

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
LINHA DE PESQUISA EM DIREITOS HUMANOS, DIFERENÇA E VIOLÊNCIA

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

GOIÂNIA
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
LINHA DE PESQUISA EM DIREITOS HUMANOS, DIFERENÇA E VIOLÊNCIA

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

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Faculdade de Ciências Sociais, da Universidade Federal de Goiás, conforme requisito parcial para obtenção do grau de doutora em Sociologia, sob a orientação da Profa. Dra. Marta Rovey de Souza.

GOIÂNIA
2016

1 INTRODUÇÃO

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

O caráter híbrido do campo da saúde/doença [...] está ligado a um conflito potencial e real entre a lógica sanitária própria do especialista – baseada na ciência e tecnologia e geradora de produtos e serviços ditos de “saúde” que o homem precisa comprar no mercado – e a lógica do senso comum, própria do cidadão leigo, que mesmo difusamente sente como um movimento de perda de si mesmo a transferência da gestão e do controle de seu corpo e de sua mente para o especialista e para o mercado, buscando por isso, ainda no “escuro”, recuperar para si o controle e a gestão deste corpo e desta mente. (LEFEVRE; LEFEVRE, 2009, p. 25).

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

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) define como princípios norteadores do SUS a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integralidade física e moral; a igualdade da assistência à saúde; 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, tidas como não hegemônicas e em oposição à lógica mercadológica dos serviços de saúde.

Recentemente, no Brasil, foi instituído, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Academia da Saúde, cujo objetivo é contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de

peçoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividades físicas e de lazer e modos de vida saudáveis (CONASS, 2013).

Ademais, dentre os diversos objetivos específicos dessa política destacam-se os seguintes: ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção da saúde; promover a mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população.

Para tanto, o Programa Academia da Saúde deve constituir um grupo de apoio à sua gestão, formado por profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), por representantes da sociedade civil e por profissionais de outras áreas envolvidos no processo de implementação do programa, visando garantir a gestão compartilhada do espaço e a organização das atividades e das ações sociais.

O referido programa se constituiu a partir da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), engendrada no ano de 2006, fundamentada na Carta de Ottawa (1986). A I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada no Canadá, ascendeu a discussão sobre o cuidado integral da saúde e a melhoria da qualidade de vida da sociedade até o ano 2000.

A PNPS assume que o binômio saúde e doença está envolvido com os modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico (BRASIL, 2010). Para Giddens (2009, p. XXII) “[as] propriedades estruturais dos sistemas sociais só existem na medida em que formas de conduta social são cronicamente reproduzidas através do tempo e do espaço”.

Ou seja, na conjuntura atual, acerca da saúde, têm se debatido e defendido a necessidade de se repensar os modos de vida e suas mudanças fundadas nos aspectos sociais, e não apenas sob os aspectos fisiológicos e biológicos. Desse modo, o modelo de saúde (a partir da concepção ampliada de saúde) discutido inicialmente no final do século XX, no norte ocidental, propaga-se aos demais países do ocidente como modelo a ser referenciado e reproduzido localmente.

Após essa reflexão introdutória, apresentam-se as inquietações que se objetiva responder com a presente pesquisa: de que forma o modelo ou a 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?

Tomando por base a diretriz da 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 esferas governamentais, não governamentais e os demais agentes envolvidos no Programa Academia da Saúde implantado no estado de Goiás? Por fim, de que maneira os gestores, os profissionais de linha de frente e a sociedade civil participam na gestão e na institucionalização do referido programa?

2 OBJETIVOS

Após apresentar a problematização da referida pesquisa, 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 microespacial.

Ademais, tomam-se por objetivos específicos: analisar documentos oficiais e não oficiais pertinentes à construção e implantação de polos do programa Academia da Saúde no estado de Goiás; desenvolver análise situacional da saúde relacionada à política nacional de promoção de saúde no estado de Goiás; mapear os atores inseridos no contexto de elaboração, implantação e implementação da Política Estadual de Promoção de Saúde (PNPS) e Programa Academia da Saúde no estado de Goiás; analisar a participação e a cooperação dos agentes vinculados ao programa Academia da Saúde implantado no estado de Goiás; estabelecer a relação entre a construção de identidade e a confiança dos gestores, profissionais da saúde e usuários do programa e sua legitimidade¹ e institucionalização.

¹ Para Saddi (2004, p. 59), a legitimidade caracteriza-se por um conceito inter-relacional, uma vez que se configura a partir da relação de poder existente entre dois grupos, os denominados dominantes e os denominados dominados. Contudo, esse processo de legitimidade associa-se a outras dimensões, a exemplo da identificação desses atores e da interação entre eles. Ainda, é possível tomar as decisões políticas e sociais construídas pelo grupo dominante como reconhecidas (ou não) pela sociedade (COICAUD, 2003).

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante um longo período da história humana, ao se mencionar o conceito saúde imediatamente vislumbrava-se a inexistência de doença ou de alguma enfermidade. Ademais, a doença ou enfermidade era originária de disfunções ou distúrbios físico-biológicos. Sendo assim, o modelo biomédico torna-se o modelo legítimo e hegemônico até meados do século XX. Cotta (2013) ressalta que o modelo biomédico surgiu no século XVII, direcionado à cura de doenças e centralizado na prática médica e no hospital como a instituição predominante da prática sanitária. E mais, preocupava-se exclusivamente com as partes do corpo humano e negligenciava sua totalidade, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico (COTTA, 2013).

No tocante à história humana, Marx (2007) relata que o ser humano é fruto do contexto histórico no qual se encontra inserido e que todas as coisas por ele criadas não são imutáveis ou naturais. Para esse autor (1978, p. 329), “[o]s homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”.

A partir dessa constatação marxiana, é possível vislumbrar que a saúde e as práticas que a envolvem são construídas e modificadas ao longo da história da humanidade, conforme apresentado no Quadro 1.

QUADRO 1 – Linha histórica da saúde e da prática médica

PERÍODO HISTÓRICO	PRÁTICAS E AÇÕES
Até século VI a.C	Superstição e mitos
Século V a.C (Idade Antiga)	Hipócrates, considerado “o pai da medicina”, tornou o conhecimento médico uma ciência sistemática.
Século V d.C (Idade Média)	A Igreja Católica é responsável pelo controle das ações individuais e detinha poder sobre as concepções de saúde e doença.
Século XV (Período Renascentista)	Estudos em cadáveres propiciaram descobertas anatômicas, como a circulação sanguínea.
Século XVII (Iluminismo)	A medicina incorpora conceitos mecanicistas da ciência.
Século XVIII (Revolução Industrial)	Alteração do perfil de adoecimento dos trabalhadores. O processo de industrialização e urbanização leva ao aumento de acidentes e doenças infectocontagiosas.
Século XIX (Sociedade Moderna)	Os médicos começam a atuar nas fábricas. Pasteur desenvolve a teoria germinal das enfermidades infecciosas.
Século XX	Estudos acerca das doenças de etiologia comportamental.
Final do século XX e início do século XXI	Fatores sociais como condicionantes e determinantes da saúde

Fonte: Adaptado de Cotta (2013, p. 19).

A construção histórica da saúde advém das relações sociais e das interações entre os sujeitos, ordenadas em determinado tempo e espaço. Para além da concepção histórica marxiana, que de certo modo apresenta lacunas quanto ao poder do agente e à reflexividade da ação humana, toma-se que a conformação da saúde ao longo da história humana ocidental² insurge do ser humano enquanto um agente intencional, racional e reflexivo.

A ação humana ocorre como um *durée*, um fluxo contínuo de conduta, à semelhança da cognição. A ação intencional não se compõe de um agregado ou série de intenções, razões e motivos isolados. Assim, é útil falar de reflexividade como algo assentado na monitoração contínua da ação que os seres humanos exibem, esperando o mesmo dos outros. A monitoração reflexiva da ação depende da racionalização, entendida aqui mais como um processo do que como um estado, e como inerentemente envolvida na competência dos agentes. Uma ontologia de tempo-espaço como constitutiva de práticas sociais é básica para a concepção de estruturação, a qual começa a partir da temporalidade e, portanto, num certo sentido, da “história”. (GIDDENS, 2009, p. 4).

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 sistema³ fruto da modernidade. Sendo assim, a saúde e as instituições vinculadas a ela influenciam a vida cotidiana e pessoal dos sujeitos. “Surgem então novas concepções de saúde, mais globalizantes, articulando saúde com condições de vida” (COTTA, 2013, p. 23).

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. Cotta (2013) admite que esse modelo ampliado de saúde, de cunho holístico, apresenta-se mais complexo, pois a saúde é determinada por fatores biopsicossociais. É a partir desse modelo que, ao final do século XX, países do norte global, como o Canadá, intensificam as discussões e os debates sobre a promoção da saúde a partir de pressupostos vinculados à concepção ampliada da saúde.

² A pesquisa enfatiza o contexto ocidental devido aos arcabouços teóricos que mencionam e engendram o conceito de saúde e promoção da saúde a partir de uma concepção ocidentalizada. Contudo, ressalta que, mesmo focalizando a saúde sob o olhar do ocidente, o faz pela influência deste no Brasil e na saúde pública brasileira, e não como uma manifestação de negligência ou de subjugação das referências orientais. Ademais, reconhece que, tacitamente, acaba por subjugar o oriente, tendo em vista a influência do norte ocidental em relação ao sul ocidental no que tange ao objeto aqui estudado.

³ 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”.

3.1 O modelo ampliado de saúde e a promoção de saúde no contexto internacional e global

A Organização Mundial de Saúde estabelece que a saúde refere-se a um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não 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 constitui um direito fundamental de todo ser humano.

A saúde é assumida enquanto um direito social e, por isso, passa a vigorar como um dentre os diversos direitos sociais necessários à garantia da cidadania. 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, no qual o sistema capitalista se constitui como o modelo econômico hegemônico.

No final do século XIX e início do século XX, em países do ocidente, a criação de organismos internacionais da saúde já se apresentavam como “embriões” ao que se consolidaria, em 1948, na Organização Mundial da Saúde (OMS), a exemplo da *International Sanitary Office of the American Republics* (Repartição Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas), nos Estados Unidos da América, e, na Europa, a *Office Internationale d'Hygiène Publique* (Escritório Internacional de Higiene Pública) e a *League of Nations Health Organization* (Organização da Saúde da Liga das Nações) (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Brown, Cueto e Fee (2006) explicam que, em 1945, após aprovação da criação da Organização das Nações Unidas, em São Francisco – Estados Unidos, votou-se também a imediata instituição de uma organização internacional de saúde especializada. Em 1948, em

Genebra, foi, oficial e formalmente, instituída a OMS. Nessa ocasião, o mundo foi dividido em seis regiões de atuação da organização internacional: Américas, Sudeste Asiático, Europa, Mediterrâneo Oriental, Pacífico Ocidental e África (BROWN; CUETO; FEE, 2006).

Após a constituição da OMS como instituição internacional referenciada na área da saúde, diversos eventos e documentos foram elaborados, fundamentados na nova concepção de saúde ampliada. O Relatório de Lalonde foi criado pelo Ministério de Bem-Estar e Saúde do Canadá, em 1974, expondo os fatores de risco e determinantes e condicionantes sociais de saúde. Esse documento teve sua origem a partir do movimento canadense, sendo sua construção uma nova perspectiva da saúde canadense.

Cotta (2013, p. 23) discorre que o Relatório de Lalonde salienta “[...] os fatores sociais e ambientais, estilo e vida, biologia humana e organização dos serviços de saúde, por terem sido considerados fatores que se inter-relacionam e explicam o fenômeno saúde-doença-adoecimento”.

Em 1978, sob forte pressão de países soviéticos, foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata – Cazaquistão (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Desse evento produz-se a Declaração de Alma-Ata ou Declaração de Atenção Primária de Saúde. Além disso, ressalta-se o papel crucial dessa conferência, oito anos depois, para a realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa.

A Carta elaborada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, destaca a necessidade de *empoderamento* dos indivíduos e das comunidades para controlar e melhorar a sua saúde (WHO, 1986). Poland (2007) destaca a importância do Canadá para a formulação e implementação da concepção de promoção de saúde no contexto global. “Como todos já sabem, existe uma longa história da promoção de saúde no Canadá, sendo considerado uma liderança internacional neste campo” (idem, 2007, p. 4, tradução livre).

A produção de documento-referência para o campo, em 1986, na cidade de Ottawa, corrobora essa constatação. Ademais, a concepção de saúde transcende a perspectiva biomédica, pois são pré-requisitos para a saúde a garantia da cidadania através dos direitos sociais, civis e políticos. Ou seja, são condições e recursos fundamentais para a saúde: paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986).

A perspectiva canadense de promoção de saúde destaca como valores-chave para a promoção da saúde:

- a. equidade e justiça social
- b. definição de saúde holística (bem-estar)
- c. melhoria da saúde, não apenas com a prevenção de doenças
- d. abrangência de determinantes de saúde
- e. reconhecimento do papel dos ambientes (cenários) na formação do comportamento humano
- f. empoderamento
- g. participação social significativa (não apenas simbólica, mas respondendo a diversos movimentos sociais)
- h. construção de capacidade individual e coletiva
- i. colaboração intersetorial. (POLAND, 2007, p. 4).

A influência canadense na configuração da promoção de saúde no contexto brasileiro fica explicitada na apresentação dos valores e princípios elencados na Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006, inclusive na elaboração do Programa Academia da Saúde, no ano de 2011.

3.2 Programa Academia da Saúde e o fomento da Promoção da Saúde no território brasileiro

As políticas de saúde apresentam experiências que já incorporam essa nova dinâmica de gestão pública participativa e construída com base em novos arranjos sociais, políticos e institucionais. “A forma pela qual a sociedade estrutura e organiza as respostas aos problemas de saúde é chamada de prática sanitária e está intimamente relacionada ao paradigma sanitário vigente em determinado período de tempo e lugar – sociedade” (COTTA, 2013, p. 15).

As diretrizes apresentadas desde a instituição do Programa Academia da Saúde (PAS), através da portaria n. 719, em 2011, e sua redefinição através da 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).

Para Foucault a construção de uma concepção de cuidado de si se submete, por vezes, à regra do “conhecer-te a si mesmo”, ou seja, é o momento de despertar do sujeito sobre si mesmo. “O cuidado de si é uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência [...]” (FOUCAULT, 2006, p. 11).

Sob essa óptica da necessidade de “cravar a carne” humana, destacam-se as práticas corporais como mecanismo eficaz para a implantação de novos hábitos, costumes e modos de vida. Conforme aponta Le Breton (2006, p. 77), “[o] corpo também é, preso no espelho do social, objeto concreto de investimento coletivo, suporte de ações e de significações, motivo de reunião e de distinção pelas práticas e discursos que suscita”.

Há de se considerar que as práticas corporais 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.

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (FOUCAULT, 1987, p. 71).

Ainda no que concerne às práticas corporais, é necessário esclarecer que elas sempre estiveram inseridas no processo de desenvolvimento e construção histórica e política da sociedade em geral. O homem pré-histórico já apresentava uma intensa participação corporal através da linguagem gestual como mecanismo de sobrevivência, de expressão e de interação com a natureza (PELEGRINI, 2006).

No entanto, é no processo de formação do Estado Moderno que essas práticas corporais – a dança, os jogos, o esporte, o lazer e as lutas – tornaram-se sistematizadas e racionalizadas, formando o que hoje chamamos de educação física, seja com a função de controle social e de formação do homem “civilizado” ou como campo de força e de distinção social. Percebe-se que, na sociedade contemporânea, a educação física é um campo que se apresenta incorporado tanto ao cotidiano dos indivíduos quanto à própria estrutura estatal.

A ginástica ligada às áreas médicas e de caráter higienista buscou “educar o corpo”, tentando disciplinar e preservar a saúde da sociedade, criticando os “excessos do corpo” (SOARES, 2001).

A educação física torna-se um lugar privilegiado do bem-estar e do parecer bem através da forma e da manutenção da juventude; o corpo é um objeto de constante preocupação (LE BRETON, 2006). Em meio a esse cenário surgem políticas públicas e programas governamentais que influenciam a construção do corpo (e não apenas a concepção biológica do corpo) e as relações com o corpo.

As práticas corporais e esportivas são espaços de lutas e conflitos, e mais, é um campo de lutas pela definição do corpo legítimo e do uso legítimo do corpo (BOURDIEU, 1983). O Estado passa a exercer poder sobre as manifestações corporais e a influenciar esse espaço social.

Desse modo, as práticas corporais advêm da interação e da construção individual e coletiva, que ora se relaciona de maneira conflituosa, ora cooperativa, buscando eleger um tipo de perspectiva social hegemônica ou contra-hegemônica.

Ainda, conforme relata Bourdieu (1996), as construções sociais não surgem ao acaso ou em meio ao vazio. Para o autor (idem, p. 27), “[...] a posição ocupada no espaço social, isto é, na estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, que também são armas, comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo”.

Portanto, o discurso de “promoção à saúde” e a realização de atividade física escondem, por vezes, um caráter conservador de valores e ideais mercadológicos e de exclusão social.

A herança conceitual relacionada à ideia de “corpo são, mente sã” e de “atividade física é saúde” devem ser ultrapassadas através de políticas públicas que entendam que a promoção da saúde está para além do cuidado do corpo físico, mas uma atenção ao corpo social, ao corpo político e ao corpo cultural. Ou seja, que as políticas públicas de saúde sejam

atreladas aos princípios explicitados pelos Direitos Humanos, e, logo, ao paradigma social da saúde.

QUADRO 2 – Paradigmas sanitários

PARADIGMA FLEXNERIANO			
Concepção Saúde-doença	Paradigma Sanitário	Prática Sanitária	Gestão da Saúde
NEGATIVA Ações e serviços pensados e estruturados a partir da concepção de doença, dor, morte e sofrimento.	FLEXNERIANO - Individualista - Mecanicista - Biologicista - Curativista - Hospitalar	ATENÇÃO MÉDICA Ênfase na: - Especialização - Tecnificação - Medicina Curativa - Medicalização	GESTÃO MÉDICA - Hospitais e Centros de Saúde - Contratar e controlar as instituições privadas - Fomentar serviços médicos-diagnósticos: exames, consultas e internações
PARADIGMA DE PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE			
POSITIVA Ações e serviços pensados e estruturados a partir da concepção: saúde, estilo de vida, bem-estar, vida, felicidade.	PRODUÇÃO SOCIAL DA SAÚDE - Coletivo - Multiprofissional - Interdisciplinar - Cuidado com a saúde - Prevenção de agravos e promoção da saúde - Atenção Primária (APS)	VIGILÂNCIA DA SAÚDE Ênfase na: - Visão holística - Generalista - Interdisciplinaridade - Intersetorialidade - Integralidade da atenção - Determinantes socioculturais - Centrada na pessoa humana.	GESTÃO SOCIAL - Intersetorialidade - Espaço social da saúde - Cidade Saudável - Distrito Sanitário

Fonte: Cotta (2013).

Destarte, para Cotta (2013), o processo de produção da saúde é mais amplo e complexo do que a simples compreensão do paradoxo saúde e doença, remetendo a ações políticas de redução da desigualdade social e educacional, de cooperação intersetorial, da participação e do envolvimento da sociedade civil. Ou seja, “[e]stá associada à ideia de autonomia, empoderamento e libertação dos sujeitos, quer individualmente, quer coletivamente” (COTTA, 2013, p. 30).

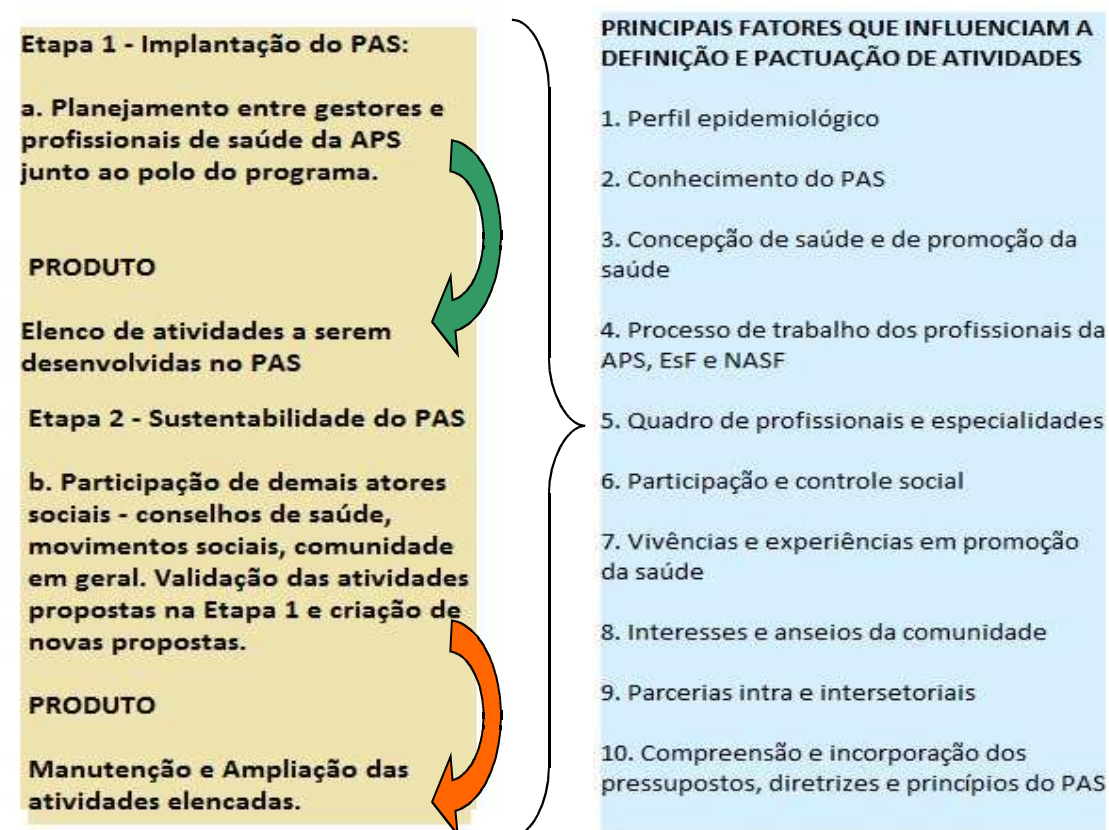
Sob esse prospecto social da saúde e para o fortalecimento da concepção de promoção da saúde, foi criado, em 2011, o Programa Academia da Saúde. O referido programa surge a partir de experiências que obtiveram êxito em estados como Pernambuco, Minas Gerais, Sergipe e São Paulo, através das denominadas “Academias da Cidade”.

Gosch et al. (2013, p. 95) justificam que “[a] mudança de perfil da saúde tem exigido uma transformação na maneira como se organizam e são oferecidos os serviços de saúde”.

Desde o final da década de 1980, a esfera governamental federal tem buscado formas e estratégias visando a implementação de políticas públicas de atenção integral à saúde, e mais, promover a inserção de atividade física na vida das pessoas. Contudo, mesmo sendo apresentados indicadores que fortalecem o discurso de inclusão da prática de atividade física como forma de melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde, evidencia-se que o sedentarismo e a obesidade são fatores de risco que crescem progressivamente no contexto mundial e brasileiro.

Sendo assim, o programa “Academia da Saúde” aponta como objetivo principal promover práticas corporais, atividade física, alimentação saudável e mudanças nos modos de vida através de ações adaptadas ao contexto regional e cultural dos locais em que se encontram implementado (GOSCH et al., 2013).

FIGURA 1 – Etapas para o planejamento de atividades no PAS



Fonte: Adaptado de Gosch et al. (2013, p. 110).

Atualmente, no estado de Goiás, conforme dados disponíveis no form-SUS, no ano de 2016 constam 148 polos do Programa Academia da Saúde, em 124 municípios. Desse número de municípios, aponta-se que 40% deles estão com polos em pleno funcionamento.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa orienta-se através de métodos mistos (*mixed methods* – MM). Esse método representa uma perspectiva dialógica e permite ampliar a maneira de analisar objetos e questões cuja complexidade demanda (DESLANDES, 2015). Dentre o conjunto de propósitos dos métodos mistos, pontua-se a

[T]riangulação (designada inicialmente como uso de múltiplos métodos que se dedicam a investigar o mesmo fenômeno com vistas a minimizar os limites de cada um e aumentar a validade de seus achados); complementaridade (destinada a aumentar a capacidade de interpretar as formulações e resultados das pesquisas, tornando-as mais significativas e válidas); desenvolvimento (a fim de dar subsídios e melhorar as proposições dos achados quantitativos com base em sua articulação com os achados qualitativos e vice-versa); iniciação (orientada ao aprofundamento das contradições e controvérsias, bem como abertura de novas perspectivas e questionamentos do objeto avaliado); expansão (com o objetivo de estender a amplitude e o alcance do rol de questões da avaliação segundo as possibilidades oferecidas por cada metodologia). (DESLANDES, 2015, p. 204).

Sob essa óptica, opta-se em combinar a abordagem qualitativa e quantitativa para uma melhor compreensão do objeto de pesquisa e de seus elementos constituintes.

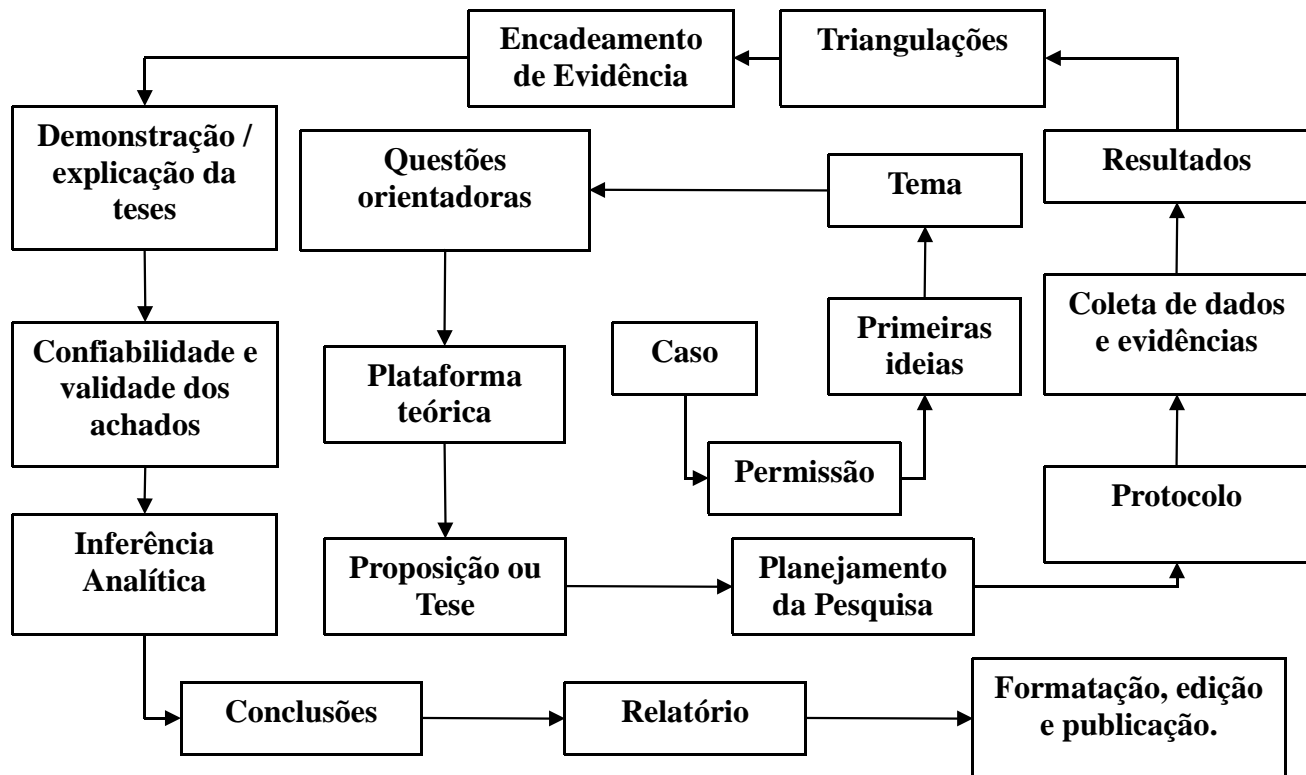
Em face de se constituir um estudo que parte de um contexto macrosociológico, pois se preocupa com a constituição de valores e crenças vinculados à promoção de saúde sob a perspectiva global, em especial no que tange à influência do norte global na configuração da saúde no sul global. Não obstante, a presente pesquisa busca estudar o contexto microsológico, por meio da análise de uma realidade local específica, que, no caso, refere-se à implantação do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás.

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

No tocante ao estudo de caso, Martins (2009, p. 62) declara que,

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

Sendo assim, para desenvolver um estudo de caso é necessário compreender o processo de elaboração e planejamento de uma pesquisa desse tipo.

FIGURA 2 – Processo de um estudo de caso

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

Por fim, seguem as etapas projetadas para a realização desta pesquisa.

ETAPA 1) Levantamento de dados (qualitativos e quantitativos) e seleção de amostras

1. Documentos oficiais relacionados ao Programa Academia da Saúde – leis, decretos, ofícios, dentre outros – nas três esferas governamentais (municipais, estaduais e federal);
2. Publicações e documentos parlamentares relacionados ao Programa Academia da Saúde – debates, atas, relatórios, discursos, documentos em geral – nas Câmaras Municipais, Assembleia Legislativa e Congresso Federal.
3. Fontes estatísticas – Ministério da Saúde (número de polos implantados, valores destinados ao Programa Academia da Saúde por estados e municípios, etc.); Secretaria Estadual de Saúde/Vigilância em Saúde (número de polos implementados, construídos e inativados do Programa Academia da Saúde no estado de Goiás; quantidade de processos, solicitações e

resoluções da CIB relacionados à política em questão, dentre outros). Banco de dados a serem acessados PNAD, FormSUS, e-SUS, Conecta-SUS, IBGE.

4. Definição de atores e número de sujeitos participantes da pesquisa: deputados estaduais, deputados federais, gestores públicos, profissionais de linha de frente, representantes sociais e usuários.

ETAPA 2) Pesquisa de campo

1. Visitas a órgãos gestores e legisladores do Programa Academia da Saúde – casas Legislativas, Ministério da Saúde e Secretarias da Saúde (Municipais e Estadual).
2. Realização de entrevistas junto aos atores envolvidos na construção, implementação e [re]elaboração do Programa “Academia da Saúde”. Utilizar-se-á a técnica semiestruturada aos elaboradores da referida política (legisladores, gestores); aos atores que atuam junto ao programa será aplicada a entrevista episódica, pois se admite a importância do conhecimento experimental desses indivíduos. Por fim, com os usuários e/ou comunidade que usufrui da política investigada, pensando em iniciar a etapa 4 da pesquisa, assume-se o método de grupo focal. Tendo em vista o princípio de territorialidade da política pública em questão, é fundamental compreender, a partir das narrativas conjuntas, a maneira que o grupo interpreta e compreende a realidade do programa “Academia da Saúde”.
3. Observação participante, tendo em vista que a pesquisadora desenvolverá uma *insider research*. Flick (2004, p. 152) destaca que esse método se caracteriza pelo “[...] fato de o pesquisador mergulhar de cabeça no campo, de ele observar a partir de uma perspectiva de membro, mas, também, de influenciar o que é observado graças à sua participação”.

ETAPA 3) Análise e interpretação dos dados

Os dados obtidos serão organizados em programas específicos para análise e compilação de dados, assim como em planilhas eletrônicas. Buscar-se-á evidenciar relações entre variáveis de identificação e de participação e o processo de institucionalização e legitimação do Programa Academia da Saúde.

No que se refere à análise de dados obtidos através de entrevistas aplicadas com os atores de linha de frente (gestores municipais, equipe EsF, equipe “Academia da Saúde”, usuários, conselhos municipais e movimentos comunitários), será utilizado para construção de códigos o programa de análise qualitativa *Atlas-ti*.

Para dados obtidos através de fontes estatísticas (FormSus, PNAD, etc.), utilizar-se-á o *PSPP* ou *Stata* para análise de variáveis e criação de gráficos e tabelas.

As categorias construídas serão utilizadas nesta etapa da pesquisa visando atingir os objetivos propostos aqui. Tomam-se por categorias a serem analisadas: acesso e participação; compreensão e incorporação de crenças e valores; confiança e legitimidade; interação social e reflexividade e dominação, poder (*empowerment*) e emancipação.

Fundamentalmente, a pesquisa cumprirá os ditames e as normas éticas estabelecidas pelo sistema CONEP/CEP ao qual a pesquisa será submetida à avaliação. Os sujeitos e as instituições participantes serão esclarecidos acerca dos benefícios e riscos do presente estudo e formalizarão suas participações através de instrumentos próprios: TCLE e Termo de Anuência.

5 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	PERÍODO
1ª FASE	
Revisão de literatura e cumprimento de atividades curriculares do PPGS (créditos de disciplinas, participação em eventos)	Fevereiro/2016 a dezembro/2016
Revisão de Projeto de Pesquisa	Agosto/2016 a janeiro/2017
Entrega de Projeto de Pesquisa	Janeiro/2017
Submissão de Projeto de Pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFG	Fevereiro/2017
2ª FASE	
Levantamento de dados: documentos, leis, manuais e protocolos	Março/2017 a junho/2017
Construção de primeiro capítulo da tese	Março/2017 a junho/2017
Revisão de primeiro capítulo da tese	Julho/2017
3ª FASE	
Seleção de locais para realização de pesquisa de campo	Junho/2017 a agosto/2017
Participação em eventos científicos	Julho/2017 e outubro/2017
Construção de segundo e terceiro capítulo da tese	Agosto/2017 a dezembro/2017
Qualificação de tese	Novembro/2017
4ª FASE	
Realização de pesquisa de campo	Novembro/2017 a maio/2018
Tabulação e análise de dados	Março/2018 a junho/2018
Construção de quarto capítulo da tese	Abril/2018 a agosto/2018
Envio de Relatório Parcial ao CEP/UFG	Março/2018
Revisão e finalização de tese	Agosto/2018 a outubro/2018
Participação em eventos científicos	Julho/2018 e outubro/2018
Publicação em periódicos	Janeiro/2018 a outubro/2018
Defesa de tese	Fevereiro/2019
Envio de Relatório Final ao CEP/UFG	Junho/2019

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.

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.

_____. 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.

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**. Campinas: Papirus, 1996.

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.

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

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

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

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.

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).

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>.

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.

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