



INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: DEFINIÇÕES NA GESTÃO MUNICIPAL

INSTITUTIONALIZATION OF HEALTH PROMOTION PROGRAMS: DEFINITIONS IN MUNICIPAL MANAGEMENT

INSTITUCIONALIZACIÓN DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD: DEFINICIONES EN LA GESTIÓN MUNICIPAL

Kênia Lara Silva¹, Roseni Rosângela de Sena², Paloma Morais Silva³, Roberta Viegas Magalhães⁴, Tatiana Silva Tavares⁵

RESUMO

Objetivo: analisar a definição e implantação de programas de promoção da saúde na gestão municipal. **Método:** estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa. Os dados foram obtidos de entrevistas com 24 gestores responsáveis pela definição da política de promoção da saúde em três municípios. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo ETIC 0652.0.203.000-10. **Resultados:** revelou-se uma pluralidade conceitual e metodológica nas ações de promoção da saúde desenvolvidas em programas com financiamento federal, reproduzindo um modelo de institucionalização programática descendente. Evidenciam-se rotas de fuga dessa institucionalização em um conjunto de práticas realizadas no nível local que escapam à normativa das políticas e se apresentam como invenções. **Conclusão:** prevalece o desafio de fortalecer a autonomia do nível local na redefinição das práticas de promoção da saúde. **Descritores:** Promoção da Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Objective: analyzing the definition and deployment of health promotion programs in municipal management. **Method:** descriptive and exploratory study with a qualitative approach. Data were obtained through interviews with 24 managers responsible for defining the health promotion policy in three municipalities. The research project was approved by the Research Ethics Committee, under the protocol ETIC 0652.0.203.000-10. **Results:** a conceptual and methodological plurality was revealed in the health promotion actions developed in programs with federal funding, by reproducing a downward programmatic institutionalization model. There is evidence of escape routes from this institutionalization in a set of practices performed at the local level that avoid policies' standards and emerge as inventions. **Conclusion:** the challenge of strengthening autonomy at the local level in order to redefine health promotion practices prevails. **Descriptors:** Health Promotion; Public Health Policies; Health Management.

RESUMEN

Objetivo: analizar la definición e implantación de programas de promoción de la salud en la gestión municipal. **Método:** estudio descriptivo y exploratorio de enfoque cualitativo. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas a 24 gestores responsables de la definición de la política de promoción de la salud en tres municipios. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, bajo el protocolo ETIC 0652.0.203.000-10. **Resultados:** se reveló una pluralidad conceptual y metodológica en las actividades de promoción de la salud desarrolladas en programas con financiación federal, mediante la reproducción de un modelo de institucionalización programática descendente. Hay evidencias de rutas de escape de esta institucionalización en un conjunto de prácticas llevadas a cabo en el nivel local que escapan a las normas de las políticas y se presentan como invenciones. **Conclusión:** prevalece el reto de fortalecer la autonomía del nivel local en la redefinición de las prácticas de promoción de la salud. **Descritores:** Promoción de la Salud; Políticas Públicas de Salud; Gestión de la Salud.

¹Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: kenialara17@yahoo.com.br; ²Enfermeira. Professora Emérita da Escola de Enfermagem da UFMG. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem (Nupepe) da UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: rosenisena@uol.com.br; ³Enfermeira. Aluna de mestrado na Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: palomamorais@gmail.com; ⁴Enfermeira. Aluna de mestrado na Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte (MG) Brasil. E-mail: robertavm84@yahoo.com.br; ⁵Enfermeira. Aluna de doutorado na Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: tatianasilvatavares@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A Carta de Ottawa, de 1986, destaca a importância da promoção da saúde e a influência dos aspectos sociais sobre a saúde dos indivíduos e da população, caracterizando-a como o “[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”.^{1,9}

A Carta de Ottawa estabelece cinco estratégias para efetiva implantação da promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais², indicando que a promoção da saúde deve influenciar na organização do sistema de saúde nas diferentes regiões do mundo.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece a promoção da saúde como estratégia para atuar sobre os determinantes do processo saúde-doença, tais como violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água, e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde.³ Para sua efetivação, assiste-se a investimentos no campo, com indução federal, que disparam a oferta de ações em eixos prioritários para satisfazer demandas e necessidades de saúde da população.⁴

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), promulgada em 2006, surgiu como uma proposta de política transversal, que opera articulando e integrando as várias áreas técnicas especializadas, os vários níveis de complexidade e as várias políticas específicas de saúde.

A PNPS destaca ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas quanto ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas lícitas e ilícitas.⁵ As diretrizes definidas na PNPS incluem o financiamento; estímulo às ações intersetoriais; fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde; promoção de mudanças na cultura organizacional; incentivo à pesquisa e à divulgação e informação das iniciativas voltadas à promoção da saúde para profissionais da saúde e gestores e usuários do SUS.³ Ao mesmo tempo, sinalizam o movimento da promoção da saúde,

subsidiando as decisões políticas e gerenciais em saúde.⁶

Os pressupostos da PNPS indicam a ampliação dos processos de integração orientados pela cooperação, solidariedade e gestão democrática dentro do setor da saúde e deste com os outros setores das políticas sociais e econômicas.³ Esses pressupostos estabelecem como responsabilidade do gestor municipal implementar a PNPS nas realidades locais em consonância com as diretrizes definidas no âmbito nacional, além de pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da Política de Promoção da Saúde.³

A promoção da saúde considera a diversidade de ações para preservar e aumentar o potencial de indivíduos e comunidades para a escolha dos modos de viver saudáveis, pautada na integralidade do cuidado e na construção de políticas favoráveis à vida por meio de articulação intersetorial.⁴

No mesmo período da promulgação da PNPS, foram lançadas outras políticas que têm como foco a atuação sobre os hábitos ou comportamentos dos indivíduos favorecendo estilos de vida mais saudáveis. Destacam-se a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC)⁷; o Programa Academia da Saúde⁸, que estimula a criação de espaços públicos adequados para a prática de atividade física e lazer; a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)⁹, composta pelo Programa Peso Saudável, que tem como propósito promover práticas alimentares saudáveis; o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física “Agita Brasil”¹⁰, que visa a incrementar o conhecimento da população sobre os benefícios da atividade física ao chamar a atenção para sua importância como fator predominante de proteção à saúde.

Tradicionalmente, o modelo de formulação e implementação de políticas no Brasil é caracterizado como *top-down*, ou seja, as decisões são tomadas por autoridades que têm um certo controle do processo e decidem quais políticas serão implementadas e como elas serão implementadas.¹¹ De modo geral, essas políticas são publicadas na forma de programas normativos, regulatórios, quanto ao escopo, ações, metas e forma de avaliação. Essa lógica mostra-se contraditória ao pensamento estabelecido para a promoção da saúde, a qual exige uma construção com a participação de diversos segmentos, envolvendo a sociedade civil e os setores públicos e privados.²

No Brasil, a circunstância-chave em termos políticos e institucionais para o

desencadeamento da construção de uma política de promoção da saúde foi a indução, por meio de financiamento, de organismos internacionais para inseri-la na agenda brasileira.¹²

Estudo revelou que as ações de promoção da saúde desenvolvidas no nível municipal ficam restritas aos eixos centrais definidos na PNPS e reproduzem estratégias em uma relação vertical e centralizada.⁶ Sem negar a necessidade de um Estado indutor, articulador e agregador de condições estruturantes para a promoção da saúde no território, o predomínio das políticas definidas na esfera federal acarreta a uniformização da organização da atenção à saúde no país, desconsiderando as particularidades de cada estado e de cada município.

Na contramão do movimento ascendente de valorização de práticas locais, a publicação de programas federais contradiz a descentralização e valorização das definições no nível local. Nesse sentido, questiona-se: É possível construir rotas de fuga a esse processo? Ou seja, há sinais de superação da institucionalização programática descendente na definição política e no investimento na promoção da saúde?

OBJETIVO

- Analisar a perspectiva política da promoção da saúde e sua definição na gestão municipal.

MÉTODO

Estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa, ancorado no referencial teórico-metodológico da dialética.

Os dados foram obtidos de entrevistas com 24 gestores responsáveis pela definição da política de promoção da saúde nos municípios de Belo Horizonte, Betim e Contagem, em Minas Gerais. Em Belo Horizonte foram incluídos como sujeitos os gerentes de atenção à saúde das 9 regionais do município. No município de Contagem foram incluídos 8 participantes que atuam como referência técnica nos distritos sanitários. No município de Betim foram entrevistados 4 participantes ligados à coordenação municipal de saúde ou à coordenação de programas de promoção da saúde. Na apresentação dos resultados, os temas são exemplificados com trechos dos depoimentos dos participantes codificados com a letra “G” numerada de 1 a 24, quando se trata de discurso de gerente; “M” numerada de 1 a 3, para os municípios; e “N1” (nível municipal) e “N2” (nível distrital).

A entrevista foi orientada por roteiro semiestruturado e gravada em áudio. O material foi transcrito e submetido à análise de conteúdo temática. Foram realizadas leituras sucessivas das transcrições das entrevistas para identificar os enunciados significativos, considerando os objetivos da pesquisa. Estes foram organizados de acordo com seu tema. Procedeu-se, então, à categorização empírica pela associação dos temas que apareceram repetidamente.

Em relação aos aspectos éticos, a solicitação de autorização para realizar a pesquisa foi feita por meio de carta às secretarias de saúde em cada um dos municípios-cenário. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), sob o Parecer ETIC 0652.0.203.000-10. A coleta de dados foi precedida de contato com profissionais solicitando a participação na pesquisa. Foi entregue carta individual de apresentação do projeto de pesquisa e o termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que os dados só foram coletados após a leitura e assinatura desse termo.

RESULTADOS

Os resultados indicam que há diversidade nas ações de promoção da saúde citadas pelos participantes. Há polissemia do conceito de promoção da saúde. Revela-se pluralidade conceitual e metodológica, ora sustentada em diretrizes políticas de mesma origem, ora orientada por diferentes campos de conhecimento e prática.

Um dos exemplos, destacado pelos participantes do estudo, é a inclusão das práticas integrativas e complementares (PIC) no modelo promoção da saúde. Essas práticas não foram reveladoras, no estudo, dos princípios de promoção da saúde. Evidencia-se também esse achado na alocação dos tradicionais grupos organizados na saúde pública (hipertensão arterial, diabetes mellitus, gestantes, entre outros) como promoção da saúde.

Há práticas de saúde voltadas para academia na cidade, Lian Gong, ações do NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família] e hoje começa a falar também de práticas de prevenção de agravos crônicos, que incluem o tabagismo, ações do NASF voltadas para obesidade, mas não existe uma visão mais ampla que inclui os determinantes sociais. (G1.M1.N1)

Nós temos os grupos educativos, principalmente com diabetes e hipertensão, trabalham a questão de mudança de hábitos. (G24.M3.N2)

Eu observo assim, nas visitas que eu fiz aos centros de saúde: quando eu converso com os gerentes, os grupos prioritários hipertensão e diabetes e gestantes, quase todos os centros de saúde têm. Mas eu tenho percebido que eles vão se organizando de acordo com demanda. (G3.M1.N2)

O investimento no componente atividade física, eixo prioritário da PNPS, ganha destaque pela presença em grande escala das academias da saúde nos municípios. A academia da saúde (ou “academia da cidade”, como é chamada em um dos cenários) é o cartão de visitas da promoção da saúde para a gestão dos três municípios, seguido do Lian Gong em dois municípios.

Ao mesmo tempo que a expansão das academias e outras práticas corporais revela o movimento de indução federal necessário à reversão do modelo de atenção, com incentivo aos hábitos de vida saudáveis, ela pode sinalizar a redução do espaço de liberdade e criação dos municípios e distritos para reinventar seus próprios dispositivos.

De modo geral, as práticas de promoção de saúde citadas com frequência estão vinculadas à PNPIC, ao Programa Saúde na Escola (PSE), aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ao Programa Bolsa Família (PBF).

Academia da cidade, Lian Gong, que são projetos institucionais no caminho da promoção da saúde e tem um enfrentamento mais pesado, no sentido de estar disponível, possibilitar acesso. As questões que ainda põem outros determinantes, que são doenças, a questão da alimentação, ela fica na unidade [básica de saúde]. Então, tem oferta do programa de antitabagismo; em relação à nutrição, melhorar alimentação, grupos de obesidade em parceria com o NASF para esse tipo de intervenção. (G9.M1.N2)

Eh, com a educação, o programa na escola que a gente faz em todas as escolas municipais. Também [sob esta gerência], Bolsa Família, saúde na escola, esses todos que eu tô falando é tudo meu. (G4.M1.N2)

Nos discursos dos entrevistados, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade são citados como marcadores de promoção da saúde. Para eles, a existência de programas, ações intersetoriais e atividades que se realizam em intercâmbios ou parcerias com objetivos comuns representam, *per se*, práticas de promoção da saúde.

Tá! E isso, bom, aí você vai ver, a gente tem no Programa Bolsa Família, a gente tem um núcleo intersetorial regional, isso em todas as regionais, formado, aí, por educação, assistência social e saúde. (G4.M1.N2)

A gente tem algumas ações que são do NASF, mas, aí, é com uma visão mais

multidisciplinar, várias outras categorias profissionais, então, existem algumas ações assim, do NASF. (G6. M1.N2)

De modo geral, os gestores indicam como “boas práticas de promoção da saúde” aquelas desenvolvidas em programas prioritários com financiamento setorial. Dessa forma, a maior parte das ações e práticas está vinculada a diretrizes políticas nos eixos da PNPS ou de outras políticas e programas federais reproduzindo o modelo *top-down*.

[...] vem os pacotões do nível central que caem sobre a gente. (G4.M1.N2)

Vem tudo dentro do mesmo pacote [federal]. Específico [do município] não. Tudo dentro do PSE... (G6. M1.N2)

Na verdade, quando isso vira política de governo, ele termina sendo uma coisa mais exitosa... um exemplo é o PSE. Ele é um projeto que está colocado no plano de governo do prefeito e o prefeito tem cobranças em cima desse programa. [...] a gente tem que sentar, tem que prestar contas pra alguém... Acho que se elas não virarem política pública, fica da iniciativa heroica de cada um que está naquele espaço. [...] E tem que ter uma definição até com suporte institucional, porque só fala que política é política se tem dinheiro pra que ela aconteça. (G8.M1.N2)

Ainda que se reconheçam as ações realizadas no nível local, o destaque nas práticas de promoção da saúde realizadas nos municípios é para aquelas vinculadas a projetos prioritários de indução federal, prevalecendo uma institucionalização programática descendente.

E é claro que cada centro de saúde tem o seu nível de poder e vai também fazendo as coisas, desenvolvendo de acordo com a criatividade, de acordo com... permanecendo as diretrizes da secretaria. Isso é obrigado. (G4.M1.N2)

Gestores municipais que estão vinculados ao nível central e ocupantes de cargos na gestão distrital reconhecem a influência das políticas nacionais na oferta das práticas. Percebe-se o reconhecimento da reprodução dos pacotes federais dependendo do lugar ocupado pelo entrevistado.

As iniciativas ainda focadas em programas: PSE. No campo da promoção da saúde ela é financiada por programas. Você não vê uma lógica de financiamento, que é do sujeito e da sua necessidade, de fazer um investimento no sujeito. Hoje, você tem financiamento para o PSE, pra academia, pro NASF. (G8.M1.N2)

Porque a gente observou que existe diferença na organização dos processos de trabalho de acordo com o perfil de cada gerente de cada unidade. (G3.M1.N2)

[...] a gente vive falando que vem os pacotões do nível central que caem sobre a gente e tudo mais. E a gente tá pedindo um pacote. Qual que é a nossa parte nisso daí? Tá na hora da gente começar a criar alguma coisa pra demandar essa política em cima do que a gente tem em vez de a política vir nos contemplar e não pra ser uma que vem, que tá vindo e vai tá vindo dessa forma. E essa prática também não é contemplada, e quem mais grita por isso, né? As armas hoje são essas. Eu acho que é o grande desafio. (G4.M1.N2)

Tudo leva a crer haver rotas de fuga da institucionalização programática descendente. Foi possível evidenciar que há um conjunto de práticas realizadas no nível local com ações tais como coral, dança de idosos, Shantala, massagem dos trabalhadores, ações de saúde ambiental, ações voltadas para adolescentes, entre outras.

Tem ações em parceria com a assistência social (grupos de idosos, grupos da juventude); tem um contato próximo com o pessoal do conselho tutelar e dentro das unidades tem um parceria e uma relação mais estreita com o CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], BH Cidadania. (G9.M1.N2)

Então, tem um monte de coisas que são experiências que as unidades vão colocando e que eu acho que fazem uma diferença enorme. (G4.M1.N2)

[...] Lian Gong e academia da cidade, como se fossem as únicas ações e não são. Eu acho que as unidades fazem atividades muito legais de promoção da saúde. [...] Bom, eu acho que tem um retorno muito positivo, praticamente todas, vamos dizer assim, que os grupos tão sempre formando mais grupos e as pessoas dando um retorno de que tão melhorando, assim, em termos de bem-estar delas. Então, assim, quando a gente faz o grupo de obesidade, o Shantala. A gente tem esses retornos dos usuários que melhoraram, a qualidade de vida deles melhorou. (G10.M1.N2)

Os achados permitem evidenciar que as práticas exitosas tomadas como experiências desenvolvidas por iniciativa dos profissionais do nível local “escapam” à normativa das políticas e se apresentam como invenções.

Independente se é fono[audiólogo], enfermeiro, no nível local eu não consigo visualizar... O trabalho lá na ponta escorre, escapa da necessidade da gestão. Que eu falo, assim, o nível central é propositivo de políticas públicas, diretrizes, mas o fazer acontecer lá a gente até pode ter linhas, diretrizes, mas o que executa é a ponta. (G1.M1.N1)

Tem ações pontuais de algumas unidades. Eu sei que tem um intervenção com adolescentes; tem um grupo que chama

Luluzinha da escola pra trabalhar a sexualidade na adolescência. Se você for pras unidades, você vai descobrir mais coisas que eu não tenho conhecimento e que fazem parte da especificidade de cada unidade com a comunidade. (G9.M1.N2)

Os grupos de promoção à saúde foram grupos matriciais. Então, não existia mais cada equipe fazendo o seu... [...] Os grupos matriciais são os grupos de gestantes, grupo da acupuntura, do planejamento familiar, dos idosos. E das crianças com aids. Mas agora, isoladamente, a gente vai saber de alguns outros centros de saúde que trabalham com a dança. (G3.M1.N2)

A institucionalização dos investimentos na alimentação saudável revela-se como eixo de ação da promoção da saúde. Nesse aspecto, as práticas referidas são grupos de controle de obesidade; ações de alimentação e nutrição nas escolas e em grupos da comunidade. Essas práticas aparecem atribuídas quase exclusivamente aos NASF e, pontualmente, ao PSE, com foco direcionado à obesidade, sobrepeso e avaliação de risco. Esse resultado contraria a amplitude das questões da alimentação definidas na PNPS.

[...] o SISVAN [Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional] pra essas questões de alimentação e nutrição saudável, que também tão dentro dessa questão de promoção da saúde. (G21.M3.N1)

Com o Programa de Saúde na Escola, que a gente tá fazendo um trabalho muito interessante na escola, em que o enfermeiro é o ponto-chave mesmo, pra algumas ações, por exemplo, medir, pesar, índice de massa corporal e medir a pressão arterial de todas as crianças da escola que estão no Programa Saúde da Família. E, aí, analisar esses dados e identificar quais são as crianças que estão acima do peso, abaixo do peso ou têm alguma alteração da pressão arterial, além de identificá-las, encaminhá-las para alguma avaliação e acompanhamento nas equipes de origem delas. (G14.M2.N2)

E na semana passada o objetivo era falar da prevenção da obesidade. Inclusive, as ações foram muito bacanas! Vocês tiveram a oportunidade de ver no jornal? Eu acho que isso tá chamando um pouco a atenção das equipes. (G3.M1.N2)

É importante destacar que os demais eixos da PNPS – prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do 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 – aparecem de forma inexpressiva no discurso dos entrevistados. O programa de cessação do tabagismo foi citado de uma forma pontual.

[...] *educação em saúde que eles fazem, né, os grupos, eles participam dos grupos de controle do tabagismo, a maioria deles, são os enfermeiros que tão conduzindo esses grupos, né, o controle do tabagismo.* (G23.M3.N1)

Essa constatação pode ser explicada pela não priorização desses eixos na agenda política da promoção da saúde, ainda que representem objetos relevantes para o conjunto das necessidades de saúde da população.

[...] *algumas unidades têm o tabagismo, que é uma ação bacana, e, aí, a gente percebe que há unidades que participam, a enfermagem tá lá, ativamente participando.* (G24.M3.N2)

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram a incorporação das diretrizes da PNPS pelos gestores dos municípios estudados, contudo, a verticalização e a institucionalização programática descendente dificultam a criação de “rotas de fugas” no nível local. Em geral, existe uma adaptação e transposição de ações de prevenção realizadas em nível local para adquirir características da promoção.

Nesse contexto, o trabalhador executa as ações estabelecidas nos programas, incidindo em uma proposição programática que se torna uma limitação tecnológica, com burocratização do trabalho, com consequências na motivação de seus agentes.¹³ Assim, parece haver pouco espaço para discussão de outras ações que deveriam estar contempladas no âmbito da promoção da saúde.

Independente se a implementação da política ocorre em uma perspectiva *top-down* ou *bottom-up*, a atividade física, as práticas corporais e a alimentação saudável destacam-se na oferta das práticas de promoção da saúde apresentadas, sobretudo, pelas academias da saúde/cidade. A falta da prática de exercícios físicos regulares, vista como um fator de risco primário e independente para muitos agravos à saúde, particularmente as doenças cardiovasculares e metabólicas¹⁴, tornou-se foco de ações de políticas públicas.

As academias da saúde/cidade surgiram diante desse quadro desfavorável no que se refere à prática de atividades físicas pela população e motivou organizações internacionais e nacionais a incluírem a atividade física na agenda mundial. Com base na proposta das cidades saudáveis, surgida em 1978 em Toronto, Canadá, algumas cidades brasileiras tiveram a iniciativa de desenvolver programas de promoção da atividade física,

enfocando o aumento do nível de atividade física da população e a ampliação do conhecimento sobre os benefícios da prática.¹⁵

Assim, a PNPS incluiu a promoção de atividades físicas na agenda nacional, e a Portaria n. 2.608, de 28 de dezembro de 2005, destina recursos a todos os estados da Federação para investimento em projetos locais de incentivo à atividade física.³ O objetivo principal do programa é a promoção de atividades físicas, lazer e alimentação saudável para a comunidade.¹⁵

Diante desse contexto, a expansão da atividade física e das práticas corporais pode ser explicada por dois movimentos simultâneos: político e cultural. No primeiro, é evidente a resposta dos municípios à política indutora, em especial, com aporte financeiro¹⁶, para a implantação do Programa Academia da Saúde. O segundo movimento retrata uma mudança cultural com estímulo à atividade física no cotidiano.

Apesar das evidências acumuladas sobre os benefícios da atividade física regular para a saúde, estudos têm indicado baixos níveis desse comportamento na população. A participação nesses programas passa pela própria compreensão dos indivíduos acerca da atividade física, saúde, corpo e qualidade de vida, assim como pelos princípios que justificam tais ações tanto por parte do poder público como da iniciativa privada. Além disso, a literatura revela que a adesão à prática de atividades físicas sofre influência de fatores como: experiências anteriores na prática esportiva e de exercícios físicos; apoio do cônjuge e de familiares; aconselhamento médico; conveniência do local de exercitação; gênero; disponibilidade de tempo; condição socioeconômica; conhecimento sobre exercício físico; e acesso a instalações e espaços adequados à prática desses exercícios.¹⁵

Assim, com sua expansão, o Programa Academia da Saúde tem criado oportunidade de atividade física no lazer para outros estratos populacionais que habitualmente não têm muitas oportunidades para isso, porém, existem outros fatores inerentes aos sujeitos que podem favorecer ou não a prática dessas atividades.

Historicamente, a circunstância-chave em termos políticos e institucionais para o desencadeamento da construção de uma política de promoção foi a indução, por meio de financiamento, de organismos internacionais para inseri-la na agenda brasileira. Também é importante ressaltar que a aprovação da PNPS revela que boa parte das políticas de saúde tem sua vigência voltada ao

setor público. Mesmo contando com um representante da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o foco da PNPS são os níveis federal, estadual e municipal da saúde, ainda que algumas das ações designadas a ela visem a atingir setores não governamentais.¹²

A verticalização de políticas e programas aparece como um fator que induz à promoção à saúde. A indução pode ser apontada como ativadora de processos locais, destacando-se o fator do financiamento federal. Permite, ainda, a difusão de conceitos e a inovação de práticas exercidas como prevenção. O modelo de atenção com foco na doença possui uma força historicamente estabelecida, que não cede apenas por boas intenções. Decisões governamentais precisam ser tomadas e implementadas com financiamento.¹² Por outro lado, a verticalização é enfatizada pelos entrevistados em seu caráter normativo. Mesmo destacando seu caráter mandatário, ao ser implantado nos níveis locais, ocorre uma adesão a política e aos programas relacionados.

A análise dos resultados sinaliza a reconfiguração e flexibilização dos modelos *top-down* e *bottom-up*, aportado em outros estudos¹⁷ que demonstram que a centralização e a descentralização decisória podem ser combinadas para maior efetividade das intervenções.

Destaca-se que, para lidar com os problemas estruturais e complexos relacionados a uma abordagem mais ampla de saúde, a implementação de políticas não pode ser realizada de maneira instrumental, desconsiderando as particularidades do contexto local. Políticas e ações dependem da mobilização dos setores sociais e da participação da sociedade civil, sobretudo em contextos de pobreza e iniquidades, para a efetividade da intervenção e a produção de mudanças mais abrangentes e sustentáveis em termos sociais, ambientais e políticos.¹⁷

Os resultados possibilitam indicar a necessidade de um processo de educação permanente dos profissionais e usuários sobre aspectos conceituais de promoção da saúde¹⁸ e sua vinculação ao cotidiano. Nesse aspecto, os benefícios da promoção da saúde devem ser analisados como potencializadores da qualidade de vida, dos trabalhadores e dos usuários.

Conclui-se que há avanços na implementação da PNPS com indução de programas no nível municipal.

Contudo, prevalece o desafio de fortalecer a autonomia do nível municipal e local na redefinição das práticas de promoção da

saúde, garantindo, para isso, sua sustentabilidade e inovação pertinentes à capilaridade e especificidade local.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig).

REFERÊNCIAS

1. Ferreira JR, Buss P. Atenção primária e promoção da saúde. In: Brasil. As cartas da promoção da saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p. 7-18.
2. Heidmann ITSB, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Texto & Contexto Enferm* [serial on the internet]. 2006 [cited 2015 Oct 26];15(2):352-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>.
3. Brasil. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
4. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde* [serial on the internet]. 2009 [cited 2014 June 16];18(1):79-85. Available from: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n1/v18n1a08.pdf>.
5. Campos GW, Barros RB, Castro AM. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9(3):745-9.
6. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Silva MEO, Freire LAM. Desafios da política, da gestão e da assistência para a promoção da saúde no cotidiano dos serviços. *REME Rev Min Enferm* [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 Oct 26];16(2):178-87. Available from: <file:///D:/v16n2a05.pdf>.
7. Brasil. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
8. Brasil. Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
9. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
10. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a

qualidade de vida. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2002 [cited 2015 Oct 26];36(2):254-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n2/9222.pdf>.

11. Oliveira JAP. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. Rev Adm Pública [serial on the internet]. 2006 [cited 2015 Oct 5];40(1):273-88. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v40n2/v40n2a06.pdf>.

12. Ferreira Neto JL, Kind L, Resende MCC, Colen NS. Processos de construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2013 [cited 2015 Oct 26];29(10):1997-2007. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a16v29n10.pdf>.

13. Nemes MIB. Programas e ações na unidade básica. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 59.

14. Ekblom-Bak E, Ekblom B, Vikström M, Faire U, Hellénus M-l. The importance of non-exercise physical activity for cardiovascular health and longevity. Br J Sports Med. 2014;48(3):233-8.

15. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepção de usuários e não usuários. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2010 [cited 2015 Oct 26];26(1):70-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/08.pdf>.

16. Silva KL, Sena RR, Belga SMMF, Silva PM, Rodrigues AT. Health promotion: challenges revealed in successful practices. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2014 [cited 2014 June 17];48(1):76-85. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v48n1/en_0034-8910-rsp-48-01-0076.pdf.

17. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. Ciênc Saúde Coletiva [serial on the internet]. 2009 [cited 2015 Oct 26];14(3):861-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/21.pdf>.

18. Oliveira ES, Oliveira CR, Oliveira RC, Souza FS, Xavier IS. National Policy on Health Promotion and Nursing Practice: integrative review. Rev Enferm UFPE On Line [serial on the internet]. 2014 [cited 2014 June 12];8(3):735-41. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage>

m/index.php/revista/article/view/3448/pdf_4769.

Submissão: 17/06/2014

Aceito: 11/10/2015

Publicado: 01/12/2015

Corresponding Address

Kênia Lara Silva
Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190, sala 508 – Santa Efigênia
CEP 30130-100 – Belo Horizonte (MG), Brazil