

**XXXI CONGRESO ALAS  
URUGUAY 2017**

**POLÍTICA DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: O caso do Programa  
Academia da Saúde no Estado de Goiás**

Fernanda Ramos Parreira<sup>1</sup>  
Marta Roverly de Souza<sup>2</sup>

DEZEMBRO, 2017

- 
- 1 Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Goiás, Brasil. Email: [fernandarparreira@gmail.com](mailto:fernandarparreira@gmail.com), compete ressaltar que a pesquisa de doutorado é apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás – FAPEG
  - 2 Docente do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Goiás, Brasil. Orientadora da presente pesquisa de doutorado. Email: [martary@gmail.com](mailto:martary@gmail.com)

# POLÍTICA DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE: O caso do Programa Academia da Saúde no Estado de Goiás

Fernanda Ramos Parreira<sup>3</sup>  
Marta Rovey de Souza<sup>4</sup>

**Resumo:** A Constituição Federal Brasileira, de 1988, destaca a saúde como direito fundamental do ser humano e dever do Estado o provimento deste direito. Para tanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado como uma política cujos objetivos é identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes de saúde, bem como, formular políticas de saúde. Recentemente no Brasil foi instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde o Programa Academia da Saúde cujo objetivo dessa política é contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis (CONASS, 2013). Toma-se por questões a serem respondidas pela presente pesquisa: De que forma o modelo ou concepção de saúde engendrado ao final do século XX se [re]constrói e se reproduz junto aos atores inseridos no contexto do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás? Que modelo de corpo é vislumbrado e difundido na política pública de saúde aqui investigada? E assim, assume-se o objetivo geral de analisar a implementação da política de promoção da saúde, através do programa Academia da Saúde, e seu impacto no contexto micro-espacial. A pesquisa será orientada por meio de métodos mistos (mixed methods – MM), opta-se em combinar a abordagem qualitativa e quantitativa para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa e de seus elementos constituintes.

**Palavras-chave:** Saúde Pública, Saúde Coletiva, Promoção da Saúde

**Abstract:** The Brazilian Constitution of 1988 highlights health as a fundamental human right and the duty of the state to provide this right. So, the Sistema Único de Saúde (SUS) was created as a policy whose objectives are to identify and risk factors and social determinants of health, as well as formulate new health policies. Recently in Brazil, the Academia da Saúde Program was instituted within the scope of the SUS, whose objective is to contribute to the health promotion of the population through the implantation of poles with infrastructure, equipment and qualified staff to guide bodily practices and physical activity and leisure and healthy lifestyles (CONASS, 2013). It is taken for questions to be answered by the present research: In what way the model or conception of health engendered at the end of the XX century is re-constructed and reproduced next to the actors inserted in the context of the Academia da Saúde Program in the state of Goiás? Which body model is envisaged and diffused in the public health policy investigated here? Thus, the general objective of analyzing the implementation of the health promotion policy through in this program and its impact in the micro-spatial context is assumed. The research will be guided by mixed methods (MM), it is chosen to combine the qualitative and quantitative approach to a better understanding of the research object and its constituent elements.

**Key-words:** Public Health, Collective Health, Health Promotion

---

3 Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Goiás, Brasil. Email: [fernandaparreira@gmail.com](mailto:fernandaparreira@gmail.com), compete ressaltar que a pesquisa de doutorado é apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás – FAPEG

4 Docente do Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade Federal de Goiás, Brasil. Orientadora da presente pesquisa de doutorado. Email: [martary@gmail.com](mailto:martary@gmail.com)

## INTRODUÇÃO

Esse estudo tem por objeto de estudo o Programa Academia da Saúde e sua implantação no estado de Goiás<sup>5</sup>. Esse programa foi criado no ano de 2011 e atualmente, no contexto goiano, possui 122 municípios com polos habilitados, ou seja, cerca de 50% dos municípios goianos. Em suas diretrizes destacam-se a participação social, focada na territorialidade e no atendimento do cuidado e na promoção da saúde de forma individual e coletiva.

O Programa Academia da Saúde foi criado no âmbito de tornar efetiva a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) criada em 2006 e que dentre seus objetivos específicos destaca-se a valorização e otimização do uso de espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A própria PNPS passou por mudanças significativas após sua revisão e publicação de nova Portaria, n. 2446, de 11 de novembro de 2014. Em sua primeira publicação tinha como conceito-base os fatores de risco à saúde, e em 2014, pauta-se nos determinantes sociais de saúde (DSSs) e buscando, no campo da saúde, formas de atuar nas condições que geram iniquidades e desigualdade social.

A saúde e as práticas que a envolvem são construídas e modificadas ao longo da história da humanidade. A construção histórica da saúde advém das relações sociais e das interações entre os sujeitos, ordenadas em determinado tempo e espaço.

Desse modo, para compreender a saúde contemporânea se exige que entendamos os agentes, as instituições e a relação entre ambos em sua construção. A saúde tal como a estudamos atualmente é um sistema<sup>6</sup> fruto da modernidade. Sendo assim, a saúde e as instituições vinculadas a ela influenciam a vida cotidiana e pessoal dos sujeitos. Logo, o modelo biomédico se apresenta limitado a responder por todo arcabouço que envolve o processo saúde-adoecimento-saúde.

Uma nova forma de olhar para a saúde se torna necessária a partir do século XX, uma forma que transcende a conceituação biomédica para o campo da saúde. Nessa conjectura, a saúde é um elemento multidimensional, pois, para além dos aspectos biológicos, consideram-se os aspectos psicológicos, sociais e culturais como seus compositores.

Toma-se por questões-problema do estudo: De que forma o modelo ou a concepção de saúde engendrado no final do século XX se [re]constrói e se reproduz junto aos atores inseridos no contexto do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás?

Tomando por base as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no tocante à adoção de práticas horizontais de gestão e ao estabelecimento de redes de cooperação intra e intersetoriais, visa, ainda, responder: como ocorre a interação e a cooperação entre as diferentes

---

5 O estado de Goiás tem 246 municípios distribuídos em seu território.

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

esferas governamentais, não governamentais e os demais agentes envolvidos no Programa Academia da Saúde implantado no estado de Goiás?

E por última questão: De que forma os gestores, os profissionais de linha de frente e a comunidade vinculada ao Programa Academia da Saúde participam na gestão e na institucionalização do referido programa?

O objetivo central deste estudo concerne em analisar a implementação da PNPS, através do programa Academia da Saúde, e sua configuração no contexto microespacial. Buscando, a partir de uma reflexão sociológica, compreender as nuances presentes entre os pressupostos teóricos que fundamentam a criação dessa política e o campo empírico.

Metodologicamente, assume-se a perspectiva dos métodos mistos (*mixed methods* – MM) pois representa uma perspectiva dialógica e permite ampliar a maneira de analisar objetos e questões cuja complexidade demanda (DESLANDES, 2015). Sob essa óptica, opta-se em combinar a abordagem qualitativa e quantitativa para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa e de seus elementos constituintes. Para tanto, utilizar-se-á de estatística descritiva e análise de discurso para responder aos questionamentos presente neste estudo. Foi analisado dados disponíveis em formulário eletrônico próprio, FormSUS, para monitoramento do Programa Academia da Saúde, no período de 2014 a 2017. E foram realizadas 18 entrevistas junto aos atores envolvidos no programa (gestores do programa, em nível estadual e municipal, profissionais da saúde e usuários).

O presente trabalho advém do processo de construção de tese, em que no estágio atual encontra-se na etapa de análise dos dados e preparação para qualificação do referido trabalho. Convém destacar que a pesquisa de doutorado conta com o apoio da agência de fomento a pesquisa do estado de Goiás, FAPEG, desde o mês de setembro de 2017, através de bolsa de estudo.

### **A perspectiva ampliada de saúde e a promoção de saúde no contexto internacional e global**

A construção histórica da saúde advém das relações sociais e das interações entre os sujeitos, ordenadas em determinado tempo e espaço. Acerca do modelo biomédico Giddens (2012, p. 284) referencia que a “[a] aplicação da ciência ao diagnóstico médico e à cura foi o maior avanço dos sistemas modernos de saúde”. Contudo, dentre as críticas desenvolvidas acerca desse modelo destacam-se que “[a] pesar do prestígio que a medicina moderna adquiriu, as melhoras na saúde geral podem ser atribuídas muito mais a mudanças sociais e ambientais do que à habilidade médica” (ibidem, p. 284).

Butler (2015) ao dialogar sobre a precariedade da vida permite-nos uma reflexão sobre a perspectiva da saúde. Uma vez que, no modelo biomédico, evidencia-se uma preocupação com os processos de adoecimento, centrado no campo biológico/fisiológico. O médico, sendo assim, assume-se enquanto uma figura de poder significativa, pois tem as habilidades e técnicas necessárias para a intervenção na vida do sujeito através de seu corpo físico. Conquanto, para Butler

(2015), da mesma maneira que o novo modelo de saúde se constrói, baseado na concepção de que a saúde é um componente que sofre influências das condições sociais, culturais, educacionais, econômicas, dentre outras, a vida e sua manutenção está intrinsecamente vinculada as condições sociais e políticas.

[...] quando se toma a decisão de utilizar uma máquina para prolongar a vida de um paciente, ou de ampliar os cuidados médicos aos mais velhos, essas decisões são tomadas, em algum nível, considerando a qualidade e condições de vida. Afirmar que a vida é precária é afirmar que a possibilidade de sua manutenção depende, fundamentalmente, das condições sociais e políticas, e não somente de um impulso interno para viver (ibidem, p.40).

Acerca da disputa pela autoridade da saúde, no modelo biomédico o poder está concentrado nas mãos dos profissionais médicos. Na perspectiva da saúde ampliada outros atores concorrem a autoridade e o reconhecimento de seu papel para [re]estabelecer e manter os indivíduos e ambientes saudáveis.

A partir do pensamento bourdieusiano é possível afirmar que a saúde se constitui como campo social, sendo assim, apresenta-se como um campo de disputa e de luta, com relações de forças e monopólio de poder. “Todo campo, enquanto produto histórico gera o interesse, que é a condição de seu funcionamento” (BOURDIEU, 2004 p. 128). Pois tal funcionamento ocorre devido à existência de grupos concorrentes que disputam a hegemonia do campo que coabitam.

Essas lutas simbólicas, tanto as lutas individuais da existência cotidiana como as lutas coletivas e organizadas da vida política, têm uma lógica específica, que lhes confere uma autonomia real em relação às estruturas em que estão enraizadas. Pelo fato de que o capital simbólico não é outra coisa senão o capital econômico ou cultural quando conhecido e reconhecido, quando conhecido segundo as categorias de percepção que ele impõe, as relações de força tendem a reproduzir e reforçar as relações de força que constituem a estrutura do espaço social. (BOURDIEU, 2004 p. 163).

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

De um lado a autoridade médica, ou perita da saúde, e o sistema de saúde, do outro encontramos o paciente, ou o sujeito leigo, desprovido dos conhecimentos técnicos e da expertise médica. A natureza dos sistemas peritos envolve sistemas de excelência técnica ou competência profissional que atuam na organização de ambientes e/ou espaços materiais e sociais que vivemos (GIDDENS, 1991). “[O]s sistemas nos quais está integrado o conhecimento dos peritos influenciam muitos aspectos do que fazemos de uma maneira contínua” (GIDDENS, 1991 p. 38).

Neste contexto, as relações de confiança servem a legitimar as ações e posições engendradas pela expertise e pelo sistema de saúde estabelecido. Esse processo de dominação e poder são

observados por Foucault (1984; 1987; 2006), como uma estratégia de dominação através das disposições, de manobras, táticas e técnicas.

O processo de consolidação e legitimação de um paradigma é aportado nas relações de dominação e poder, nisso são engendradas conceituações, normas e discursos sobre um modelo de saúde. Organizações internacionais servem a esse processo ao assumir determinada corrente a ser seguida, pois “[t]ais organizações teriam papel fundamental para influenciar e criar ideias que seriam, em alguma medida, adotadas ou que influenciariam decisões no sistema internacional” (SOUZA Jr., 2016 p. 264).

À Organização Mundial de Saúde (OMS) a saúde é compreendida sob a perspectiva positiva e conceitua-a como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não se constitui exclusivamente a ausência de doenças ou enfermidades, conforme explicitado em sua carta de constituição, em 1946. Além disso, a OMS reconhece que a saúde é um direito fundamental e de todo ser humano.

A saúde é assumida enquanto direito social e, por isso, passa a vigorar como um dentre os diversos direitos sociais necessários à garantia da cidadania e da dignidade da pessoa humana. Marshall (1967, p. 76) destaca que “[a] cidadania é um status concebido àqueles que são membros integrais de uma comunidade. Todos àqueles que possuem o status são iguais com respeito aos direitos e obrigações [...]”. Sendo assim, para garantir a plena cidadania é fundamental a garantia de três elementos que a constituem: o direito civil, o direito político e o direito social.

É fundamental destacar que a cidadania é uma construção do sistema capitalista, uma vez que ela surge como mecanismo para intervir na desigualdade social. Não obstante, o sistema capitalista é um sistema que constrói a desigualdade.

[A] cidadania tem sido uma instituição em desenvolvimento na Inglaterra pelo menos desde a segunda metade do século XVII, então é claro que seu crescimento coincide com o desenvolvimento do capitalismo, que é o sistema não de igualdade, mas de desigualdade. (MARSHALL, 1967, p. 76).

Desse modo, a nova concepção de saúde parte desse marco histórico e teórico pós-industrialização e urbanização. Foucault, na obra “*Microfísica do Poder*”, corrobora a assertiva de que a gênese da medicina social é marcada pela passagem de uma sociedade feudalista, rural e mercantilista para uma sociedade capitalista, urbana e formação de Estados-nação. Outro autor que evidencia essa mudança societal é Giddens (1991) ao referendar essa ruptura entre Estado moderno e Estado pré-moderno, pois as sociedades modernas se apresentam como um tipo de comunidade social que contrasta de maneira radical com os Estados pré-modernos.

Há que se considerar a hegemonia do pensamento europeu ocidental, inclusive no que toca na construção de modelos e paradigmas de saúde. Isso se apresenta inclusive na conformação das políticas de saúde engendradas no contexto brasileiro.

### **A Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Academia da Saúde**

Antes do processo de redemocratização política brasileira, em 1985, o sistema de saúde configurava-se a partir de um modelo assistencialista, fragmentado e com foco na medicina preventiva e curativa.

Durante o regime militar, iniciado em 1964, a privatização dos serviços de saúde foi incentivado pelo governo, propiciando o investimento privado no setor (CASTRO & FAUSTO, 2012). Nesse período, conforme menciona Castro & Fausto (2012), houve a expansão e a crise do modelo médico-previdenciário. “Nessa época, internacionalmente, discutiam-se os efeitos negativos da medicalização e da elitização da prática médica, bem como, a profunda desigualdade existente entre o estado de saúde dos povos[...]” (ibidem, p. 176).

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

As inquietações e críticas que emergiam no contexto internacional constitui-se como propulsor ao movimento sanitarista brasileiro e que corroborou à reorganização do sistema de previdência e saúde ao final da década de 1970.

Ao final dos anos 1980, o movimento reformista, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, aponta os princípios e diretrizes norteadores do SUS. O texto constitucional, em 1988, já reconhecia a saúde como direito de todos e dever do Estado. Logo, legitimava a criação de um sistema de saúde universal, integral e descentralizado.

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

O processo de descentralização político-administrativa do sistema público de saúde acaba se tornando um desafio à implementação de políticas públicas em saúde, principalmente às políticas de

atenção primária (Estratégia Saúde da Família; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Programa de Agentes Comunitários de Saúde; Programa Mais Médicos; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; Programa Academia da Saúde, Saúde na Escola; Telessaúde, dentre outros), tidas como não hegemônicas e em oposição à lógica mercadológica dos serviços de saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca que a atenção básica<sup>7</sup> é “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde [...]” (BRASIL, 2012 p. 19).

Acerca da importância da Atenção Básica no processo de gestão e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás, aponta-se o percentual elevado de municípios goianos que identificam a área de AB responsável pela gestão do referido programa (Tabela 1).

**TABELA 1 – Área responsável pelo Programa Academia da Saúde nos municípios habilitados no Programa Academia da Saúde no estado de Goiás, nos anos 2016 e 2017.**

Área Responsável pela gestão do PAS	2016		2017	
	Frequência	Porcentagem	Frequência	Porcentagem
Atenção Básica	103	83,7	95	77,9
Vigilância em Saúde	5	4,1	-	-
Atenção Básica e Vigilância em Saúde (Co-Gestão)	9	7,3	20	16,4
Outra	6	4,9	7	5,7
Total	123 <sup>8</sup>	100	122 <sup>8</sup>	100

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados disponíveis em FormSUS – Ciclo de Monitoramento Anual do Programa Academia da Saúde (2017).

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

[...] estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população, incluindo aquelas do setor Saúde, tais como: a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Pnan), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (Pnep-SUS), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT (BRASIL, 2014 p. 08).

<sup>7</sup> A PNAB considera atenção básica termo equivalente ao termo atenção primária à saúde.

<sup>8</sup> Número de municípios que estão habilitados no Programa Academia da Saúde.

Para tanto, em 2011, foi criado o Programa Academia da Saúde, visando ser um ponto de atenção e de implementação das ações vinculadas a PNPS.

As diretrizes apresentadas desde a instituição do Programa Academia da Saúde (PAS), por meio da portaria n. 719, em 2011, e em sua redefinição na portaria 2.681, de novembro de 2013, preconizam a participação social, focada na territorialidade e no atendimento do cuidado e na promoção da saúde de forma individual e coletiva. Ressalta que as diretrizes adscritas na portaria de instituição do Programa Academia da Saúde (PAS) são geradas a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

Na PNAB (BRASIL, 2012), evidencia-se a valorização do controle e da participação social no item V, das Disposições Gerais da PNAB.

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

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

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

O paradigma emergente de saúde diverge do paradigma tradicional de saúde no tocante a legitimação e hegemonia da autoridade médica, ao passo que garante à sociedade em geral a participação na gestão das políticas e ações de saúde. E mais, vislumbra o poder do indivíduo e do coletivo sobre suas saúdes e suas vidas através do processo de *empoderamento* social.

Novos profissionais de saúde passam a participar da dinâmica e dos processos de trabalho na saúde pública no Brasil com maior expressividade, especialmente na Atenção Primária. Enfermeiros, Nutricionistas, Psicólogos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, profissionais de Educação Física, dentre outros. No Programa Academia da Saúde, em análise de dados do Ciclo de Monitoramento nos anos de 2016 e 2017 evidencia-se essa mudança da autoridade médica à autoridade em saúde.

**TABELA 2 – Profissionais que atuam no Programa Academia da Saúde no estado de Goiás, nos anos 2016 e 2017.**

Profissionais	2016	2017
---------------	------	------

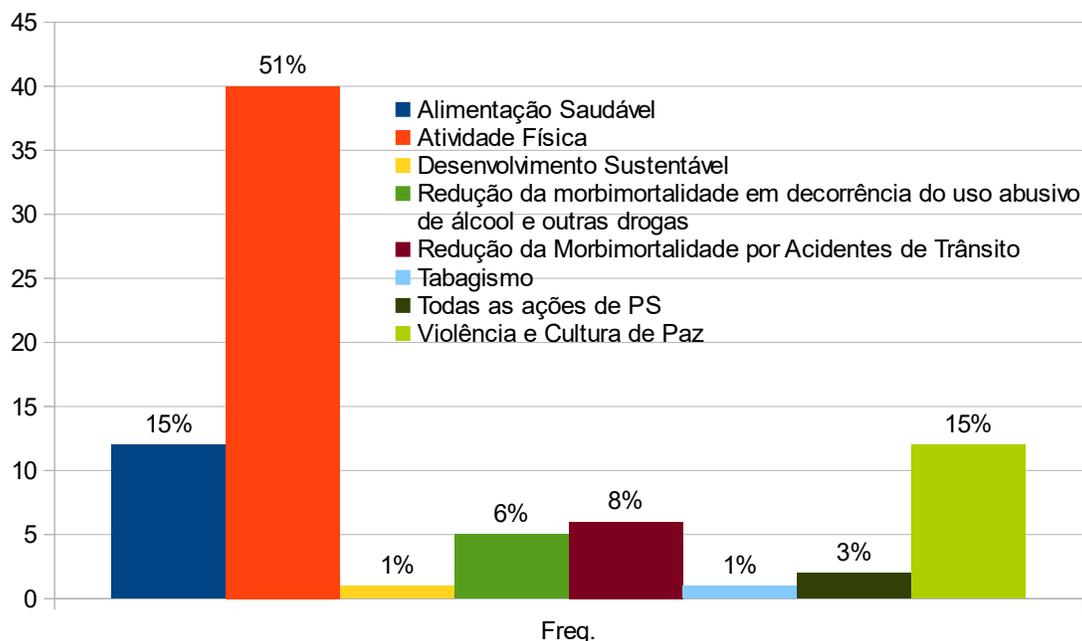
	Núm Profissionais	Percentual (%)	Núm Profissionais	Percentual (%)
Acunputurista	1	1,6	1	1,3
Arteterapeuta	-	-	2	2,7
Assistente Social	24	38,1	19	25,3
Dançarino(a)	12	19,0	7	9,3
Educador(a) Social	4	6,3	2	2,7
Enfermeiro	2	3,2	7	9,3
Equipe Estratégia Saúde da Família	3	4,8	-	-
Esteticista	1	1,6	-	-
Farmacêutico	3	4,8	3	4,0
Fisioterapeuta	55	87,3	63	84,0
Fonoaudiólogo(a)	13	20,6	15	20,0
Médico	-	-	1	1,3
Musicoterapeuta	1	1,6	1	1,3
Nutricionista	41	65,1	52	69,3
Professor de Defesa pessoal e Lutas	1	1,6	-	-
Profissional de Educação Física	50	79,4	56	74,7
Psicólogo(a)	40	63,5	42	56,0
Recepcionista	-	-	1	1,3
Sanitarista	4	6,3	6	8,0
Técnico de Enfermagem	1	1,6	-	-
Terapeuta ocupacional	7	11,1	1	1,3
<b>Municípios com polo em funcionamento (N)</b>	<b>63</b>		<b>75</b>	

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados disponíveis em FormSUS – Ciclo de Monitoramento Anual do Programa Academia da Saúde (2017).

Em relação a promoção da saúde evidencia-se a valorização do campo da educação física, nutrição e fisioterapia, conforme dados apresentados na Tabela 2. Pontua-se a criação de programas e planos municipais focados nas práticas corporais e atividades físicas, cujo propósito é alterar os modos de vida, os valores e atitudes sociais e culturais.

Apontam-se como exemplo, dos 39 (trinta e nove) projetos de promoção de saúde submetidos ao Ministério da Saúde pelos municípios do estado de Goiás, entre os anos de 2009 a 2012.

**GRÁFICO 1 – Ações/Iniciativas propostas pelos municípios goianos, entre 2009 e 2012, ao Ministério da Saúde.**



Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados disponibilizados pela Coordenação Estadual de Vigilância e Promoção da Saúde do Estado de Goiás (2017).

Observa-se que 50% (cinquenta) dos projetos submetidos para receber financiamento federal estavam vinculados a ações focadas na atividade física. Isso é presente também no contexto do Programa Academia da Saúde, conforme dados apresentados na tabela 3.

**TABELA 3 – Atividades/Ações desenvolvidas no Programa Academia da Saúde no estado de Goiás, nos anos 2016 e 2017.**

Atividades	2016		2017	
	Frequência	Percentual (%)	Frequência	Percentual (%)
Práticas Corporais/Atividade Física	61	96,8	74	98,7
Práticas Integrativas e Complementares (PICs)	10	15,9	12	16,0
Práticas artísticas e culturais (circo, teatro, música, pintura, artesanato, outros)	15	23,8	13	17,3
Práticas de educação em saúde	50	79,4	69	92,0
Municípios com polo em funcionamento (N)	<b>63</b>		<b>75</b>	

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados disponíveis em FormSUS – Ciclo de Monitoramento Anual do Programa Academia da Saúde (2017).

Outra forma de disciplinarização e controle social há de se considerar que as práticas corporais. Pois tais práticas podem ser assumidas sob duas formas, uma para controlar, disciplinar e submeter a uma ordem hegemônica e a outra como uma forma de emancipar e *empoderar*, focada na autonomia do sujeito. Obviamente, por questões ora econômicas, ora políticas, a primeira forma

se constitui mais fortalecida e disseminada. Não obstante, à PNPS conforme já apresentado anteriormente apresenta princípios que se articulam a segunda forma de atuação junto as práticas corporais.

Para Butler (2015) pensar a vida engendra pensar a ontologia corporal, e isso implica repensar as formas de poder e as condições sociais aplicadas a vida dos sujeitos que compõem determinada sociedade. Para ela, “[...] não é possível definir primeiro a ontologia do corpo e depois as significações sociais que o corpo assume” (ibidem, p. 15).

Ademais, “ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social, e isso é o que faz da ontologia do corpo uma ontologia social” (BUTLER, 2015 p. 16).

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

Outro ponto importante remete a garantia da autonomia, equidade e *empoderamento* social e isto está relacionado ao público que participa do programa e as formas que ocorrem essa participação.

**TABELA 4 – Público assistido pelo Programa Academia da Saúde no estado de Goiás, nos anos 2016 e 2017.**

Público	2016		2017	
	Núm. Polo	Percentual (%)	Núm. Polo	Percentual (%)
Crianças (0 a 9 anos)	28	44,4	36	48,0
Adolescentes (10 a 19 anos)	51	81,0	55	73,3
Adultos (20 a 59 anos)	63	100,0	71	94,7
Idosos (60 anos ou mais)	62	98,4	73	97,3
Gestantes e/ou mães e bebês	27	42,9	30	40,0
Ciganos	9	14,3	15	20,0
Indígenas	1	1,6	6	8,0
Jovens em conflito com a lei	-	-	24	32,0
População LGBTT	-	-	36	48,0
Meninas/Mulheres em situação de violência	-	-	25	33,3
Migrantes	-	-	14	18,7
Pessoas com Deficiência	-	-	41	54,7
Pessoas em situação de rua	4	6,3	13	17,3
População Negra	-	-	52	69,3
Populações do Campo, da Floresta e das Águas (agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados ou acampados, assalariados e temporários, camponeses, quilombolas, ribeirinhos, pescadores artesanais, extrativistas, povos tradicionais)	1	1,6	33	44,0
<b>Municípios com polo em funcionamento (N)</b>	<b>63</b>		<b>75</b>	

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados disponíveis em FormSUS – Ciclo de Monitoramento Anual do Programa Academia da Saúde (2017).

**TABELA 5 – A criação de grupo de gestão municipal do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás, nos anos 2016 e 2017.**

Grupo de Gestão	2016		2017	
	Frequência	Percentual (%)	Frequência	Percentual (%)
Sim	25	39,7	37	49,3
Não	38	60,3	36	48,0
Não sabe informar	-	-	1	1,3
Ausente (missing)	-	-	1	1,3
Municípios com polo em funcionamento (N)	<b>63</b>		<b>75</b>	

Fonte: Elaborado pela autora, baseado em dados disponíveis em FormSUS – Ciclo de Monitoramento Anual do Programa Academia da Saúde (2017).

No tocante ao público assistindo, conforme tabela 4, a população adulta e idosa é o perfil presente junto ao programa. Pontua-se que apenas no ano de 2017 populações em maior vulnerabilidade e riscos (Jovens em conflito com a lei, População LGBTT, Negra, Mulheres em Situação de Violência) foram inseridas no formulário de monitoramento do programa. O que demonstra uma lacuna relacionada a compreensão do aparato normativo da promoção da saúde em relação aos seus princípios e diretrizes no momento da construção dos instrumentos de avaliação e monitoramento do programa, uma vez que, destacam-se como princípio a equidade e dentre as diretrizes “I – Reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde” (BRASIL, 2014 p. 20).

Outra lacuna evidenciada, mas que tem sido alterada, é a criação de grupo de gestão, conforme preconiza a Portaria que institui o programa, composto por membros da comunidade, profissionais, Conselho Municipal de Saúde, e da gestão municipal, e que em 2016 apenas 39,7% dos municípios responderam positivamente, em 2017, cerca de 50% afirmaram ter instituído grupo de gestão do Programa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar a evolução<sup>9</sup> da saúde faz surgir a necessidade de refletirmos as articulações e ações realizadas pelos agentes que a envolvem. Sendo assim, evidenciar as relações de poder, os conflitos e disputas de interesse, e a busca pela legitimação e hegemonia do campo da saúde.

Ao final do século XX, o movimento não-hegemônico da saúde, fundado nos princípios de universalização, equidade e *empoderamento* social, vislumbram condições de inserir um modelo emergente da saúde na agenda internacional mobilizando a agenda de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde.

9 O termo evolução aqui não se refere a um processo de melhoria ou viés positivado, mas como um processo cronológico de mudança e alteração de um modelo e/ou paradigma para outro.

Esse modelo emergente considera a saúde uma construção social. Deste modo, reconhece que a saúde (ou sua ausência) é advinda de fatores condicionantes e determinantes sociais. E que o modelo de saúde preventivo e curativo não consegue atingir todos os níveis de forma a garantir a saúde, o desenvolvimento humano e ao bem-viver.

O Brasil, de forma tardia, inicia um processo de incorporação do modelo emergente de saúde, em primeiro momento com a criação do SUS e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, conseqüentemente, por meio da criação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Não obstante, as ações de promoção da saúde apresentam-se de maneira tímida e incipiente em relação a outros países. No Brasil, pode-se afirmar que o Programa Academia da Saúde torna-se um espaço próprio ao fortalecimento da área de promoção da saúde.

As dificuldades de compreensão e incorporação dos conceitos e princípios da PNPS; a carência de planejamento e gestão de ações e iniciativas de promoção da saúde; e a debilidade das relações intersetoriais junto a outros organismos governamentais e não-governamentais, podem ser apontadas como as limitações e lacunas existentes no Programa Academia da Saúde. E em meio a essas dificuldades de se estabelecer enquanto modelo emergente de saúde, no outro lado, o modelo tradicional de saúde ainda está na luta para manutenção de sua hegemonia, bem como seus agentes que advogam por sua autoridade científica e profissional.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm).

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria 719, de 7 de abril de 2011** – Instituição do Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Portaria 2.681, de 7 de novembro de 2013** – Redefine o Programa Academia da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_, **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM n. 2446, de 11 de novembro de 2014.

BOURDIEU, P. Como é possível ser esportivo? In: \_\_\_\_\_. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983. p. 136-153.

\_\_\_\_\_. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus, 1996.

\_\_\_\_\_. **Para uma sociologia da ciência.** Lisboa: Edições70, 2001

\_\_\_\_\_. **Coisas Ditas.** São Paulo: Brasiliennes, 2004.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial de Saúde. **Revista História, Ciências, Saúde,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-47, 2006.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra:** Quando a vida é passível de luto? Tradução: Tadeu de Niemeyer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha. 1ªed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C. V. **Políticas de saúde no Brasil:** continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

COICAUD, J. **Legitimacy and politics:** a contribution to the study of political right and political responsibility. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

CONASS. **Nota Técnica nº 28/2012** – Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do SUS e dá outras providências. Brasília/DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde/PROGESTORES, 2013.

COTTA, R. M. M. **Políticas de saúde:** desenhos, modelos e paradigmas. Viçosa: Ed. UFV, 2013.  
DESLANDES, S. F. Revisitando as metodologias qualitativas nas pesquisas de avaliação: vertentes, contribuições e desafios. In: BAPTISTA, T. W. F. **Políticas, planejamento e gestão em saúde:** abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 4ª ed, 1984.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

\_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade.** São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

\_\_\_\_\_. Confiança e modernidade – Capítulo III. **As consequências da modernidade.** São Paulo: Ed. Unesp, 1991.

\_\_\_\_\_. **A constituição da sociedade.** 3. ed. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2009.

\_\_\_\_\_. **Sociologia.** Porto Alegre: Penso, 2012.

\_\_\_\_\_. Saúde, Doença e Deficiência. **Sociologia.** Porto Alegre: Penso, 2012.

\_\_\_\_\_. Cidades e Vida Urbana. **Sociologia.** Porto Alegre: Penso, 2012.

GIL, A. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOSCH, C. S. et al. **Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/CEAD, 2013.

HAWE, P.; SHIELL, A. Social capital and health promotion: a review. **Social Science & Medicine**: 51, 871-885, 2000.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2006.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. **O corpo e seus senhores: homem, mercado e ciência – sujeitos em disputa pela posse do corpo e da mente humana**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2009.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1963.

MARTINS, G. A. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARX, K. **A ideologia alemã: crítica da mais recente filosofia alemã em seus representantes de Feuerbach, B. Bauer e Stirner, e do socialismo alemão em seus diferentes profetas**. São Paulo: Boitempo, 2007.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009

PELEGRINI, T. Imagens do corpo: reflexões sobre as acepções corporais construídas pelas sociedades ocidentais. **Revista Urutágua**, Maringá, n. 8, dez./jan./fev./mar. 2006. Disponível em: <[http://www.urutagua.uem.br/008/08edu\\_pelegrini.htm](http://www.urutagua.uem.br/008/08edu_pelegrini.htm)>.

OLDENBURG, B. F.; SALLIS, J. F.; FFRENCH, M. L.; OWEN, N. Health promotion research and the diffusion and institucionalization of interventions. **Health Promotion Int**, Oxford Academic: 14 (1): 121 – 130, 1999. doi: 10.1093/heapro/14.1.121

POLAND, B. Health promotion in Canada: perspectives & futures prospects. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 20, n. 1, p. 3-11, 2007.

SADDI, F. C. **Estado, sociedade e descentralização da política pública de saúde no México (1982-2000) e no Brasil (1985-1998): construindo um novo domínio público em contextos de dupla transição política**. 2004. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

SOARES, C. L. **Educação física: raízes européias e Brasil**. Campinas: Autores Associados, 2001.

SOUZA JÚNIOR, J. M. O lugar das organizações internacionais no sistema internacional: ideias, governança e transnacionalismo. **Revista Conjuntura Global**, vol. 5 n. 2, mai./ago., p. 253 -27, 2016.

WITHELAW, S.; BAXENDALE, A.; BRYCE, C.; MACHARDY L.; YOUNG, I.; WITNEY, E. ‘Settings’ based health promotion: a review. **Health Promotion Int**, Oxford Academic: 16 (4): 339-353, 2001. doi: 10.1093/heapro/16.4.339

WHO – World Health Organization. **The Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa, 1986.  
1986.