de conversa, oficinas e oficina culinária. Percebemos que podem ser oferecidos, nas práticas corporais/atividades físicas, os esportes, os jogos motores, as práticas corporais introspectivas, expressivas e as práticas corporais com a natureza, os exercícios físicos, as lutas e as acrobacias. Também vimos que essas ações devem preferencialmente ser oferecidas coletivamente, porém, há diversas abordagens individuais, por isso, você e seu grupo podem escolher a melhor abordagem que se enquadre a sua realidade.

Atividades de Aprendizagem

Para conferir o seu aprendizado, preparamos algumas atividades para você. É muito importante que você realize as atividades e, se precisar, entre em contato com o seu tutor, ele poderá auxiliá-lo no que for necessário.

Bons estudos!

1. Considerando o processo de escuta e a definição das ações do polo do Programa Academia da Saúde e a realidade do seu Município, aponte e justifique quais os principais fatores que determinaram ou determinariam essa definição. Para ajudá-los, apresentamos alguns desses fatores:
    a) Perfil epidemiológico da população do território – necessidades de saúde.
    b) Concepção do Programa Academia da Saúde e seus objetivos – portarias.
    c) Concepção sobre prevenção de doenças e promoção da saúde – reveja o Módulo I.
    d) Serviços de saúde existentes no território.
    e) Especialidades dos profissionais que atuam ou atuarão no polo.
    f) Experiências comunitárias nas práticas corporais, lazer, práticas do cuidado em saúde, outros.

Unidade 4

Monitoramento das Ações do Programa Academia da Saúde

Objetivo

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Identificar os resultados preliminares sobre o monitoramento do Programa Academia da Saúde.

Prezado Participante,

Nesta Unidade apresentaremos uma sistematização de atividades de monitoramento do Programa Academia da Saúde. Essas atividades são exemplos que vieram da realidade dos polos e pode ser uma estratégia importante para a adaptação a sua realidade local.

Então, vamos ao trabalho e bons estudos!

O Monitoramento dos Polos do Programa Academia da Saúde

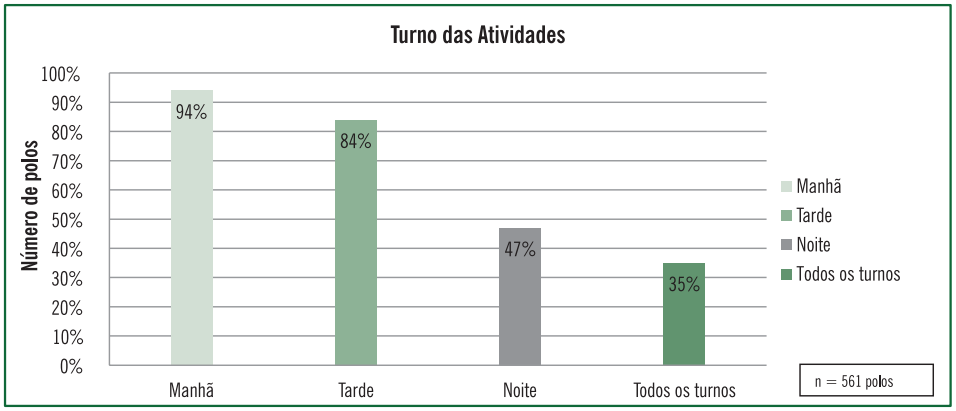
O Monitoramento de Gestão é realizado desde 2012 pela Secretaria de Vigilância em Saúde com o objetivo de identificar as características da gestão e a implantação do Programa Academia da Saúde nos municípios habilitados. A coleta de dados é realizada pelo FormSUS, um serviço de criação de formulários do ambiente DATASUS. O Monitoramento é realizado em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde e visa a subsidiar os gestores de todos os níveis de gestão no planejamento e na implementação das ações do Programa. Os dados levantados podem ser utilizados por todos os profissionais envolvidos no Programa contribuindo para a construção e o fortalecimento dessa estratégia no âmbito do SUS.

Apresentamos a seguir alguns resultados do último Monitoramento, com informações a respeito do funcionamento de um total de 561 polos respondentes.

- **Turnos das atividades:** a Figura 6 mostra a distribuição dos polos segundo o turno das atividades ofertadas. Em um total de 561 polos, 94% (n=525) realizam atividades no turno da manhã, 84% (n=471) possuem atividades no período da tarde, 47% (n=262) desenvolvem atividades no turno da noite e 35% (n=194) oferecem atividades em todos os turnos.

Ampliar o acesso da população a políticas públicas de promoção da saúde e aumentar a utilização de espaços públicos como proposta de inclusão social são objetivos específicos do Programa Academia da Saúde. Desse modo, a oferta de diversos turnos de atividades nos polos representa um importante indicador de acesso aos serviços oferecidos.

Figura 14 – Distribuição dos polos do Programa Academia da Saúde segundo o turno das atividades ofertadas



Fonte: Brasil (2014b).

Apesar de a maioria dos polos oferecer atividades no período matutino e vespertino, apenas metade deles oferece atividades no turno da noite e um percentual ainda menor realiza atividades nos três turnos. Esse resultado sinaliza uma potencial barreira para a participação de alguns grupos, especialmente trabalhadores, que ficam impossibilitados de usufruir do serviço em função do horário das atividades, que são predominantemente diurnas. É muito importante, portanto, que à medida que o polo se consolide na comunidade, o planejamento de suas ações tenha como prioridade a oferta de atividades em todos os turnos.

Os desafios para construir uma agenda ampla de atividades são vários, e os resultados deste monitoramento apontam a dificuldade de contratação de profissionais como um deles. Nesses casos, uma estratégia importante é a identificação de parcerias intersetoriais (Secretarias de Cultura, Esporte, Educação, Assistência Social, SESC, SESI, Movimentos Sociais, etc) com propostas que contribuam para a produção de saúde na comunidade e que possam ser incorporadas à agenda do polo. O desenvolvimento de atividades culturais e a criação de rodas de conversa, de reuniões e de eventos comunitários, entre outros, **em horários alternativos,** são exemplos de parcerias que podem ampliar o número de atividades oferecidas, aumentando e fortalecendo o acesso ao Programa Academia da Saúde.

Observe que é importante evitar o "congelamento" da carta de serviços e de ações desenvolvidas no polo, pois isso pode prejudicar a inclusão de novos saberes e práticas.

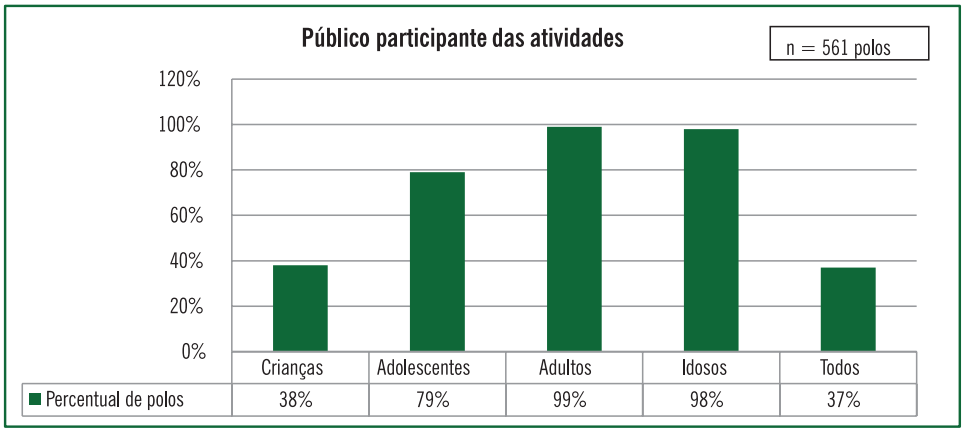
Grupo Participante das Atividades do Polo

O Programa Academia da Saúde é um programa de livre acesso à população e é fundamental que o planejamento de suas ações viabilize efetivamente a participação de pessoas em diferentes ciclos de vida (crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos).

Segundo esse monitoramento, a grande maioria dos polos trabalha com idosos e adultos, 98% (n=552) e 99% (n=554), respectivamente, em um total de 561 polos. Um percentual considerável de polos, 79% (n=443), inclui adolescentes, porém apenas 38% (n= 215) trabalham com crianças e somente 37% (n=211) dos polos atendem pessoas em todas as faixas etárias participando das atividades. Esse resultado indica que o Programa ainda não está alcançando efetivamente todos os grupos etários, sendo necessário pensar propostas de atividades que aumentem a participação de crianças e de adolescentes no serviço.

Tradicionalmente, programas de promoção da saúde têm sido pensados pela perspectiva das doenças crônicas e, comumente, são direcionados a indivíduos idosos ou adultos, que, muitas vezes, fazem parte de grupos com condições específicas, como hipertensão e diabetes. No entanto, o Programa Academia da Saúde deve contemplar toda a comunidade, preconizando uma perspectiva positiva da saúde, com oferta de atividades para todas as faixas etárias, independentemente de sua condição de saúde. É importante lembrar também que o Programa tem a intergeracionalidade como um dos seus princípios e deve buscar promover o diálogo e a troca de saberes entre as gerações no desenvolvimento de suas atividades.

Figura15 – Percentual dos polos do Programa Academia da Saúde segundo o público participante das atividades



Fonte: Brasil (2014b).

Destacamos que é importante:

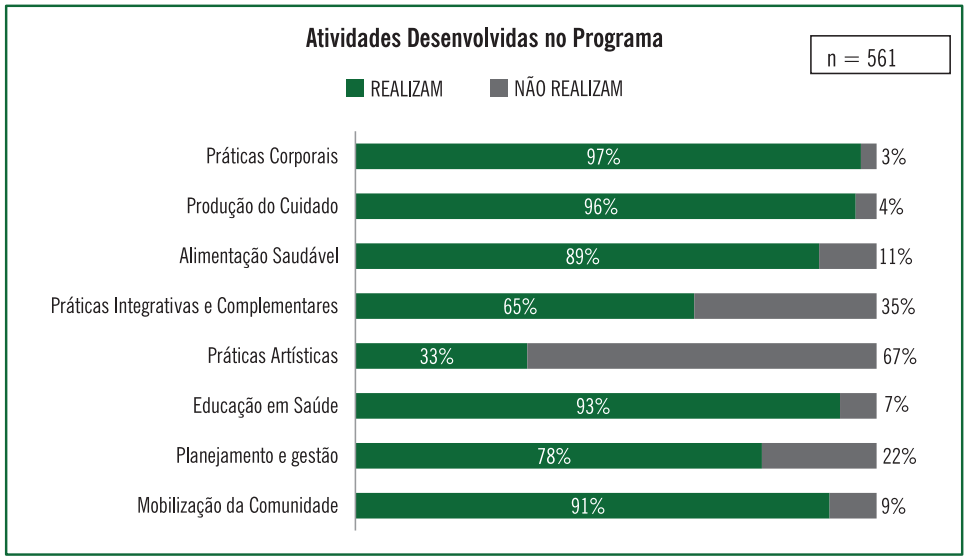
- evitar agrupar as pessoas pela doença em comum;
- evitar restringir a participação no grupo pela faixa etária;
- evitar vazios no planejamento de ações e serviços para crianças, adolescentes e jovens;
- quando necessário, avaliar a efetividade de dividir algumas atividades por gênero ou idade, mas garantir que essa opção não seja ampliada a todas as ações;
- evitar a universalização de prescrições, desconsiderando a individualidade, conhecimento, condições de saúde e afetos dos sujeitos em relação às recomendações ou tratamento;
- evitar demora entre o diagnóstico construído e o às ações ou serviços recomendados; e
- evitar utilizar testes e exames como barreiras para acesso às atividades de intensidades leve e moderada, salvo conhecimento de recomendação médica impeditiva para o indivíduo interessado.

Atividades Realizadas no Polo

Os profissionais do Programa Academia da Saúde devem desenvolver ações em oito eixos, que são: 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 o monitoramento, a maioria dos polos possui atividades que envolvem práticas corporais e atividades físicas (97%, n=544), ações de produção do cuidado (96%, n=538), educação em saúde (92%, n=519), mobilização da comunidade (90%, n=508) e alimentação saudável (89%, n=502).

Por outro lado, pouco mais que a metade dos polos (65%, n=365) tem oferecido práticas integrativas e complementares e um terço (33%, n=186) desenvolve atividades com práticas artísticas.

Figura 16 – Atividades desenvolvidas pelo Programa Academia da Saúde e percentual de polos que as oferecem



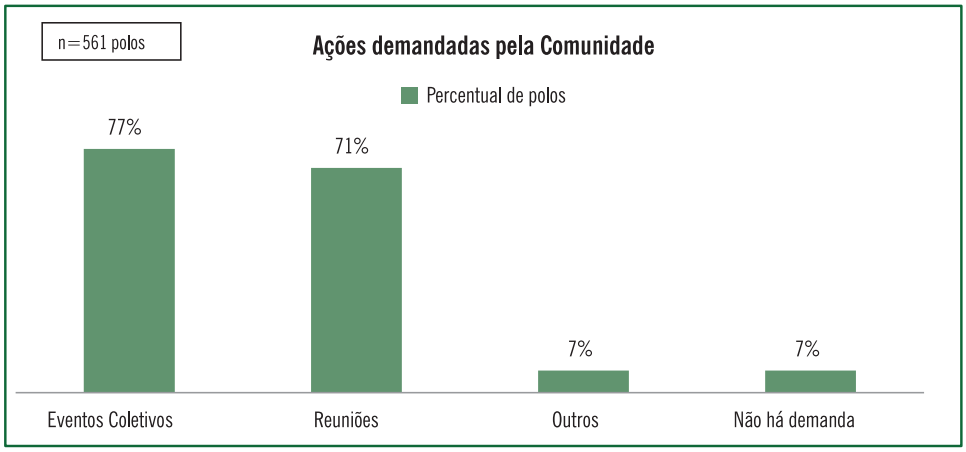
Fonte: Brasil (2014b).

É importante que os polos ofertem diferentes opções de atividades regulares. Nesse sentido, destacamos que a escolha dessas atividades deve ser feita de acordo com os interesses e as preferências da comunidade na qual o Programa está inserido, considerando seus valores socioculturais, suas vulnerabilidades sociais e suas necessidades de saúde. A participação direta da população no planejamento das atividades que serão desenvolvidas, particularmente por meio do grupo gestor do polo, é um dos princípios do Programa, sendo fundamental para aproximar o serviço das reais necessidades e do contexto de seus usuários, além de fortalecer o controle social.

Uma escuta ativa das demandas dos usuários é fundamental para qualificar e planejar a oferta de atividades do Programa Academia da Saúde. Segundo os resultados do monitoramento, 71% (n=401) dos polos apontam solicitações de reuniões para discussão

por parte da comunidade, e 77% (n=432) alegam receber pedidos para a realização de eventos coletivos. Esse é um dado que mostra o interesse comunitário em participar do planejamento de ações e sinaliza um grande potencial para o estabelecimento de vínculo entre usuários e o serviço. Outras demandas citadas no monitoramento incluem: artesanato; trabalho conjunto com o Programa Saúde na Escola; apoio a atividades escolares; acupuntura; pilates; zumba; gincanas; eventos para pessoas com diabetes e hipertensão; e reuniões com os Centros de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) sobre medidas socioeducativas de prestação de serviços à comunidade.

Figura 17 – Atividades demandadas pela comunidade pelo número de polos que recebem demanda



Fonte: Brasil (2014b).

Destacamos que algumas atitudes importantes devem ser tomadas:

- não planejar sem a participação da equipe de saúde da família e, quando houver, do Núcleo de Atenção à Saúde Família;
- trabalhar para produzir autonomia e corresponsabilidade do sujeito com sua saúde, evitando a dependência e a tutela do profissional; e

- não organizar o funcionamento do polo exclusivamente por demanda espontânea.

Essas informações são úteis para o planejamento das suas ações e para monitorar suas atividades. Participe preenchendo o FormSUS, você pode utilizar o formulário para planejar suas ações locais!

Acesse o formulário do FormSUS em: <http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=13514. Acesso em: 7 jul. 2015.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, sugerimos que você pesquise no site Programa Academia da Saúde:

- <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812& Itemid=766>. Acesso em: 28 ago. 2015.

Resumindo

Concluímos esta Unidade e, consequentemente, este Módulo. Nesta Unidade vimos um panorama das ações realizadas nos polos. Percebemos que as atividades acontecem nos polos nos turnos da manhã e tarde, atendem principalmente adultos e idosos e as ações principais são as práticas corporais e atividades físicas, ações de produção do cuidado, educação em saúde, mobilização da comunidade e alimentação saudável. As demandas da comunidade são apontadas nos polos pelas solicitações de reuniões para discussão por parte da comunidade e pedidos para a realização de eventos coletivos.

Atividades de Aprendizagem

Concluímos esta Unidade e este Módulo, agora você pode conferir o seu aprendizado. Para tanto, realize a atividade proposta a seguir. Caso surjam dúvidas, por favor, entre em contato com seu tutor, ele está preparado para auxiliá-lo.

Bom trabalho!

1. Considerando as ações que são oferecidas na maioria dos polos que estão sendo monitorados e a realidade do seu município, descreva o que seria possível de ser ofertado em seu município com relação:
    a) ao horário das atividades no Programa Academia da Saúde;
    b) ao público que mais participaria das atividades;
    c) às atividades que deveriam ser desenvolvidas no polo e que teriam boa aceitação pela comunidade; e
    d) a outras demandas da comunidade.

Referências

AFONSO, L. **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Atenção popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 8, n. 15, p. 259-274, mar./ago. 2004.

ALJOHARAH, M.; ALQUAIZ, A. M.; TAYEK, S. A. Barriers to a healthy lifestyle among patients att ending primary care clinics at a university hospital in Riyadh. **Ann Saudi Med**., [S.l.], v. 29, n. 1, p. 30-35, Jan./Feb. 2009.

ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 329-325, jan. 2011.

ALVES, V. S.; NUNES, M. O. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 10, n.19, p. 131-147, 2006.

AMPT, A. J. et al. Att itudes, norms and controls infl uencing lifestyle risk factor management in general practice. **BMC Fam Pract**., Londres, n. 26, p. 10-59, Ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Cultura. **Juca Ferreira**: visitou o Centro Yorenka Ãtame, em Marechal Thaumaturgo no Estado do Acre e participou de uma roda de conversa com representantes do Governo do Acre e Líderes Indígenas. Setembro de 2010. 1 fotografia. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Flickr_-_Minist%C3%A9rio_da_Cultura_-_Acre,_AC_%2883%29.jpg?uselang=pt-br>. Acesso em: 28 ago. 2105.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral de Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Alimentar para População Brasileira.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília, 2006b. (Caderno de Atenção Básica, 12)(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manuais Técnicos de Implantação do Programa Academia de Saúde**: infraestrutura dos polos. v. 2. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Relatório do Monitoramento do Programa Academia da Saúde**: situação Brasil. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766>. Acesso em: 28 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2006**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático**: promoção da saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. p. 28.

_____. Ministério do Esporte. **A prática de esportes no Brasil**: a pesquisa. Brasília, DF: Ministério do Esporte, 2015b. Disponível em: <http://www.esporte.gov.br/diesporte/2.html>. Acesso em: 6 ago. 2015.

_____. **Portaria n. 2.681, de 7 de setembro de 2013.** Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 24 jun. 2015.

_____. **Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011**. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011b. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 21 set. 2011.

BRUG, J. Determinants of healthy eating: motivation, abilities and environmental opportunities. **Family Practice**, Oxford, v. 25, p. 50-55, set. 2008. (Supplementum 1)

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, jan./jun. 2000.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos***:* a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CANTINHO do Ensino Fundamental. **Entrevista com Valcyr Carrasco**. 31 de maio de 2012. Disponível em: <http://cantinhoef.blogspot.com.br/2012/05/entrevista-com-walcyr-carrasco.html>. Acesso em: 28 ago. 2015.

CAVALCANTI, A. M.; OLIVEIRA, A. C. **Autocuidado apoiado***:* manual do profissional de saúde. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 92 p.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, p. 937-946, dez. 2009.

CRUZ, D. K. A.; MALTA, D. C. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde: das experiências locais à implementação de um programa nacional. In: BENEDETTI, T. et al. **A formação do profissional de Educação Física para o setor saúde**. Florianópolis: Postmix, 2014. p. 24-50.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 961-970, 2011.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, 2009.

DI MONTEIRO. **Alemães do Rio de Janeiro.** 10 de maio de 2009. 1 fotografia. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dan%C3%A7a_Alem%C3%A3.jpg?uselang=pt-br>. Acesso em: 28 ago. 2015.

FERREIRA, A. B. de H. **Dicionário da Língua Portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. (CD-ROM)

FERREIRA, N. L. **Efetividade do aconselhamento nutricional em mulheres com excesso de peso atendidas na Atenção Primária à Saúde**. 2012. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, jul. 2007.

FIGUEIRÃO. **Caminhada idosos**. Janeiro de 2008. 1 fotografia. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Caminhada_idosos.png?uselang=pt>. Acesso em: 28 ago. 2105.

FINIZIO, M. **Three point shoot**. 17 de agosto de 2005. 1 fotografia. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Three_point_shoot.JPG?uselang=pt-br>. Acesso em: 28 ago. 2015.

FRAGA, A. B. **Exercício da informação**: governo dos corpos no mercado da vida ativa. Campinas: Editores Associados, 2006.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, 2005.

GEOGAST. **Rapel no Morro da Urca**. Rio de Janeiro. No fundo: Praia de Botafogo. Janeiro de 2015. 1 figura. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Rapel_no_Morro_da_Urca,_Rio_de_Janeiro.JPG>. Acesso em: 2 set. 2015.

GOMES, A. M. A. et al. Código dos direitos e deveres da pessoa hospitalizada no SUS: o cotidiano hospitalar na roda de conversa. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, SP, v. 12, n. 27, p. 773-782, 2008.

GONDIM. G. M. de M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: BARCELLOS, C. et al. (Org.). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255.

GONZÁLEZ, F. J.; FRAGA, A. B. **Afazeres da educação física na escola**: planejar, ensinar e partilhar. Erechim, RS: Edelbra, 2012.

_____; _____. Referencial Curricular de Educação Física. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Educação. Departamento Pedagógico (Org.). **Referenciais Curriculares do Estado do Rio Grande do Sul**: linguagens, códigos e suas tecnologias. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Educação do Rio Grande do Sul, 2009. v. II. p. 113-181.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**: 2012. Rio de Janeiro, 2013. 259 p.

JEREMY Hess Photography. **Penn State University**. Dickinson School of Law. 3 October 2013. 1 figura. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dickinson_Law_Yoga_Offering.jpg>. Acesso em: 2 set. 2015.

KARATEDO – WKF. **Karate Dojo**. Bacolod City, Philippines. 1995. 1 figura. Disponível em: <https://en.wikipedia.org/wiki/Castleson_High>. Acesso em: 2 set. 2015.

LEE, I. et al. for the Lancet Physical Activity Series Working Group. Eff ect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. **The Lancet**, Londres, v. 380, p. 219-229, 2012.

LIMA, M. F. E. M. **A Demanda e escolha das mães por educação infantil**: um novo tema para o estudo da educação infantil. 2004. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2004.

MABEL, J. **People practicing handstands, Gas Works Park, Seattle, Washington, at the tail end of the 2007 Summer Solstice Parade and Pageant**. 16 June 2007. 1 figura. Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Fremont_Solstice_Parade_2007_-_gymnasts_08.jpg>. Acesso em: 2 set. 2015.

MAZO, G. Z.; LOPES, M. A.; BENEDETTI, T. B. **Atividade física e o idoso**: concepção gerontológica. 3. ed. Porto Alegre: Sulina. 2009.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidade de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 26-32, 2007.

MENDONÇA, R. D.; LOPES, A. C. S. The eff ects of health interventions on dietary habits and physical measurements. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** (Impresso), São Paulo, v. 46, p. 573-579, 2012.

MENDONÇA, R. M. **Efetividade de intervenções nutricionais e físicas em mulheres de Serviço de Promoção da Saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

REIS, D. C. Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação sem saúde:** teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 19-94.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n. 5, p. 681-692, set./out. 2005.

SANTOS, L. M. et al. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, dez. 2004.

SCHWENGBER, M. S. V. Expressão Corporal. In: GONZÁLEZ, F. J.; FENSTERSEIFER, P. E.; (Org.). **Dicionário Crítico de Educação Física**. 2. ed. Ijui: Editora Unijui, 2008. p. 192-193.

SIMONETTI, J. R.; ADRIÃO, M.; CAVASIN, S. Saúde sexual e reprodutiva: uma experiência de rodas de conversa em Corumbá – Mato Grosso e Foz do Iguaçu – Paraná. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2007. p. 247-252.

SOARES, S. M.; FERRAZ, A. F. Grupos Operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 52-57, 2007.

SPANHOL, C.; LIMA FILHO, D.; LIMA, M. Transmissão intergeracional: uma contribuição ao estudo do comportamento do consumidor de alimentos. **Contextus – Revista Contemporânea de Economia e Gestão**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 31-40, 2011.

SWINBURN, B.; EGGER, G. Preventive strategies against weight gain obesity. **Obesity Reviews**, [S.l.], v. 3, p. 289-301, 2002.

TORAL, N. et al. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 331-340, 2006.

_____; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1641-1650, 2007.

VILLA, E. Educação em Saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho profi ssional. In: GAZZINELLI, M. F.; REIS, D. C.; MARQUES, R. C. **Educação sem Saúde**: teoria, método e imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 43-51.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-termtherapies**: evidence for action. Geneva: WHO, 2003a. 211 p.

_____. Burden: mortality, morbidity and risk factors. In: GLOBAL STATUS REPORT ON NONCOMMUNICABLE DISEASES 2010. Geneva: WHO, 2011. p. 9-32.

_____; FOOD AND AGRICULTURAL ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS. **Expert Report on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases.** Geneva: World Health Organization; Food and Agricultural Organization of the United Nations, 2003b. 160 p.

_____. **Health and development through physical activity and Sport**. Geneva: World Health Organization, 2003c. 19 p.

WYNN, K. et al. Nutrition in primary care: current practices, att itudes, and barriers. **Can Fam Physician**, Canadá, v. 56, n. 3, p. 109-116, Mar. 2010.

Módulo IV

Planejamento do Programa
Academia da Saúde

Unidade 1

O Planejamento

Objetivo

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Saber como se faz o planejamento para o Programa Academia de Saúde.

Prezado Participante,

Nesta Unidade trataremos do planejamento das ações que serão desenvolvidas no Programa Academia da Saúde. Então, você conhecerá o conceito de planejamento e em seguida terá um breve histórico do planejamento em saúde, no qual será apresentado o diagnóstico em saúde a partir da realidade. Pretendemos trazer para você subsídios que lhe proporcionarão o entendimento de como planejar e avaliar o programa academia da saúde em seu Município. Esteja atento para as possibilidades de ações que são preconizadas para os polos do Programa.

Lembre-se de entrar em contato com o seu tutor sempre que precisar de ajuda, pois sua capacidade disciplinar e proatividade são seus aliados.

Bons estudos!

Ações Planejadas

O planejamento será abordado como peça central de uma engrenagem complexa que move recursos, estruturas, serviços e pessoas no desenvolvimento de um plano, programa ou projeto e, até mesmo, nas ações cotidianas dos setores ou área da saúde.

Depois desta leitura, você deverá ser capaz de elaborar um plano de ação local para desenvolvimento do projeto de promoção da saúde, contemplando os principais elementos, as estruturas e a organização funcional que o caracterizam.

Lembre-se sempre de que planejar é criar perspectivas, é construir planos no presente que possam promover mudanças no futuro, sendo um instrumento administrativo importante para reduzir as incertezas do porvir.

O ato de planejar é inerente a todos, mesmo sem perceber, planejamos nossas vidas por meio de inúmeras justificativas e motivações para decidir como vivê-la. Assim, planejar é **pensar antes e durante a ação** diante de determinada situação. Ao planejar, analisamos as diversas possibilidades para resolver um problema ou para modificar uma realidade antes de realizar uma ação e, a partir dessa análise, podemos decidir pelo que acreditamos ser a melhor entre as opções percebidas.

Certamente que, quando planejamos, podemos aproveitar melhor o tempo e os recursos para atingir determinado objetivo. Entretanto, quando lidamos com objetivos complexos como a saúde, torna-se necessária a utilização de métodos e técnicas que apoiem e favoreçam a efetivação de ações e, consequentemente, o alcance dos objetivos e das metas programados.

A princípio, o ato de planejar pode parecer essencialmente simples, por exemplo, quando tomamos a decisão de comprar determinando bem, como uma casa, partimos de uma motivação. Digamos que a motivação seja deixar de pagar aluguel. A motivação trará à tona diversas condições para adquirir o bem: se esse bem será pago em parcelas ou à vista, se esse bem será construído ou será comprado já usado, qual será o tamanho e o local. Caso você tenha guardado seu dinheiro e adquiriu a casa à vista, o objetivo – comprar uma casa – foi atingido. Por outro lado, se observar que só é possível adquirir algum bem por meio de um financiamento ou de um plano parcelado, é preciso construir uma programação que garanta recurso mensal para que o objetivo seja atingido com sucesso.

Nesse esquema – motivação/ação/objetivo, existem elementos que implicarão diretamente no planejamento que você construiu. Observe que mesmo a decisão e o controle sendo essencialmente seus, há possibilidade de surgirem novos contextos que implicarão a continuação, reformulação ou encerramento do planejamento, resultando no alcance ou não do objetivo.

Agora, imagine o ato de planejar no contexto de uma política como a de saúde, partindo dos princípios da Promoção da Saúde e dentro de um modelo de gestão de Redes Integradas de Atenção à Saúde. Nessa situação, a lógica inerente à estrutura de um planejamento é recheada de elementos de e contextos que irão conferir características essenciais ao seu desenvolvimento.

Portanto, observe que a ampla participação dos atores e a flexibilidade são algumas dessas características essenciais. Retomaremos essas e as demais características ao longo do texto.

No momento, é importante deixar claro que agora vamos falar sobre o planejamento no setor da saúde, que requer o emprego de técnicas, princípios e diretrizes para conferir-lhe a característica de um documento-guia das ações que serão desenvolvidas.

Em seguida, vamos trazer para você um breve histórico sobre o planejamento em saúde, mas lembre-se de que se precisar de ajuda, você pode entrar em contato com o seu tutor, pode ainda consultar outras fontes para saber mais sobre o assunto.

Breve Histórico sobre Planejamento em Saúde

A América Latina dos anos de 1960 foi o cenário no qual surgiu o planejamento na saúde com o método CENDES-OPAS de Programação em Saúde, cujo foco era a aplicação eficiente de recursos, de modo a desenvolver ações com maior efetividade. Diante da impossibilidade, nos países subdesenvolvidos, de atender simultaneamente ao conjunto de necessidades de saúde, o CENDES-OPAS estabeleceu uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema identificado, no sentido de maximizar os recursos existentes. Assim, foram estabelecidos critérios, objetivos e normativos, que orientavam e legitimavam a eleição de prioridades, com base em padrões econômicos e técnicos. Privilegiava-se a intervenção sobre os problemas que respondiam melhor à tecnologia existente, àqueles mais expressivos numericamente e cuja solução teria uma suposta ação em outros setores da sociedade (TANCREDI, 1998).

Trata-se do Centro de Estudos do Desenvolvimento, editado como método de planejamento pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1965, na sua Publicação Científica n. 111, sob o título: Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SÁUDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1965).

Neste momento, o planejador é externo ao processo de análise e não compartilha sua atuação com outros atores, apresentando o plano como um conjunto de normas a serem seguidas, ficando conhecido como modelo normativo, por não possibilitar quaisquer possibilidades de modificações ao longo do processo de operacionalização do planejado.

O método CENDES-OPAS pautou, com ineditismo, nas mesas de discussões do setor saúde, a preocupação com o uso eficiente dos recursos públicos, por meio da aplicação de análises de prioridades e do cálculo prévio dos resultados esperados com o uso de cada instrumento de ação.

Já nos anos de 1970, surgiram as primeiras críticas a esse método, pela sua desvinculação com a produção de políticas na

sociedade e com a historicidade dos atores envolvidos e ao seu caráter prescritivo e normatizador. A partir dos questionamentos que o método CENDES-OPAS sofreu ao longo desses anos, outras formas de planejar no setor da saúde começaram a ser apresentadas. Segundo Tancredi (1998), os que se destacam são:

Leia mais sobre estes planejamentos e seus autores em: <http://strategiaconsultores.com.br/portal/?p=663>. Acesso em: 25 jun. 2015.

- o **Pensamento Estratégico em Saúde**, de Mario Testa; e
- o **Planejamento Estratégico Situacional (PES)**, de Carlos Matus.

O **Pensamento Estratégico em Saúde**, de Mário Testa, tem como princípio o planejamento contextualizado na produção histórica da humanidade, sendo essencial abordar os problemas na saúde como sendo de caráter social.

Para Testa, o propósito do processo de planejamento em saúde é a mudança social. Pensar na transformação social significa pensar na construção de uma nova sociedade e intervir na construção da história (GIOVANELLA, 1990).

Essa nova perspectiva apresenta-se como superação de uma das características principais do método CENDES-OPAS: a separação entre o planejamento e os aspectos políticos e sociais do contexto em que ele está ocorrendo.

Testa (1995) enfatiza a necessidade dessa relação, compreendendo o pensamento estratégico como provocador de mudanças sociais, que para acontecerem precisam que o poder também seja movido. O autor afirma que, para mudar o social, é necessário pensar na questão do Poder, pois esse Poder é categoria central na análise da dinâmica social. Significa pensar em como a forma de implementar uma ação de saúde – a estratégia – leva a alcançar certo deslocamento de poder – uma política – favorável à resolução do problema. Assim, as estratégias em saúde extrapolam o setorial, abarcando o conjunto social, e dão eficácia às propostas a longo prazo. Para isso é necessário conhecer o Poder: o que é, suas determinações, suas relações, seus recursos, e encontrar formas para analisá-lo em sua distribuição setorial (TESTA, 1995).

Testa (1995) aponta ainda como elementos fundamentais no processo de planejamento: o diagnóstico em saúde, a síntese diagnóstica (propostas programático-estratégicas) e programas.

No diagnóstico em saúde, é realizada uma análise da realidade de saúde, lembrando-se da conformação do poder no contexto analisado.

Com base na discussão proposta por Giovanella (1990), podem ser descritos três tipos de diagnósticos construídos por Testa:

- **Administrativo** – é parte da análise e do cálculo tradicionais do planejamento de saúde. Por meio desse diagnóstico, população, doenças, mortes, recursos disponíveis e atividades realizadas em saúde são enumerados e quantificados. Cadeias epidemiológicas e alguns nós técnicos críticos são identificados. A partir de critérios técnicos, os recursos e as atividades necessárias são calculados.
- **Ideológico** – é o diagnóstico da ideologia dos grupos sociais com interesses em saúde. É o diagnóstico de suas compreensões sobre a saúde e a sociedade – consciência sanitária e social – e suas práticas correspondentes.
- **Estratégico** – é a análise das relações de poder no setor. Nesse diagnóstico, são identificadas e analisadas as desigualdades, na situação de saúde e na atenção à saúde, entre grupos sociais, determinadas por diferenças de classe social. Internamente aos serviços, são analisadas as relações de poder que aí ocorrem, e identifica-se a distribuição dos três tipos de poder em saúde: o técnico, o administrativo e o político.

No processo de planejamento, Testa (1995) ainda apresenta o **momento da síntese diagnóstica**, no qual é reconstruída a realidade de saúde analisada e elaboradas as propostas programático-estratégicas. As propostas programático-estratégicas são as ações elaboradas para mudar a realidade em saúde encontrada e objetivam acumular poder

para os dominados e mudar as relações de poder instituídas, por meio da formação de uma consciência sanitária social e de classe. Por isso, essas ações aparecem como processos que podem ser desenvolvidos ao longo do tempo.

Veja bem que a ideia de superação do modelo normativo do método CENDES-OPAS para o participativo e social também está presente na proposta do **Planejamento Estratégico Situacional (PES)**, que tem Carlos Matus como seu expoente, e surge no Brasil durante o processo de democratização.

Assim, como na proposta de Testa, o planejador no PES é um ator social, que compõe o cenário analisado e que compartilha sua construção com outros atores, trazendo a questão do compartilhamento do poder, ampliando sua governabilidade.

Carlos Matus (1993) identificou os inúmeros fracassos experimentados pelo planejamento na América Latina, quando centrado na proposta normativa, analisando a posição externa do planejador em relação à realidade e sua desvinculação dos outros atores sociais e a prática economicista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política. A partir da constatação de crise de governabilidade que assolava os governos latino-americanos, Matus formula o PES, aplicável aos casos de governos democráticos, nos quais atores sociais estão em situação de poder compartilhado.

A proposta central do PES para ação centra-se na necessidade de ampliar a capacidade de governar. No método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), são identificadas quatro instâncias temporais ou momentos, articulados ou formalizados:

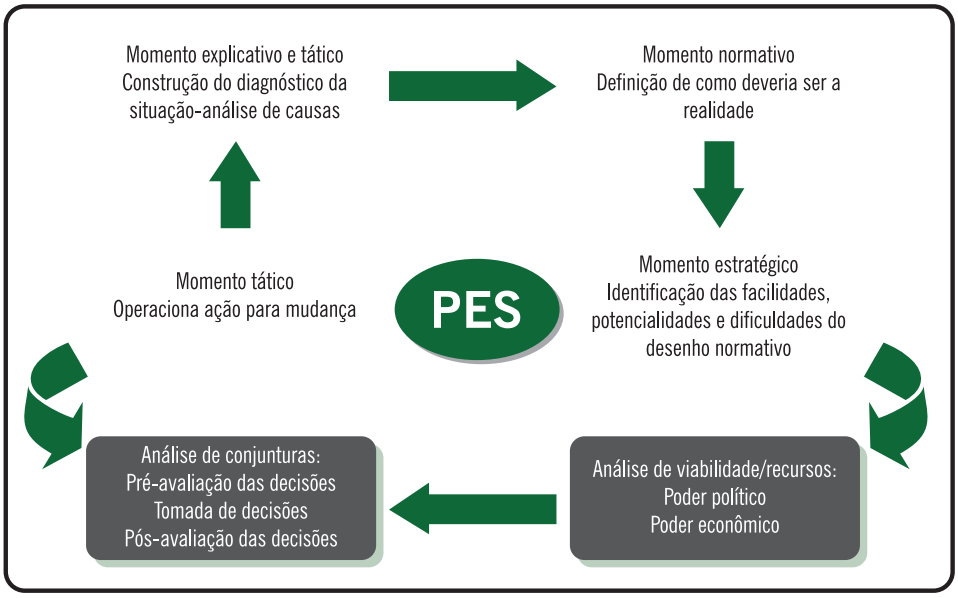
- **O momento explicativo**, quando se constrói os diagnósticos (dos problemas, da saúde, dos recursos) do planejamento por meio da complexa tarefa de selecionar problemas e destacar outros, pela análise de

suas causas, ou seja, é a construção de um fluxograma situacional: problemas e seus desdobramentos – causas.

- **O momento normativo**, quando é feito o desenho e a definição de como deveria ser a realidade.
- **O momento estratégico**, quando identificamos as restrições, as dificuldades e as potencialidades do desenho normativo. Por meio da análise de viabilidade, devemos levar em conta três tipos de restrições: recurso do poder político, recurso do poder econômico e capacidade organizativa e institucional.
- **O momento tático-operacional**, quando toda a análise acumulada se transforma em ação concreta. É o momento decisivo da ação para mudança da realidade. Podemos identificar quatro submomentos:
  - apreciação da situação conjuntural, ou seja, a análise da situação que se quer intervir;
  - pré-avaliação das decisões possíveis – refere-se ao que é possível de ser feito e qual a opção mais eficaz para a situação encontrada;
  - tomada de decisão e execução, caracterizando-se como a implementação do que foi planejado;
  - pós-avaliação das decisões tomadas ou apreciação da nova situação – refere-se a como estava antes e como está depois das ações implementadas.

Observe as etapas esquematizadas na figura a seguir:

Figura 1 – Momentos do Planejamento Estratégico Situacional (PES)



Fonte: Brasil (2013).

Observe que o Planejamento Estratégico Situacional (PES) tornou-se um importante instrumento para planejar em saúde, devido a sua origem no próprio setor, além disso, suas características consideram as estratégias e as situações que, quando executadas, poderiam promover soluções em saúde ou serviriam para minimizar problemas estruturais diante das necessidades de saúde.

Método de Planejamento em Saúde

Podemos notar que o campo do planejamento é rico em métodos e em técnicas, não sendo possível esgotar esse conhecimento em poucas páginas. De modo geral, o ato de planejar pode ser entendido como o processo pelo qual identificamos o caminho que deve ser tomado para chegarmos à situação desejada. Significa definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais e chegar à situação definida como objetivo.

Saiba que passar da situação identificada para a situação desejada é um longo passo no processo de planejamento. Apesar da objetividade vetorial aparente, **situação inicial → situação desejada**, o espaço entre os extremos requer um conteúdo que se refletirá em todo o processo.

Portanto, podemos entender que tudo está interligado: se partirmos de uma situação problema que não reflete a realidade, o efeito da ação não será o esperado, ficando o resultado comprometido. Da mesma forma, se construirmos ações e metas desconexas do objetivo e descontextualizadas da situação problema e do alcance (poder) administrativo e institucional dos atores que estão planejando, todo planejamento ficará comprometido.

O planejamento poderá se apoiar nas definições de macropolíticas ou em diretrizes emanadas por políticas públicas estruturadas. As diretrizes podem ser tomadas como caminhos a serem seguidos para construção de cenários ou para direcionamento de projetos, programas ou ações.

Assim, sabemos que o modo de construir um plano dependerá da intenção de quem planeja, dos objetivos construídos, do momento em que estamos e das diretrizes macropolíticas vigentes. Então, podemos tentar reduzir nosso foco de análise nos perguntando: e para ao Programa Academia da Saúde, qual é o modelo ideal de planejamento? Reflita sobre o assunto e converse com seus colegas de curso!

Podemos dizer que o modelo ideal será aquele que responder aos princípios da Promoção da Saúde, abordar os determinantes sociais e for efetivo para que o gestor da saúde alcance seu objetivo sanitário no território, focalizado da maneira mais integral possível. Dessa forma, planejar em Promoção da Saúde envolve integrar sua

lógica de análise da realidade e de intervir nos determinantes sociais da saúde nos mecanismos formais de gestão do SUS. Por outro lado, implica adotar uma perspectiva estratégica, uma vez que seus métodos e técnicas de planejamento tendem a favorecer o diálogo, a participação democrática e a abordagem das singularidades de cada território.

Complementando...

Para saber mais sobre o assunto abordado nesta Unidade, sugerimos que você leia os seguintes documentos:

- "Plano Nacional de Saúde 2012-2015", para conferir as diretrizes e as propostas para a saúde até 2015, disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/plano_nacional_saude_2012_2015.pdf >. Acesso em: 11 jul. 2015.
- "Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015", que propõe um alinhamento estratégico entre Plano Plurianual, Plano Nacional de Saúde e Programação Anual de Saúde, disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_resultados.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade entendemos as ações planejadas e realizamos um breve histórico sobre Planejamento em Saúde. Depois, pudemos debater sobre o pensamento Estratégico em Saúde, de Mario Testa; e o Planejamento Estratégico Situacional (PES), de Carlos Matus. Para finalizar, vimos o Método de Planejamento em Saúde.

Queremos lembrá-lo que você pode entrar em contato com o seu tutor sempre que surgirem dúvidas. Sugerimos que você consulte outras fontes de pesquisa e converse com seus colegas de curso sobre os assuntos aqui tratados.

Atividades de Aprendizagem

Após concluir mais uma Unidade, você deverá realizar as atividades propostas com o objetivo de conferir o seu aprendizado. Se precisar de ajuda, entre em contato com o seu tutor.

Bons estudos!

1. planejamento é uma ação fundamental para o desenvolvimento e a implantação da Política de Promoção da Saúde, nesse sentido diversos métodos de planejamento foram propostos. Descreva as diferenças e as principais características dos métodos de CENDES-OPAS, Pensamento Estratégico em Saúde e o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Unidade 2

Passos de Planejamento em Saúde

Objetivos

Ao estudar esta Unidade, você vai:

- Conhecer as Redes de Atenção à Saúde;
- Identificar os dez passos para o Planejamento em Saúde.

Olá Participante,

Nesta Unidade vamos apresentar o método de planejamento em saúde e, além disso, traremos para você o passo a passo para o planejamento que será apresentado em dez passos. Você também contará com ferramentas importantes de apoio didático como o Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA) e o contato com o Tutor, para sanar suas dúvidas.

Lembre-se de fazer uso desses suportes, além de se dedicar à resolução das Atividades de Aprendizagem e às leituras complementares. Em um curso a distância, sua capacidade disciplinar e proatividade são seus aliados.

Bons estudos!

Os Passos

"Planejar é pactuar com um grupo de pessoas o que se pretende fazer."
(SILVA, 2001)

"Planejar consiste em questionar e procurar responder às perguntas decorrentes desse questionamento, ou seja, "o que", "por que", "como", "quando", "com quem" e "com o quê".
(TANCREDI, 1998)

Como vimos, as contribuições das abordagens de planejamento desenvolvidas pelo CENDES-OPAS, Testa e Matus marcaram a história do planejamento no Brasil. Porém, dispomos de inúmeras técnicas que apoiam a construção de planos, programas e/ou ações de saúde.

As técnicas apresentam vantagens e desvantagens de acordo com a finalidade do planejamento, do local que se planeja, do tempo disponível para operacionalizar o plano, dos atores envolvidos no processo de planejamento, contudo, será sempre importante obter ferramentas para nortear a construção de planos de saúde segundo o nível hierárquico.

Na maioria das vezes, de acordo com Cecílio (1997), as técnicas, como Planejamento Estratégico Situacional, Planejamento Orientado por Objetivos (ZOOP, sigla alemã), Método Altadir Planificação Popular (MAPP) e Estimativa Rápida Participativa (ERP), podem ser adaptadas às necessidades dos gestores, mantido o pensamento estratégico, mas com a clareza e o rigor imprescindível à técnica de planejamento.

Para estudar as técnicas de planejamento de ZOOP, MAPP e ERP, acesse a biblioteca virtual do curso.

As técnicas de planejamento nos auxiliam a organizar de forma sistemática as informações disponíveis para a decisão e facilitam a construção de propostas e de projetos de saúde, permitindo ampliar a integralidade das intervenções e a articulação transversal das diversas políticas de saúde e/ou dos planos de atuação da saúde nas Redes Integradas de Atenção à Saúde.

No entanto, saiba que nenhum método, ou técnica, é hegemônico o suficiente para contemplar os vários contextos em que planejamos, sendo necessário identificar se a estrutura escolhida para organizar o planejamento é a que mais se aproxima ao escolhido pelos atores que planejam, dando conta de suscitar os problemas e interligar os objetivos e ações com a amplitude necessária ao sucesso do plano.

É importante destacar que a flexibilidade do planejamento é uma de suas características mais importantes, conferindo-lhe momentos e/ou espaços para sua releitura. Reflita sobre isso e converse com seus colegas de curso!

Contudo, mais do que apresentar técnicas, a nossa proposta é desenvolver o planejamento como estratégia favorável para a inclusão da promoção da saúde na gestão pública da saúde, institucionalizando-a nos principais instrumentos de gestão do SUS e promovendo a construção de elementos estruturantes de políticas, para conferir-lhe sustentabilidade e pautar o seu desenvolvimento na participação social e no cofinanciamento de projetos e programas por estados e municípios.

Para nos ajudar a trilhar claramente esse caminho, a construção do plano ou planejamento será realizada de forma contextualizada nos passos propostos por Cecílio (1997), quando ele descreve um modelo estratégico para equipes de gestão em saúde, acrescidos dos elementos propostos por Silva (2001), quando trata da ampliação dos atores no planejamento em saúde para aproximar da realidade a identificação e escolha dos problemas.

A sistematização do processo de planejamento em "passos" não significa a simplificação do planejar ou sua redução a uma tecnologia que deva ser implantada tão somente. Ao contrário, os passos apresentados a seguir exigem a reflexão constante, a análise comparada entre seu enunciado, os processos de gestão da política de saúde e a realidade de cada território integrado de responsabilidade. É importante salientar que o processo de construção de um plano de ação em saúde, em especial quando baseado na perspectiva da promoção da saúde, envolve a aproximação e reflexão sobre vários aspectos da produção da saúde e seus determinantes.

Vamos destacar, a seguir, dois processos de planejamento:

- Planejamento relacionado diretamente ao projeto ou programa de promoção da saúde financiado pelo Ministério da Saúde.
- Planejamento buscando implementar a promoção da saúde no nível local.

Entendemos o primeiro como subconjunto do segundo, pois as articulações, os formatos e as dinâmicas instituídas para planejar, visando a um maior escopo de atuação, certamente, contemplam a implementação do projeto de promoção da saúde em desenvolvimento, seja ela na área de práticas corporais/atividade física ou prevenção das violências e promoção da cultura de paz.

Nesse sentido, os passos apresentados a seguir centram-se no planejamento para a promoção da saúde no nível local a partir do setor saúde e que devem ser operacionalizados e/ou utilizados, conforme discussões já realizadas. Convém destacar que os passos a seguir podem e devem subsidiar também o planejamento de projetos ou programas de promoção da saúde, desenvolvidos como parte de projetos de saúde no território, que trabalhe com um ou mais eixos temáticos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) – Formação e Educação Permanente; Alimentação adequada e saudável; Práticas corporais e atividades físicas; Prevenção e controle do tabagismo; Redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; Promoção do desenvolvimento sustentável.

A seguir, vamos falar sobre cada um dos passos que devem ser seguidos no modelo estratégico para equipes de gestão em saúde.

Primeiro Passo

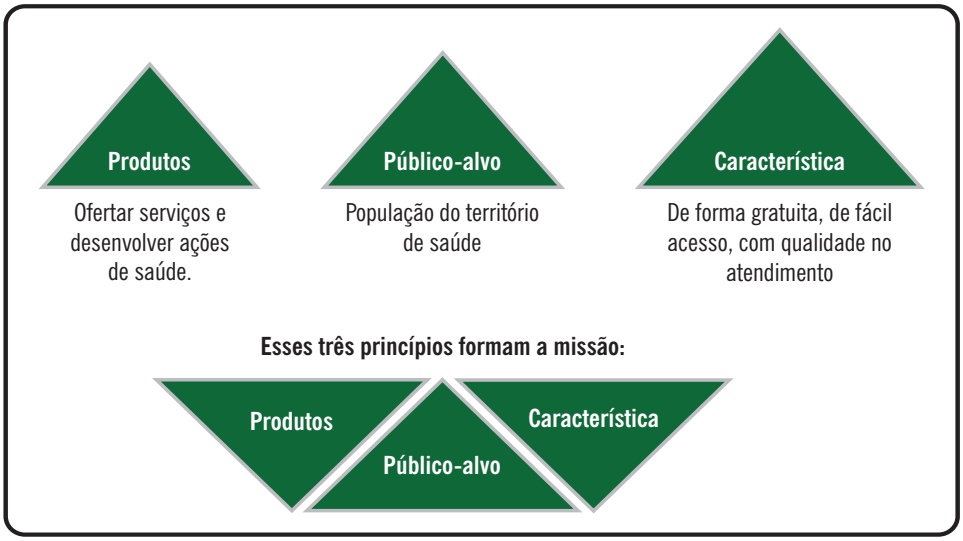
Definir claramente o ator que planeja: este passo é fundamental para o sucesso do planejamento. A pertinência dos atores com o que se quer planejar é condição indispensável para que o plano ganhe vida na gestão da política para a qual se constrói ações. A escolha dos atores implicará o poder de governabilidade sobre o planejamento, ou seja, refletirá na sua força e probabilidade de ser executado. Por exemplo, planejar ações de vigilância em saúde sem acionar os coordenadores e/ou supervisores desta área, possivelmente, distanciará o plano da realidade que se quer intervir e diminuirá as chances dos profissionais construírem identidade com a proposta apresentada.

Um ator no planejamento é considerado a pessoa oficialmente responsável pelo plano. Neste caso, a Secretaria de Saúde não é um ator, pois se caracteriza como uma instituição com muitos atores. Mas o secretário de saúde, responsável por assinar e desenvolver o plano, é um ator neste processo. Porém, numa perspectiva ampliada, é possível considerar como atores todos que participam da elaboração do plano e são responsáveis por implementar alguma de suas etapas ou fase. Nesse contexto, surgem outros atores indiretos que são acionados pelos principais responsáveis. Por exemplo, quando o diretor de determinado departamento participa de um macroplanejamento com outras áreas na secretaria de saúde, provavelmente levará à sua equipe as responsabilidades que couberam ao seu setor para garantir o sucesso do plano.

Segundo Passo

Ter bem clara qual a missão da organização à qual está vinculado o ator que formula o plano: saber a missão instituída para a organização, em que o conceito de missão compreende três princípios: quais os produtos, para quem e com quais características a organização compromete-se a ofertar. Trazendo essa explicação para uma unidade básica de saúde, temos:

Figura 2 – Três princípios da missão



Fonte: Brasil (2013).

Nesse caso, a missão da Unidade Básica de Saúde é: **ofertar serviços e desenvolver ações para a população de seu território, de forma gratuita, de fácil acesso e com qualidade no atendimento.**

A função da missão é auxiliar a manter o foco nas questões relativas à saúde, pois, quando você partir para o levantamento de problemas e suas causas, se abrirá uma grande quantidade de variáreis que podem desviar sua atenção e levá-lo a uma análise pouco direcionada no processo de elaboração de planos.

Terceiro Passo

Formular bem os problemas a serem enfrentados pelo plano: a formulação de problemas não é tão simples como comumente pensamos.

Lembre-se de que não será uma denominação de uma situação como problema que a formulação do problema automaticamente passará a fazer parte do plano. Mas, afinal, o que é um problema? Vamos responder a seguir.

Podemos considerar como **Problema** um obstáculo que dificulta a mudança da situação existente para a situação desejada. Ou seja, problema é o que impede o ator de atingir seus objetivos, que é mudar a realidade. A percepção do que é um problema nem sempre é consenso entre os atores que planejam, pois eles empregam o seu ponto de vista, repleto de informações do seu lugar de atuação, que favorecem olhar de vários ângulos a situação apresentada como problema.

As técnicas do PES e ZOPP potencializam o desenvolvimento do plano a partir de problemas. Várias são as possibilidades de classificação dos problemas. Destacamos duas classificações quanto à complexidade dos problemas:

- estruturados; e
- quase-estruturados.

Observe que, essencialmente, a própria denominação nos dá ideia do posicionamento e da importância do problema no plano, vamos ver.

Problemas estruturados são aqueles que podem ser perfeitamente definidos, ou seja, suas causas, natureza e seu alcance são conhecidos. Nestes, as fases de operação para chegar aos resultados desejados são bem definidas e é possível repetir a sua execução. Os exemplos podem advir do campo das doenças transmissíveis, como dengue e filariose, sobre as quais sabemos como e por meio de quais processos são causadas, numa relação direta de causa e efeito, sendo possível indicar medidas precisas de prevenção para interromper ciclos e reduzir problemas de adoecimento da população.

Já os problemas quase-estruturados são mais complexos, não são claramente definidas todas as suas causas, pois uma ou mais de suas variáveis são desconhecidas. São, portanto, multicausais. É possível identificar que os problemas quase-estruturados são os mais presentes

no planejamento em promoção da saúde. Mas vale relembrar que a promoção da saúde é abordada como fruto da produção da vida, repleta de condições objetivas: saneamento, trabalho, educação, lazer; e condições subjetivas: bem-estar, concepção de corpo, percepção sobre "estar saudável" – que a determina, sendo difícil identificar causas exatas para propor ações precisas sobre determinado fator.

Depois de entender esse conjunto de elementos que determinam a saúde humana, percebemos que os problemas, necessariamente, não estarão restritos às situações de saúde, mas podem estar presentes na própria gestão do SUS.

É importante destacar que a governabilidade sobre os problemas é questão fundamental para escolha deles no plano. Sabemos que, por exemplo, a ausência de saneamento ou de espaços públicos de lazer são fatores que desfavorecem a saúde das pessoas, no entanto, sanear o bairro ou a cidade, ou construir praças e parques, não está sob a responsabilidade direta do setor saúde. Por isso, ações intersetoriais devem ser previstas no plano, sendo que a intenção dele é desenvolver ações de promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida da população.

Quarto Passo

Descrever bem o problema que se quer enfrentar: este momento é crucial para a construção do planejamento. Aqui serão identificados os principais problemas a serem enfrentados. Cumprida de forma adequada, a descrição dos problemas oferece também os indicadores que serão monitorados durante a execução e a avaliação do plano construído.

Observe que a descrição do problema servirá para reduzir a ambiguidade do que queremos enfrentar e poderá produzir indicativos para avaliar os impactos da execução do plano.

Nesse contexto, um ponto de partida é a Análise da Situação de Saúde (ASIS). Ela consiste no processo de identificação, priorização e explicação de problemas de saúde da população que vive e/ou trabalha em um território. Tem como objetivo entender a magnitude, a natureza, a severidade e a distribuição dos agravos à saúde nas populações e as potencialidades existentes nos territórios onde os problemas ocorrem, oferecendo elementos para monitorar o resultado das intervenções em saúde.

Dessa forma, constitui-se em processos analíticos e sintéticos, que incluem diversos tipos de análises e permitem caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de um grupo populacional, incluindo os danos, os problemas de saúde, as potencialidades locais, assim como seus determinantes, sejam esses de competência do setor saúde ou de demais setores públicos (PAN AMERICA HEALTH ORGANIZATION, 1999).

O diagnóstico analítico dos problemas trará aos planejadores maior segurança na escolha das prioridades e objetivos, observando a viabilidade e a conjuntura para as escolhas, além de facilitar a construção das possíveis intervenções que irão compor as ações do plano.

A seguir, trouxemos uma figura para dar um exemplo de descrição de problema e os seus descritores:

Quadro 1 – Os problemas e seus descritores

Problema	Descritores
Mortalidade por causas externas – acidentes de trânsito	*Descritores quantitativos:* **- 82% dos óbitos em homens** **- 45% entre jovens de 15 a 39 anos** **- 63% não usam cinto de segurança traseiro** **- 30% dos acidentes em condutores de motocicleta**
	Descritores qualitativos (grupos focais) **- Baixa adesão ao cinto de segurança** **- Baixa adesão equipamentos de segurança (capacetes)** **- Pouca sinalização nas vias** **- Sensação impunidade**

Fonte: Brasil (2013).

Segundo Cecílio (1997), um descritor não **explica** o problema, apenas o caracteriza, mostrando sua dimensão ou tamanho. Os descritores de um problema modificam-se quando o plano é bem-sucedido. Essas modificações são os indicadores de eficácia do plano.

Cabe ressaltar que planejar em promoção da saúde implica trazer mais informações, para além das oferecidas pelos sistemas de informação em saúde, para promover um diagnóstico do território, contemplando questões relativas aos determinantes sociais da saúde, que estão ligadas as condições socioeconômicas, culturais, ambientais, de trabalho, educação, lazer, entre outros.

Ainda neste caminho, diagnosticar como a promoção da saúde encontra-se contemplada nos instrumentos de gestão do SUS localmente é imprescindível para conferir clareza sobre quais arranjos deverão ser disparados para almejar, por exemplo, a institucionalização ou fortalecimento da promoção da saúde no município, com o objetivo de conferir-lhe sustentabilidade, continuidade, ampliação, etc.

Portanto, planejar em promoção da saúde exige conhecer não apenas do que as pessoas adoecem, mas como elas produzem saúde no território ou município.

Quinto Passo

Entender a origem do problema procurando identificar as suas causas: devemos identificar quais as causas do problema por meio de uma análise detalhada, ou seja, entender o problema profundamente, construindo e identificando a lista de causas possíveis para aquela situação em estudo.

Nem sempre as causas do problema ficam claras ao planejador, pois a complexidade dos fatores multicausais em saúde sempre agrega questões complexas. Por exemplo, para promover ações para o controle da obesidade, temos de identificar suas causas e levar em consideração as dimensões que envolvem o problema, tais como: questões sociais, culturais, políticas, individuais e familiares.

A busca pelas causas pode ser feita por tempestade de ideias, onde serão agrupadas as semelhantes, sintetizando ou desmembrados causas apontadas, analisando a localização em espaços diferenciados de governabilidade.

Segundo Achuttu e Azambuja (2004), em relação às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, existem vários estudos que apontam premissas que podem ajudar a compreender a origem dos problemas nesta área, por exemplo:

- as DCNTs são decorrentes do estilo de vida ocidental;
- a adoção desse estilo de vida por populações em vias de desenvolvimento determina uma modificação de seu perfil de morbidade, aumentando a importância das DCNT (transição epidemiológica);
- esses fatores de risco são os mesmos ao longo do tempo e no espaço;
- seus efeitos são modificáveis por intervenção sanitária.

A construção de um fluxo identificando problemas, seus descritores e suas causas, facilita a identificação de ações mais resolutivas. Podemos partir de um problema central, com identificação de seus desdobramentos, sendo elaboradas estratégias de enfrentamento.

Observe que devem ser identificados os nós críticos, ou seja, aquela causa que quando atacada resolve ou diminui os problemas. Elegemos como a causa mais importante, diretamente ligada ao problema e com possibilidade efetiva de enfrentamento no nível de governabilidade em que o ator está inserido.

Por exemplo, se o problema escolhido como prioritário for o aumento da incidência de doenças do aparelho circulatório na

população acima de 40 anos. Na análise do problema, foram elencadas as seguintes causas:

- hábitos de vida como: sedentarismo, alimentação inadequada, uso de tabaco e de álcool, entre outros eventos favoráveis ao desenvolvimento dessas doenças;
- desigualdade nos acessos aos serviços de saúde;
- ausência ou ineficiência de serviços de saúde em detectar precocemente doenças como diabetes e hipertensão;
- baixa acessibilidade da população aos serviços de saúde;
- inexistência de ações públicas que promovam a adoção de hábitos saudáveis;
- ausência ou ineficiência das ações de educação em saúde;
- alimentação saudável de difícil acesso pelo custo elevado;
- falta regulamentação níveis de gordura trans, sal, nos alimentos industrializados;
- falta de espaços públicos para a prática de atividade física;
- não regulamentação da propaganda de bebida alcoólica.

Entre as causas apresentadas, todas estão relacionadas ao problema, porém a identificação da principal será aquela considerada mais importante, levando em conta a viabilidade para seu enfrentamento.

Rever as causas, os nós críticos, entender os problemas, tudo isso dever ser feito no momento de estabelecer os resultados pretendidos, vez que a efetividade do plano depende do processo de sua construção.

Sexto Passo

Desenhar operações para enfrentar os nós críticos: consiste em construir caminhos para chegar aos resultados esperados. O *plano de ação* é o conjunto de atividades, operações, com seus respectivos prazos, responsáveis e recursos necessários para atingir os resultados esperados.

O plano é composto por operações definidas para impactar nas causas mais importantes do problema, ou seja, seus nós críticos. As operações são conjunto de ações de vários tipos que serão desenvolvidas no decorrer do plano.

Nesse contexto, é importante construir indicadores de resultados, como meios de apoiar o gerenciamento do plano de ação e verificar se os resultados pretendidos estão sendo atingidos, servindo para quantificar e qualificar esses resultados, bem como servirem de fontes para o processo de avaliação.

Assim, o desenho do plano deverá conter as operações, produtos e resultados, como por exemplo:

- Operação: capacitar profissionais do PSF em promoção da saúde.
- Produto: duas oficinas de sensibilização realizadas, 40 horas de treinamento sobre promoção da saúde.
- Resultados: profissionais mais capacitados para implementar ações de promoção da saúde.

Todo plano operativo irá demandar certos recursos para sua execução. Assim, é fundamental identificar estes recursos críticos que serão consumidos em cada operação. Voltando ao nosso exemplo:

- Operação: capacitar profissionais do PSF em promoção da saúde.
- Recursos críticos: material didático, docente habilitado para realização da capacitação, aluguel de espaço físico adequado.

Observe que os recursos críticos consumidos serão diversos a depender das operações e estas estão sempre ligadas a ações.

Como em nosso exemplo, **a operação** é capacitar profissionais do PSF em promoção da saúde e poderá ser **desdobrada** nas seguintes **ações**:

- realizar levantamento de necessidade de capacitação para quantos e quais profissionais do PSF;
- contratar especialista na área para sensibilização dos profissionais;
- elaborar programa de capacitação;
- preparar material didático;
- reservar local adequado;
- preparar certificados.

Assim, no plano, poderão aparecer apenas as operações como forma mais agregada de apresentação, e os responsáveis por cada operação farão, a partir do plano operativo, o detalhamento das ações.

Lembre-se de que:

Ação: é tudo de que necessitamos fazer para atingir o resultado proposto.

Prazo: é a data precisa em que o gerenciamento será feito.

Responsável: é a pessoa que nem sempre realizará uma ação, mas é fundamental para que essa ação seja cumprida. O responsável pela ação tem nome e sobrenome, não podendo ser o grupo.

Recursos: representa tudo aquilo que necessitamos para realizar uma ação. Não apenas recursos financeiros, mas custos, recursos de conhecimento, tempo em horas, infraestrutura (sala e material necessário), recursos políticos, de organização ou até uma ação realizada anteriormente.

Sétimo Passo

Analisar a viabilidade do plano de ação (ou organizar-se para criar viabilidade): momento em que fica estabelecida a relação entre os recursos necessários ao plano de ação e os recursos efetivamente existentes. A viabilidade de um plano pode ser construída durante sua implantação com a agregação de novos parceiros e o surgimento de novas situações favoráveis ao projeto.

A análise de viabilidade do plano consiste em identificar os demais atores que controlam os recursos críticos para o plano, quais são esses recursos e quais as motivações destes atores em relação aos objetivos pretendidos com o plano.

As **motivações** podem ser classificadas em **favoráveis, indiferentes ou contrárias**, sendo a avaliação dos atores baseada em situações, portanto, instáveis e sujeita a mudanças constantes. Planos operativos estratégicos podem ser executados como forma para construir viabilidades.

Podemos entender melhor com o seguinte exemplo:

> *O Secretário de Saúde entende como fundamental para o plano a contratação de pessoal, porém para efetivar a operação necessita de autorização do prefeito. Se este for favorável ao plano, irá transferir o controle do recurso ao secretário, que passa a considerar a operação viável. Se for indiferente ou contrário, o secretário pode envolver outros atores e criar operações estratégicas que modifique tanto a motivação indiferente com a contrária. Como no exemplo anterior, o secretário pode executar operação estratégica junto ao Conselho de Saúde, sensibilizando e escla - recendo sobre a importância da contratação para os serviços de saúde e, dessa forma, modificar a viabilidade antes encontrada.*

Podemos notar que a análise de viabilidade precisa ser refeita sempre no processo de execução do plano, pois reconhecer as fragilidades, os limites de governabilidade e potencialidades do plano fortalece o ator que faz o plano, na medida em que se organiza para enfrentar e superar as limitações.

Oitavo Passo

Elaborar o plano operativo: nesse momento, será preparado o desenho do plano operativo, ou plano de ação cuja finalidade é identificar o responsável pelas operações, bem como definir os prazos para sua efetivação.

O responsável ou gerente de operações é a pessoa que ficará responsável pela execução do plano de ação, devendo contar com uma equipe para sua execução.

Para apoiar na elaboração do plano operativo, observe o modelo de planilha a seguir.

Operação	Responsável	Prazo

O responsável pela operação deverá coordenar o andamento, inclusive das operações estratégicas, de todas as ações necessárias para efetivação da operação.

Por exemplo, a operação *construir Unidade de Saúde da Família* implicará a elaboração de um conjunto de ações, como:

- identificar espaço físico;
- fazer projeto arquitetônico para reforma ou construção;
- discutir na reunião do Conselho Municipal de Saúde sobre as localizações das Unidades;
- articular com a Secretaria de Obras ou similar para execução das obras, entre outras ações.

No desenho do plano operativo, é importante trabalhar com o conceito de sequência de operações, identificando as que primeiro devem ser deflagradas e aquelas que poderão aguardar, ordenando no tempo as operações, entendendo a existência de certo grau de dependência entre as operações de um plano.

Esse tipo de desenho, além de favorecer o acompanhamento do plano, subsidiará o processo de avaliação, identificando as responsabilidades, compromissos, prazos cumpridos durante a sua execução.

No detalhamento do plano operativo, podem ser construídos programas e/ou projetos como ferramentas para sua efetivação.

Observe a diferença conceitual entre os termos a seguir:

- **Plano de ação** é o conjunto de ações, com os respectivos prazos, indicando as pessoas responsáveis e os recursos necessários para chegar a um resultado proposto.
- **Programa** é um instrumento que visa à concretização dos objetivos pretendidos e se presta à organização de atuações. No programa é articulado um conjunto de ações que concorrem para um objetivo comum preestabelecido, mensurado por indicadores definidos em um plano ou política, visando à solução de um problema ou ao atendimento de uma necessidade ou demanda da sociedade.
- **Projeto** é um empreendimento único, com início e fim definidos, que faz uso de recursos limitados, que visam a atingir metas e objetivos, previamente estabelecidos dentro de parâmetros de prazo do custo e da qualidade.

Nono Passo

A gestão do Plano: a gestão do plano trata-se do acompanhamento da execução do plano operativo, por meio de um sistema capaz de responder com qualidade e compromisso o andamento da efetivação das ações, utilizando de prestação de contas e avaliações, garantindo uma análise das causas e motivos do sucesso ou não de um plano.

A gestão do plano significa assumir compromisso de executar, dentro de um determinado prazo, tarefas específicas, que deverão ser acompanhadas e controladas promovendo sua execução. Prestar

contas é também conseguir avaliar sistematicamente o impacto das operações sobre os problemas que estão sendo enfrentados.

É importante destacar que a flexibilidade do planejamento é uma de suas características mais importantes, conferindo-lhe momentos e/ou espaços para sua releitura.

Para cada ação ou um conjunto delas, devem ser propostos mecanismos ou formas de monitoramento. Essa ação é fundamental para o acompanhamento dos resultados das ações propostas.

Sendo a intersetorialidade característica importante nas ações para promoção da saúde, tratar com outros setores da saúde e, até mesmo, outras áreas da gestão pública e sociedade civil, ela possivelmente, implicará cuidados para não estagnar o processo de desenvolvimento do plano, em decorrência de impasses estruturais, como cancelamento de reuniões e desinteresse dos setores apontados como possíveis parceiros para os planejadores. Por isso, é importante, já no primeiro passo, identificar os atores do planejamento à luz do objetivo macro do plano: promoção da saúde da população.

Usando as Ferramentas: como usar o modelo lógico

Com o objetivo de operacionalizar os passos aqui apresentados, vamos exemplificar detalhando a elaboração do modelo lógico do programa.

Digamos que no macroplanejamento de promoção da saúde para o município faça parte do conjunto de ações implementar o projeto ou programa de promoção da saúde que foi aprovado no edital lançado pelo Ministério da Saúde. Uma estratégia recomendada para ajudar no planejamento e avaliação do desenvolvimento deste projeto/programa é a construção do seu modelo lógico, inclusive, essa construção pode ser um dos objetivos propostos no planejamento para o projeto/programa em questão.

Você pode saber mais detalhes sobre o modelo lógico acessando o Manual para Avaliação de Atividade Física, texto em inglês, na biblioteca virtual do curso ou em: <http://www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/physical/handbook/pdf/handbook.pdf>, acesso em: 13 jul. 2015.

O Modelo Lógico é uma fotografia do projeto, que busca configurar um desenho do seu funcionamento para resolver os problemas identificados. É uma ferramenta interativa que serve como quadro de referência durante todo o planejamento, implementação e avaliação do projeto. A sua elaboração envolve as partes interessadas, servindo, simultaneamente, como orientação durante o desenvolvimento e a avaliação do projeto/programa.

Há vários tipos de modelo lógico. Utilizaremos aqui a estrutura proposta pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC), EUA, que orienta as avaliações da Rede Guia – avaliação de efetividade de projetos de práticas corporais/atividade física – no Brasil.

Qual a Utilidade do Modelo Lógico?

O Modelo Lógico ajuda a:

- estabelecer a estratégia do programa;
- justificar por que o programa funcionará;
- avaliar a eficácia potencial de uma abordagem específica;
- definir objetivos adequados;
- estabelecer prioridades para distribuição de recursos;
- incorporar os resultados obtidos por pesquisas e projetos de demonstração;
- fazer ajustes e melhorias durante o andamento do programa;
- identificar diferenças entre o programa ideal e o seu funcionamento na prática;
- especificar os tipos de perguntas que devem ser feitas na avaliação;

- fazer com que as partes interessadas prestem contas com relação aos processos e resultados do programa; e
- desenvolver um programa melhor.

Os componentes do Modelo Lógico são:

- **Insumos** – investimentos ou recursos que serão necessários para o planejamento, a implementação, a gestão e a avaliação da proposta de ação. Inclui tanto materiais e/ou equipamentos, quanto pessoal (profissionais, voluntários, parceiros). Nesse componente, podem ser construídos os indicadores de estrutura para avaliação posterior. Com o modelo lógico é possível visualizar, por exemplo, que a estrutura ou os profissionais disponíveis não foram suficientes ou pertinentes para o desenvolvimento adequado das ações e, consequentemente, houve impacto positivo nos resultados esperados.
- **Atividades** – são os processos que, combinando apropriadamente os recursos adequados, produzem bens e serviços com os quais pretendemos atingir os objetivos.
- **Produtos** – bem ou serviço resultante do processo de produção de uma ação. Recomendamos que cada ação deva corresponder apenas a um produto.

Observando os componentes ***atividades*** e ***produtos*** no modelo lógico do projeto, é possível construir indicadores de processo, que auxiliarão no monitoramento das ações, verificando sua pertinência no bom desenvolvimento do projeto e na construção dos resultados finais esperados.

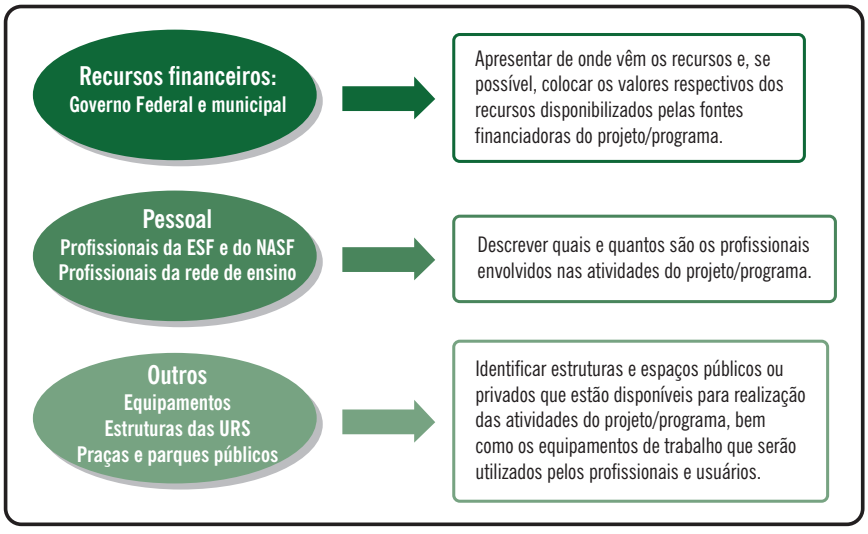
- **Resultados** – mudanças e benefícios associados à implementação das operações do projeto. São mudanças específicas no comportamento, conhecimento, habilidades, *status* ou nível de desempenho do participante do programa, que podem incluir melhoria nas condições de vida, aumento da capacidade e/ou mudanças na área política (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2007).

Muito bem, mas como se constrói um modelo lógico de um projeto/programa? Vamos ver isso a seguir, fique atento!

Para entender melhor o modelo de Leavell e Clark, leia a sétima e atualizada edição da obra "Epidemiologia & Saúde", organizada por Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel Carlos da Silva e publicada pela MedBook, em 2013.

Primeiramente, devemos identificar quem participa ativamente do desenvolvimento do programa. São incluídos profissionais, gestores e instituições financiadoras ou apoiadoras de pesquisas. Os parceiros do projeto precisam ser identificados, e os equipamentos e as estruturas devem estar disponíveis para realização das atividades relacionadas ao projeto/programa. Todos esses componentes constarão no conjunto de estruturas/recurso financeiros/pessoal/insumos do modelo lógico:

Figura 3 – Estrutura/Pessoal/Insumos



Fonte: Brasil (2013).

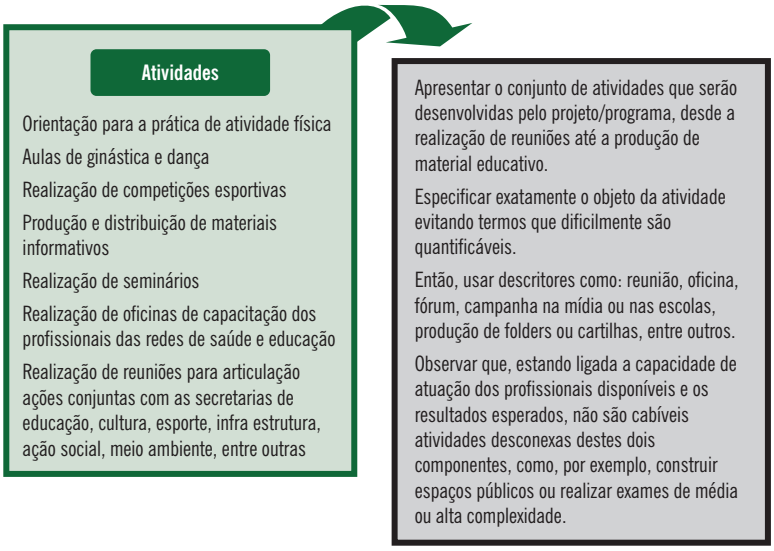
A natureza do projeto/programa (de que se trata o programa) e a identificação do problema (qual é a situação problema) que se quer atingir e transformar ajudarão a definir o objetivo geral (o que o projeto/programa pretende), público-alvo (para quem é o projeto/programa) e as atividades (o que será realizado/oferecido) que serão desenvolvidas. Esses são os passos seguintes na elaboração do modelo lógico.

Nesse sentido, observe que as atividades estarão diretamente ligadas aos resultados que pretendemos atingir com a implementação do projeto/programa, bem como com as possibilidades de atuação dos profissionais mediante a disponibilidade de equipamentos e estruturas.

Exemplificando o problema como a alta incidência de doenças do aparelho circulatório e a falta de espaços para a prática do lazer ou atividades físicas regulares, contribuindo na baixa prevalência de pessoas ativas no tempo livre, e o objetivo como promover o aumento de atividade física no tempo livre da população de determinado território ou município, as atividades propostas deverão incluir, além das mais comuns em projetos/programas desta natureza, movimentos que impliquem a intersetorialidade de políticas favorecendo o alcance dos resultados esperados, entre eles, o aumento da atividade física no tempo livre, pois, sem a readequação ou construção de espaços públicos de lazer, bem como a melhoria na segurança pública, dificilmente este resultado será alcançado.

Veja o exemplo a seguir representado pela Figura 4:

Figura 4 – Atividades



Fonte: Brasil (2013).

Os produtos estão diretamente ligados às atividades. São a resultante – e não o resultado – destas últimas. Portanto, não podemos obter um produto se não foi pensada uma atividade para tal fim. Recomendamos que cada produto esteja ligado a uma atividade. Porém, os planejadores não estão impedidos de relacionar um produto a mais de uma atividade.

Figura 5 – Produtos

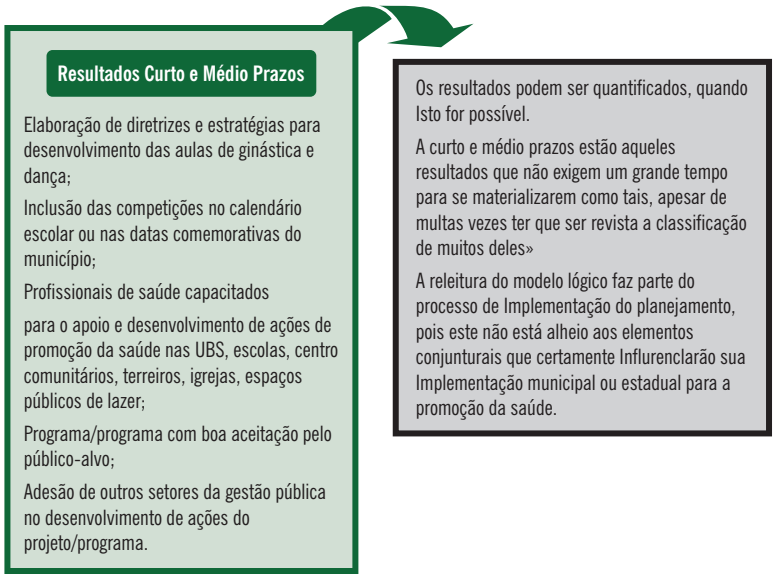
Fonte: Brasil (2013).

Como já mencionado, os resultados estão ligados a todos os componentes do modelo lógico, respeitando a mesma exigência de interlocução ressaltada nos componentes anteriormente trabalhados. Assim, não é possível obter determinados resultados se não foram previstos número ou especificidade adequada de profissionais, estruturas, equipamentos e atividades que favoreçam o seu alcance. Podem ser iniciais (ou a curto prazo), intermediários (ou a médio prazo), e final (ou a longo prazo). Porém, é possível estruturá- los no modelo lógico apenas como resultados iniciais e a longo prazo ou como resultados a médio e a longo prazo.

Os resultados também estão ligados aos objetivos do projeto/programa, especialmente com seu objetivo central. O monitoramento dos resultados dirá o andamento do projeto em relação ao sucesso no alcance do objetivo proposto.

Veja a ilustração a seguir deste componente do modelo lógico:

Figura 6 – Resultados de curso e médio prazos

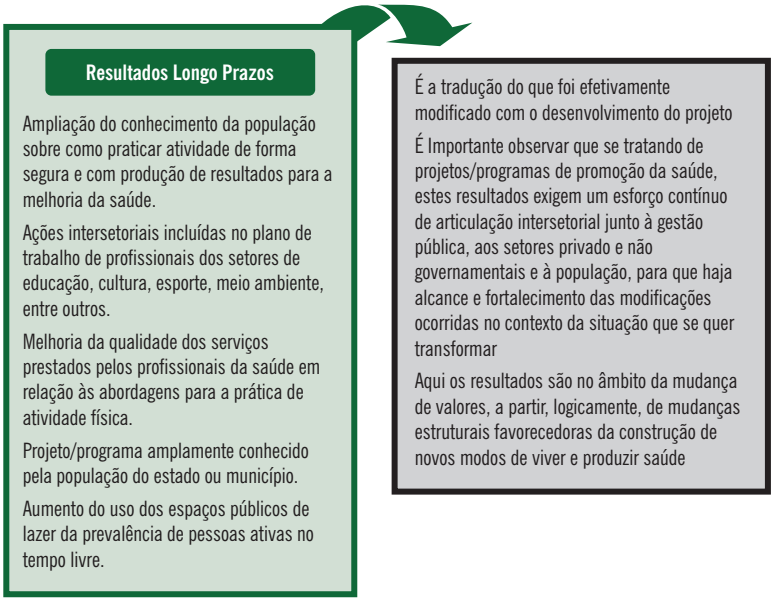


Fonte: Brasil (2013).

Já os resultados a **longo prazo** traduzem a **efetividade do projeto**. Requerem um tempo maior para se materializarem

completamente. Seu alcance pode ser indiretamente monitorado por meio da observação dos demais resultados.

Figura 7 – Resultados a longo prazo

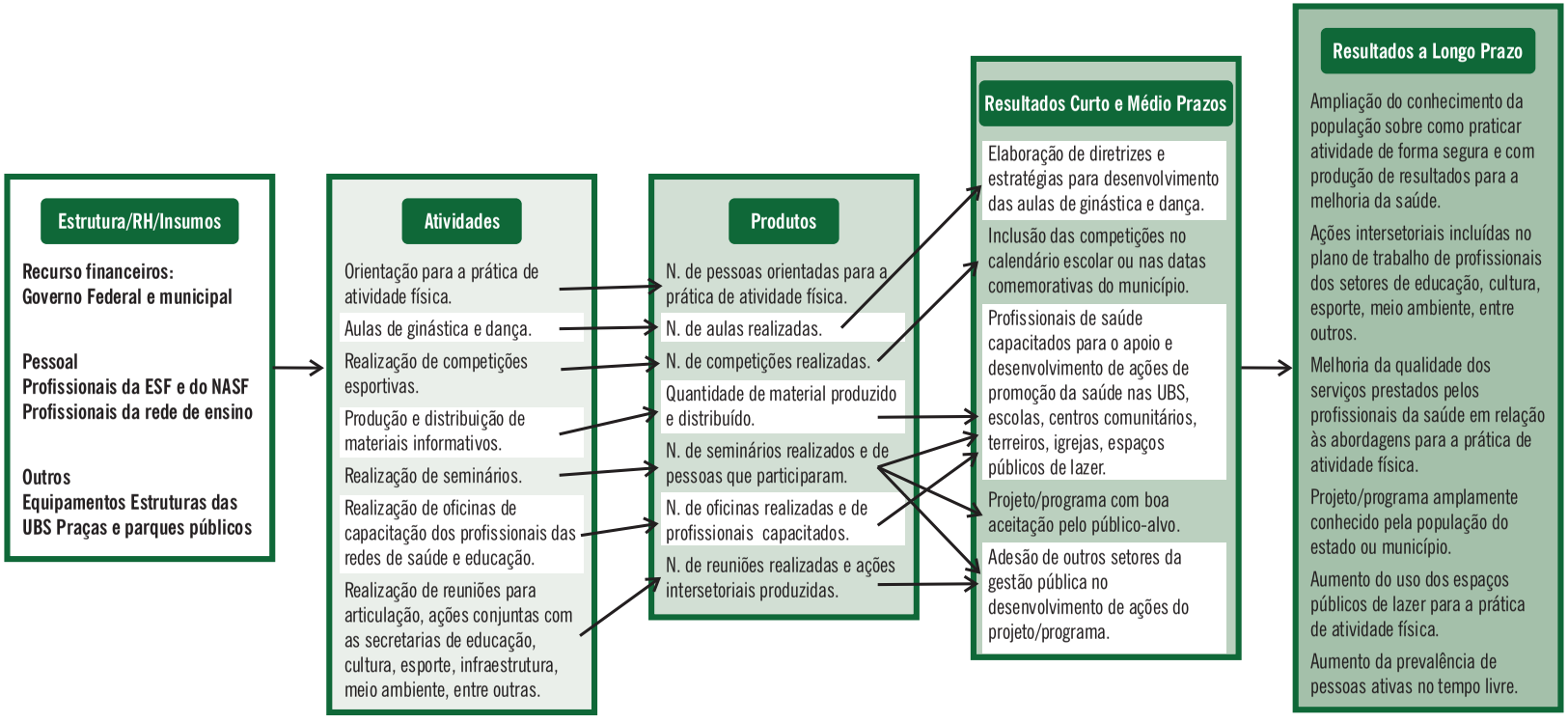


Fonte: Brasil (2013).

Todos os componentes discutidos, se unidos, formarão o modelo lógico do projeto/programa constante no planejamento macro em promoção da saúde.

Observe o exemplo de modelo lógico representado pela figura a seguir: Objetivo Geral.

Figura 8 – Modelo Lógico



Fonte: Brasil (2013).

Os fatores influenciadores são: disponibilidade de espaços públicos de lazer, formação dos profissionais de saúde e educação, informação veiculadas na mídia, entre outros.

Décimo Passo

Realizar avaliação: avaliar é perceber se as ações planejadas estão modificando a realidade e conduzindo aos resultados propostos.

Podemos dizer que *avaliação é uma ação fundamental para o sucesso do planejamento*. Não há como tomar decisões fundamentadas e acertadas se não conhecemos os resultados alcançados em cada momento que decidimos avaliar. Para realizar uma avaliação, é preciso conhecer o que será avaliado.

O desafio de avaliar as intervenções relacionadas à promoção da saúde é grande e a avaliação de serviços e intervenções encontra-se em expansão e diversificação conceitual e metodológica, constituindo-se em importante instrumento dos administradores para a tomada de decisão. A avaliação de uma intervenção deve permitir não somente o julgamento de sua eficácia, mas também dos fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores (HARTZ, 1997; NOVAES, 2000; MALTA; MORAIS NETO, 2007).

Segundo Contandriopoulos et al. (1997, p. 40), "[...] a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao processo de aprendizado. Hoje também é um conceito em moda, com contornos vagos e que agrupa realidades múltiplas e diversas".

Logo após a Segunda Guerra Mundial, apareceu o conceito de avaliação dos programas públicos. No decorrer dos anos 1970, a necessidade de avaliação das ações sanitárias se impôs, criando-se, em diversos países, organismos encarregados de avaliar as novas tecnologias. Essa proliferação é, certamente, o sinal de uma necessidade, mas também é sinal de complexidade da área

(CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; DENIS; CHAMPAGNE, 1997, MALTA; MORAIS NETO, 2007).

A avaliação é conceituada como

> Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009a).

As dificuldades do processo de avaliação são inúmeras, tanto conceituais quanto operacionais. Avaliar é atribuir valor, entretanto, nem sempre podemos notar se estão estabelecidos os critérios sobre os quais se determina este valor e tampouco os objetos que serão valorizados. Destacamos também que a avaliação não é imparcial, dotada de suposta neutralidade técnica, mas depende da visão de mundo daqueles que a realizam. A maneira como se estrutura o sistema de informação subordina-se a alguma concepção de modelo assistencial. A própria construção da análise destas informações igualmente é dotada de intencionalidade e direcionalidade. Da mesma forma, não há um único caminho avaliativo, ou seja, não existe uma verdade única na esfera dos fenômenos sociais, às vezes, são selecionadas algumas dimensões para a análise em detrimento de outras. Os seus resultados são aproximações da realidade e podem ser operacionalizados por vários caminhos (MALTA, 2001).

De acordo com Malta (2001), a avaliação é um dispositivo de produção de informação e, consequentemente, fonte de poder para os atores que a controlam, por isso o avaliador deve fazer o papel de um agente facilitador e de pedagogo, na utilização dos resultados. A informação é uma ferramenta de negociação entre interesses múltiplos e não verdade absoluta.

Observe que é importante avaliar as intervenções, visando a verificar seus acertos e limites. O resultado da avaliação é importante para os dirigentes, no sentido de validar a intervenção, provendo adequação de rumos, ampliação de seu escopo, ou mesmo descontinuidade no caso de resultados desfavoráveis.

A Organização Mundial de Saúde (2009b) justifica a importância da prática da avaliação por possibilitar as melhores escolhas por parte dos indivíduos e pela opção de políticas públicas mais efetivas para a coletividade. A avaliação é adequada

> [...] para proteger as pessoas e ajudá-las a se protegerem. Os governos precisam ter capacidade para avaliar os riscos e escolher as intervenções com melhor relação custo efetividade, bem como financeiramente viáveis, para se evitar os riscos Como se constrói um modelo lógico de um projeto/programa? (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SÁUDE, 2009b)

Autores como Habicht, Victora e Vaughan (1999) discutem a importância da avaliação no processo de influenciar decisões. A avaliação, sua complexidade e precisão, estão diretamente relacionadas ao profissional e/ou cargo que é responsável pela tomada de decisão e ao conjunto de decisões que serão possíveis em função do conteúdo (informações) produzido pelo processo avaliativo.

O avanço da avaliação em Saúde Pública deve ser acompanhado do emprego de construções metodológicas diversas, visando a aprender a realidade e as transformações oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde. Nesse caso, torna-se necessário avançar tanto na utilização de métodos de coleta de dados quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos.

No caso deste curso de promoção à saúde não iremos aprofundar nas metodologias avaliativas, mas iremos indicar fontes para aprofundamento de avaliação de métodos quantitativos e qualitativos, considerando a complexidade do tema.

É muito importante ressaltar que esses enfoques devem ser complementares, já que o ideal é trabalhar integrando metodologias diversas. A escolha do método se dará em função da pergunta avaliativa que é colocada, que, sem dúvida, é o que guiará a opção metodológica.

Podemos entender, então, que se torna um desafio avançar no sentido de institucionalizar a avaliação, visando a integrá-la em um sistema organizacional, no qual ela seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um sistema em que a ação articule necessariamente elementos vinculados à análise e à gestão, entendendo que atividades avaliativas e gestoras devem integrar todo modelo de organização do processo de trabalho em saúde, conforme preconiza Hartz (2002).

Essa referência apoia-se no referencial teórico de Habitch, Victora e Vaughan (1999) quando são adotados indicadores de oferta, utilização, cobertura e impacto e podemos discutir, ainda, o grau de inferência necessário para responder à pergunta avaliativa (adequação, plausibilidade e probabilística).

Para aprofundamento das avaliações qualitativas em promoção da saúde, é muito importante a avaliação do contexto, o empoderamento e o desenvolvimento das capacidades locais.

Chegamos ao final desta Unidade e, consequentemente, deste Módulo, portanto, podemos concluir que o planejamento em promoção da saúde deve ser compreendido como uma ação construída a partir do contexto local, utilizando dos instrumentos gerenciais próprios do setor saúde, fomentando discussões intersetoriais com às instâncias de controle social, considerando intervenções capazes de promover enfrentamento criativo dos problemas que fazem parte da vida: a maior expressão da Promoção da Saúde, de acordo com Pedrosa (2004).

Para aprofundamento de avaliação qualitativa em promoção da saúde, sugerimos a leitura desta obra: O processo avaliativo em promoção à saúde com estratégia de empoderamento local e de desenvolvimento de capacidades, de Franco de Sá e Moyses (2009), disponível em: <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-03.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.

Complementando...

Para se aprofundar mais no assunto tratado nesta Unidade, sugerimos que você consulte as seguintes obras:

- "Onze passos do planejamento participativo em saúde", trata-se de um texto apoio utilizado para adaptação para os passos propostos aqui, disponível em: <https://drive.google.com/a/cursoscad.ufsc.br/file/d/0BynclPZn3eWxODIzNDA5MmQtNDU2NS00MDljLWFkMWYtODk2NjM2ODc5MjMz/view?ddrp=1&hl=en>. Acesso em: 30 jun. 2015.
- "Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem", publicado em 2007, especificamente páginas 176 a 206, disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/guia_rede_carmen.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2015.
- "Manual do Método Bambu: Construindo Municípios Saudáveis". Projeto Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil. Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social – NUSP/UFPE. Recife, 2007, disponível em: <https://www.ufpe.br/nusp/images/boletins/Manual%20Bambu.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

Resumindo

Nesta Unidade vimos quais são os dez Passos de Planejamento em Saúde, pudemos perceber como é importante utilizá-los. Em seguida, compreendemos como podemos usar e quais as utilidades da ferramenta Modelo Lógico. Lembramos que você precisa entender o que tratamos até agora para poder continuar seus estudos, portanto, se ficaram dúvidas, sugerimos que entre em contato com seu tutor para poder resolvê-las.

Atividades de Aprendizagem

Agora que você já conhece alguns processos de planejamento e avaliação em saúde e suas características, responda às atividades propostas a seguir, de preferência com base no projeto de Promoção da Saúde que você está desenvolvendo no seu Estado ou Município.

1. A partir da análise do seu ambiente de trabalho, pense o planejamento das ações do Programa Academia da Saúde, descrevendo cada um dos dez passos. Lembre-se de considerar a integralidade das intervenções e a articulação transversal das diversas políticas de saúde e/ou dos planos de atuação da saúde nas Redes Integradas de Atenção à Saúde.

Referências

ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Botucatu, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde**. Brasília, DF: CEAD/FUB, 2013. 164 p. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/15/livro-ead-promocao-da-saudeedicao-10.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CECÍLIO L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 151- 167.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na Análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 28-47.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO, 1997. p. 49-88.

GIOVANELLA, L. Planejamento Estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr./jun. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

HABICHT, J. P.; VICTORA; C. G.; VAUGHAN; J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programe performance and impact. **Intern J. Epidemiology**, [S. l.], n. 28, p. 10-18, 1999.

HARTZ, A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. et al. **Avaliação em Saúde:** dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 19-28.

HARTZ , Z. M. A Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Brasil). **Como elaborar modelo lógico de programa**: um roteiro básico. Brasília, fevereiro de 2007. Nota técnica, fevereiro, n. 2. 23 p. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=605>. Acesso em: 13 jul. 2015.

MALTA, C. D.; MORAIS NETO, O. L. **Introdução à Guia Metodológico de Avaliação e Definição de Indicadores**: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_rede_carmen.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2015.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte.** 2001. 423 f. Doutorado (Tese) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília, DF: Ipea, 1993

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 5, p. 547-559, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Community Empowerment with Case Studies from the South-East Asia Region.** Working draft document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009a. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index4.html>. Acesso em: 12 abr. 2010.

_____. **Health Literacy and Health Promotion – Definitions, Concepts and Examples in the Eastern Mediterranean Region**. Working draft document for discussion at the 7th Global Conference on Health Promotion, "Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap", Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009b. Disponível em: <http://www.who.int/he-althpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index4.html>. Acesso em: 12 abr. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SÁUDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SÁUDE. Problemas Conceptuales y Metodológicos de la programación de la Salud. **Publicación Científica n. 111**,Washington, 1965. Disponível em: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/1151>. Acesso em: 11 jul. 2015.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Botucatu, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

SILVA, M. J. P. da. Onze passos do planejamento estratégico participativo. In: MARKUS, B. (Org.). **Metodologia participativa:** uma introdução a 20 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001. p. 161-176.

TANCREDI, F. B. **Saúde & Cidadania:** planejamento em saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. 2 v. (Série C).

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação**. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 1995.

Módulo V

Planejamento do Programa Academia da Saúde: na prática

Planejamento do Programa Academia da Saúde

Objetivo

Ao estudar este Módulo, você vai:

- Planejar o Programa Academia de Saúde.

Prezado Participante,

Chegamos ao final do Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde com enfoque no Programa Academia da Saúde. Depois de tantas leituras e aprendizados, temos certeza de que você tem condições e subsídios para planejar a implantação, a implementação e o monitoramento do Programa no seu Município: o produto final.

Neste módulo, você vai elaborar uma proposta de planejamento da implementação das ações/atividades permanentes do polo do Programa Academia da Saúde em seu Município.

Para tanto, você poderá usar esta atividade como um exercício final para revisar o conteúdo do curso, especialmente os Módulo III e IV. Lembre-se: caso você necessite de ajuda, o seu tutor está a sua disposição. Você ainda poderá acessar os fóruns de discussão em busca de ajuda com seus colegas de curso.

Vamos colocar em prática o que você aprendeu.

Bom trabalho!

Operacionalização do Programa Academia da Saúde

Neste módulo, você deverá operacionalizar, na prática, os conceitos estudados nos módulos anteriores, dentro do contexto

do Programa Academia da Saúde. Lembre-se de que o principal foco desta atividade é proporcionar a reflexão sobre os passos do planejamento para implantação, implementação e monitoramento do Programa Academia da Saúde na sua realidade local. Caso tenha dúvidas, revise os módulos anteriores, especialmente os Módulos III e IV que tratam do Programa Academia da Saúde e dos passos de Planejamento em Saúde, respectivamente.

Esta é a sua oportunidade de criar um produto final com base no aprendizado dos conteúdos do curso. Você receberá subsídios para obter esse produto que é implantar ações e atividades permanentes do polo do Programa Academia da Saúde em seu Município.

Nos módulos anteriores ficou claro que o principal objetivo do Programa Academia da Saúde é promover modos saudáveis de vida, por meio de **ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais, sempre apoiadas por ações da Atenção Básica**. Nesse sentido, temos como eixo principal a Promoção da Saúde e como meta de que toda e qualquer ação desenvolvida no Programa Academia da Saúde necessita ser pautada na busca da autonomia do usuário para autogerenciar sua saúde, com o apoio do serviço nesse processo.

Para elaborar sua atividade, inicialmente você deverá analisar a situação-problema destacada no Quadro 1 e, posteriormente, seguir os passos norteadores que possibilitarão a construção da atividade.

Situação-problema

Quadro 1 – Descrição da situação problema para efetivação do planejamento do Programa Academia da Saúde

Descrição da situação-problema	Objetivo
Sou profissional da área de saúde e atuo em um polo do Programa Academia da Saúde em meu município. Tendo em vista as demandas do polo, tenho dificuldades em planejar quais os tipos de ações/atividades que necessito desenvolver no meu polo e como posso gerenciá-las.	*Desenvolver um planejamento da implantação das ações/atividades permanentes do polo do Programa Academia da Saúde.*

Fonte: Elaborado pelos autores deste módulo.

Seu primeiro passo será conhecer e descrever a realidade local. A seguir, estão alguns pontos para nortear essa construção, mas fique à vontade para incluir outras informações que julgar pertinente para o entendimento do contexto local.

Conhecer a sua Realidade

Nesta etapa inicial realize a descrição dos dados do seu Município e do território que irá propor o planejamento. Quanto maiores forem a descrição e o conhecimento sobre o território mais ampla será a visão do planejamento.

- Qual é o seu Estado?
- Qual é o seu Município?
- Qual a população do seu Município?
- Qual o número de Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Município?
- Qual o número de Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Território?
- Quais o número e a categoria dos profissionais trabalhando na ESF (exemplo: quatro Educadores Físicos e três Nutricionistas, etc.).

- Qual o número de Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF): NASF 1:___ NASF 2: __NASF 3: __
- Qual o número e categoria dos profissionais trabalhando no NASF (exemplo: quatro Educadores Físicos e três Nutricionistas, etc.).
- Quantos Polos estão em funcionamento? _____
- Qual a população do território de abrangência do seu polo do Programa Academia da Saúde (exemplo: Bairro X, quadra, setor)?

Conhecer a Situação de Saúde do seu Município

Agora você precisa conhecer melhor a situação de saúde do seu Município. Utilize as ferramentas disponíveis na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) para levantar informações sobre o seu Município, como estas:

- o perfil de saúde;
- os indicadores de saúde;
- a assistência;
- as informações demográficas e outras.

Acesse a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE) em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/business-intelligence-bi/sala-de-apoio-a-gestao-estrategica-sage>. Acesso em: 18 ago. 2015.

Além disso, você também pode complementar suas informações analisando o Plano Municipal e Estadual de Saúde. Descreva de forma breve a situação de saúde de seu Município.

Planejamento da Implantação

Segundo passo, considerando os conteúdos discutidos no curso, o objetivo proposto anteriormente e sua experiência na saúde, elabore, em 10 a 15 páginas, um planejamento com objetivos, estratégias/

ações, atores, cronograma e recursos disponíveis, abordando os seguintes pontos:

- Divulgação do programa no Município, contemplando o público beneficiado, os profissionais de saúde, entre outros, para sensibilizar e promover adesão.
- Mobilização da comunidade para sensibilizar e promover adesão.
- Mobilização, formação e funcionamento do Grupo de Apoio à Gestão do Polo.
- Articulações intra e intersetoriais para formação de redes e apoio ao programa.
- Definição e operacionalização dos serviços e atividades do Programa com a equipe de saúde de referência e com o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), quando houver.
- Definição e pactuação das atividades do polo.
- Monitoramento das atividades e serviços do Programa – apresentar ferramentas e sistemas que serão utilizados.

Lembre-se: o planejamento deve ser objetivo, coerente, claro e precisa refletir a realidade (factível). Sendo assim, é necessário consultar localmente as áreas responsáveis por informações fundamentais ao planejamento para garantir que ele seja verossímil e executável.

Muito bem, concluímos este curso! Desejamos a você muito sucesso! Temos certeza de que os ensinamentos aqui oferecidos serão importantes para a sua carreira e também para a sua vida pessoal.

Currículo Autores

Alex Branco Fraga

Licenciado em Educação Física pelo Instituto Porto Alegre da Igreja Metodista (IPA); Mestre e Doutor em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. Professor da Escola de Educação Física (ESEF) e do Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano (PPGCMH) da UFRGS. É coordenador do Grupo de Pesquisa Políticas de Formação em Educação Física e Saúde (POLIFES) e editor-chefe da *Revista Movimento* da ESEF/UFRGS. Tem experiência na área Educação Física em interface com as áreas da Educação e da Saúde Coletiva, com ênfase nos seguintes temas: políticas de formação, currículo, educação em saúde, atividade física e práticas corporais, sedentarismo. É autor do livro *Corpo, identidade e bom-mocismo: cotidiano de uma adolescência bem-comportada* (Autêntica, 2000) e do livro *Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa* (Autores Associados, 2006). É organizador do livro *Educação Física e Saúde Coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção* (Editora UFRGS, 2007) e do livro Práticas corporais no campo da saúde (Hucitec, 2013). É autor do Referencial Curricular de Educação Física do Estado do Rio Grande do Sul (SEC/RS, 2009) e do livro Afazeres da Educação Física na escola: planejar, ensinar, partilhar (Edelbra, 2012).

Aline Cristine Souza Lopes

Nutricionista e Doutora em Saúde Pública/Epidemiologia. Atualmente, é professora associada do Departamento de

Nutrição da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e das Pós-Graduações em Nutrição e Saúde e em Enfermagem da UFMG. Tem experiência na área de Saúde Pública, com ênfase em Epidemiologia Nutricional e Promoção da Saúde, atuando principalmente nos temas: Análise do Estado Nutricional de Populações, Intervenção Nutricional, Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Ana Lúcia Sousa Pinto

Atualmente é Consultora Técnica do Programa Academia da Saúde, Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN Departamento de Atenção Básica – DAB Ministério da Saúde – MS. Formada em Educação Física pela Universidade Federal de Pernambuco, especialista em Metodologia Ensino e Pesquisa em Educação Física, Esporte e Lazer pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Educação pela Universidade Federal da Bahia. Atuou na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa como profissional do NASF no apoio matricial nas unidades de saúde da família, como assessora técnica da Gerência de Educação em Saúde para construção e implantação da Rede Escola, projetos PET e Pro-Saúde como estratégia de articulação entre o serviço e instituição de ensino, Coordenadora da Área Técnica Saúde do Homem e Saúde da População Negra na Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa na qual implantou as políticas municipais de saúde do homem e saúde da população negra. Facilitadora Pedagógica do Centro de Formação e Recursos Humanos da Paraíba realizando o planejamento e desenvolvimento das aulas do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Foi Tutora da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade junto à Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Cassiano Ricardo Rech

Docente do Centro de Desportos da Universidade Federal de Santa Catarina. Graduado em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria (2002), Especialista em Fisiologia do Exercício pela Universidade Federal de Santa Maria (2004), Mestre em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina (2006) e Doutor em Educação Física pela Universidade Federal do Paraná (2013). Possui vínculo com o Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ). É Revisor da Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano e Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (2014-2015). Diretor Científico da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde. Editor da Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde. Tem experiência na área de Atividade Física e Saúde, atuando principalmente nas seguintes áreas temáticas: a) atividade física e saúde pública; b) teorias de mudança do comportamento; c) determinantes pessoais e ambientas da atividade física d) elaboração e validação de técnicas e instrumentos de medida em atividade física.

Cheila Marina de Lima

Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Universidade Federal de Goiás e enfermeira graduada pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Servidora da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e Secretaria municipal de Saúde de Goiânia e Consultora Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Cristiane Gosch

É bacharel em Psicologia pela Universidade Católica de Goiás (1997), mestre e doutora pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília – UnB (1999 e 2004), respectivamente com tema relacionado ao ensino e aprendizagem de novas habilidades. Entre 1999 e 2004 trabalhou como professora universitária em cursos na área de desenvolvimento e aprendizagem. Prestou consultoria para vários órgãos da Administração Pública com destaque para: Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos (INEP), entre 2004 e 2005 no Projeto PISA; na Universidade de Brasília, com pesquisas sobre o Ensino Superior no Núcleo de Estudos sobre Ensino Superior da UnB – NESUB/UnB e ainda para o Ministério da Educação/ SESU, com atividades de avaliação de cursos sequenciais e de adequação do perfil profissional para o Laboratório de Avaliação e Medidas – IP/UnB. Entre 2006 a 2008, na Associação Brasileira de Ensino de Psicologia, certificando cursos de especialização em Psicologia pelo Conselho Federal de Psicologia. Em 2004, no Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa gerenciando projetos de pesquisa e de capacitação que visavam a implementação das práticas de gestão participativa. Entre 2005 a 2012, ainda no Ministério da Saúde, trabalhou na Secretaria de Vigilância em Saúde na elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde e nas atividades necessárias a sua pactuação e implementação nas três esferas do SUS e com a sociedade civil. Desde 2013, atua como Consultora Nacional da OPAS e da OMS, no acompanhamento de Políticas voltadas para a Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Danielle Keylla Alencar Cruz

Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Pernambuco (2001), sanitarista, especialista em Gestão Pública, mestre em Saúde Pública pelo Núcleo de Estudos em Saúde

Coletiva/Aggeu Magalhães/Fiocruz/Recife. Possui experiência na área de gestão de políticas públicas de saúde, tendo atuado na coordenação de programas de esporte, lazer e atividade física e na direção da vigilância em saúde – epidemiológica, sanitária e ambiental - no SUS. Possui experiência na área de análise de políticas e programas públicos. Servidora do Ministério da Saúde, atua no desenvolvimento de ações de formulação, gestão, monitoramento e avaliação de programas de promoção da saúde no SUS e na Educação Básica.

Deborah Carvalho Malta

Graduação em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, residência médica em Pediatria e Medicina Social, Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (2001). Atualmente é professora adjunta e pesquisadora da Escola de Enfermagem da UFMG, cedida ao Ministério da Saúde onde é diretora do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

Eneida Anjos Paiva

Especialista em Medicina Social pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, graduação em medicina pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Atualmente trabalha como Analista Técnica de Políticas Sociais do Ministério da Saúde na Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis.

Fabio Fortunado Brasil de Carvalho

Professor de Educação Física, Especialista em Saúde Pública, Mestre e doutorando em Ciências da Saúde – Ensp/FIOCRUZ.

Tecnologista em Ciência e Tecnologia, com Experiência em Promoção da Saúde, gestão da Atenção Básica e na Educação Básica.

Georgia Maria Albuquerque

Psicóloga com especialização em saúde coletiva pelo Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva/Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/PE – FIOCRUZ. Tem mestrado em Educação para formação na área da saúde pela Faculdade Pernambucana de Saúde. Atua como gestora no SUS desde 1990.

Juan Fernandez

Prof. Dr. do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/Unicamp), na área de concentração de Ciências Sociais em Saúde. Credenciado no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Programa Mestrado Profissional Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, da FCM/Unicamp. Desenvolve projetos de pesquisa e extensão nas áreas da promoção da saúde, coordena o Grupo de Pesquisa Diversidade Cultural e Saúde, e é colaborador do CEPEDOC Cidades Saudáveis (WHO Collaborating Centre).

Marta Maria Alves da Silva

Médica sanitarista, Residência em Medicina Preventiva e Social pela UFG, especialista em Medicina do Trabalho pela Universidade São Francisco, Mestre em Saúde Coletiva pela Unicamp. Atualmente é coordenadora da Coordenação Geral de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.

Mariana Gonçalves de Freitas

Mestra em Epidemiologia – Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, especialista em Saúde Pública pela ENSP-FIOCRUZ e Farmacêutica-Bioquímica graduada pela Faculdade de Farmácia da UFMG. Atualmente trabalha no Ministério da Saúde no Departamento de Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, com ênfase na vigilância de violências e acidentes. Trabalhou na Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais na Diretoria de Saúde do Trabalhador e Diretoria de Análise de Situação de Saúde. Participou da Rede Interagencial de Informação para a Saúde RIPSA-MG, na função de coordenadora do Comitê de Gestão de Indicadores de Mortalidade.

Patricia Constante Jaime

Nutricionista. Professora associada do Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP). Mestre e Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP. Pós-Doutora em Epidemiologia Nutricional pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde - NUPENS / USP e em Políticas Públicas de Alimentação e Nutrição pela London School of Hygiene and Tropical Medicine, Reino Unido. Foi Coordenadora da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde no período de 2011 a 2014. Tem experiência no campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: avaliação de programas e políticas de alimentação e nutrição, consumo alimentar de grupos populacionais, intervenções nutricionais e promoção da alimentação saudável. Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPq - Pq2.

Roberta Corrêa de Araújo de Amorim

Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz) e Especialista em Avaliação em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Atualmente é Analista Técnica de Políticas Sociais lotada no Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, atuando principalmente na Promoção da Saúde.

Rosilda Mendes

Doutora em Saúde Pública e professora da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista. Desenvolve projetos de pesquisa e extensão universitária na área Promoção da Saúde, com ênfase no trabalho em saúde, cidades saudáveis e gestão de políticas públicas.

Tânia Rosane Bertoldo Benedetti

Possui graduação em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Maria (1986), mestrado em Educação Física pela Universidade Federal de Santa Catarina (1999), doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2004) e pós doutorado pela University of Illinois at Urbana-Champaign EUA (2011). Atualmente é professor associada I da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Educação Física, com ênfase em Atividade Física Relacionado à Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: idosos, programas de atividade física e exercício físico e SUS.

ISBN 978-85-334-2299-5

Este livro compõe o material didático do *Curso de Aperfeiçoamento em Implementação da Politica Nacional de Promoção da Saúde: Programa Academia da Saúde*. O Curso tem o objetivo de promover uma formação que auxilie na tarefa e no compromisso cotidiano dos profissionais, a fim de que se tornem multiplicadores de conceitos e de estratégias da promoção da saúde, solidificando a aposta do Sistema Único de Saúde (SUS) na melhoria de determinantes sociais da saúde para garantir a qualidade de vida de todos nós, cidadãos brasileiros.

Da Saúde se Cuida
Todos os Dias
Promoção da Saúde – SUS

Academia da Saúde

Organização e Oferecimento:

Educação a Distância
ADMINISTRAÇÃO – CAD – UFSC
LABORATÓRIO DE PRODUÇÃO DE RECURSOS DIDÁTICOS PARA FORMAÇÃO DE GESTORES

CAD
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO

CSE
CENTRO SOCIOECONÔMICO

CENTRO DE DESPORTOS
UFSC

UFSC

Realização:

SUS

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA