CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA (UNIALFA)

PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MDR)

Jacio Luiz da Silva Pereira

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE INCENTIVO À ATIVIDADE FÍSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS

GOIÂNIA-GO

DEZEMBRO DE 2017

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA (UNIALFA)

PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

MESTRADO PROFISSIONAL EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MDR)

Jacio Luiz da Silva Pereira

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE INCENTIVO À ATIVIDADE FÍSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS

Dissertação submetida à banca examinadora, como requisito parcial, para a obtenção do Título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Centro Universitário Alves Faria - Mestrado Profissional em Desenvolvimento Regional.

Prof. Orientador:
Dr. Alzino Furtado de Mendonça

Linha de Pesquisa:
Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional

GOIÂNIA-GO

DEZEMBRO DE 2017

Catalogação na fonte: Biblioteca FADISP

P436a Pereira, Jacio Luiz da Silva
Análise da implementação das ações de incentivo à atividade física no âmbito da política de promoção da saúde no município de Goiânia-Goiás / Jacio Luiz da Silva Pereira – 2017.
99 fls; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA) – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Linha de Pesquisa: Análise e Políticas de Desenvolvimento Regional – Goiânia, 2017.

Orientador (a): Prof. Dr. Alzino Furtado de Mendonça

Inclui bibliografia

1. Política pública. 2. Promoção da saúde. 3. Atenção primária 4. Atividade física. I. Pereira, Jacio Luiz da Silva. II. UNIALFA – Mestrado em Desenvolvimento Regional. III. Título.

CDU: 323.2

UNIALFA
CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU

ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DEFESA

Aos 14 dias do mês de dezembro de 2017, a partir das 14:00 horas, na sala Alianças 4 realizou-se a Banca Examinadora de Defesa do trabalho abaixo identificado:

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE INCENTIVO À ATIVIDADE FÍSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA-GOIÁS

Do(a) aluno(a): Jacio Luiz da Silva Pereira

A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Dr (a) Alzino Furtado de Mendonça UNIALFA/Orientador

Prof.(a) Dr (a) Cintia Neves Godoi UNIALFA/Membro

Prof.(a) Dr (a) Ewerton Rodrigo Gassi Membro Externo

Feita a apresentação oral do Trabalho e tendo sido o(a) aluno(a) arguido(a) pela Banca Examinadora, o (a) Professor(a) Orientador(a) e os Professores Membros da Banca procederam à avaliação do (a) aluno(a) e decidiram:

Aprovado: X Reprovado: _____

Na versão final, o mestrando deve fazer as complementações sugeridas pela banca avaliadora.

Por ser verdade, assinam a presente Ata de Defesa, os membros da Banca Examinadora.

PROFESSOR ORIENTADOR	PROFESSOR MEMBRO	PROFESSOR MEMBRO EXTERNO
NOME: Alzino Furtado de Mendonça	NOME: Cintia Neves Godoi	NOME: Ewerton Rodrigo Gassi
ASSINATURA:	ASSINATURA: Cintia Neves Godoi	ASSINATURA:

RESUMO

Pereira, J. L. S. **Análise da implementação das ações de incentivo à atividade física no âmbito da política de promoção da saúde no município de Goiânia-Goiás. 99** f. (Mestrado) - Centro Universitário Alves Faria, Goiânia, 2017.

O conceito de saúde evolui a partir de uma tensão entre dois paradigmas: o médico-biológico e o paradigma da medicina social. O primeiro aborda a patologia e o agente etiológico para fins de cura, e o segundo, que inspirou o movimento pela promoção da saúde, aborda a problemática do processo saúde-adoecimento em um contexto mais complexo, considerando aspectos econômicos, sociais e culturais. Esta pesquisa tem o objetivo de analisar ações de incentivo à atividade física no âmbito da política de promoção da saúde no município de Goiânia-Goiás. Nesse sentido, foram realizadas uma pesquisa do tipo analítica, com abordagem qualitativa e uma pesquisa de campo. As fontes de dados são a Gerente de Atenção Primária, gestora da política de promoção da saúde/fomento às atividades físicas da Prefeitura Municipal de Goiânia, professores de Educação Física lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, usuários da atenção básica e documentos relacionados às ações de promoção da saúde. Como instrumento de coleta de dados foram utilizados questionários com questões fechadas. As questões contemplaram informações a respeito da implementação da Política de Promoção da Saúde, bem como aspectos relacionados à qualidade de vida e às atividades realizadas pelos usuários. As informações obtidas foram organizadas e agrupadas segundo o seu conteúdo, sendo que a unidade de analise está ligada à implementação da política publica. Como resultados principais os dados evidenciaram que a implementação do Programa Academia da Saúde não ocorreu em Goiânia e que não está sendo ministrada a prática de atividade física pelos profissionais da Educação Física do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Destaca-se a não percepção dos usuários em potencial em relação ao NASF como um núcleo composto por uma equipe multiprofissional de saúde. As conclusões do estudo indicam, ainda, que o principal impedimento para a implementação do Programa Academia da Saúde está nos trâmites administrativos e políticos, uma vez que o recurso para sua implantação foi disponibilizado. Na falta de implementação do Programa, usuários pesquisados afirmaram participar de algumas iniciativas nem sempre sistematizadas e sem o devido acompanhamento profissional, necessário para conferir os benefícios da prática regular de atividade física.

Palavras-Chave: Política pública. Promoção da saúde. Atenção primária. Atividade física.

ABSTRACT

Pereira, J. L. S. **Analysis of the implementation of actions to encourage physical activity within the scope of the health promotion policy in the city of Goiânia-Goiás**. 99 f. (Mestrado) Centro Universitário Alves Faria, Goiânia, 2017.

The concept of health evolves from a tension between two paradigms: the biological-medical and the paradigm of social medicine. The first deals with the pathology and etiological agent for healing purposes, and the second one, which inspired the movement for health promotion, addresses the health-disease process in a more complex context, considering economic, social and cultural aspects. This research aims to analyze actions to encourage physical activity within the scope of health promotion policy in the city of Goiânia-Goiás. In this sense, an analytical type research was carried out, with a qualitative approach and a field research. The data sources include managers, technicians of the Municipal Health Department of Goiânia, primary care users and documents related to health promotion actions. As a data collection instrument, questionnaires answered by managers, by Physical Education teachers of the Municipal Health Department and by users of basic health care were used. The issues included information about the implementation of the Health Promotion Policy, with emphasis on actions to encourage physical activity in the city, as well as aspects related to quality of life and activities carried out by users. The information obtained was organized and grouped according to its content, and the unit of analysis is linked to the implementation of the public policy. As main results, the data showed operational limitations due to the absence of political-administrative intervention in the implementation of the Health Academy Program in Goiânia, as well as in the actions inherent to the practice of physical activity given by Physical Education professionals of the Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). It should be noted that potential users do not perceive NASF as a nucleus composed of a multiprofessional health team. The conclusions of the study also indicate that the main impediment to the implementation of the Health Academy Program is in the administrative and political procedures, once the resource for its implementation has been made available. In the absence of implementation of the Program, users surveyed affirmed participating in some initiatives not always systematized and without the proper professional accompaniment, necessary to confer the benefits of regular practice of physical activity.

Keywords: Public policy. Health promotion. Primary attention. Physical activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - O trabalho de um educador físico no contexto do NASF 47
Figura 2 – Usuários em atividade física no NASF 48
Figura 3 – Usuários em atividade física no NASF. 48
Figura 4 – Aparelhos de ginástica em bairro de Goiânia. 49
Figura 5 - Equipamentos de ginástica na região Noroeste de Goiânia 72

MAPAS

Mapa 1 - Regiões administrativas de Goiânia 56
Mapa 2 - Estrutura organizacional de saúde do Distrito Sanitário Noroeste em Goiânia. 58

ORGANOGRAMA

Organograma 1- Organograma da promoção da saúde em Goiânia. 63

QUADROS

Quadro 1 – Cronologia dos principais eventos de promoção da saúde 17
Quadro 2 - Síntese das principais proposições das Conferências sobre promoção da saúde ... 31
Quadro 3 - Síntese dos princípios da Promoção da Saúde 38
Quadro 4 - Modalidades de NASF 42

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAÇÕES

AB - Atenção Básica
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CAIS - Centro de Atenção Integrada à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CEO - Centro de Especialidades Odontológica
CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIAMS - Centro Integrado de Atenção Médico Sanitária
CRASPI - Centro de Referencia em Atenção à Saúde da Pessoa Idosa
CRDT - Centro de Referencia em Diagnóstico e Terapêutica
CROF - Centro de Referencia em Ortopedia e Fisioterapia
DANT - Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DS - Distrito Sanitário
EAB - Equipes de Atenção Básica
ESB - Equipes de Saúde Bucal
eSF - Equipes de Saúde da Família
ESF - Estratégia Saúde da Família
GAP - Gerência de Atenção Primária
GDCNT - Gerência de Doenças Crônicas não Transmissíveis
GE - Gerência de Equidades
GSB - Gerência de Saúde Bucal
GSM - Gerência de Saúde Mental
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPES - Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade
MCS - Município e Comunidades Saudáveis
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG - Organização Não Governamental
OPAS - Organização Panamericana da Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Agentes de Saúde

PMG	-	Prefeitura Municipal de Goiânia
PNAB	-	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	-	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	-	Programa Saúde da Família
RMPS	-	Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis
SMS	-	Secretária Municipal de Saúde
SUAS	-	Sistema Único de Assistência Social
SUS	-	Sistema Único de Saúde
UABSF	-	Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família
UBS	-	Unidades Básicas de Saúde
UNICAMP	-	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	-	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	-	Unidade de Pronto Atendimento
USF	-	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12

1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO 8

1.1 Antecedentes 8

1.2 Principais conferências e movimentos internacionais sobre Promoção da Saúde 18

1.2.1 O Movimento Cidades Saudáveis 18

1.2.2 Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde 19

1.2.3 Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 20

1.2.4 Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 22

1.2.5 A terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde 24

1.2.6 Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde 25

1.2.7 Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 26

1.2.8 Municípios e Comunidades Saudáveis (MCS) 27

1.2.9 Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) 29

1.2.10 Síntese das principais proposições das conferências sobre Promoção da Saúde 30

1.3 Princípios para a prática da Promoção da Saúde 32

1.3.1 Concepção holística 32

1.3.2 Igualdade social 33

1.3.3 Intersetorialidade 34

1.3.4 Participação social e empoderamento 36

1.3.5 Qualidade de vida 37

1.3.6 Síntese dos princípios sobre a Promoção da Saúde 38

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL 39

2.1 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 39

2.2 A Estratégia de Saúde da Família 40

2.3 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) 41

2.4 O Programa Academias da Saúde 47

2.5 Atividade física e Promoção da Saúde 49

2.6 A cobertura da Atenção Básica 54

3 METODOLOGIA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 55
3.1 Apresentação do campo da pesquisa 55
3.2 Procedimentos metodológicos 59
3.3 Apresentação e discussão dos resultados 61
3.3.1 Resultado da pesquisa com a gestora 62
3.3.2 Resultado da pesquisa com profissionais de Educação Física 66
3.3.3 Resultado da pesquisa com usuários da atenção básica à saúde 69
CONCLUSÃO 73
REFERÊNCIAS 75
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES 83
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA 84
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS DA AB 85
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 87
ANEXO 1– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP 89

INTRODUÇÃO

A promoção da saúde tornou-se, nos últimos 30 anos, uma estratégia de vanguarda no combate à disseminação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Sua premissa diz respeito à transformação de conduta dos indivíduos, para melhorar seus estilos de vida por meio de componentes educativos que favoreçam as mudanças de comportamentos considerados de risco, além de investimentos em políticas e programas que se traduzam em melhoria da qualidade de vida. A atividade física é um fator relevante no contexto da promoção da saúde, nas ações de enfrentamento às morbidades associadas a padrões comportamentais hipocinéticos, haja vista ser o sedentarismo um mal estabelecido na realidade atual e determinante de eventos de morbidade, como a obesidade (VIEIRA, 2014; VILARTA, 2007).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada pelo governo brasileiro em 2006 e revisada em 2015, possui "[...] atribuições de coordenar e estabelecer políticas públicas para garantir a integralidade da atenção à saúde" (BRASIL, 2015, p. 5). Saúde como sinônimo de qualidade de vida tornou-se o caminho mais viável para o desenvolvimento de estratégias exequíveis para se chegar ao desenvolvimento de cidades saudáveis. A PNPS concebe a promoção da saúde como um conjunto de estratégias capazes de produzir saúde populacional por meio da articulação e cooperação intersetorial, com efetiva participação da sociedade. A PNPS reconhece, ainda, o conjunto de políticas que buscam equidade e qualidade de vida, redução de vulnerabilidades e riscos à saúde das populações (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, a ideia de promoção da saúde foca o estilo de vida da população, que "[...] perde de vista o que é uma vida saudável e passa a adaptar-se a uma forma de vida sedentária e estressante, com o predomínio de consumo de alimentos industrializados com altos teores de sal e ácidos graxos saturados, [...] determinantes na geração de doenças" (BRASIL, 2002a, p. 12).

A falta de atividade física é um fenômeno social que compromete a qualidade de vida das populações. Informações constantes na mídia apontam que quase metade da população, que reúne condições para estar ativa, não pratica nenhum tipo de atividade física. Ademais, esse quadro preocupante é apontado pela literatura científica como um problema epidemiológico observado no mundo inteiro, e o Brasil acompanha esse fenômeno.

Estudo disponibilizado pelo Ministério do Esporte do Brasil revela que 45,9% da população entre 14 e 75 anos não praticam nenhum tipo de atividade física, o que as torna

objeto de preocupação das autoridades da área de saúde. A pesquisa aponta, ainda, que 80,4% das pessoas sedentárias conhecem os riscos da falta de atividade física para a saúde (BRASIL, 2015b).

Nesse sentido, vem crescendo o número de publicações que demonstram que a prática regular de atividade pode ser considerada um fator protetor contra diversas morbidades quando comparado a indivíduos sedentários (ALMEIDA et al., 2014; MALTA et. al., 2014a). Também, é de conhecimento que a adoção de um estilo de vida saudável com prática de atividade física regular e sistematizada deve considerar toda a condição de vida e de saúde do individuo (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; SERSON, 2016).

Assim, várias iniciativas de atenção à saúde passaram a ser estabelecidas, sabendo-se que investir em promoção da saúde e prevenção de doenças pode contribuir para a redução dos gastos nos processos curativos, que se elevam a cada ano (MALTA et al., 2014b). Programas de promoção da saúde têm sido implantados com intuito de normatizar a abrangência dos benefícios nas coletividades a serem atendidas. Esses programas reproduzem o conhecimento dos mais diversos estudos que foram apresentados em Conferências de promoção da saúde, tais como a de Bogotá (BRASIL, 2002b).

As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte na população mundial, sendo responsáveis por aproximadamente 20% de óbitos em indivíduos com mais de 30 anos de idade (MANSUR; FAVARATO, 2016). A doença coronariana é a maior causa de mortes, tanto em homens quanto em mulheres, causando internação hospitalar, morbidade e mortalidade na população idosa (BRASIL, 2006b). A hipertensão arterial sistêmica também concorre para o agravamento dos males circulatórios, levando às cardiopatias, um dos fatores de risco mais prevalentes, junto com o diabetes. Isso representa alto custo para a sociedade, subtração da qualidade de vida e contribuição para mortalidade (BENSEÑOR; LOTUFO, 2004).

A atividade física adequada é capaz de alterar positivamente o funcionamento do aparelho circulatório, tornando-se, assim, um fator de redução de riscos às complicações promovidas pelos agravos já citados. Os efeitos da atividade física regular são sentidos prontamente no organismo. Exercícios físicos moderados produzem benefícios imediatos tanto ao corpo quanto à mente humana, por determinar melhoria na circulação sanguínea, na produção de neurotransmissores, além da melhora da [...] “aptidão física como importante estratégia no desenvolvimento de um estilo de vida saudável” (MORROW JÚNIOR et al., 2014, p. 208).

A promoção da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) agrega estratégias e ações buscando reduzir os riscos de morbimortalidade por problemas do aparelho circulatório e a redução do ônus desse fenômeno no país. Oportunamente, a atividade física foi elencada como prioridade no conjunto dessas ações para melhoria dos indicadores de saúde. A atuação do educador físico no contexto é muito importante para o sucesso de tais políticas públicas.

A realização desta pesquisa se justifica pela importância da qualidade de vida como fator determinante sobre a saúde. A atividade física no contexto da promoção da saúde é um fator de proteção de doenças. Busca-se aqui promover impacto social e científico e fornecer subsídios às decisões de implementação de política pública de promoção da saúde com foco na atividade física no município de Goiânia.

Sabe-se que uma parcela crescente de cidadãos tem buscado padrões de saúde do corpo aderindo à cultura do movimento, seja em lugares propícios nos bairros ou até em academias de ginástica, e esse parece ser um fenômeno em crescimento. Diante dessa perspectiva consonante com o objetivo da PNPS (BRASIL, 2015), apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: De que forma as ações de incentivo à atividade física no âmbito da política de promoção da saúde estão sendo implementadas no município de Goiânia? O detalhamento deste problema se dá por meio das seguintes questões de pesquisa:

- como se caracteriza o processo de gestão da política de promoção da saúde e de fomento à atividade física no âmbito do município de Goiânia?;
- quais os fatores condicionantes do processo de implantação do programa Academia de Saúde no município de Goiânia?;
- de que modo é realizado o fomento à atividade física no contexto da Estratégia de Saúde da Família (ESF)/Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), no município de Goiânia?;
- qual o perfil dos usuários de atividade física desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família/NASF no município de Goiânia e como estes as avaliam?

Este estudo tem como objetivo geral analisar o processo de implementação da política de promoção da saúde, com ênfase no fomento às atividades físicas, no município de Goiânia.

A partir deste objetivo geral, foram estabelecidos como objetivos específicos:

- caracterizar a estrutura e o processo de gestão da promoção da saúde e do fomento à atividade física no âmbito do município de Goiânia;

- identificar os fatores condicionantes do processo de implantação do programa Academia de Saúde no município de Goiânia;
- analisar as estratégias e ações de fomento à atividade física no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF)/ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no município de Goiânia;
- descrever o perfil dos usuários das atividades físicas no contexto da ESF/NASF no município de Goiânia e sua avaliação sobre essas atividades.

Este estudo utiliza uma abordagem de tratamento dos dados predominantemente qualitativa. O local do estudo está concentrado na cidade de Goiânia. São utilizados, como instrumentos de coleta de dados, questionários para os gestores e professores de Educação Física e para os usuários das atividades realizadas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A unidade de análise adotada é a implementação da política, considerando a organização e fomento à atividade física.

O desenvolvimento deste estudo está estruturado em três capítulos.

No **primeiro capítulo** é apresentado o referencial teórico abordando os antecedentes, os princípios e as conferências da promoção da saúde, bem como sua relação com a atividade física.

No **segundo capítulo** é apresentado o percurso metodológico da pesquisa, além dos instrumentos de coleta de dados, tais como roteiros de entrevista e questionários, e por fim, também será apresentada a forma como esses dados serão tratados.

Já no **terceiro capítulo** são apresentados os resultados em conjunto com a análise das informações do processo de implementação da política publica com base na unidade de análise do trabalho – implementação de política pública.

1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO

1.1 Antecedentes

A ideia de promoção da saúde concebida atualmente começou a ser desenvolvida na segunda metade do Séc. XIX, a partir da evolução do conceito de saúde. Na Europa, a revolução pasteuriana revelou a existência de micro-organismos catalogados como agentes etiológicos, o que possibilitou o desenvolvimento de soros e vacinas. A medicina se fundamentou no paradigma biológico, no qual as doenças transmissíveis endêmicas e epidêmicas podiam ser prevenidas e curadas. A ausência de doença caracterizava a saúde, que tinha a patologia como o centro dessa visão (SCLIAR, 2007).

Nessa época, a industrialização e a urbanização decorrentes da Revolução Industrial provocaram a deterioração nas condições de vida dos operários, que trabalhavam e moravam sob condições altamente insalubres. As populações passaram, então, a desenvolver um conjunto de morbidades transmissíveis e explicadas pela atuação de um agente etiológico (LIEBERMAN, 2015). Isso pode ser verificado pelos primeiros estudos que agregavam epidemiologia e estatística, como os de John Snow, William Thomson e Friedrich Engels. Foi Engels que escreveu sobre a *Condição da classe trabalhadora na Inglaterra*, acusando a exploração da mão de obra operária pela burguesia (SCLIAR, 2007).

Sob o impulso de grandes nomes da medicina, como Rudolf Virchow e Salomon Neumann, Westphal (2014, p. 82) atesta o começo da politização do conceito de saúde, motivando reinvindicações de trabalhadores, sindicalistas, políticos e médicos, na Inglaterra, Alemanha e França por qualidade de vida da classe trabalhadora, baseado no conceito de que a saúde é produto de condições de vida e ambiente. Isso determinou nesse período o desenvolvimento da medicina social, que reorganiza a prática médica e advoga sobre as relações do estado de saúde de uma população e suas condições de vida e a necessidade da consideração dos aspectos econômicos, sociais e culturais do processo saúde-adoecimento dos trabalhadores, incluindo mulheres e crianças vítimas de mortes prematuras (RESTREPO; MÁLAGA, 2001).

No Século XX, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), determinadas pelo estilo da vida e o ambiente social, passaram a representar importante causa de morbimortalidade na totalidade dos países do mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. Tal situação é agravada, especialmente nas camadas populacionais que

vivem em pobreza, vítimas da grande desigualdade social e previsões indicam aumento de tais agravos nas próximas décadas (OMS, 2005).

O termo *promoção da saúde* foi utilizado pela primeira vez na primeira metade do século XX pelo médico francês Henry Sigerist, um expoente da moderna medicina social e erudito em se tratando dos fatores sociais na saúde (HARADA; PEDREIRA; VIANA, 2012). Esse sanitarista foi o primeiro cientista a apresentar uma visão contra-hegemônica ao *status* da saúde pública até então (WESTPHAL, 2014). Sigerist também criticava o paradigma médico biológico como eixo de formação, pois o mesmo desconsiderava a complexidade do processo saúde-doença e seus condicionantes e determinantes sociais (NUNES, 1992).

Sigerist apresentou a concepção das quatro funções da medicina – a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de doentes e reabilitação. Ele concebia a promoção da saúde, por um lado, como ações de educação em saúde e, por outro, ações estruturadas do estado para melhorar as condições de vida da população (HARADA; PEDREIRA; VIANA, 2012). Foi ele quem defendeu, conforme Buss (2009, p. 21), que "[...] saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso". O êxito em se proporcionar essas boas condições é o que ele chamou de "promoção da saúde" e seu pensamento filosófico contribuiu para a evolução desse conceito, até que ele ganhasse novos significados, a partir de Lalonde.

A partir de tais proposições, a ideia de promoção da saúde passa a remeter ao cuidado de indivíduos e grupos de pessoas com seu bem-estar e qualidade de vida. Promoção da saúde está, portanto, relacionada com o empenho por melhores condições de vida e pautada em uma concepção positiva de saúde, que ultrapassa a assistência médico-curativa, propondo-se a atuar, também, sobre os determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2006).

Na década de 1960 e, principalmente, na década seguinte, seguindo essa visão progressista de saúde, os sanitaristas Leavell e Clark também assinalaram visão contra-hegemônica ao modelo biomédico. Esse período ficou marcado pela crise no setor de saúde e pelos gastos elevados da medicina, os quais, mesmo com investimentos em alta tecnologia, mão refletiam em qualidade de vida da população (WESTPHAL, 2014, p. 11). Segundo a autora, Leavell e Clark relacionaram a promoção da saúde com ações do primeiro estágio da História Natural da Doença[1].

---

[1] Produto de estudo realizado por Leavell e Clark, a "história natural da doença" é o conjunto de processos de interação entre o ambiente, microrganismos (agente etiológico) e indivíduo, que poderá favorecer o desenvolvimento da doença (WESTPHAL, 2012).

Foram Leavell e Clark que reformularam conceitos iniciais de promoção da saúde tradicional, que serviram de base para melhoramento do conceito de promoção da saúde, especialmente, nos últimos 35 anos (HEIDMANN et al., 2006). Para esses cientistas, a promoção da saúde ensejava medidas educativas pelo desenvolvimento da resistência orgânica e do bem-estar dos indivíduos a partir de hábitos alimentares, abstenção de drogas, de tabagismo, pela prática de atividade física e repouso em prol da diminuição de estresse e de outros males da modernidade (WESTPHAL, 2012).

De acordo com Buss (2009), isso evidenciava que Leavell e Clark consideravam, inicialmente, a promoção da saúde como um subconjunto da prevenção da saúde, quando reconhecem que o termo tenha sido usado para descrever 'um nível de atenção' ligado à medicina preventiva, apesar de sua ressignificação para uma perspectiva técnica e política do processo saúde-doença-cuidado com o passar dos anos. Esses autores já apontavam para a importância das ações no ambiente e nos estilos de vida como instrumento de prevenção de doenças, destacando propostas de medidas preventivas de cunho educativo, informativo e de cuidado ambiental, como complementação e reforço da estratégia de promoção da saúde (WESTPHAL, 2012).

Em meados da década de 1970, como consequência do embasamento científico, que apontava, há décadas, para a exequibilidade das ações de promoção da saúde, essa nova concepção de saúde torna-se pauta de agendas oficiais.

Em 1974, a partir de pesquisas do governo canadense, Marc Lalonde, Ministro da Saúde daquele país, apresenta um relatório governamental sob o título: "*Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses*, mundialmente conhecido como: *Informe Lalonde*. (LALONDE, 1974). Esse relatório, que, de acordo com Buss (2009, p. 25), "[...] foi o primeiro documento oficial a usar o termo 'promoção da saúde' e a colocar este campo no contexto do pensamento estratégico", reconhecia que a primazia atribuída à assistência médica tornara-se equivocada, pois se limitava ao tratamento de doentes, cabendo, assim, mudança de perspectiva na busca da melhoria da saúde da população (HEIDMANN et al., 2006).

Para Lalonde, "os principais condicionantes destas doenças, ambientes e comportamentos ou estilos vida, não têm a mesma prioridade dada aos serviços de cuidados, mesmo sendo responsáveis, por mais de 80% das doenças" (RESTREPO; MÁLAGA 2001, p. 25). Segundo Harada, Pedreira e Viana (2012), a partir do *Informe Lalonde*, as nações tiveram progresso significativo na promoção da saúde. A grande contribuição desse informe pelo governo canadense foi a divulgação de um novo conceito de 'campo de saúde', em oposição à

perspectiva tradicional, medicalizante, vista como fonte de todos os avanços na saúde. Até então, o campo de saúde era visto como sinônimo de sistema de assistência médica pessoal, o que contribuía para que se associasse o nível de saúde à qualidade da medicina e, portanto, que se concentrassem os gastos nessa área.

Destacam-se, nesse contexto de formação de conceitos de promoção da saúde, as ações governamentais a partir do Relatório Lalonde como um 'divisor de águas', levando em conta as postulações conceituais iniciais de Sigerist e Leavell e Clark que, até então, entendiam a promoção da saúde como uma ação de prevenção primária, e, portanto, se confundindo com prevenção de doenças.

A partir de Lalonde, que introduziu em seus fundamentos os 'determinantes de saúde', vislumbrando a reorganização do campo da saúde na biologia humana, no ambiente, no estilo de vida e na organização dos serviços de saúde, observa-se o despontar da promoção à saúde, como 'nova concepção de saúde', de interesse e alcance internacional (HEIDMANN et al., 2006). Desse modo, a conjugação de interesses e ideias voltadas para a busca de alternativa ao paradigma médico curativo vigente estava pronta para sua propagação no âmbito internacional, conforme se verifica nas Conferências internacionais de promoção da saúde realizadas nos anos seguintes.

Para fins de contextualização, o Quadro 1 traz as principais Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, que são um movimento periódico organizado por Organismos internacionais, como Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que defendem a ampliação dos campos de ação em saúde objetivando a promoção e suporte das ideias e medidas necessárias para o desenvolvimento da saúde no mundo, especialmente nos países com características de vulnerabilidade neste aspecto.

No entanto, como existe um número superior de Conferências às listadas nesta pesquisa, optou-se por sintetizar informações de modo a destacar os eventos julgados mais importantes por suas discussões no âmbito político-social e pelas possíveis contribuições para o desenvolvimento de políticas públicas de fomento às atividades físicas como instrumento de promoção da saúde.

Quadro 1 – Cronologia dos principais eventos de promoção da saúde

ANO	ACONTECIMENTOS DESTACADOS
1974	Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses
1976	Prevenção e Saúde: interesse para todos, DHSS (Grã-Bretanha)
1977	Saúde para todos no ano 2000 – 30ª Assembleia Mundial de Saúde
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma Ata
1979	População Saudável US-DHEW (EUA)
1980	Relatório negro sobre as desigualdades em saúde, DHSS (Grã-Bretanha)
1984	Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
1985	Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 metas para a saúde na região europeia
1986	Alcançando a Saúde para Todos: um marco de referência para promoção da saúde. Informe do Ministério da saúde do Canadá
1986	Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
1986	Promoção da Saúde: estratégias para a ação – 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública
1987	Lançamento pela OMS do projeto Cidades Saudáveis
1988	Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália)
1988	De Alma-Ata ao ano 2000: reflexões no meio do caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS (URSS)
1989	Uma Chamada para a Ação– Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento
1990	Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova Iorque) Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde
1991	Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e desenvolvimento (Rio 92)
1992	Declaração de Santafé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)
1993	Carta do Caribe para a promoção da saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago)
1993	Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
1994	Conferência das Nações Unidas sobre Populações e Desenvolvimento (Cairo)
1995	Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim)
1995	Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Social (Copenhague)
1996	Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Istambul)
1996	Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)
1997	Declaração de Jacarta sobre promoção da saúde no século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Jacarta)
2000	V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)
2000	Cúpula do Milênio das Nações Unidas e definição dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
2005	VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Bangkok)

Fonte: Quadro elaborado pelo autor a partir de Buss (2009).

1.2 Principais conferências e movimentos internacionais sobre Promoção da Saúde

1.2.1 O Movimento Cidades Saudáveis

O conceito de cidade saudável tem raízes no movimento pela saúde do final do século XIX na Inglaterra, mas, foi somente em 1984, em Toronto, no Canadá, que a ideia de cidade saudável, na condição de estratégia de construção de saúde e qualidade de vida, ganhou projeção. Na década seguinte essa estratégia foi mencionada pela primeira vez na América Latina (SPERANDIO, 2003).

Idealizada na década de 1970 e com operacionalização iniciada na década de 1980, sob a tutela da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Movimento Cidade Saudável é uma resultante do empenho pela execução de ações de promoção da saúde visando a melhorar as condições de vida das populações que se aglomeram em cidades do mundo inteiro. Segundo a OMS (1995), para que uma cidade se torne saudável ela deve esforçar-se para proporcionar segurança e um ambiente físico saneado, sustentabilidade e estabilidade do ecossistema, inexistência de exploração social, onde os indivíduos sejam participantes ativos, empenho pela satisfação das necessidades básicas, bem como alto padrão de saúde, entre outros.

A OMS considera o Movimento Cidades Saudáveis um marco no pensamento da macroestrutura voltada para a saúde coletiva e a melhoria da qualidade de vida em ambientes urbanos, pela potencialidade de motivar as populações e governos locais a envidarem esforços de impacto nesse sentido (OMS; OPAS, 2002). Por meio desse Movimento, a promoção da saúde ganhou cada vez mais relevância na estruturação de políticas de saúde especialmente na América Latina, sob a tutela da OMS e da OPAS (ADRIANO et al., 2000).

É um processo que tem sua base no compromisso pela vida saudável, que, quando da aplicação em países em desenvolvimento, se espera resulte na devida melhoria das condições de vida e saúde, como alimentação e moradia e disponibilidade de água potável, sem perder de vista outras variáveis que convergem para a qualidade de vida e para um ambiente saudável (ADRIANO et al., 2000).

As cartas resultantes das Conferencias de promoção da saúde, seja no âmbito internacional, regional ou local, são referências à urgente necessidade de construção de políticas públicas voltadas ao desenvolvimento humano, à saúde e à qualidade de vida. A visão proveniente dessas Conferências dá conta de que não existe desenvolvimento à parte da melhoria das condições de vida centrada na preservação da sustentabilidade do meio

ambiente, partindo do pressuposto lógico de que os indivíduos são parte integral do ecossistema e seu bem-estar está interligado à experiência de vida em ambiente saudável.

Por isso, ao se refletir sobre o modelo estabelecido de cidade na atualidade, onde o consumo é considerado orientador do desenvolvimento econômico e o lucro sendo eleito o maior objetivo de corporações, empresas e pessoas, em comparação com a ideia de cidade saudável apresentada nos parágrafos anteriores, infere-se pela razoabilidade deste novo modelo de desenvolvimento alicerçado na sustentabilidade. O empenho pela implantação e implementação deste modelo inovador tem relação com ações de participação intersetorial.

Observa-se que, mesmo sem constar nominalmente na Constituição Federal, o Movimento Cidades Saudáveis começa a ter visibilidade no Brasil a partir do final da década de 1980, e principalmente no meio acadêmico, precisamente nas escolas de Saúde Pública, a partir de meados da década de 1990, que partem em busca da construção científica em prol da concretização de uma espécie de utopia a ser construída (WESTPHAL, 2000; WESTPHAL, 2012).

1.2.2 Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde

A Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), entre 6 e 12 de setembro de 1978, marcou o início das discussões sobre saúde coletiva. Nesse evento, dirigido a todos os governos, na busca da promoção de saúde a todos os povos do mundo, a saúde é credenciada como um direito a ser exercido tanto pela melhoria do acesso aos serviços sanitários, quanto pelo esforço de cooperação entre os setores da sociedade (WESTPHAL, 2012). Os governos passam a ser integralmente responsabilizados pela saúde de seus cidadãos, o que só seria realizado por meio de adequadas medidas sanitárias e sociais. Os governos deveriam ter como principal meta o empenho para que todas as populações atingissem um nível de saúde digno até o ano 2000.

Com objetivos de promover o conceito de cuidados primários de saúde, de intercâmbio de experiências e informação na área; de diagnóstico da situação da saúde no mundo; de definição de princípios e estratégias de cuidados primários de saúde; do papel de governos e de organizações quanto à cooperação técnica, assim como a estruturação de recomendações para o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde, a Conferência recomendou que os governos elaborassem estratégias nacionais com metas pré-determinadas

capazes de desenvolver planos de ação visando ao acesso dos cuidados básicos de saúde por toda a população (UNICEF, 1979).

Isso significaria a agregação de esforços governamentais para melhorar a qualidade de vida das populações visando à paz mundial a partir da construção de uma vida social salutar e economicamente produtiva. Para isso, a Conferência estabeleceu os seguintes postulados:

- a saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um direito humano fundamental;
- a desigualdade de saúde entre os povos é inaceitável, devendo ser objeto de preocupação de todos os países;
- é direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde;
- os governos são responsáveis pela saúde de seus povos, realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais;
- cuidados primários de saúde são essenciais.

Observando os postulados oriundos da Conferência de Alma-Ata, como a ênfase à saúde como direito humano fundamental, sendo essa uma meta a ser atingida, não só pelo esforço do setor saúde, mas de muitos outros, percebe-se que esse evento possibilitou uma aproximação entre a atenção primária em saúde e a promoção da saúde. Atualmente, os temas da luta pela diminuição da desigualdade social, da inclusão de indivíduos e comunidades no processo de produção da saúde, assim como a responsabilização de governos para o desenvolvimento do bem-estar social, tão importante para a promoção da saúde, estão inseridos na atenção primária.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde apresenta uma conclamação à comunidade internacional a agir urgentemente nos cuidados básicos de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento, sublinhando a necessidade de cooperação técnica na busca de uma nova ordem econômica (UNICEF, 1979).

1.2.3 Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, foi inspirada na grande repercussão do Informe Lalonde, com ensejo ao empoderamento e participação da população como condições necessárias para melhorar a saúde. As discussões focaram principalmente as necessidades em saúde nos países

industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo (BRASIL, 2002b).

Essa Primeira Conferência apresenta uma *Carta de Intenções, a Carta de Ottawa*, que, buscando corroborar as metas estabelecidas em Alma-Ata, possuía ambiciosas pretensões de contribuir para que todas as pessoas no mundo atingissem saúde até o ano 2000 e anos seguintes (BRASIL, 2002b).

Com os pré-requisitos listados, as condições e recursos essenciais para a saúde referem-se a: "[...] paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade" (BRASIL, 2002b, p. 20). Levando-se em conta que a promoção de saúde advoga em favor da capacitação individual e social para a saúde e de mediação entre os diversos setores envolvidos, a *Carta de Ottawa* preconiza campos de ação para a promoção da saúde, a saber:

- **elaboração e implementação de políticas saudáveis**: esse campo de ação parte do pressuposto que a promoção da saúde ultrapassa os cuidados de saúde, colocando-a no foco da prioridade política, tornando-se responsabilidade dos dirigentes nas politicas de saúde. Prima por ações conjuntas, capazes de prover bens e serviços salubres e desfrutáveis. Seu "objetivo maior deve ser indicar aos dirigentes e políticos que as escolhas saudáveis são as mais fáceis de realizar" (BRASIL, 2002b, p. 22);
- **criação de ambientes favoráveis à saúde:** para se produzir espaços condizentes com a necessidade humana de bem-estar é essencial que haja esforço conjunto, pois "as inextricáveis ligações entre a população e seu meio ambiente constituem a base para uma abordagem socioecológica da saúde" (Brasil, 2002b, p. 22). Trabalho e lazer sadios impactam na saúde humana, de modo que a proteção dos recursos naturais devem compor as estratégias de promoção da saúde;
- **reforço da ação comunitária:** as ações comunitárias, que refletem o empoderamento das comunidades, tornando-as capazes de assumir o controle dos seus próprios esforços e destinos, são vitais para a proposta de promoção da saúde. O desenvolvimento comunitário acontece quando os assuntos de saúde são tratados por todos os diretamente envolvidos, de modo participativo, desde que os dirigentes favoreçam o acesso à informação e disponham de adequado apoio financeiro (BRASIL, 2002b, p. 23);
- **desenvolvimento de habilidades pessoais:** o desenvolvimento pessoal e social é um dos focos da promoção da saúde. Procura-se fazê-lo por meio da divulgação de

informação, vital para favorecer a educação para a saúde e consequente desenvolvimento das habilidades pessoais. A capacitação dos indivíduos, realizada por organizações e instituições públicas aumentará as possibilidades de exercício da cidadania, ocorrendo "maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente" (BRASIL, 2002b, p. 24).

– **reorientação do sistema de saúde:** esse campo de ação sugere que "Todos devem trabalhar juntos, no sentido de criarem um sistema de saúde que contribua para a conquista de um elevado nível de saúde". Para que se estabeleça essa reorientação dos serviços de saúde prima-se pela pesquisa em saúde e qualificação dos profissionais da saúde (BRASIL, 2002b, p. 24).

A *Carta de Ottawa* é até hoje considerada o "principal marco de referência na promoção da saúde em todo o mundo", como reconheceram as conferências reeditadas posteriormente (BUSS, 2009, p. 31).

1.2.4 Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

A Segunda Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, na Austrália, em 1988, reiterou as cinco linhas de ação da *Carta de Ottawa*, que são consideradas solidárias. O destaque dessas cinco linhas de ação foram as políticas públicas saudáveis, que na concepção da Conferência, embasam o ambiente para que as outras quatro se tornem realidade (BRASIL, 2002b). Seu tema central foi a política voltada para a saúde e as políticas saudáveis, enunciando que

> [...] estas se caracterizam pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis (BRASIL, 2002b, p. 35).

Neste contexto, segundo Buss (2009), já é possível identificar os componentes da intersetorialidade, tão proeminente na retórica da promoção da saúde, assim como a definição da responsabilidade do poder público para com seu dever de implantar e implementar políticas sociais e econômicas na área da saúde.

Outro ponto marcante dessa Conferência foi a responsabilização dos países centrais quanto às nações em desenvolvimento. Espera-se que suas políticas públicas influenciem positivamente na elaboração e implementação das políticas de saúde das outras nações

(BUSS, 2009). Isso é corroborado por Westphal (2012), que observa que a conferência cumpriu seu objetivo de demonstrar como as políticas públicas de todos os setores de governo influenciam os determinantes da saúde. Neste caso, a redução das 'iniquidades sociais', com acesso de todos aos serviços de saúde de modo igualitário, torna-se foco sublinhado deste evento.

Além disso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b, p. 37) destaca que "[...] a conferência identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis":

- **apoio à saúde da mulher:** propõe-se a apresentação de planos nacionais privilegiando a saúde da mulher, com sugestões de propostas voltadas para a igualdade de direito no trabalho; práticas de parto condizentes com suas preferências e necessidades; e apoio à mulher trabalhadora. Parte-se da premissa que é um direito destas serem inseridas "na formulação das políticas públicas voltadas à saúde, tendo assim assegurada sua identidade cultural" (BRASIL, 2002b, p. 37);
- **alimentação e nutrição**: espera-se dos governos a implementação imediata de ações inseridas em suas políticas públicas voltadas à eliminação da fome e da deficiência nutricional, de modo a garantir acesso universal a alimentos de boa qualidade, respeitando as particularidades locais. Hospitais, escolas, abrigos e locais de trabalho também estavam incluídos nessa perspectiva (BRASIL, 2002b, p. 38);
- **tabaco e álcool:** os governos deveriam se comprometer em inserir no contexto das políticas públicas voltada à saúde o desenvolvimento de metas na redução "da produção de tabaco e distribuição de álcool, assim como do *marketing* e do consumo". Isto se torna necessário, dado "o elevado potencial humano perdido por doenças e mortes causadas pelo uso do fumo e abuso do álcool" (BRASIL, 2002b, p. 38);
- **criando ambientes saudáveis**: um importante condicionante para o sucesso das políticas de promoção da saúde é a conservação dos recursos naturais do ambiente em que vivem as comunidades. Esta Conferência defende que, a partir de uma coordenação intersetorial, "[...] os movimentos ecológicos juntem suas forças para o desenvolvimento socioeconômico e, simultaneamente, dos limitados recursos do planeta" de modo a promover o empenho de grupos defensores da saúde, especialmente os técnicos de apoio (BRASIL, 2002b, p. 38).

Vale ressaltar que Buss (2009), considera que a proposta de políticas concretas dessa Conferência é tímida em relação à formulação inicial. Observa-se menor responsabilização do poder público quanto às políticas sociais e econômicas, que se preocupou com a criação de ambientes propícios para a vida saudável. O compromisso com o fim das desigualdades também marcou esse evento.

1.2.5 A terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde

A terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Sundsvall, Suécia, em junho de 1991. Buss (2009) observa ser esta a primeira a atentar para a interdependência entre saúde e ambiente. Chamando a atenção para a urgência em se atingir uma maior justiça social no campo da saúde, a conferência alerta sobre a degradação humana em que milhões estão vivendo, um fenômeno observado desde os centros urbanos até as regiões mais afastadas. Ademais, segundo as Cartas da Promoção da Saúde (BRASIL, 2002b), a conferência adverte para o perigo da explosão demográfica ao desenvolvimento sustentável, situação agravada pelo êxodo rural desprovido de planejamento, que produz condições de vida insalubres.

A solução seria o estabelecimento de ambiente mais favorável à saúde, sendo essa condição responsabilidade das pessoas no seio comunitário, devidamente amparadas por governos e Organizações Não-Governamentais (ONGs) (BRASIL, 2002b). Isso se justifica pela importância que um ambiente propício tem na determinação da saúde. Reitera-se, como estratégia prioritária, o combate às desigualdades sociais no acesso à saúde e os altos índices de pobreza que produzem degradação ambiental tanto na zona rural quanto urbana (BRASIL, 2002b).

Buss (2009) destaca quatro aspectos da Conferência, que viabilizam um ambiente favorável e promotor de saúde:

- **a dimensão social**, que engloba a saúde como produto de normas, costumes e processos. Essa dimensão alerta para as mudanças nas relações sociais que podem ser prejudiciais, como o isolamento social e a perda de valores culturais em diversas sociedades;
- **a dimensão política**, que postula aos governos que se orientem pela participação das pessoas das comunidades nas decisões, como a descentralização de responsabilidades e ordenação de despesas. Também reivindica por direitos humanos e pela paz;

- **a dimensão econômica,** que aponta para a necessidade de relocação de recursos para a saúde, primando pelo desenvolvimento de comunidades sob a ótica da sustentabilidade, o que implica o compartilhar de tecnologia segura;

  Finalmente, se recomenda o reconhecimento da importância da **inclusão das mulheres** nos mais variados setores, como politico e econômico, visando ao desenvolvimento de condições mais favoráveis à saúde.

Finalmente, ao se analisar o inteiro teor da Conferência e suas propostas de ação, conforme registradas na Declaração de Sundsvall, se observa reiterada ênfase à criação de ambientes favoráveis, seguindo experiências bem-sucedidas em algumas regiões no mundo. Ainda reconhece que a educação, um direito humano básico e fundamental para mudanças, deve estar ao alcance de todos igualitariamente, implicando tais procedimentos na melhoria da qualidade de vida, saúde e sustentabilidade do meio ambiente (BRASIL, 2002b; BUSS, 2009).

1.2.6 Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde

A Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, realizada em 1992, em Santafé de Bogotá, na Colômbia, foi patrocinada pelo Ministério de Saúde da Colômbia e a Organização Pan-americana de Saúde. Abordou a promoção da saúde no contexto regional em prol da criação de situações ao bem-estar, para se garantir saúde pelo desenvolvimento. O tema equidade e produção social da promoção da saúde foi o centro das discussões. As iniquidades, a pobreza e a deterioração das condições de vida dos latino-americanos com seus consequentes riscos para a saúde impõem desafios para esta região quanto à promoção da saúde (WESTPHAL, 2012).

Esse conjunto de mazelas sociais na região enseja novos modelos de saúde pública com senso social, voltados ao combate à pobreza e seus determinantes, em uma disposição de mudança da hegemonia que se assenta no gasto com internações, remédios e outros dispositivos que poderiam ser menos imprescindíveis se houvesse participação comunitária nas mudanças das condições de saúde e criação de uma cultura de vida mais salutar (WESTPHAL, 2012).

O papel inerente à promoção da saúde latino-americana envolve identificar os fatores que causam doenças, de modo a planejar ações visando a diminuir seus efeitos, assim como favorecer mudanças capazes de produzir verdadeiras transformações nas atitudes dos indivíduos, das coletividades e seus governantes.

A Conferência Latino-americana estabelece compromissos, que são pautados no direito e respeito à vida e à paz, sendo imprescindível que os governos da região atuem para seu diligente cumprimento: impulsionar o conceito de saúde condicionada por fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, de conduta e biológicos e a promoção da saúde como estratégia para modificar estes fatores condicionantes (BRASIL, 2002b). Tais compromissos são listados a seguir:

- o impulso ao conceito de saúde como estratégia para atenuar os prejuízos oriundos dos fatores político, econômico, social e ambiental, entre outros;
- a convocação de forças sociais pela promoção da saúde, pelos propósitos sociais ante aos econômicos, pelo resgate de ambientes familiares, de trabalho e sociais, entre outros que visem à promoção da vida, não sua degradação;
- a implementação de políticas públicas voltadas à equidade e à criação de ambientes saudáveis;
- a mediação entre os setores sociais e institucionais pela promoção da saúde, visando ao bem-estar, por meio da descentralização de recursos para investimento social;
- a consolidação de compromisso de redução de gastos improdutivos, como os bélicos, redução do lucro privado que prejudica o investimento público, assim como a eliminação de burocracias e outras fontes de ineficiência e desperdício;
- o empoderamento da população nas tomadas de decisões de seu interesse, voltadas para estilos de vida saudáveis;
- a eliminação das iniquidades e seus efeitos sobre a mulher e a integração efetiva desta no processo de promoção da saúde na América Latina;
- o estímulo ao diálogo multicultural;
- o fortalecimento do setor de saúde quanto à alocação de recursos para a produção social da saúde.

1.2.7 Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde

A Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, Indonésia, em julho de 1997, aconteceu em um período de avanço da modernização da tecnologia e de globalização da economia. Seu tema principal foi a Promoção da Saúde no século XXI. Com o setor privado incluído pela primeira vez no contexto da promoção da

saúde, a Conferência abriu possibilidade de inferências estratégicas para encarar desafios futuros. Novamente se reiterou a necessidade de investimentos e ações no combate às morbidades por meio de parcerias e alianças e discussão conjunta visando à tomada de decisões para aumentar as expectativas sanitárias no mundo (BRASIL, 2002b; WESTPHAL, 2012).

A Conferência estabeleceu prioridades para o campo da promoção da saúde no século XXI: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo; e conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde (BRASIL, 2002b).

Tais prioridades significavam um reforço pela busca de políticas públicas saudáveis, com o incremento da ação do setor privado. A intersetorialidade ganha mais foco advogando-se a reorientação nos investimentos na saúde, paralelamente à educação e à habitação, entre outros, tudo pelo fomento do desenvolvimento humano, da saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2002 apud BUSS, 2009, p. 36).

Após três décadas desde a Primeira Conferência de Ottawa e todas as subsequentes, que contribuíram para o enriquecimento das bases de conformação de um paradigma positivo de saúde, visando a ultrapassar a orientação até então hegemônica centrada na assistência médica para o controle das morbidades, percebe-se o valor de suas intenções definidas. A ênfase à visão holística de saúde, ao empenho pela equidade social, à participação nas ações comunitárias e a percepção da determinação social no processo saúde-doença são avanços que apontam para possibilidades de transformação social na busca por saúde e, consequentemente, por qualidade de vida.

1.2.8 Municípios e Comunidades Saudáveis (MCS)

A estratégia de Municípios e Comunidades Saudáveis foi proposta pela OMS e OPAS na Quinta Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada no México, no ano 2000.

É uma filosofia voltada para a promoção da saúde como alta prioridade em qualquer agenda política local. Tendo como premissa a saúde como qualidade de vida, seu foco estratégico são os determinantes da saúde no meio comunitário, desenvolvendo mecanismos para que as pessoas possam produzir melhores condições de vida, inclusive com a parceria entre gestores e a comunidade (OMS; OPAS, 2002).

Sendo o poder político e administrativo municipal a autoridade local mais próxima dos cidadãos, com jurisdição em áreas urbanas, suburbanas, semiurbanas e rurais, a administração municipal tem destaque no processo de descentralização orçamentária e de poderes, visando ao fortalecimento da democracia (OMS; OPAS, 2002).

Uma vocação da Cidade Saudável é o desenvolvimento e supervisão da inserção da comunidade em todos os níveis e em todos os setores das cidades (MATHIAS, 2003). O autor concebe a participação social como uma viabilização processual, tão essencial para a utilização do poder, especificando-se o modo de tomada de decisões, como produto da participação cidadã.

Essa postura democrática no âmbito da comunidade é imprescindível para tornar o modelo de Cidade Saudável algo além da retórica política. Mesmo reconhecendo-se que o cidadão é protagonista na construção de sua saúde e bem-estar, o início da construção da cultura da participação cidadã nos interesses da melhoria das condições de vida coletiva deve estar a cargo dos principais gestores locais e seus agentes. A participação ativa na rotina da comunidade, para se conhecer seus hábitos e suas necessidades, irá contribuir positivamente em todo o processo de inserção dos indivíduos, reorientando seu comportamento de modo a desenvolver suas habilidades para causar mudanças em seus estilos de vida (RODRIGUES; LORA, 2003).

A grande questão seria como construir nos indivíduos a cultura da responsabilidade social por questões que dizem respeito ao bem-estar próprio e coletivo, em que fosse capaz de controlar os fatores determinantes de sua condição de vida. É evidente que o indivíduo hodierno está sobrecarregado com pesadas cargas horárias de labor. Esse estado de coisas está na contramão da possibilidade de formação de um cidadão participativo, produzindo um efeito alienador.

Por isso, em se tratando de obrigações da gestão local, Mathias (2003) alerta que o papel de prefeito e vereadores de uma Cidade Saudável é dar apoio ao conjunto de órgãos públicos e particulares do município, agregando organizações não governamentais e munícipes com a finalidade de identificar e tentar resolver problemas urbanos como produto de esforço desse conjunto. Esse princípio norteador possibilita aos munícipes a chance de ficar frente a frente com a democracia na medida em que participam nos processos de tomada de decisão, com autonomia para apresentar críticas construtivas à estruturação dos planos de ação.

1.2.9 Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS)

Em outubro de 2002, por ocasião do *Foro de Promoción de la Salud en las Américas,* na cidade de Santiago do Chile, foi proposta a elaboração de um projeto de construção de uma RMPS. Sperandio (2003, p. 16) reporta que,

> Neste evento, ocorreu a apresentação do *Guia para os Prefeitos Promoverem a Qualidade de Vida*, da Organização Pan-Americana de Saúde, pela Dra. Marilyn Rice, Coordenadora Regional em Comunicação em Saúde e Ponto Focal de Municípios/ Comunidade Saudáveis da Divisão de Promoção e Proteção da Saúde em Washington (grifos nossos).

No ano seguinte, segundo informações colhidas no site RMPS (2016), foi criada, no Brasil, a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), com a missão de participar no processo de elaboração das políticas públicas saudáveis com teor participativo e planificado de modo intersetorial. A Rede conta com subsídio técnico da OPAS/OMS, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES), de 40 Municípios em cinco Estados (SP, MG, RJ, AM e PR), tendo como objetivos a viabilização e ampliação de projetos da OPAS/OMS para as Cidades Saudáveis; o acompanhamento dos projetos dos municípios, subsidiando gestores, técnicos, organizações e a sociedade pelas políticas públicas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida (RMPS, 2016).

Os projetos dos municípios/cidades saudáveis têm íntima relação com um novo modelo de gestão pública que prima pela participação e compartilhamento de responsabilidades multisetoriais dos mais variados segmentos da sociedade e não somente os agentes do poder governamental. O foco de tais projetos é a reorientação das políticas públicas nas quais as ações intersetoriais sejam completamente centradas em um conceito positivo de saúde, empenhado pela qualidade de vida como uma prerrogativa de cidadania (ZANCAN, 2003).

Buscava-se avaliar a possibilidade de utilização pelos municípios do *Guia para os Prefeitos Promoverem a Qualidade de Vida* a fim de desencadear um processo de construção da Rede de Comunicação de Municípios Saudáveis, em que gestores e líderes da comunidade se reúnem para levantar as principais dificuldades com o objetivo de estabelecer prioridades nas ações de promoção da saúde e, consequente, qualidade de vida (ZANCAN, 2003).

Esse *Guia para Prefeitos* e outras autoridades locais é um importante subsídio para gestores, com informação das diretrizes de formação de MCS, que pauta sua aplicabilidade nos conceitos da promoção da saúde no nível municipal, para prover uma contribuição para

boa gestão na área da saúde. A estratégia MCS é a mais usada de todas as estratégias de promoção da saúde na América Latina e Caribe. Sob a ótica da saúde como qualidade de vida, as ações da estratégia MCS têm como enfoque os determinantes da saúde mais do que as consequências em termos da doença, para que as pessoas melhorem suas condições de vida (OMS; OPAS, 2002).

Os prefeitos devem estar na vanguarda dessa ação, envidando esforços para implantar e assegurar políticas públicas saudáveis, manutenção de meio-ambiente e espaços saudáveis e a promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, nenhum projeto desse alcance terá sucesso se não se observar dois aspectos básicos da estratégia de implementação de cidades saudáveis, a saber, a intersetorialidade e a participação.

No Brasil, conforme informações do *site* Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS, 2016), 39 municípios compõem a Rede. A participação dos municípios é aberta, sendo condicionada à assinatura pelo Prefeito de um termo de compromisso com as políticas da Rede e conta com signatários de uma região que cobre cerca de dois milhões de habitantes. Aos prefeitos interessados em compor a Rede se pré-estabelece um conjunto de compromissos, como assumir o cumprimento dos objetivos estabelecidos pela RMPS; indicar representante(s) para a interlocução com a coordenação da rede; nomear um comitê de implantação e monitoramento dos projetos vinculados à rede; fortalecer a participação popular na construção da Rede local; desenvolver um projeto de governo único e integrado, por meio da intersetorialidade; e desenvolver ações de cooperação intermunicipal.

1.2.10 Síntese das principais proposições das conferências sobre Promoção da Saúde

As principais proposições das conferências e movimentos internacionais sobre promoção da saúde estão sintetizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Síntese das principais proposições das Conferências sobre promoção da saúde

EVENTO	TEMA CENTRAL	PRINCIPAIS PROPOSIÇÕES
Movimento Cidades Saudáveis	Macroestrutura política de saúde	Segurança, ambiente físico saneado, sustentabilidade do ecossistema, fim da exploração social, entre outras.
Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978	Promoção da saúde a todos os povos do mundo	Governos passam a ser integralmente responsabilizados pela saúde de seus cidadãos, realizado por medidas sanitárias e sociais. A principal meta: todas as populações atingissem um nível de saúde digno até o ano 2000.
Conferência de Ottawa, 1986	Políticas públicas de saúde	– Promoção da saúde – Pré-requisitos para a saúde – Defesa de causa – Capacitação – Mediação
Conferência de Adelaide, 1988	Política voltada para a saúde e as políticas saudáveis	– Apoio à saúde da mulher – Alimentação e nutrição – Tabaco e álcool – Criando ambientes saudáveis
Conferência de Sundsvall, 1991	Ambiente favorável à saúde	– Interdependência entre saúde e ambiente – Combate às desigualdades sociais no acesso à saúde – Educação – Melhoria da qualidade de vida, saúde e sustentabilidade ambiental
Conferência de Santafé de Bogotá, 1992	Equidade e produção social da promoção da saúde	– Direito e respeito à vida e à paz – Impulso ao conceito de saúde – Convocação de forças sociais – Políticas públicas – Mediação – Priorização de gastos à saúde – Empoderamento social – Saúde da mulher – Diálogo entre culturas – Responsabilidade dos setores à saúde – Reconhecimento de trabalhadores pela saúde – Estímulo à ciência e pesquisa à saúde
Conferência de Jacarta, 1997	Promoção da Saúde no século XXI	– Inclusão do setor privado na promoção da saúde – Responsabilidade social para com a saúde – Aumentar os investimentos – Consolidar e expandir parcerias – Aumentar a capacidade comunitária – Infraestrutura para a promoção da saúde
Municípios e Comunidades Saudáveis	Os determinantes da saúde	– Gestão municipal baseada na ação intersetorial – Protagonismo do Estado – Participação da sociedade civil
Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis	Estratégias da OPAS/OMS para os Municípios Saudáveis	– Ações intersetoriais e transetoriais – Fortalecimento dos atores sociais pela participação e autonomia. – Construção de práticas que firmem valores e desejos dos atores sociais – Divulgação de experiências de sucesso nos Municípios dentro e fora da Rede

Fonte: Elaborado pelo autor.

Todos os eventos citados no Quadro 2 convergem para um novo enfoque no campo da saúde no mundo, a saber, a promoção da saúde, na expectativa de modificar a acentuada medicalização da saúde, com recomendação de 'elementos essenciais' para sua produção, estando sob a responsabilidade dos poderes governamentais tomarem decisões de desenvolvimento de políticas públicas, tornando a saúde uma prioridade política e de gestão em prol do bem-estar das populações (BUSS, 2009).

1.3 **Princípios para a prática da Promoção da Saúde**

Como resultado da ampla discussão de todas as Conferências Internacionais, a OMS, disposta a buscar soluções à problemática da urbanização, visando ao bem-estar das populações, especialmente aquelas que vivem em países em desenvolvimento, estabelece alguns princípios da promoção de saúde, que norteiam os programas, políticas e ações do setor, tratados a seguir.

1.3.1 Concepção holística

O princípio da concepção holística, que deve orientar os programas de promoção da saúde, precisa ter um foco multicausal do processo saúde-doença de modo a produzir saúde física, mental e espiritual na população como um todo e não em grupos de risco para doenças específicas (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Permite a compreensão do processo saúde-doença, os determinantes sociais, econômicos, ambientais, e não só os biológicos, que não agem isoladamente, mas interagem uns com os outros (WESTPHAL, 2012).

Para Westphal (2012), a natureza complexa inerente à realidade justifica este princípio, haja vista a necessidade de equacionar a problemática da saúde, no contexto tão complexo das comunidades. A autora ainda sustenta que os determinantes da saúde nos aspectos biológico, social e econômico de uma sociedade têm estreita relação com o nível de justiça social praticada em seu meio, ou seja, é uma espécie de *feedback* à qualidade e quantidade de recursos disponibilizados a cada membro da sociedade para a sua subsistência. Essa é a peculiaridade da concepção holística de promoção da saúde, que vê a saúde como uma produção do meio social, vivenciada no cotidiano das coletividades, sobrepondo-se à opção de assistência médico-curativa, privilegiando a determinação social da saúde.

Por isso, as ações de Promoção da Saúde orientadas por uma concepção holística de saúde precisam, segundo Sícoli e Nascimento (2003), de ações intersetoriais credenciadas por leis tributárias e fiscais que privilegiem aspectos essenciais ao desenvolvimento social, como a educação, **atenção básica em saúde**, colocação funcional, urbanização, mobilidade, habitação, alimentação e lazer, entre outros. Torna-se, então, imprescindível o compromisso do poder público em todas as esferas, a fim de que se viabilizem o fomento e as devidas condições para que os cidadãos sejam inseridos no processo de produção de saúde.

1.3.2 Igualdade social

O princípio da igualdade social é um antigo anseio humano, pois é natural querer ser tratado com equidade, dignidade e respeito. De Negri Filho (2003) aponta que o princípio da equidade, um dos pré-requisitos da saúde, torna-se um conceito-chave para análise da qualidade de vida, sabendo-se que a injustiça social é atestada in loco pela má qualidade de vida, produto de distribuição desigual. O autor exemplifica com o problema da violência, que jamais poderá ser superado sem a resolução do problema da desigualdade.

Promover a saúde coletiva com foco na equidade social supõe reconhecer as desigualdades e perseguir suas iniquidades consequentes, priorizando ações, especialmente, nas camadas mais carentes das comunidades (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Segundo Lobato (2012), todo o complexo de desigualdades, tanto no aspecto econômico quanto social nas sociedades atuais decorre da peculiaridade da produção capitalista, produto do modelo de industrialização e urbanização predominante na Europa ocidental nos últimos dois séculos.

Preocupação de todas as grandes conferências internacionais de promoção da saúde, a equidade foi elencada entre os principais pré-requisitos para a saúde no mundo, a ser alvo de todos os gestores dispostos a implementar políticas públicas saudáveis, na busca de qualidade de vida por meio da promoção da saúde, pois facilita o acesso universal à saúde e suprime as diferenças injustas, que reduzem o ensejo à qualidade de vida.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS),

> O conceito de equidade corresponde ao reconhecimento e à efetivação, com igualdade, dos diretos da população, sem restringir o acesso, por parte dos diversos seguimentos sociais, com a mesma qualidade. Uma política pública saudável tem como finalidade criar um ambiente de apoio que permita às pessoas terem uma vida saudável, fazerem escolhas saudáveis e transformar os ambientes sociais e físicos. Este conceito implica o desenvolvimento de atividades pelos governantes e por

> aqueles que têm poder político, dirigidas a solucionar problemas específicos que afetam o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde da população (OMS; OPAS, 2002, p. 11).

Sua conceituação tem, segundo Westphal (2012), premissa nas diversas visões de justiça social, destas destacando-se as ligadas, ora às correntes de pensamento liberal, ora à corrente marxista. Nota-se estar a autora inclinada a considerar a equidade a ser reivindicada com mais propriedade pelo pensamento materialista histórico, que explica a construção das desigualdades sociais que se traduzem em vulnerabilidades, implicando demandas e necessidades a serem atendidas.

Sendo o principal objetivo da busca pela igualdade social a supressão das diferenças evitáveis e injustas que causam entrave ao acesso a condições dignas e bem-estar social (BRASIL, 2001), sua aplicação prática significa investimento em saúde para todos, estando este princípio intimamente ligado à distribuição dos determinantes de saúde para as comunidades (WESTPHAL, 2012).

1.3.3 Intersetorialidade

O princípio da intersetorialidade surge, segundo Krempel, Moysés e Moysés (2003), como proposição de um novo modelo de ação e gestão na construção de políticas públicas. Os autores defendem a intersetorialidade como imprescindível para a consideração e busca de solução relacionada às necessidades do ser comunitário, especialmente sabendo-se o quão complexos são os fatores que determinam a saúde e qualidade de vida nas cidades.

Na conceituação de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997 p. 24) a intersetorialidade é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento social, superando a exclusão social". Na prática, a intersetorialidade enseja ações e políticas voltadas aos determinantes da saúde, pela composição de diversos setores, como jurídico, tributário, educacional, habitacional, serviço social, nutricional, lazer, transporte, planejamento urbano, entre outros, que aglutinam esforços em uma rede em que as partes desenvolvem novas ações pela melhoria do bem-estar social das coletividades (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003). Por isso, Westphal (2012), reconhece ser a prática da intersetorialidade um desafio, dada a força antagônica da lógica setorial e da hierarquia, sendo necessário haver mudança nessa postura, que gera fragmentação administrativa, mediante a qual políticos, estudiosos e técnicos do setor passem a interagir entre si e com a população.

Definida por diversos autores como a articulação de saberes e experiências diante do planejamento, ou a prática conjunta da participação de todos os setores possíveis, seja de âmbito governamental, não governamental ou popular, a intersetorialidade agrega noções de comunicação e negociação, sendo uma nova perspectiva na abordagem da problemática social urbana, abrindo pressupostos para se equacionar tal problemática onde ela se apresenta (SPERANDIO, 2003). Segundo Junqueira (2004), ação intersetorial envolve disposição para aprendizagem e determinação dos atores, todos empenhados por uma gestão integrada, capaz de produzir consecuções no trabalho pela melhoria de determinado território.

Se a gestão municipal existe para acompanhar de perto os indivíduos e lhes favorecer condições dignas de vida, está sob sua tutela a obrigação de ultrapassar essa barreira pautada na burocracia e corporativismo, para o desenvolvimento de práticas intersetoriais que se estabeleçam no dia-a-dia por meio da superação do que Junqueira (2004) entende ser política fragmentada. Isso envolve considerar o cidadão em uma ótica de integralidade.

É nessa perspectiva que Junqueira (2004) defende que articular tanto instituições como pessoas, bem como constituir redes de interesse em torno de uma ideia, possibilita o enfrentamento de problemáticas sociais. Essa inter-relação de pessoas e organizações abre precedente para uma visão diferenciada dos problemas sociais, que só aumentam. Portanto, a efetivação do modelo de gestão intersetorial é um desafio de inovação a ser seguido pelos prefeitos da federação, se desejam realmente fugir do modelo ultrapassado, verticalizado, que não mais atende às demandas das coletividades locais.

No Brasil, desde a década de 1990, segundo Zancan (2003), a intersetorialidade vem se estruturando no âmbito nacional por meio do desenvolvimento de novas estratégias, nas quais o setor saúde tenta compartilhar responsabilidade com outros setores e com os cidadãos da comunidade. Mas, pode-se facilmente questionar a aplicação prática das ações de enfoque intersetorial, pelos próprios resultados observados com um olhar crítico. O presente cenário sugere, ao olhar de um observador leigo, resultados obtidos exclusivamente por meio do setor saúde. É o Ministério da Saúde (MS) que estabelece macro políticas, operacionalizadas pelo SUS, por meio de seus principais programas.

Portanto, o discurso focado em um novo modelo de transformação da conjuntura social para melhoria das condições de vida das coletividades por meio do envolvimento intersetorial precisa, na prática, superar consideráveis obstáculos. E o sucesso advindo desse empenho é o que vai facilitar o despertar dos indivíduos à participação.

1.3.4 Participação social e empoderamento

Os princípios da participação social e empoderamento são imprescindíveis para o estabelecimento da promoção da saúde, pois, ao se observar os costumes de grande parcela da população, especialmente nos países em desenvolvimento, percebe-se que os indivíduos, ao serem impulsionados pela propaganda, optam em atender aos apelos do consumismo em detrimento do exercício da cidadania (FORTES; FERRONATTO; AGOSTINI, 2009). É por isso que a OMS e a OPAS (2002) defendem ser mais possível haver negociação em prol da estratégia de desenvolvimento de cidades saudáveis se os atores da comunidade estiverem inseridos de modo organizado e participando com os agentes públicos no enfrentamento dos desafios inerentes àquela realidade.

A participação social é compreendida pela OMS (1998) como o envolvimento dos cidadãos devidamente interessados na problemática local, somados às organizações afins, agentes políticos, técnicos dos diversos setores, imbuídos em tomar decisões e alcançar metas prioritárias, por meio de implementação e avaliação das iniciativas. Tema relevante nas Conferências de promoção da saúde, a participação dinâmica de indivíduos e comunidades nas mudanças do panorama de saúde e estilo de vida é essencial para uma cultura salutar, ressaltando que esse é um investimento engendrado por meio de ações baseadas em informação e promoção do conhecimento (BRASIL, 2002b).

Nesse sentido, o princípio da participação social, de acordo com Westphal (2012), resulta em empoderamento comunitário, desde que pautado na consolidação da ação comunitária, essencial ao enfrentamento dos determinantes da saúde. Para a autora, o empoderamento é um direito dos atores da comunidade. Sem essa interferência para a melhoria das condições de vida, todo o arranjo em torno da saúde positiva construída no meio comunitário pode estar em risco. E a realidade estampa uma resposta conjuntural consideravelmente tímida, onde o potencial cidadão mediano ainda se encontra, de modo geral, alienado do processo de construção do seu bem-estar, tanto na perspectiva individual quanto coletiva. Mas por que esse fenômeno ainda acontece, haja vista a grande proficuidade da proposta de saúde positiva?

Segundo Junqueira (1997), no Brasil, existe prevalência dos interesses privados sobre os coletivos, o que inviabiliza a mobilização para a participação. O autor aponta que o estabelecimento de organismos descentralizados, necessários ao processo de aproximação popular não é estimulado. Ainda esclarece que a descentralização é importante para viabilizar

a participação, por meio da abertura de interação entre usuários e organizações, favorecendo o acesso de demanda das comunidades a quem tem o poder de decidir.

Portanto, a descentralização visando à participação social viabiliza o empoderamento de indivíduos e comunidades. A informação e o conhecimento são importantes para favorecer estas mudanças visando à transposição de barreiras sociais para o usufruto da cidadania e democracia, sem deixar de enfatizar que, entre o poder governamental e a sociedade deve haver a consciência de que todos têm direitos e deveres. Este é um inegável requisito para se chegar à saúde e qualidade de vida almejada por todos.

1.3.5 Qualidade de vida

A qualidade de vida, tema considerado tão recente quanto a promoção da saúde, é do completo interesse do setor da saúde. Observa-se que o termo já está incorporado nas expressões populares, que trazem em si uma boa conotação, ora como melhoria de padrão de vida, ora como bem-estar na vida das pessoas. Na conceituação da OMS (1998, p. 28), qualidade de vida é "a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Nahas (2003) considera que as decisões individuais determinam a qualidade de vida pelo próprio estilo.

Buss (2010) concorda que saúde e qualidade de vida estão intimamente relacionadas e isso é facilmente observado na realidade atual. O autor argumenta que a saúde interfere na melhoria da qualidade de vida, sendo fundamental para se viver bem, de modo que promover a saúde resulta em promover a qualidade de vida.

É inegável, de acordo com Minayo, Hartz e Buss (2000), o esforço da medicina científica para desenvolver dispositivos e procedimentos voltados à produção de bem-estar coletivo e, inclusive, esta tem tomado a qualidade de vida como um dos parâmetros de avaliação de consecuções nos tratamentos. Os autores ainda afirmam que a noção de saúde se coloca como uma resultante social da formação dos padrões de conforto e tolerância de cada sociedade.

Nesse sentido, segundo Ferreira e Buss (2002), a cidade ou comunidade saudável parecem ser foco da organização de um projeto do campo da saúde, onde todos os atores sociais orientam suas ações pelo bem comum e produção social da saúde, de modo que esse compromisso seja sempre para a melhoria da qualidade de vida da população.

A declaração de Alma-Ata, que vislumbrava a meta de saúde para todos no ano 2000, e todas as declarações posteriores sublinham a importância da promoção da saúde para o desenvolvimento econômico e social, resultando em melhoria das condições de vida e paz.

Esta possibilidade se abre por meio de políticas públicas saudáveis, que inclui, no âmbito do setor saúde o investimento na atenção primária, com maior abrangência das medidas de prevenção e educação em saúde (BRASIL, 2002b).

1.3.6 Síntese dos princípios sobre a Promoção da Saúde

Em síntese, os atuais princípios que orientam a promoção da saúde encontram-se sistematizados no Quadro 3.

Quadro 3 - Síntese dos princípios da Promoção da Saúde

PRINCÍPIOS	SIGNIFICADO
Concepção holística	Voltado para a multicausalidade, permite a compreensão do processo saúde-doença e considera os determinantes sociais, econômicos, ambientais e não só os biológicos, que não agem isoladamente, mas interagem uns com os outros.
Equidade social	Reconhecimento e efetivação da igualdade, dos diretos da população, sem restringir o acesso à saúde, com a mesma qualidade, por parte dos diversos segmentos sociais.
Intersetorialidade	Intersetorialidade das ações depende de diferentes saberes e do envolvimento de outros setores além do setor saúde.
Participação social e empoderamento	As pessoas são colaboradoras diretas, com direito a participar das decisões envolvendo sua saúde. Indivíduos e comunidades são capacitados para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde.
Qualidade de vida	A percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, na cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Decorridos mais de trinta anos da apresentação dos primeiros documentos do movimento atual da promoção da saúde, Buss (2009) destaca o tema como associado a um ‘conjunto de valores’ e ‘combinação de estratégias’ sob a premissa de ‘responsabilização múltipla’ pela compreensão da problemática da saúde no mundo e propostas de intervenção na busca de suas soluções. O Brasil, na condição de país em desenvolvimento, busca desde o início da década de 1980 se inserir de modo prático no conjunto de países que trabalham com o conceito mais amplo de promoção da saúde por meio da democratização de sua sociedade e do desenvolvimento de políticas públicas de saúde, conforme é abordado no capíitulo que trata da promoção de saúde no Brasil.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB[2])

A descentralização das execuções financeiras do governo federal para os estados e municípios contribuiu para a construção da autonomia da gestão local, incentivando os projetos direcionados às comunidades mais carentes. O foco era a aproximação entre a unidade de saúde e a população, utilizando como direção o Programa Saúde da Família (PSF), instituído em 1993. Esse programa veio sofrendo ajustes na sua sustentação financeira e política, de modo a expandir, obedecendo a um processo de descentralização do sistema de saúde.

O PSF nasceu como um desdobramento do já existente Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), instituído em 1991, com característica de grande capilaridade, um modelo de atenção totalmente brasileiro (BRASIL, 2010). Posteriormente, o Programa Saúde da Família passou a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007), com fins de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica (AB), para ampliar a resolutividade na situação de saúde dos usuários, causando um importante impacto na relação custo-efetividade (BRASIL, 2012a).

A experiência de ação produzida nos distintos níveis de gestão contribuiu para a efetivação da regulamentação da Atenção Básica, o que viabilizou seu fortalecimento nos propósitos dos SUS, de modo que, em 2006, foi publicada a Portaria n. 648, de 28 de março de 2006, que "Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)" (BRASIL, 2006c).

Sua política concebe o estado dinâmico do território onde as populações estão, sendo o instrumento de acesso mais oportuno dos usuários aos sistemas de saúde, regendo sua ação "pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social" (BRASIL, 2006c, p. 10).

---

[2] Para fim de compreensão do trabalho, a Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde têm o mesmo significado. Dizem respeito a "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 com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades" (BRASIL, 2012a).

As Unidades Básicas de Saúde, instaladas junto às comunidades garantem às pessoas do entorno acesso a uma atenção de saúde que se predispõe a atender com qualidade. No contexto da PNAB se reconhece como um grande desafio dotar as unidades de infraestrutura capaz de prover atendimento universal, integral e gratuito. Em 2012, a PNAB adquiriu renovação em sua forma de ação para se afirmar como uma AB acolhedora e profícua, além de entrar em articulação com importantes iniciativas do SUS, tais como a ampliação da intersetorialidade, da promoção da saúde, entre inúmeras outras voltadas à construção do bem-estar da população (BRASIL, 2012a).

2.2 A Estratégia de Saúde da Família

A ESF foi estruturada com objetivo de reorganização da Atenção Básica no Brasil, atendendo a resoluções do SUS. Seu campo de ação é específico aos territórios em que as equipes de Saúde da Família (eSF) trabalham. O desenvolvimento de suas atividades obedece ao planejamento e à programação realizados com base no diagnóstico situacional, centrado na família e na comunidade, em busca de construção de cidadania (BRASIL, 2006c).

"[...] orientada pela lógica da territorialização, da vinculação, responsabilização e do olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões sociais e culturais, onde estão inseridas as famílias e os indivíduos" (BRASIL, 2002, p. 10), a ESF atua mapeando riscos e vulnerabilidades, catalogando doenças, cadastrando famílias e indivíduos e atuando proficuamente na AB. É um programa inerente apenas ao setor saúde, que não caracteriza ações de corte intersetorial.

Mas essa realidade pode ser modificada, conforme atesta Zancan (2003), que diz que a ESF pode ser considerada uma potencial alternativa para a promoção da saúde. O foco nas famílias, em sua realidade física aumenta a visão do processo saúde-doença daquela realidade pelos técnicos, o que abre oportunidade de ações que superem as práticas curativas.

Tendo sua responsabilidade dividida entre municípios, estados e a federação, cada qual com suas atribuições específicas, a ESF se orienta por uma nova concepção de trabalho, quando comparada ao modelo biomédico tradicional, pretendendo, inclusive, ser uma forma de substituição desse modelo. Investe no vínculo entre os membros de equipes interdisciplinares, o que favorece maior diversidade das intervenções baseadas em consenso (BRASIL, 2000).

Seus recursos humanos são formados por equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário

de saúde, entre outros. Em outra frente prioritária da ESF estão as Equipes de Saúde Bucal (ESB), que oferecem atenção individual e coletiva focando a promoção da saúde e a prevenção de doenças bucais, de caráter integral e resolutivo. Esse cuidado aos usuários é feito por profissionais das equipes da ESF, especificamente, o cirurgião-dentista, o técnico em saúde bucal e o auxiliar em saúde bucal. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são as bases operacionais, que servem de referência para definição do território de atuação das eSF (BRASIL, 2012a).

As eSF contam com apoio matricial das equipes dos núcleos de apoio à saúde da família, que atuam na solução de situações/problemas clínicos e de saúde comuns de dado território, agregando de modo corresponsável práticas inerentes à atenção básica que ampliem suas metas de ofertas. Cada eSF atua no cuidado de, no máximo, 4.000 pessoas de uma região estabelecida. Tendo carga horária de 40 horas semanais, os profissionais dessas equipes participam no mapeamento de riscos e vulnerabilidades, cadastrando famílias considerando suas características socioeconômicas, realizando ações de atenção à saúde, acolhendo usuários, notificando doenças e agravos, realizando ações de educação permanente em saúde, promovendo a participação da comunidade no processo de busca de qualidade de vida, entre outras atribuições (BRASIL, 2014).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) são importantes no atendimento da população cadastrada. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% dessa população. Cada agente está responsável em cobrir, no máximo, 750 pessoas (BRASIL, 2006).

A responsabilização de tais equipes para com a saúde da comunidade territorializada enseja a promoção da saúde e qualidade de vida. Para isso, sua prática deve ter orientação intersetorial, na qual governo, setores sociais e produtivos se somem a ações de indivíduos e comunidades, pelo desenvolvimento da qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2006c).

2.3 Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Implantados pela Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008, com o propósito de atender à complexidade e necessidade de capilaridade da AB e de aumentar seu alcance assim como sua resolubilidade, os NASF são equipes constituídas por profissionais de diferentes áreas ou especialidades. Os NASF são resultado de uma estratégia de vanguarda e estão comprometidos com a promoção da mudança de atitude por parte das famílias atendidas pelo SUS, principalmente, pela ampliação da clínica e da capacidade de análise e ingerência em

suas necessidades de saúde, seja em termos clínicos, sanitários ou ambientais das comunidades (BRASIL, 2014).

Ao buscar cumprir seu objetivo de sustentar o estabelecimento da AB no Brasil com aumento de oferta de saúde na rede de serviços, bem como da amplitude de suas ações, o NASF se constitui como suporte especializado no contexto da AB, não pretendendo ser um ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar. O NASF não possui características de porta de entrada do sistema para os usuários, mas de suporte às ESF.

Por isso, é interessante ressaltar que

> Os Nasfs fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). Devem, a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes e/ou Academia da Saúde, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus serviços (ex.: CAPS, Cerest, Ambulatórios Especializados etc.), além de outras redes como SUAS, rede sociais e comunitárias (BRASIL, 2012a, p. 69).

Constituído por uma equipe, não um serviço de saúde especial, realiza ações compartilhadas com as ESF, não significando atuarem em mesmo espaço-tempo. Possui diretrizes estabelecidas na AB, de ação "interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização" (BRASIL, 2009). O Quadro 4 mostra as modalidades de NASF.

Quadro 4 - Modalidades de NASF

MODALIDADES	EQUIPES VINCULADAS	CARGA HORÁRIA
NASF 1	5 a 9 ESF e/ou EAB para populações específicas (CnaR, equipes Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 200 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal
NASF 2	3 a 4 ESF e/ou EAB para populações específicas (CnaR, equipes Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 120 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal
NASF 3	1 a 2 ESF e/ou EAB para populações específicas (CnaR, equipes Ribeirinha e Fluvial)	Mínimo 80 horas semanais; Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal

Fonte: BRASIL (2014).

De acordo com a Portaria 154/08, já citada, as equipes de NASF devem ter a seguinte composição:

O NASF 1 é composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações distintas: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

O NASF 2 é composto por, no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações distintas: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

O NASF 3 foi criado pela Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012, em conjunto com as modalidades NASF 1 e 2, para possibilitar a universalização destas equipes para todos os Municípios do Brasil que possuem Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (BRASIL, 2012). Os critérios para, entre outros, a composição das ocupações para os NASF 3 estão vinculados à ações de atenção integral a usuários de *crack,* álcool e outras drogas, com fins de prevenção e promoção da saúde, cuidados e diminuição dos riscos e danos. Suas ações podem incluir a promoção de ações de detecção precoce; orientação e acompanhamento do uso de terapia medicamentosa, quando indicada; apoio à criação de grupos de ajuda-mútua; realização de entrevistas motivacionais; orientações familiares, entre outros (BRASIL, 2011).

A Portaria ainda esclarece que são os gestores municipais que definem a composição de cada um dos NASF e das equipes Saúde da Família. Os critérios de precedência são definidos de acordo com a realidade epidemiológica, das carências inerentes a cada território e o suporte às equipes de saúde. A intenção é que haja compartilhamento do saber específico de cada profissional da equipe do NASF com os profissionais da ESF, de modo que a Equipe Saúde da Família promova resolutividade no contexto da atenção básica.

Pela proximidade geográfica das equipes vinculadas, estando os beneficiários definidos e cadastrados, os profissionais do NASF têm a vantagem de poder detectar as necessidades das pessoas. Essa é uma oportunidade de envolver tais usuários numa produção participativa e aprazível dos cuidados com a saúde. Tal ação, necessariamente cotidiana, deve preservar e até aumentar a capacidade individual e social de promoção da saúde.

Em Goiânia, o lançamento do primeiro NASF ocorreu em 27 de Junho de 2011 (PMG, 2011), agrupando uma frente multiprofissional formada por assistente social, educador físico, farmacêutico, ginecologista, nutricionista, pediatra, psicólogo e psiquiatra, implementando a modalidade NASF Tipo 1, caracterizada pela composição de, no mínimo, cinco especialidades

profissionais. O critério para se escolher esse conjunto de profissionais foi produto de análise do perfil epidemiológico da clientela local e da disponibilidade desses especialistas.

A implantação do NASF em Goiânia obedeceu a uma lógica da SMS que favorecesse uma consolidação gradual, de modo à capilarizar esse novo modelo de atenção à saúde em outras regiões, a partir se seu projeto piloto com cinco equipes de NASF na região Noroeste do Município (PMG, 2009).

2.3.1 O NASF e o educador físico

As ações do educador físico, à luz da PNPS, foram elencadas a uma perspectiva de atendimento integral no território da rede básica de saúde e da comunidade que compreende o trabalho de educação permanente, a prática de atividade física, ações de matriciamento às equipes de ESF, visando à superação da visão individualizante de vida que relega aos indivíduos da comunidade a responsabilidade pela produção de sua própria saúde (BRASIL, 2015).

O educador físico se encaixou nesse processo de modo oportuno, pois o alcance de suas atuações sugere potencial para ampliar a convivência social de seus integrantes. O valor de sua atuação é constatado desde as atividades voltadas para produção social da saúde, até o desenvolvimento de procedimentos de prevenção de agravos (BRASIL, 2014). Seu engajamento pode ter efeito motivacional na consolidação da atividade física no cotidiano das pessoas para que possam encará-la como uma forma de lazer e descontração e não como obrigação. O Quadro 6 apresenta o demonstrativo da presença do profissional de Educação Física nos NASFs brasileiros.

Quadro 5 - Demonstrativo da presença do profissional de Educação Física no NASF

PROFISSIONAIS	% NASF I COM PROFISSIONAL NA EQUIPE	% NASF II COM PROFISSIONAL NA EQUIPE
Fisioterapeuta Geral	86,0	75,4
Psicólogo Clínico	85,5	77,1
Nutricionista	79,9	60,9
Assistente Social	67,9	42,5
Fonoaudiólogo	47,3	28,4
Profissional de Ed. Fís. na saúde	41,7	17,8
Farmacêutico	41,1	20,8
Avaliador Físico	7,6	10,8

Fonte: BRASIL (2013).

Sua formação, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais se fundamenta na concepção, planejamento, operacionalização e avaliação para que adquira o pleno desenvolvimento de competências e habilidades direcionadas a promoção da saúde nas mais diversas possibilidades de sua atuação profissional. É imperativo que o educador físico compreenda o contexto social dos indivíduos e comunidades. Isso irá lhe proporcionar subsídios para intervenção segura pautada em conhecimento acadêmico, visando à prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde de indivíduos e comunidades, respeitando seus determinantes de saúde (BRASIL, 2004).

Especificamente, em se tratando de sua atuação no NASF, a Portaria n. 154, de 24 de Janeiro de 2008, que cria os NASFs, estabelece o detalhamento do perfil para este profissional, que serve como parâmetro de atribuições dos profissionais a serem contratados pelas prefeituras.

Quadro 6 - Detalhamento das ações do profissional de Educação Física no NASF

Desenvolver atividades físicas e práticas corporais junto à comunidade
Veicular informações que visam à prevenção, à minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado
Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades, por meio da atividade física regular, do esporte e lazer, das práticas corporais
Proporcionar Educação Permanente em Atividade Física/Práticas Corporais, nutrição e saúde juntamente com as ESF, sob a forma de coparticipação, acompanhamento supervisionado, discussão de caso e demais metodologias da aprendizagem em serviço, dentro de um processo de Educação Permanente
Articular ações, de forma integrada às ESF, sobre o conjunto de prioridades locais em saúde que incluam os diversos setores da administração pública
Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência
Identificar profissionais e/ou membros da comunidade com potencial para o desenvolvimento do trabalho em práticas corporais, em conjunto com as ESF
Capacitar os profissionais, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde - ACS, para atuarem como facilitadores/monitores no desenvolvimento de Atividades Físicas/Práticas Corporais
Supervisionar, de forma compartilhada e participativa, as atividades desenvolvidas pelas ESF na comunidade
Promover ações ligadas à Atividade Física/Práticas Corporais junto aos demais equipamentos públicos presentes no território, escolas, creches etc
Articular parcerias com outros setores da área adstrita, junto com as ESF e a população, visando ao melhor uso dos espaços públicos existentes e a ampliação das áreas disponíveis para as práticas corporais
Promover eventos que estimulem ações que valorizem Atividade Física/Praticas Corporais e sua importância para a saúde da população

Fonte: BRASIL (2006).

Vale registrar que, ao se pesquisar as fundamentações legais de regulação da atuação do professor de Educação Física no âmbito do sistema de saúde, pôde-se observar que tanto o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) quanto o Ministério do Trabalho (BRASIL, 2017c), por meio da Classificação Brasileira de Ocupações, regulamentam as possibilidades

de atuação deste profissional. No entanto, observam-se conflitos na forma como o Ministério da Saúde registrou o profissional de Educação Física com a perspectiva de atuação no NASF.

Especificamente, a Portaria 409/2008/MS (BRASIL, 2008) delimita a atuação do profissional de Educação Física em: avaliador físico, ludomotricista, preparador de atleta, preparador físico, técnico de desporto individual e coletivo (exceto futebol), técnico de laboratório e fiscalização desportiva e treinador de futebol. Segundo a Portaria, quando um município implanta um NASF, só é cabível o cadastro de apenas uma ocupação por profissional de Educação Física, de modo que o município fica 'engessado', tendo que optar por uma dentre as sete ocupações aqui citadas.

A Portaria 154/2008 compreende que

> [...] as Práticas Corporais são expressões individuais e coletivas do movimento corporal advindo do conhecimento e da experiência em torno do jogo, da dança, do esporte, da luta, da ginástica. São possibilidades de organização, escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, que sejam compreendidas como benéficas à saúde de sujeitos e coletividades, incluindo as práticas de caminhadas e orientação para a realização de exercícios, e as práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas, como: a capoeira, as danças, o Tai Chi Chuan, o Lien Chi, o Lian Gong, o Tui-ná, a Shantala, o Do-in, o Shiatsu, a Yoga, entre outras (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, pode-se inferir pela existência de desencontros entre legalidade e prática. Isso pode afetar negativamente não só a gestão das práticas de cuidado, como o atendimento aos usuários finais do programa.

Conforme será abordado a seguir, para viabilizar o trabalho do educador físico, o Programa Academia da Saúde promove a implantação de polos de Academia da Saúde. O Programa é oportuno, pois alcança pessoas nos espaços públicos visando a promover não só práticas corporais e atividade física, mas também a atuação de equipes multiprofissionais na promoção da alimentação saudável, da educação em saúde, e na aquisição de modos de vida saudáveis da população (BRASIL, 2013).

A Figura 1 ilustra a atuação do educador físico no espaço do NASF.

Figura 1 - O trabalho de um educador físico no contexto do NASF

Fonte: TV Tapera, município de Santa Terezinha-BA.

2.4 O Programa Academias da Saúde

O Programa Academias da Saúde é uma estratégia da AB lançada no ano de 2011 e redefinida no âmbito do SUS pela portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013, com objetivo primordial relacionado a promoção da saúde, à produção do cuidado e de modos de vida salutares das comunidades a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais aptos ao atendimento.

Na condição de referência estratégica no território, fortalece o cuidado integral e as ações de promoção da saúde em conexão com as ESF, os NASF e a Vigilância em Saúde. O Programa está fundamentado em diretrizes que focam cuidados individuais e coletivos na atenção básica, referenciando-se na prevenção de DCNT, assim como na ressignificação e vivência de saberes que viabilizam a construção coletiva de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde regulamenta e ordena despesa para a construção dos polos de Academia da Saúde, que agregam três tipos de modalidade. O valor do incentivo financeiro de investimento para construção em cada uma das modalidades de polos é de R$ 80.000,00 na modalidade básica, para cobrir custos de estruturação de área de vivência e espaço externo, composto de área multiuso com equipamentos de alongamento. A modalidade intermediária recebe o incentivo de R$ 100.000,00, sendo equipada, além dos recursos físicos anteriores, com um depósito de materiais. E a modalidade ampliada recebe o incentivo de R$ 180.000,00

para estrutura de apoio (sala de acolhimento, sala de vivência, depósitos e sanitários) e ambientação do espaço, além dos recursos físicos anteriormente citados (BRASIL, 2013b).

Os polos do Programa são instituídos em espaços públicos direcionados para a prática de atividade física moderada, conjuntamente com outras atividades. Seus princípios norteadores favorecem a participação popular, a intersetorialidade, a integralidade do cuidado e o reconhecimento do espaço como local de produção da saúde. Estes espaços podem ser considerados uma grande ferramenta de promoção da saúde nas mãos dos educadores físicos, pois representam um atrativo natural à agregação e interação social. As Figuras 2 e 3 mostram aspectos das Academias de Saúde da cidade de Anastácio, em Mato Grosso do Sul.

Figura 2 – Usuários em atividade física no NASF

Fonte: Assessoria de Imprensa da Prefeitura de Anastácio-MS.

Figura 3 – Usuários em atividade física no NASF.

Fonte: BRASIL (2017).

A Figura 4 mostra aparelhos de ginástica instalados ao ar livre para uso da comunidade de moradores do Residencial Eldorado, em Goiânia. No entanto, esta é uma iniciativa das construtoras de imóveis da região, sendo que a área é pública e cedida pela PMG, não tendo ligação com o NASF ou qualquer ação governamental do município de Goiânia.

Figura 4 – Aparelhos de ginástica em bairro de Goiânia.

Fonte: Acervo do autor.

No município de Goiânia, apesar de haver projeto pleiteando sua implantação e implementação, o Programa Academia da Saúde, ainda não se encontra em funcionamento como parte das atividades do NASF. Conforme relato de profissional da SMS, a implantação desse programa da AB está condicionada a estudos em andamento.

2.5 Atividade física e Promoção da Saúde

A década de 1990 e, especialmente, a mudança de século marcou o ingresso da atividade física nas práticas comuns de praticamente todos os grupos sociais, independentemente de nível de instrução. Desde a década de 1950 o interesse pela pesquisa científica em relação à importância da atividade física chegou a aumentar em 50 vezes até o ano 2000, em se comparando o número de artigos publicados (HALLAL et al., 2007).

Veríssimo (2011) se propôs a fazer um estudo avaliativo da implantação de políticas públicas relacionadas à promoção da saúde no município de Maringá, Paraná. Utilizou a metodologia de avaliação rápida, conforme estabelecido pelo Guia de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde, em três fases. A primeira investigava os documentos de implantação do projeto RMPS no município, abrangendo relatórios, livros, vídeos e sites do

projeto, bem como artigos produzidos sobre o tema. Na segunda fase a autora realizou uma entrevista com atores que ela qualificou como “peças-chave” da gestão, relacionadas à RMPS, à atribuição da intersetorialidade e da participação e sustentabilidade. Por fim, organizou uma oficina com os componentes da Comissão Intersetorial do Programa Maringá Saudável.

Esse processo permitiu tomar ciência da criação de projetos integrados e ações de planejamento e colaboração na gestão, no enfoque da promoção da saúde, o que proporcionou estimulo à conduta saudável. A autora ainda observou esforço conjunto no desenvolvimento de uma administração em rede articulada e integrada resultando em ações pautadas na triangulação: gestão municipal, universidades e comunidade. A autora conclui que o movimento em rede constitui-se em uma importante forma de se construir políticas públicas saudáveis, e que a avaliação, desde o início do projeto, é essencial para o acompanhamento dos resultados.

Nas palavras finais, a autora ressalta o dever dos gestores políticos primarem pela ampliação das experiências de trabalho em rede, por meio da articulação intersetorial, viabilizando maiores condições para que a gestão das políticas públicas saudáveis sejam elaboradas, implantadas e implementadas de modo legítimo e coletivo no empenho pela promoção da saúde.

Outro estudo a ser considerado é o artigo Atividade física em idosos no contexto amazônico, de Sousa, Silva e Andrade (2014), aplicado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de um município de pouco menos de quatro mil habitantes, com população vivendo em condições caracteristicamente precárias no aspecto socioeconômico, chamado Benevides, localizado na região metropolitana de Belém, Pará.

Objetivando descrever o impacto da atividade física para a prevenção, promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida na realidade dos idosos acometidos por morbidades circulatórias, o estudo foi desenvolvido por enfermeiros da ESF daquele município. Os pesquisadores iniciaram um treinamento com a equipe de ACS para acompanharem de perto os investigados. Em seguida, foi feita divulgação para se agregar idosos a partir de 60 anos cadastrados pela ESF. A investigação ocorreu no período de 2008 até 2012, com 320 idosos inclusos no programa, em que 224 (70%) deles eram acometidos por Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e admitiram não participar de atividades físicas.

Após entendimento da equipe do setor saúde, foi criado um grupo de caminhada em 2008, denominado Caminhando para uma saúde melhor, que após quatro anos já era aberto ao público, com frequência de três dias por semana, com uma hora cada dia, no período da manhã. Além disso, realizam-se encontros mensais com o grupo assistido na pesquisa, nos

quais se fazem orientações nutricionais, abordagens sobre qualidade de vida e saúde bucal, enfatizando-se a importância da atividade física para diminuir os males circulatórios.

Os pesquisadores constataram, conforme relatos dos investigados, haver melhoria na qualidade de vida e na saúde e na integração social destes idosos, além de maior controle da pressão arterial e diminuição de dores musculares, facilitando a realização de atividades rotineiras.

Com a proposta de investigar a atividade física no contexto do lazer entre 1621 adultos não usuários de um programa de promoção de saúde na comunidade, Fernandes et al. (2015) tomaram como meta descobrir o efeito da presença do Programa Academias da Cidade, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Desde 2006, a Prefeitura local disponibiliza essa rede de academias em busca de promover saúde e contribuir para melhoria da qualidade de vida dos assistidos. Com infraestrutura que propicia a prática de exercícios físicos, os usuários são acompanhados por professores de educação física, que oferecem avaliação física, aulas de ginástica, caminhada e alongamento, entre diversas atividades que são oferecidas em até dois turnos diários, com duração de cerca de uma hora em todos os dias da semana.

Os 400 usuários, em média, em cada uma das 64 unidades de Academias da Cidade foram avaliados pelo estudo utilizando-se variável de estratificação, que agregou três grupos de comparação; variável de resposta, utilizando-se o Questionário Internacional de Atividade Física; variáveis independentes, como dados sociodemográficos, incluindo gênero, idade, estado civil, instrução, renda e tempo de residência; e variáveis do ambiente físico e social.

Os resultados sugerem a potencialidade do programa em inspirar os indivíduos ao usufruto das práticas corporais no lazer da coletividade residente no entorno. O estudo também conclui que tais atividades são estratégicas no processo de diminuição das iniquidades provenientes do sedentarismo.

Outra pesquisa considerada foi realizada por Silvestre et al. (2016), que objetivou fazer análise da implementação prática do Programa Saúde na Escola, gerenciado pela Coordenação Regional de Educação de Samambaia, ligada à Secretaria de Educação do Distrito Federal. As observações da pesquisa desenrolaram-se nos meses de setembro e outubro de 2015, por meio de um estudo de caso que separou cinco escolas cadastradas no Programa, na condição de unidades de análise primária.

Os registros de conteúdo das integrantes da pesquisa e que atuaram como observadoras participantes, bem como as respostas dos profissionais das escolas ao questionário revelaram desconhecimento do programa, somado a condições de degradação das quadras poliesportivas das escolas, bem como ambiente em condições similares, em se

tratando do seu entorno, causando inevitável impacto negativo à prática de atividades físicas.

As pesquisadoras concluíram não haver incremento das práticas corporais nas escolas, bem como formação profissional não condizente com o programa avaliado, o que lhes levaram a sugerir mudanças no ambiente escolar, visando à maior participação discente nas atividades físicas, como meio de fomentar a saúde dos atendidos, com fins de combate à obesidade.

Também, reconhecendo ser o Programa Academia da Saúde de importância estratégica no processo de promoção da saúde no contexto da atenção primária, Guarda et al. (2015) pesquisaram os aspectos característicos das equipes atuantes no Programa Academia da Saúde implantado na grande Recife-PE, com intuito de verificar os percalços inerentes à aplicação prática do Projeto pelos profissionais envolvidos. O estudo, que utilizou um método exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, selecionou 18 profissionais de educação física, atuantes em quatro municípios da Região Metropolitana do Recife que sediam polos do Programa em busca de dados, que foram coletados entre julho e agosto de 2014, usando-se uma entrevista semiestruturada e um questionário com perguntas abertas e fechadas.

Verificou-se que a maior parte dos professores é do sexo feminino, graduados há mais de cinco anos e que não tinham sido agraciados com disciplinas de saúde coletiva quando da formação acadêmica. A realidade laboral possui peculiaridades de precariedade material. O planejamento, execução e avaliação das ações do Programa mostraram-se ineficientes pela coordenação do mesmo, resultando em dificuldades quanto à articulação das atividades do Programa a outros eventos da Rede de Atenção Primária.

Por isso, os pesquisadores recomendam maiores investimentos na formação dos atores ministrantes do programa, dada a precariedade da estrutura de atendimento, da ineficiência da coordenação do Programa quanto ao planejamento, execução e avaliação das ações e falta de articulação do programa com a Rede de Atenção Primária.

Analisando o teor das pesquisas acima mencionadas, nota-se estarem contidas em um vasto conjunto de inquirições acadêmicas que focam as ações que ensejam a promoção da saúde por meio das atividades físicas, desde a avaliação da eficiência da execução dos projetos, passando pela aceitação deste novo modelo de saúde pública, ainda estranho ao conceito popular, acostumado a procedimentos de assistência médico-curativa, até os efeitos dos procedimentos no organismo dos beneficiários dos programas.

Ainda outra investigação feita por Martinez (2014) analisou a inserção do profissional de Educação Física na Saúde Pública e especificamente em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Goiânia/GO. Sua pesquisa debruçou-se sobre diretrizes, marcos legais,

produção acadêmica sobre o tema, bem como analisou as percepções dos gestores e das equipes multiprofissionais acerca das contribuições da Educação Física ao trabalho desenvolvido pelo NASF na cidade. A investigação possuiu característica de pesquisa participante, fundamentando suas análises e reflexões a partir das projeções da medicina social latino-americana e na perspectiva de educação politécnica.

Seus resultados apontaram que um dos problemas centrais do NASF passa pela dimensão da gestão com proposta de trabalho centrada no apoio matricial, que resultou em resistências de equipes de ESF. A Educação Física se apresentava de forma inicial, com quantitativo insuficiente de profissionais e desigualdades salariais. Apesar de serem constatadas contribuições com o trabalho com grupos, em projetos de território e Academia da Saúde, essas contribuições se apresentavam de forma limitada, devido ao viés comportamental, biologicista e curativo ainda hegemônicos na formação e nas práticas dos profissionais.

A autora concluiu que a coordenação do cuidado na rede de serviços de saúde e a proposta de fortalecimento dos princípios da Atenção Primária em Saúde expressam a fragilidade do Programa no Município de Goiânia, o que ficou comprovado pelas condições precárias de trabalho do NASF em Goiânia. Assim, A autora aponta a necessidade dos profissionais de Educação Física buscarem sua inserção mais concretamente em prol da saúde pública no Brasil.

Por fim, destaca-se o Programa Agita São Paulo, que desde 1996 se tornou referência em todo o Brasil e em países da América Latina, tendo sido caracterizado pela OMS como um modelo para outros países em desenvolvimento. Idealizado por uma equipe de profissionais de saúde e pesquisadores, sob a coordenação de Victor Matsudo, o programa possui o objetivo de combater o sedentarismo no estado de São Paulo, estimulando as pessoas a adotarem estilo de vida ativo, praticando pelo menos 30 minutos de atividade física moderada por dia, na maioria dos dias da semana (MATSUDO et al. 2009).

Possuindo três grupos-alvo, estudantes, trabalhadores e idosos, o programa se empenha em organizar eventos que alcancem e envolvam um grande número de pessoas. O sucesso do programa pode ter relação com uma abordagem multisetorial, ampla utilização de parcerias, base científica para as atividades e cobertura de divulgação não paga incentivando atividades que são agradáveis e simples.

Todas as pesquisas neste campo acadêmico são importantes para o crescimento das fontes de informação, sendo sua multiplicação imprescindível ao esclarecimento de todos os grupos interessados no assunto, pois pode servir como subsídio às adequações dos programas

à realidade local.

2.6 A cobertura da Atenção Básica

Conforme informações colhidas no Portal Saúde, do Ministério da Saúde, há em funcionamento no Brasil quarenta mil e seiscentas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todos os estados do Brasil, sendo que nessas UBS atuam 39,1 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), que, no ano de 2015, já agregavam 265,2 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), beneficiando 62% da população brasileira pelas ESF (BRASIL, 2016).

O Estado de Goiás fechou o ano de 2015 com 464 UBS, nas quais atuam 8.365 ACS em 245 municípios. Nestes municípios há 1.357 ESF. São 72 NASF tipo 1; 36 tipo 2; e 81 tipo 3. Existem, também, 1.036 ESB credenciadas pelo Ministério da Saúde. A estimativa da população coberta pelas ESF é de 4.137.672 pessoas, o que significa uma proporção de cobertura populacional estimada de 64,78% (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

O município de Goiânia possuía no ano de 2015 84 UBS, com 495 ACS. Há 166 ESF, abrangendo proporção de cobertura populacional de 45,27%. São 3 NASF tipo 1 implantados.

Atualmente, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, a AB direciona esforços para impulsionar o acesso e a melhoria da qualidade da AB, garantindo um padrão de qualidade nacionalmente igualitário, para que se permita maior transparência e efetividade das ações do governo no âmbito dessa política. A satisfação dos seus usuários, padrão na organização das UBS em prol da qualidade e o estímulo à cultura de avaliação da AB no SUS são alguns dos objetivos perseguidos pelo programa.

Em síntese, pode-se entender a AB como uma estratégia que deve pulsar especialmente no âmbito regional de modo contínuo e sistematizado, de modo a responder às necessidades sanitárias individuais e coletivas. É nesse fluxo de ações que o SUS atua pela reorientação do modelo assistencial, partindo de um sistema que pretende ser universal e integrado, integrando a atenção a indivíduos e comunidades, instando-os à promoção e produção de sua saúde por meio de ações preventivas e curativas. Essa perspectiva é um claro contraponto ao modelo flexineriano americano de cunho medicalizante, fundado no reducionismo biológico e na atenção específica que privilegia apenas o desenvolvimento tecnológico da medicina.

3 METODOLOGIA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente capítulo caracteriza o campo da pesquisa, apresenta os métodos e procedimentos utilizados para produzir respostas às questões propostas neste estudo, analisa os dados e discute os resultados obtidos.

3.1 Apresentação do campo da pesquisa

Em pesquisa exploratória, foi verificado que o Distrito Sanitário (DS) da Região Noroeste do Município de Goiânia possui três equipes NASF de Modalidade 1, com 8 a 9 equipes de Saúde da Família, o que foi constatado *in loco*. Sua composição agrega em cada equipe um quantitativo de profissionais de nível superior, conforme mostra o Quadro 7.

Quadro 7 – Composição dos NASF de Goiânia.

NASF 1: Psicólogo, Assistente social, Educador físico, Nutricionista		NASF 2: Psicólogo, Assistente social, Educador físico, Nutricionista, Farmacêutico		NASF 3: Psicólogo, Farmacêutico, Educador físico, Nutricionista	
Jd. Colorado	1 equipe	Bairro da Vitória	1 equipe	Jd Curitiba I	1 equipe
Morada do sol.	1 equipe	Boa Vista	3 equipes	Jd. Curitiba II	2 equipes
Estrela dalva	1 equipe	São Carlos	2 equipes	Novo Planalto	1 equipe
Recanto do Bosque	1 equipe	Estrela D'Alva	1 equipe	Vila Mutirão	3 equipes
Novo Planalto	1 equipe	Jd. Cutitiba III	1 equipe	Jd. Primavera	2 equipes
Finsocial	1 equipe				
Jd. Primavera	1 equipe				
Tremendão	1 equipe				
Brisas da Mata	1 equipe				

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de documentos da SMS.

O município de Goiânia possui, atualmente, população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1.466.105 habitantes em espaço geográfico de mais de 700 km² de área. Os três NASF existentes estão localizados no Distrito Sanitário da Região Noroeste da cidade, sendo o maior dos sete DS, que "são órgãos executivos que integram a estrutura do sistema de saúde do município, com a finalidade de promover e executar políticas municipais de saúde nas regiões da cidade" (PMG, 2011b).

A Região Noroeste de Goiânia, que no ano de 2014 já estimava uma população de 350 mil pessoas, distribuídos em 75 bairros, passa por acentuado processo de crescimento (RODRIGUES, 2014), sendo que a maioria da população é usuária do SUS.

É um dos maiores distritos, tanto em extensão como em população. Além de estar entre as mais populosas da capital goianiense, a Região Noroeste também é a mais pobre, com 92% dos moradores de baixa renda (PMG, 2011b). Por ser uma região com características periféricas, que acolhe migrantes em busca de oportunidades, dispostos a atuar nos mais diversos setores de produção, ainda se observa traços de limitado poder socioeconômico e acentuada vulnerabilidade social.

O Mapa 1 apresenta a situação geográfica do município de Goiânia, onde se pode localizar a Região Noroeste.

Mapa 1 - Regiões administrativas de Goiânia

Fonte: Prefeitura Municipal de Goiânia (PMG, 2017).

O Quadro 8 lista os estabelecimentos de saúde do Distrito Sanitário Noroeste.

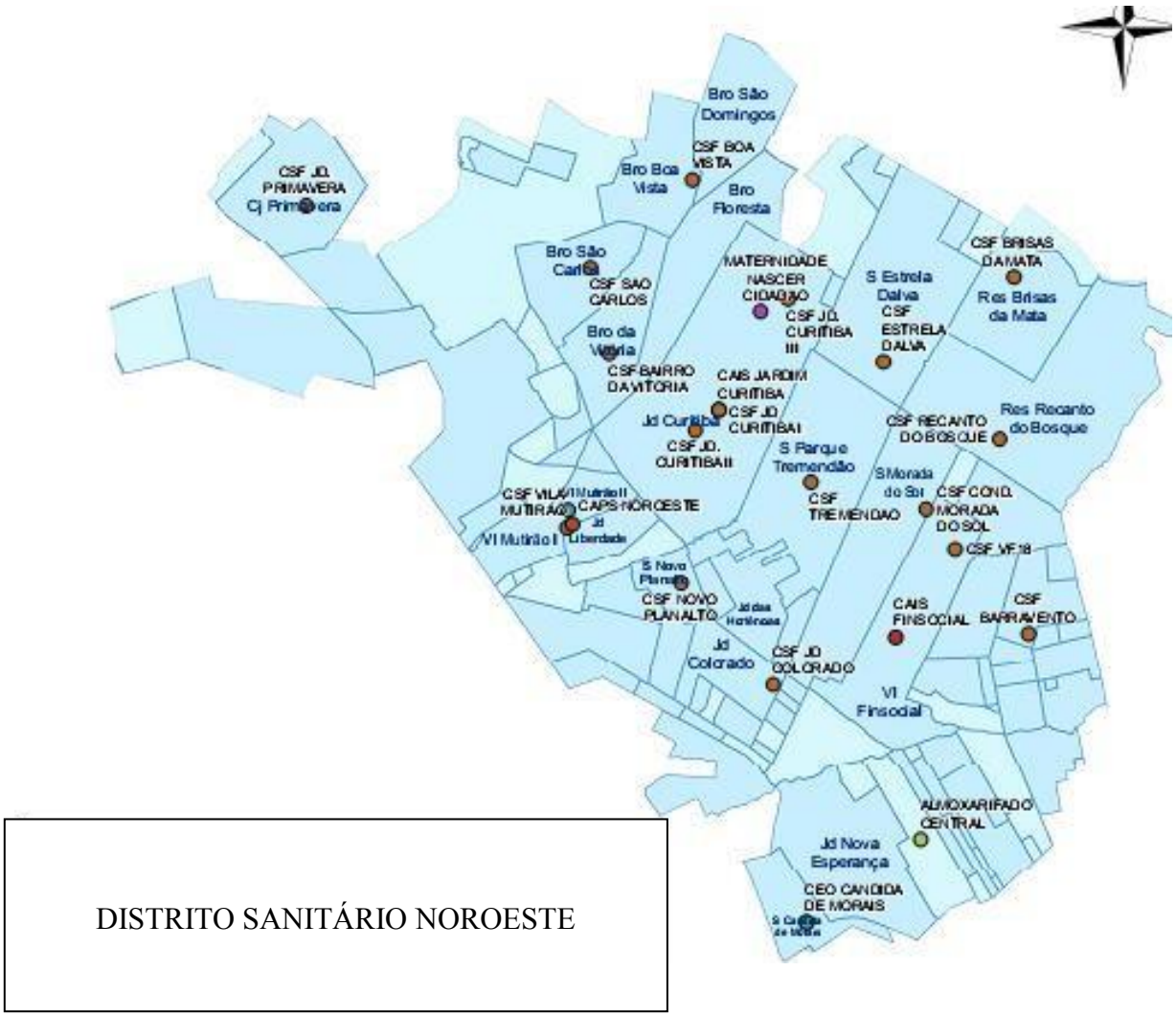
Quadro 8 - Estabelecimentos de saúde do Distrito Sanitário da Região Noroeste

ORDEM	REGIÃO NOROESTE	UNIDADES
1	CAIS Cândida De Morais	CAIS/CIAMS
2	CAIS Finsocial	CAIS/CIAMS
3	CAIS Jardim Curitiba	CAIS/CIAMS
4	CAPS Noroeste	CAPS
5	CEO Cândida De Morais	CEO
6	CSF Bairro Da Vitoria	CSF
7	CSF Barravento	CSF
8	CSF Boa Vista	CSF
9	CSF Brisas Da Mata	CSF
10	CSF Cond. Morada Do Sol	CSF
11	CSF Estrela Dalva	CSF
12	CSF Finsocial	CSF
13	CSF Jd. Colorado	CSF
14	CSF Jd. Curitiba I	CSF
15	CSF Jd. Curitiba Ii	CSF
16	CSF Jd. Curitiba Iii	CSF
17	CSF Jd. Primavera	CSF
18	CSF Novo Planalto	CSF
19	CSF Recanto Do Bosque	CSF
20	CSF São Carlos	CSF
21	CSF Tremendão	CSF
22	CSF Vf18	CSF
23	CSF Vila Mutirão	CSF
24	DS Noroeste	Sede Distrito Sanitário
25	Maternidade Nascer Cidadão	Hospital/Maternidade
26	Módulo Odont. IX	Módulo Odontológico

Fonte: Prefeitura Municipal de Goiânia (PMG, 2015).

Importante destacar a demanda por serviços de saúde na região. Observou-se, em todos os estabelecimentos visitados, quase sempre instalados em imóveis modestos, a procura por consultas, exames e acesso a medicamentos, o que parece ser uma aceitação e continuidade do modelo de assistencialismo clínico em detrimento da promoção da saúde como principal objetivo da Atenção Básica. O processo de urbanização desordenada na região Noroeste de Goiânia, resultado do êxodo rural e da migração intercidades, contribui para o inchaço das metrópoles e se explica pela busca de melhores condições de vida onde há concentração industrial e implementação de atendimento (LEFEVRE, 2004).

Mapa 2 - Estrutura organizacional de saúde do Distrito Sanitário Noroeste em Goiânia.



Fonte: Prefeitura Municipal de Goiânia (PMG, 2015).

Por ocasião da estruturação da pesquisa de campo, os educadores físicos alegaram haver ações de atendimento na área de atividade física. No entanto, como não foi permitido acesso a informações relativas à organização dos NASF, concernente à população de usuários de atividade física, não foi possível descobrir o quantitativo de beneficiários do programa e se estão ou não devidamente cadastrados em base de dados para fins de prestação de contas ao MS. Contudo, nas visitas de observação *in loco,* foi constatada a inexistência de registro de usuários praticantes de atividade física, devidamente cadastrados no NASF, o que levou a um redirecionamento da investigação em curso.

Diante da inexistência de praticantes de atividade física sob orientação de professores de Educação Física do NASF, buscou-se adaptar o questionário da pesquisa aos moradores da região que são usuários da AB. Buscou-se cumprir, assim, os objetivos do estudo sem

infringir as proposições apresentadas ao Comitê de Ética em Pesquisa que emitiu autorização em seu Parecer Consubstanciado.

3.2 Procedimentos metodológicos

O tipo de pesquisa caracteriza-se como sendo de natureza analítica, com delineamento de análise de implementação de uma política pública, com abordagem qualitativa. Partiu-se, neste caso, da visão conceitual de Muller e Surel (2002), que concebem a implementação como uma das três etapas da política pública na qual acontece a concretização das decisões previamente adotadas. Segundo os autores, esta etapa possui forte intuito desenvolvimentista e é precedida pela formulação, que é a fase em que se definem as estratégias de intervenção estatal para solução de problemas de alcance público.

A viabilidade da abordagem qualitativa se explica pela relação dinâmica entre mundo e sujeito, com traduções subjetivas que não podem ser explanadas em números, não requerendo uso de técnicas estatísticas. A pesquisa qualitativa busca no ambiente sua fonte direta de dados, o que necessita de um trabalho mais intensivo na pesquisa de campo (PRODANOV; FREITAS, 2013).

De acordo com Mendonça; Rocha e Nunes (2008), o método qualitativo não tem vocação para numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas. Sua finalidade é avaliar fenômenos sociais, indo além do que podem revelar instrumentos puramente estatísticos, estabelecendo sentido e significação que superam a aparência dos fatos.

Liebscher (1998) infere que a compreensão do método qualitativo passa pelo aprendizado da observação, do registro e análise das interações reais entre pessoas e entre pessoas e sistemas, sendo a observação um importante instrumento da pesquisa qualitativa.

Visto que a realidade da saúde pública no Brasil é complexa, a busca pela compreensão de fenômenos nela inseridos requer conhecimentos distintos dos aspectos teóricos e práticos que envolvem a oferta de promoção da saúde, objeto desta investigação. Para isso, é necessário, de acordo com Mendonça; Rocha e Nunes (2008, p. 48), consistência teórica e metodológica na condução da pesquisa, tanto para se produzir confiabilidade nas conclusões quanto para viabilizar "interpretações, captar as implicações de diferentes elementos entre si e estabelecer uma nova compreensão de fenômenos que são produtos mentais, culturais, subjetivos".

A pesquisa foi realizada no contexto da SMS, especificamente no Centro Administrativo da Prefeitura Municipal de Goiânia, com a delimitação do setor de políticas de

promoção da saúde e suas ações de fomento da prática de atividade física da população, e no Setor Jardim Curitiba, onde está situado o Distrito Sanitário da região Noroeste do Município, base operacional dos três NASF e Unidades de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF).

Esta pesquisa está, portanto, estreitamente vinculada aos NASF com verificação dos condicionantes inerentes à implantação e implementação do Programa Academia da Saúde.

A coleta de dados se deu durante o mês de setembro e outubro de 2017.

A amostra deste estudo foi formada pela Gerente de atenção Primária, gestora da política de promoção da saúde/fomento às atividades físicas; pelos educadores físicos do NASF, responsáveis pelo desenvolvimento desta atividade junto à população; e por usuários dos serviços de Atenção Básica à Saúde.

Na coleta de dados junto a gestores e professores de Educação Física, foram utilizados questionários com perguntas abertas, permitindo o livre direito de expressão, buscando-se, como sugere Manzini (2004), informações mais livres. Com o objetivo de compreender as particularidades da política de promoção de saúde foram elaborados dois questionários, que foram respondidos, respectivamente, pela gestora da Gerência de Atenção Primária (Apêndice A), e pelos três professores de Educação Física da ESF/NASF do município de Goiânia (Apêndice B). Neste caso, os critérios para inclusão dos sujeitos foram ser gestor da Atenção Primária do Município de Goiânia e ser Educador Físico da SMS, lotado no NASF/Goiânia.

Para a coleta de dados junto a moradores da região que são usuários da Atenção Básica à Saúde foi aplicado um questionário com questões fechadas e abertas relacionadas ao processo de implementação das ações de incentivo à atividade física, no âmbito da política municipal de promoção da saúde (Apêndice C). Para este procedimento, foram escolhidos seis diferentes Centros de Saúde da Família, dos quais foram convidados, aleatoriamente, cinco usuários da AB dispostos a participar da pesquisa. Neste caso, o critério para inclusão dos sujeitos aptos a responderem ao questionário foi ser maior de idade e usuário da Atenção Primária no Distrito Sanitário da região Noroeste de Goiânia.

Além da aplicação dos questionários, ressalta-se que, por ocasião da visita ao NASF, o pesquisador registrou suas observações a respeito das atividades de rotina desenvolvidas pelo NASF, o que se revelou como uma importante estratégia da pesquisa. A utilização de um roteiro de observação e do diário de campo possibilitou ao pesquisador fazer um apanhado da situação observada confrontando as informações colhidas *in loco* com declarações de dos sujeitos da pesquisa.

As informações obtidas das fontes primárias (gestora, professores de educação física e usuários da AB) foram complementadas por informações extraídas de fontes secundárias, tais

como documentos e arquivos digitais produzidos pela SMS. Foram analisados os documentos que continham informações sobre o processo de implementação da política de promoção da saúde com base no recorte para fomento das atividades físicas.

A unidade de análise foi a implementação da política, considerando os processos e práticas de trabalho de organização e fomento à atividade física, abordando subunidades, que são subtemas criados e estratificados em grupos a partir do tema central desta pesquisa. Os dados destes subtemas foram estruturados a partir do conteúdo dos questionários, diálogos informais e documentos e foram analisados segundo as subunidades estabelecidas: estrutura e processo de gestão da política de promoção da saúde/fomento às atividades físicas; organização e execução da programação das atividades físicas pela ESF/NASF; perfil, adesão e avaliação dos participantes dessas atividades.

Antes do início da fase de obtenção de dados, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, todos os procedimentos seguiram as recomendações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alberto Rassi (HGG)/Conep, por meio do Parecer Consubstanciado n. 2.328.855 (Anexo A).

O parecer acima citado também aprovou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi apresentado a todos os sujeitos da pesquisa. Todos os participantes da pesquisa foram informados previamente sobre a finalidade da pesquisa e sobre os instrumentos de coleta a que seriam submetidos (APÊNDICE E).

A execução desta pesquisa foi autorizada, também, pela Escola Municipal de Saúde Pública, que emitiu Declaração de Anuência, ratificando sua viabilidade de execução junto às unidades de saúde, bem como a autorização para a coleta de dados.

3.3 Apresentação e discussão dos resultados

O objetivo principal desta pesquisa foi analisar o processo de implementação da política de promoção da saúde, com ênfase no fomento às atividades físicas, com foco na região Noroeste do município de Goiânia, ressaltando-se que, ao se buscar informações primárias visando à estruturação preliminar de condições para viabilizar esta pesquisa, constatou-se que ainda não havia sido implantado no município de Goiânia o Programa Academia da Saúde.

É imprescindível, ainda, relatar que o referido programa, pensado como estratégia de prática de atividade física em polos específicos no município, está condicionada a estudos em

andamento no município de Goiânia, conforme relatado por profissional do NASF durante o processo de obtenção de informações. Sendo assim, a apresentação e discussão dos resultados da presente pesquisa serão expostas com base nas informações obtidas junto a gestores de atenção primária; educadores físicos, que integram a equipe do NASF em Goiânia; e usuários da Atenção Básica da região.

3.3.1 Resultado da pesquisa com a gestora

Neste tópico, serão apresentadas as informações concernentes à lógica organizacional e à gestão das atividades, foco do presente estudo. Além das questões do questionário, o pesquisador teve oportunidade de formular perguntas adicionais com o intuito de esclarecimento de alguns pontos, para se evitar mal-entendidos.

A gestora tem formação acadêmica em enfermagem e está lotada há mais de dez anos na SMS e, quando indagada a respeito da organização da gestão das políticas publicas na área da saúde no município pela SMS, concernentes à assistência, prevenção de agravos e promoção da saúde, relatou que

> *a porta de entrada é a atenção primária, através dos CS e ESF. Em relação às urgências temos os CAIS e UPAs. Caso necessite, o usuário é encaminhado a serviços ou atendimento especializado, CRDT, CRASPI, CROF e rede conveniada. E se necessário até rede terciária, rede hospitalar. [...] A promoção da saúde acontece na atenção primária, bem (como na) prevenção de agravos.*

Sobre a estrutura organizacional que atua em prol do acompanhamento do funcionamento dos NASF, a mesma esclareceu que, em que pese a distância física da gestão de saúde municipal, a Gerência de Atenção Primária não dispõe de um organograma que viabiliza minimamente uma rede de interações para facilitar a interlocução entre gestão e o corpo operacional, que atua no atendimento direto aos usuários do sistema de saúde.

A estrutura organizacional da SMS, responsável pela coordenação das ações de promoção as saúde, com interesse em ações, como as atividades físicas, foi representada pela gestora por meio do Organograma 1.

Organograma 1- Organograma da promoção da saúde em Goiânia.

Fonte: elaborado pelo autor.

Sobre essa estrutura a gestora frisou que no âmbito da administração da saúde municipal, a promoção da saúde não acontece somente na Atenção Primária, mas que todos estes órgãos citados trabalham em interlocução, formando um importante escopo comum à promoção da saúde.

Perguntada sobre quais foram os critérios para a criação dos três NASF na Região Noroeste de Goiânia, a gestora explicou que o fato aconteceu por portaria Ministerial e pela necessidade dos usuários, fazendo breve alusão ao estrato socioeconômico das pessoas residentes na Região Noroeste, o que já havia sido constatado, conforme caracterização do campo de pesquisa A escolha, também se deve ao desenvolvimento de experiência-piloto na atenção em saúde no município. Esta sua afirmação é corroborada por dados apresentados no portal da Prefeitura de Goiânia, conforme citados nas considerações sobre o local do estudo, o que sugere que o contexto em questão parece apontar razoabilidade quando das decisões administrativas relacionadas à escolha da região para instalação dos NASFs.

Respondendo sobre o processo de implementação das políticas públicas de promoção da saúde com foco na atividade física no município de Goiânia, a gestora pontuou que *"a mobilização da SMS para o fomento da atividade física acontece por meio de parcerias com a Secretaria Municipal de Educação e Esporte, Secretaria Municipal de Esporte e lazer,*

Agência Municipal de Turismo, Eventos e Lazer, Secretária Municipal de Assistência Social, Agência Municipal de Meio Ambiente e universidades".

Concomitantemente com a resposta acima, a mesma enfatizou a parceria que a Atenção Primária da SMS estabelece com as outras entidades municipais supracitadas. Relatou acerca do bom proveito que se faz da utilização de estagiários do curso de Educação Física em programas de incentivo à atividade física em alguns CSF, como os grupos de atividade física do CSF Crimeia Oeste e CSF Leste Universitário. Ademais, constatou-se a existência de um grupo de atividade física no CSF Jardim Curitiba, que se reúne em três encontros semanais, promovido pela Agência Municipal de Turismo.

A captação de usuários para as atividades acontece nos grupos de atendimento existentes nos CSF. Esse é um procedimento oportuno, haja vista ser os CSF uma das portas de entrada da Atenção Primária. Isso condiz com a posição da SMS (SMS, 2015), pela qual a Gerente de Atenção Primária defende que os CSF oportunizam a garantia de vínculo entre a equipe e o paciente, além de qualificar o atendimento. Ainda abordando sobre a importância dos CSF, a Diretora acrescenta, citando documento da SMS, que "*Pensando em assistência em saúde, conhecer o território, conhecer a comunidade, conhecer a pessoa dentro do ambiente onde ela vive, é uma ferramenta para o profissional fazer um plano de cuidado que tenha uma efetividade maior" (PMG, 2017. s/p).*

Vale ressaltar que foi informado pelos professores de educação física no local da sede dos NASF que existem ações de atendimento na área de atividade física, contudo, como não foi permitido o acesso a informações relativas à organização dos NASF, concernente à população de usuários de atividade física, não foi possível descobrir o quantitativo de beneficiários do programa, e se estão ou não devidamente cadastrados em base de dados para fins de prestação de contas ao Ministério da Saúde. Essas informações não puderam ser comprovadas no decorrer das coletas de dados e observação de campo desta pesquisa.

Relativamente à pergunta sobre como estão distribuídas as responsabilidades entre os profissionais que atuam na promoção da atividade física, foi dito que, *"atualmente, além das parcerias entre as secretarias municipais, os acadêmicos dos cursos de Educação Física e Nutrição têm tido um papel muito importante nestas atividades".*

De modo geral, quando da coleta de dados foi constatado que os profissionais envolvidos na atividade física estão inseridos em órgãos diversos, atuando em diversas frentes de ação. Contudo, a realidade observada sugere pouca interação com os educadores físicos dos NASF concernente à articulação de atividades e planejamento coletivo das ações.

Sobre a organização do processo de trabalho das equipes que atuam na promoção da saúde, a gestora esclareceu que cada unidade e cada equipe se organizam utilizando, principalmente, datas comemorativas, como: Agosto Dourado, Outubro Rosa, Setembro Amarelo, dia mundial de combate ao tabagismo, etc.

Foi observado que a organização da atividade física no âmbito dos NASF em Goiânia/GO, levando-se em conta os objetivos do programa. está prejudicada, uma vez que para efetivação de seu papel "itinerante" no matriciamento às equipes da ESF é essencial que existam condições de trabalho, o que, no momento, não acontece.

Sobre os fatores que condicionam a criação do programa Academia da Saúde, haja vista a habilitação do município para a sua criação e a disponibilização de recursos, sendo essa uma demanda do corpo de professores no NASF, foi respondido que o Programa "*está em processo de implantação".*

Vale relatar que, verbalmente, a gestora justificou que a implantação e a implementação do projeto Academia da Saúde na Região Noroeste ainda não logrou êxito porque *"foi feito um projeto maior do que do que é a verba do Ministério, mas está em processo de projeto ainda, não finalizou o projeto. O Ministério requer contrapartida do município, que, em função da crise, não conseguimos executar. Tinha que ser uma coisa mais simplificada".*

Depreende-se da fala da Gerente que o projeto excedeu a previsão financeira do órgão ordenador de despesa. Vale reportar, no entanto, que, por ocasião da investigação documental relativa ao Projeto Academias da Saúde, foi informado por funcionário da SMS que o mesmo havia sido aprovado pelo MS e foi feita a devida dotação orçamentária para sua execução. Contudo, visto que para sua execução estava prevista contrapartida financeira por parte da PMG o que não ocorreu, o recurso repassado havia sido devolvido ao MS.

As Academias da Saúde são espaços privilegiados para a construção do cuidado integral à saúde e para a promoção da saúde por meio de intervenção nos determinantes do processo saúde e doença. O Programa faz parte de uma política transversal, integrada e intersetorial, com vocação ao estímulo de composição de redes de compromisso e divisão de responsabilidades, visando à qualidade de vida dos cidadãos e da participação individual e coletiva no cuidado com a saúde. O Programa se estabelece como uma referência no processo de reorganização dos serviços de saúde para garantir o acesso e os cuidados referentes à realidade atual de adoecimento e mortalidade por DANT, especialmente no aumento de casos de sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2014b).

Conforme documentos consultados no local de funcionamento do NASF, foi constatado que, em agosto de 2011, foi elaborado pelos técnicos do NASF um pré-projeto de implantação da Academia da Saúde na Região Noroeste de Goiânia. Na época, a região somava uma população de 171.609 habitantes, sendo 60% adultos, 16% adolescentes, 15% crianças, 9% idosos, o que correspondia a 13,38% do total da população de Goiânia, portanto, possuindo características convincentes para a instalação do Programa.

No período de observação desta investigação foi informado por técnicos do NASF, que foram eles mesmos que tomaram a iniciativa de montar o projeto e envidar esforços para que fosse encaminhado ao MS no anseio por sua execução na região, motivados pela prerrogativa do MS, ao indicar que "[...] as atividades do Programa Academia da Saúde serão desenvolvidas por profissionais da APS, especialmente os que atuam nos NASF [...]" (BRASIL, 2011). Diante dessa somatória de interesses, se questiona o que realmente pode estar condicionando a criação do programa Academia da Saúde no Município de Goiânia.

3.3.2 Resultado da pesquisa com profissionais de Educação Física

Em relação aos profissionais de Educação Física que integram a equipe do NASF, em Goiânia, foram identificados três professores de Educação Física que responderam ao questionário e subsidiaram informações a respeito das atividades profissionais desenvolvidas nos ambientes do NASF.

Todos os educadores físicos que estão lotados no NASF ocupam uma sala no Centro de Saúde da Família (CSF), localizado no Jardim Curitiba I e têm entre 8 e 10 anos de serviço na Secretária Municipal de Saúde de Goiânia.

É importante destacar que, embora não tenham sido presenciadas turmas coletivas e regulares que praticam algum tipo de atividade física desenvolvida pelos professores do NASF, foi relatado pelos questionados que tais atividades ocorrem conforme as demandas surgidas por parte dos usuários. Sendo assim, apresentaremos as informações que expressam a sistematização das atividades físicas, quando realizadas pelo professor de Educação Física do NASF, seja ofertada de maneira individual ou em grupos.

Quando indagados a respeito dos conteúdos práticos que ministram, todos os professores relataram práticas de ginástica localizada, ginástica laboral, atividades de recreação e caminhadas. Os planejamentos dessas atividades são realizados em consonância com os demais profissionais de saúde da unidade, compostos por equipes da Estratégia de Saúde da Família e do próprio NASF. Nesse sentido, é importante ressaltar uma das diretrizes

que compõe o Sistema de Único de Saúde (SUS), uma vez que a ideia de uma equipe multiprofissional carregando vários aprendizados e vivências ao acompanhar ou prestar algum tipo de serviço ou tratamento de saúde pode beneficiar os usuários. Para Peduzzi (2001, p. 3), "uma equipe multiprofissional consiste em uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação".

Todos os professores de Educação Física relataram que o planejamento da atividade física é realizado conforme as demandas dos usuários e do território e são identificadas pelas equipes de trabalho. Já em relação aos objetivos e metas, responderam que todas as atividades iniciadas possuem metas e objetivos próprios, associando-os a uma ideia de "educação permanente em saúde", uma vez que, ao justificarem suas respostas, citaram termos como a promoção da saúde, a melhora da qualidade de vida e a importância da prática de atividade física para a população.

Nesse sentido, Candeias (1997, p. 210) entende por educação em saúde "combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde" e, ainda, enfatiza a "importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas". É importante salientar que educação em saúde está relacionada a um processo de aprendizagem facilitada, no qual "facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar". Em outras palavras, a ideia de educação permanente em saúde pode permitir uma maior participação da população e que os usuários tomem para si a autonomia necessária para se tornarem protagonistas e não coadjuvantes nas decisões que pautam esse contexto em suas vidas (MATTOS, 2009).

A autonomia para o trabalho inerente à atividade física foi abordado no questionário e as respostas revelaram não haver impedimentos para tal, ficando evidente uma ideia de flexibilização do trabalho3, uma vez que as demandas surgem dos próprios usuários. Embora seja um trabalho pensado por uma equipe multiprofissional, a autonomia técnica entre os profissionais deve prevalecer, pois expressa

---

[3] De acordo com Peduzzi (2001, p. 5), flexibilidade pode ser entendida como a "coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais realizam intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos, como recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros.

> [...] a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde destacam a necessidade de preservar as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica manter as diferenças técnicas correlatas (PEDUZZI, 2001, p. 5).

Os motivos pelos quais os usuários participam das atividades físicas podem estar, segundo os professores, ligados à socialização, uma vez que parte das pessoas que recorrem à pratica de atividade física possui algum tipo de carência, conforme relatou um dos profissionais. Monteiro (2014) investigou os motivos de adesão de idosos a um programa de atividade física em uma unidade básica de saúde e constatou categorias de percepção como a dos benefícios de bem-estar da prática de atividade física, das condições de saúde, das recomendações dos profissionais de saúde, das prioridades das atividades cotidianas, das dificuldades dos espaços públicos e privados, da individualidade biológica e, por fim, do convício social. Sobre o convívio social, a autora enfatizou que a percepção dos usuários está relacionada a vivências positivas da pratica de exercício em grupo, estimulando a interação e aumentando o ciclo de amizades.

Em relação à evasão dos usuários das práticas de atividades físicas, os professores citaram alguns motivos, como a perda de interesse, o não atingimento das metas e objetivos estabelecidos, a falta de tempo e a não sistematização das práticas, embora afirmem que estas oferecem as condições necessárias para alcançar os objetivos propostos. Nesse sentido, Barroso Júnior (2015) revela haver poucos estudos que investigaram os motivos de evasão da prática de atividade física em detrimento dos motivos de adesão. Em seu estudo, o autor avaliou praticantes de um programa de atividade física e identificou resultados diferentes dos citados na presente pesquisa, tais como, problemas de saúde que impedem a continuação da atividade física, como problemas de origem neuromuscular. Já Cardoso et al. (2008) classificou os motivos de evasão em três categorias, passando pelos problemas de ordem pessoal, de saúde e os problemas do próprio exercício físico, como as dores musculares e articulares.

Segundos os educadores físicos, a admissão dos usuários nas atividades ofertadas também ocorre por meio de grupos operacionais, tais como grupos de gestantes, de hipertensos, de idosos e de obesos, que são criados a partir das demandas do território e objetivam a melhora dos agravos de saúde. Os grupos têm um período de tempo indeterminado, porém, a maioria dura até seis meses. A criação de grupos operacionais objetiva o tratamento de problemas de saúde recorrentes em determinado território e vão, na

opinião de Matos (2009), contra o principio da equidade, descentralização e redes de serviços.

Sobre o registro e o acompanhamento das atividades físicas realizadas, a maioria dos educadores físicos afirmou que são arquivadas de forma física e eletrônica. Nesse sentido, os prontuários oferecem o beneficio do registro das particularidades e dos avanços e retrocessos para posterior análise da progressão do tratamento dos usuários. Outro professor questionado relatou, ainda, que desenvolve apenas o registro coletivo das atividades desenvolvidas, no entanto, não foi verificada a existência de um padrão para o registro e acompanhamento dos usuários em todos os serviços ofertados pelo estabelecimento de saúde em questão.

Na opinião dos três professores, o motivo pelo qual o programa Academia de Saúde não foi implantado no município de Goiânia está relacionado, principalmente, com a falta de iniciativa política, uma vez que o recurso financeiro está disponibilizado pela União, conforme relatou um dos professores. A consternação de um dos professores em relação a não implementação do programa fica claro ao discorrer que, "se o município de Goiânia tivesse implementado as academias de saúde, a possibilidade de promoção de atividades físicas de forma regular e efetiva, em espaço próprio, teria outra qualidade. Muitos projetos no campo da cultura, do lazer e da atividade física poderiam estar sendo desenvolvidos". Moreira (2014) constatou que um dos principais motivos para a não adesão de usuários de unidade básica de saúde à pratica de atividade física, seria, entre outros, a falta de professores de Educação Física e de estrutura.

3.3.3 Resultado da pesquisa com usuários da atenção básica à saúde

Com fins de averiguar a percepção dos usuários da atenção básica a respeito da prática de atividade física, foi aplicado um questionário com 16 perguntas fechadas com opção de múltipla escolha e uma de resposta aberta. No total, foram avaliadas as respostas de 30 usuários, que foram abordados nas dependências de unidades de saúde situadas na Região Noroeste. Os sujeitos da amostra foram previamente informados a respeito da pesquisa, bem como efetuaram a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os usuários participantes da pesquisa foram informados da visão conceitual que permeia este estudo, compreendendo a atividade física como prática vinculada à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Dos 30 avaliados, 56,7% (17) informaram que praticam algum tipo de atividade física sistematizada, sendo que, deste total, 52,9% (9) praticam há menos 2 anos; 23,5% (4), entre 2 e 3 anos; 5,9% (1), entre 4 e 5 anos; e 17,6% (3) responderam que praticam há pelo menos 6

anos ou mais.

Estes resultados demonstram que, independentemente da estratificação social característica da região, conforme informação da PMG apresentada anteriormente, os números de praticantes se sustentam a padrões similares e até ligeiramente superiores à realidade nacional, que contabiliza 54,1% entre praticantes de atividades físicas e praticantes de esporte.

A maior parte dos usuários que realizam a prática de atividades, 58,9% (10), informaram executá-la em espaços como parques municipais, praças públicas ou ruas. Em menor proporção, 17,6% (3) indicaram praticar em academias de ginástica particulares, enquanto 11,8% (2) realizam atividade física em mais de um local e 11,8% (2) praticam atividades na igreja que frequentam ou no posto de saúde.

A maioria dos usuários praticantes de atividades físicas, 52,9% (9), não conta com acompanhamento profissional e, entre os que receberam acompanhamento, 47,1% (8), 87,5%(7) foram acompanhados por professores de Educação Física. Em relação aos tipos de acompanhamento das atividades praticadas, 41,2% (7) dos usuários revelaram haver mais de um tipo, entre a prescrição, a orientação, o controle das variáveis do treinamento físico (intensidade, frequência, progressão, volume) e a avaliação dos componentes da aptidão física (composição corporal, aptidão cardiorrespiratória, níveis de força, flexibilidade) e os parâmetros antropométricos (massa corporal, estatura, circunferências e perímetros corporais e dobras cutâneas).

Documentos relativos à AB supracitados definem o educador físico como o profissional qualificado para atuar na contribuição da produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população pelo movimento humano e enfrentamento de morbidades relacionadas ao sobrepeso e obesidade, alterações nos níveis pressóricos e da prevalência da diabetes, entre outras. Sendo assim, infere-se pela importância da atuação de gestão na inserção de educadores físicos como agentes motivadores de práticas corporais no território.

Entre os usuários que praticam atividade física, 47,1% (8) indicaram uma frequência semanal de 5 dias; 35,3% (6), de 3 dias; 11,8% (2), 2 dias; e 5,9% (1) realiza atividade física semanal uma vez. A respeito do tempo de sessão em que praticam as atividades, 41,2% (7) responderam que praticam por mais de 60 minutos; 41,2% (7), entre 30 e 60 minutos; e 5,9%(1), menos de 30 minutos.

Em relação à percepção da melhora da qualidade de vida entre os usuários que praticam algum tipo de atividade física, 100% (17) alegaram perceber algum tipo de melhora após o início da sua prática, o que é reiteradamente afirmado por pesquisas que apontam

benefícios inerentes à sua prática regular.

Quando indagados a respeito do conhecimento da existência do NASF, na região, 63,3% (19) dos sujeitos da pesquisa responderam não ter conhecimento da sua existência. No entanto, entre aqueles que sabiam da existência, 26,7% (8) disseram ter sido informados pelos agentes comunitários de saúde e, ainda deste total, apenas 20% (6) diz se beneficiar de algum tipo de atendimento ou serviço ofertado pelo NASF.

Observa-se que a percepção dos usuários, que evidencia o modo como estes concebem o NASF, encontra-se fragilizada visto haver as intervenções em saúde, devidamente constatadas por visitas ao campo feitas pelo pesquisador, restando, contudo, limitada a capacidade que os indivíduos apresentam para a compreensão do funcionamento da política pública e da execução das suas ações de promoção de saúde no território.

Portanto, parece que o fato de os NASF integrarem a AB sem se constituírem como serviços que utilizam unidades físicas (BRASIL, 2012a), somado à observação de campo de que os usuários inquiridos apresentam evidência de limitada instrução secular, pode estar associado à dificuldade de compreensão do contexto operacional das ações da AB.

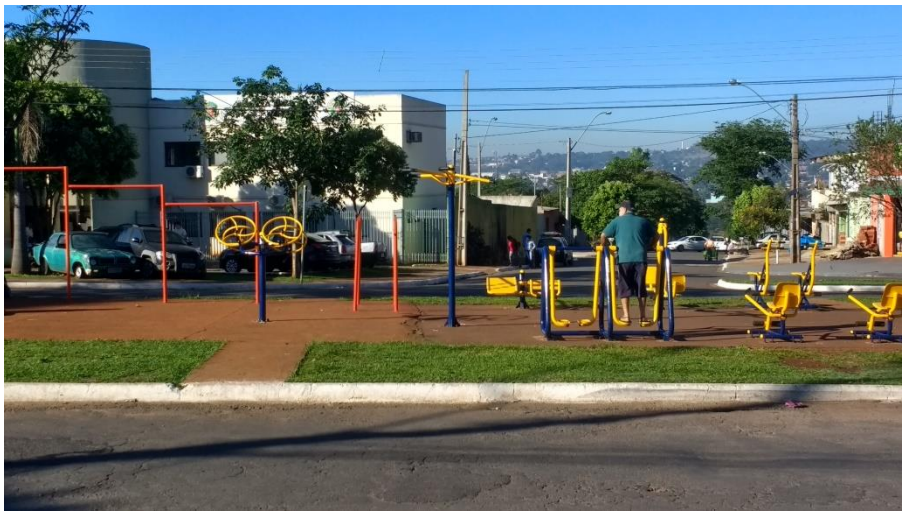
Perguntados se sabiam de atividades físicas orientadas por professores de Educação Física ligados ao NASF, 100% (30) dos entrevistados afirmaram desconhecer qualquer atividade nesse sentido.

Do total dos entrevistados, apenas 26,7% (8) dizem ter conhecimento da existência do programa Academia da Saúde, sendo que 90% (27) da amostra diz ter interesse em realizar práticas de atividade física, caso fossem ofertadas em espaços públicos comunitários com equipamentos de ginástica e orientação de um professor de Educação Física e, ainda, estão dispostos a iniciar atividades caso o NASF ofereça algum tipo de atividade similar. Importante ressaltar a fala de uma das entrevistadas que expõe que há 10 anos havia um grupo de caminhada ofertado por uma enfermeira de uma unidade de saúde da Região Noroeste, porém, não houve continuidade por motivos como a desistência dos usuários.

O Programa Academia da Saúde, instituído para promover a saúde da população por meio da implantação de polos com infraestrutura, utilizando pessoal qualificado para a orientação de atividades físicas, produção de qualidade de vida pelo incentivo de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2013), ainda não está efetivamente implantado no âmbito do município de Goiânia. Conforme informação já assentada no presente estudo buscou-se investigar os condicionantes desse impasse. As respostas apresentadas por profissional habilitado se tornaram insuficientes para o pleno esclarecimento do problema, o que produziu limitação do estudo para a apresentação de resultados.

A Figura 5 mostra uma praça equipada com aparelhos de ginástica instalados ao ar livre para uso da comunidade de moradores da região. Esta praça se encontra a cem metros do CSF Jardim Curitiba I e II, local onde está instalada a base operacional do NASF do município. Não há no local qualquer informação indicativa de procedência dos equipamentos avistados. Mas, o fato é que se encontram instalados em logradouro público, o que sugere ser, ou de doação de iniciativa privada, ou execução de recurso público alheio ao erário oriundo do SUS.

Figura 5 - Equipamentos de ginástica na região Noroeste de Goiânia



Fonte: Acervo do autor.

Assim sendo, problematiza-se sobre a viabilidade de utilização do espaço pelos educadores físicos do NASF para execução de ações matriciais de produção e promoção da saúde dos usuários da AB da região. Visto que houve solução de continuidade na implantação do Programa Academia da Saúde, esta pesquisa não conseguiu detectar ações de incentivo à atividade física pelos educadores físicos. Não obstante, os equipamentos apresentados na Figura 5 podem ser encarados como uma eloquente sugestão aos mesmos para o desenvolvimento de estratégias de ação de práticas corporais no local.

CONCLUSÃO

A pesquisa realizada sobre a implementação da política de promoção da saúde, com ênfase no fomento às atividades físicas, no município de Goiânia foi um verdadeiro desafio, haja vista ser um processo recente no município de Goiânia, marcado por constatado entrave em sua execução. O inicio desta investigação sugeria hipótese relacionada à realidade do município de Goiânia, cidade amplamente conhecida pela boa qualidade de vida de seus cidadãos. Vislumbrava-se, portanto, encontrar execuções de projetos na AB dignos de apreciação e aplicação nos demais municípios do estado de Goiás e do país.

Sobre a estrutura e o processo de gestão da política de promoção da saúde e de fomento à atividade física no município de Goiânia, apesar de todas as ações com escopo no cumprimento dos princípios da AB no município, se verificam limitações no atendimento nos CSF.

Observa-se que na região Noroeste de Goiânia se privilegia uma política de atenção com característica de assistencialismo clínico, em detrimento ao modelo de produção e promoção da saúde. Isso parece estar afetando o atendimento de fomento à atividade física, que se encontra isolado, tanto da gestão quanto dos potenciais usuários praticantes do movimento humano. Observou-se não haver estruturas físicas minimamente compatíveis com a execução de ações de fomento à atividade física nos CSF.

Acerca de quais são os fatores condicionantes do processo de implantação do programa Academia de Saúde no município de Goiânia, conclui-se que o programa Academia da Saúde não foi implantado e, conforme esclarecimento da gestora da Atenção Primária do município, o mesmo está em processo de implantação.

Sobre de que modo é realizado o fomento à atividade física no contexto da ESF/NASF, no município de Goiânia, destaca-se que, ao serem solicitados, os professores não apresentaram um registro de usuários praticantes de atividade física e, durante o período de observação de campo em diversos CSF, não foram presenciadas turmas coletivas e regulares que praticam algum tipo de atividade física promovida pelos professores do NASF. Ademais, quando indagados, todos os usuários do NASF alegaram não ter conhecimento de qualquer oferta de atividade física. Conclui-se, nesse caso, não haver qualquer tipo de trabalho de oferta de atividade física pelos professores do NASF.

Sobre qual é o perfil dos usuários de atividade física desenvolvidas pela ESF/NASF no município de Goiânia e como estes as avaliam, conclui-se pela inexistência de usuários praticantes, destacando-se, neste caso, que houve abordagem a usuários da AB que, por sua

vez, expressaram pronto desejo em aderir a algum programa de atividade física com acompanhamento profissional, necessário para conferir os benefícios da prática regular de atividades física na população.

Apesar de o fomento à atividade física no NASF em Goiânia estar atualmente em processo de descontinuidade, quando comparado com estudos anteriores, fica evidente o grande potencial para ação de matriciamento da Estratégia de Saúde da Família. Não são poucos os informes sobre os benefícios das práticas corporais à produção e manutenção da saúde corporal e os usuários não só estão tendo acesso a essas informações, como desejam participar de possíveis ações nesse sentido. Certamente, a implantação do Programa Academias da Saúde e a oferta de estruturas físicas condizentes com a importância da atividade física, eleita como prioritária entre as áreas temáticas para a implementação da PNPS, significam um grande avanço e efetiva valorização dos profissionais de Educação Física na política de Atenção Básica proposta para a região.

Por fim, enfatiza-se, como compreensão resultante do convívio *in loco*, que existe a necessidade de inserção dos profissionais de Educação Física nas ações de atendimento, a despeito da flagrante desconsideração das diretrizes da PNPS, devidamente elencadas na PNAB. Espera-se de todos os envolvidos no contexto da AB na Região Noroeste do Município de Goiânia, gestores ou técnicos, conscientização e determinação em seus esforços pela saúde pública, reconhecendo-a como um direito social e um dever dos agentes públicos, que têm a missão de promovê-la.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.

ALMEIDA, L. F. F. et al. Promoção da saúde, qualidade de vida e envelhecimento: a experiência do projeto Em Comum-Idade: uma proposta de ações integradas para a promoção da saúde de idosos das comunidades de Viçosa-MG. *Revista ELO–Diálogos em Extensão*, v. 3, n. 2, 2014.

ALMEIDA, M. A. B. de; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. *Qualidade de vida*: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012.

BARROSO JUNIOR, J.C. A motivação para atividade física e a evasão de idosos em rio das ostras. Corpus et Scientia, v. 11, n.2, 2015.

BENSEÑOR, I. M.; LOTUFO, P. A. A hipertensão arterial no contexto nacional e internacional. In: PIERIN, A. M. G. (Coord.) *Hipertensão arterial*: uma proposta para o cuidar. Barueri, SP: Manole, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 26/04/2017.

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

_____. Ministério da Saúde. *Portal da saúde*. 2017a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/673-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/l2-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14128-vigitel-2006-a-2013>. Acesso em: 25/04/2017.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 35. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica -N14*: prevenção de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. Brasília: MS, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.681*, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 26/04/2017.

_____. Ministério da Saúde. SUS. *Programa Academia da Saúde*. 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13812&Itemid=766>. Acesso em: 10/04/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério do Esporte. Portal Brasil. *Diagnóstico Nacional do Esporte mapeia atividade física.* 2015b. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/esporte/2015/06/diagnostico-nacional-do-esporte-mapeia-atividade-fisica-no-pais> Acesso em: 28/04/2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 154*, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 25/04/2017.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Memórias da saúde da família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola* Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica n. 39:* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=10308>. Acesso em: 02 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.124, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 02 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 409, de 23 de julho de 2008. Disponível em: http://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201510/01114723-20141103171351portaria-n-409-2008.pdf. Acesso em: 06 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2681_07_11_2013.html>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Ministério do Planejamento. PAC. UBS – Unidade Básica de Saúde – Goiás. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/ubs-unidade-basica-de-saude/go>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.684, de 08 de Novembro de 2013b. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio e no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2684_08_11_2013.html>. Acesso em: 27/10/1217.

_____. Ministério do Trabalho. 2017c. Classificação Brasileira de Ocupações. 2241-Profissionais de educação física. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>. Acesso em: 16/01/17.

_____. PORTAL DA SAÚDE. SUS. Histórico de cobertura da saúde da família. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 06 jun. 2017.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de atenção básica. Programa Saúde da Família. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Caderno 1.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**.** In: CZERESNIA, D. (Org.) *Promoção da Saúde:* conceitos, reflexões e tendências. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

_____. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. 2010. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>. Acesso em: 30 set. 2016.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev. Saúde Pública [online]. 1997, v. 31, n. 2, p. 209-213. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/2017.

CARDOSO, A. S. et al. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de exercício físico. *Revista Movimento*, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 225-239, jan./abr. 2008.

CONFEF. Conselho Federal de Educação Física. Estatuto do Conselho Federal de Educação Física – CONFEF. *DO. n. 237*, Seção 1, p. 137-143, 13/12/2010.

DE NEGRI FILHO, A. Adoção de uma estratégia promocional de qualidade de vida e saúde**:** transetorialidade das políticas públicas. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis*. Campinas: Ed. R Vieira Gráfica, 2003. v. 1.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. In: ZANCAN et al. (Org.) *Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local*. ABRASCO, 2002.

FERNANDES, A. P. et al. Atividade física de lazer no território das Academias da Cidade, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: o efeito da presença de um programa de promoção da saúde na comunidade. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 31 sup. S1-S13, 2015.

FORTES, V. B; FERRONATTO, R. L; AGOSTINI, M. R. Educação ambiental à luz dos direitos fundamentais à educação e à proteção do consumidor. In: PEREIRA; HORN (Orgs.). *Relações de consumo*: meio ambiente. Caxias do Sul, RS: Educs, 2009.

GUARDA, F. R. B. et al. Caracterização das equipes do Programa Academia da Saúde e do seu processo de trabalho. *Rev. Bras. Ativ. Fis. Saúde*. Pelotas/RS. 20(6): 638-640, 11_2015.

HALLAL, P. C. et al. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*, v. 1, 2007.

HARADA, M. J. C. S; PEDREIRA, M. L. G; VIANA, D. L (Orgs.). *Promoção da saúde***:** fundamentos e práticas. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2012.

HEIDMANN, I. T, S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P; INOJOSA, R. M; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD, 11. "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones". Caracas, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Revista Saúde e Sociedade*. 6(2): p. 31-46, 1997.

_____. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Revista Saúde e Sociedade.* v. 13, n. 1, p. 25-36, jan-abr 2004.

KREMPEL, M. C; MOYSÉS, S. T; MOYSÉS, S. J. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: Ed. R Vieira Gráfica, 2003. v. 2.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. *Fundamentos de metodologia científica*. 7. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

LALONDE, M. New perspective on the health of Canadians o working document. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974.

LIEBERMAN, D. E. *A história do corpo humano*: evolução, saúde e doença. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

LEFEVRE, F. Promoção da saúde, ou A negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

LIEBSCHER, P. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. Library Trends, v. 46, n. 4. Spring 1998. Disponível em: <https://www.ideals.illinois.edu/bitstream/handle/2142/8180/librarytrendsv46i4f_opt.pdf>. Acesso em: 21/10/2017.

LOBATO, L. V. C. *Políticas sociais e de saúde***.** Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

MALTA, D. C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. *Cien. Saúde Colet*. v. 19, n. 11, p. 4301-4312, 2014a.

MALTA, D. C. et al. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde.* Brasília, 23(4):599-608, out-dez 2014b.

MANSUR, A. P.; FAVARATO, D. Tendências da taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980-2012. *Arq. Bras. Cardiol*. 2016; [online]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160077.pdf.>. Acesso em: 25 abr. 2017.

MANZINI, Eduardo José. Entrevista Semi-estruturada: Análise de Objetivos e de Roteiros. Depto de Educação Especial do Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Estadual São Paulo (UNESP), Marília, SP. 2004. Disponível em: <http://www.sepq.org.br/IIsipeq/anais/pdf/gt3/04.pdf>. Acesso em: 21/10/2017.

MARTINEZ, J. F. N; PELLIZZARO, I.; SILVA, A. M.. A Educação Física no processo de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no município de Goiânia/GO. 2009. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Regional de Blumenau/SC, Blumenau, 2009.

MARTINEZ, J. F. Educação física e saúde pública: a inserção do profissional de educação física em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Goiânia/GO). 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Programa de Ciências da Saúde, 2014.

MATHIAS, A. Cidades e Comunidades Saudáveis**:** participação social através do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.) *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*: repensando a mobilização e a participação social. Campinas: Ed. R Vieira Gráfica, 2003. v. 3.

MATSUDO et al. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 13, n. 3, p. 178-184, 2008.

MATTOS. R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 1, pp. 771-780, 2009.

MENDONÇA, A. F. de; ROCHA, C. R. R.; NUNES, H. P. *Trabalhos acadêmicos:* planejamento, execução e avaliação. Goiânia: Faculdades Alves Faria, 2008.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18, 2000.

MONTEIRO, M. C. Adesão de idosos a programa de atividade física em unidade de atenção primária à saúde. 2014. 87 f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2014. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/124031>. Acesso: 18/11/2017.

MORROW JÚNIOR et al. *Medida e avaliação no desempenho humano.* São Paulo: Artmed, 2014.

MULLER, P.; SUREL, Y. *A análise das políticas públicas*. Pelotas: Educat, 2002.

NAHAS, M. V. *Atividade física, saúde e qualidade de vida*: conceitos e sugestões para um estilo de vida saudável. 3. ed. Londrina: Midiograf, 2003.

NUNES, E. D. Henry Ernest Sigerist - pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. *Educación Médica y Salud*. v. 26, n.1, 1992.

OMS. *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Brasília, 2005.

_____. *Promoción de la salud*. Glosario. Genebra: OMS; 1998.

_____. *Vinte pasos para formular un proyeto de ciudades sanas*. Washington, 1995.

OMS; OPAS. *Municípios e comunidades saudáveis*: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Washington, DC: Divisão de Promoção e Proteção da Saúde, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034 89102001000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18/11/ 2017.

PEREIRA, J. C. R. *Análise de dados qualitativos*: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 3. ed. 1. reimpr. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2004.

PMG. PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. *Site institucional*. Disponível em: <http://www4.goiania.go.gov.br/portal/pagina/?pagina=noticias&s=1&tt=not&cd=9932&fn=true>. Acesso em: 15/09/2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Projeto de implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Goiânia*: Prefeitura Municipal de Goiânia, 2009.

PMG. PREFEITURA MUNICIPAL DE GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Região Noroeste recebe o primeiro Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/2011/06/28-06 2011_Regiao_Noroeste_recebe_o_nasf.shtml>. Acesso em: 21/10/2017.

_____.. Secretaria Municipal de Saúde. *Distritos Sanitários ocupam territórios e facilitam ações da Saúde*. 2011b. Disponível em: <http://www.saude.goiania.go.gov.br/html/noticia/2011/12/26-12-2011_distritos.shtml>. Acesso em: 25/10/2017.

PRODANOV, C. C; FREITAS; E. C. *Metodologia do trabalho científico:* métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RESTREPO, H. E; MÁLAGA, H. *Promotion de la salud*: como construir vida saludable. , Bogotá: Editorial Medica Internacional, 2001.

RMPS. REDE DE MUNICÍPIOS POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS. 2016. Disponível em: <http://www.redemunicipiosps.org.br/wordpress/>. Acesso em: 15 set. 2016.

RODRIGUES, G. De periferia, Região Noroeste já é quase uma cidade média. Jornal O Popular. Goiânia. 01 jun 2014. Disponível em: <https://www.opopular.com.br/editorias/cidade/de-periferia-regi%C3%A3o-noroeste-j%C3%A1-%C3%A9-quase-uma-cidade-m%C3%A9dia-1.562474>. Acesso em: 21/ 10/2017.

RODRIGUES, E. M.; LORA, A. P. Pedreira, por uma vida saudável: um exemplo prático de intersetorialidade. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*: repensando a mobilização e a participação social. Campinas: Ed. R Vieira Gráfica, 2003. v. 1.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.

SERSON, B. *Transtornos de ansiedade, estresse e depressões*: conhecer e tratar. São Paulo: MG Editores, 2016.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface - Comunic, Saúde*, Educ, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVESTRE, C. et al. Análise do Programa Saúde na Escola em Samambaia-DF, Brasil. *Investigação Qualitativa em Saúde*. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO EM INVESTIGAÇÃO QUALITATIVA, 5. Atas... CIAIQ 2016.

SOUSA. F; SILVA. M; ANDRADE F. Atividade física em idosos no contexto amazônico. *Revista Cuid***.** 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v5i2.119>. Acesso em: 4 nov. 2016.

SPERANDIO, A. M. G. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis**:** você faz parte. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: Ed. R Vieira , 2003. v. 1.

VERÍSSIMO, L. C. G. *O processo de construção em rede de políticas públicas na perspectiva da promoção da saúde*: a experiência do município de Maringá-PR. Campinas, SP: [s.n.], 2011.

UNICEF. *Cuidados primários de saúde*. Brasília, 1979.

VIEIRA, A. A. U. *Atividade física*: qualidade de vida e promoção da saúde. São Paulo: Editora Atheneu, 2014.

VILARTA, R. (Org.) *Saúde coletiva e atividade física*: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física. Campinas: Ipes Editorial, 2007.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

_____. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. In: FERNANDES, Juan Carlos; MENDES, Rosilda. *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: Hucitec/CEPEDOC, 2014. p. 6-24.

ZANCAN, L. Cidades saudáveis*:* a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: SPERANDIO, A. M. G. (Org.). *O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis*. Campinas: Ed. R Vieira Gráfica, 2003. v. 1.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA GESTORES

1 Qual a sua formação acadêmica?

2 Há quanto tempo está lotado (a) na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia?

3 Qual o cargo ocupado?

4 Como é organizada a gestão das políticas publicas na área da saúde no município pela SMS, concernentes à assistência, prevenção de agravos e promoção da saúde?

5 Qual setor da SMS é responsável pela coordenação das ações de Promoção da Saúde?

6 Como está organizada a área relativa à política de promoção da saúde dentro da SMS?

7 Quais são ou foram os critérios para a criação dos 3NASF's na Região Noroeste de Goiânia?

8 Que estruturas são mobilizadas para o fomento das políticas públicas de promoção da saúde com foco na atividade física no município de Goiânia?

9 Como é feita a captação de usuários para as atividades?

10 Como estão distribuídas as responsabilidades entre os profissionais que atuam na promoção da atividade física?

11 Como está organizado o processo de trabalho das equipes que atuam na promoção da saúde?

12 Quais são os fatores que condicionam a criação do programa Academia da Saúde, haja vista a habilitação do município para a sua criação e a disponibilização de recursos?

13 Quais são as metas, objetivos e como se dá o acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde com ênfase na atividade física?

14 Como é feito o financiamento da política de promoção da saúde e em particular do incentivo às atividades físicas? Qual o quantitativo de recurso próprio a SMS dedica a esta atividade?

15 Tem alguma questão que não foi abordada por este questionário e que você gostaria de destacar? Se sim, por favor, comente.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA

1 Qual a sua formação acadêmica?

2 Há quanto tempo está lotado (a) na Secretária Municipal de Saúde (SMS) de Goiânia? E no cargo atual?

3 Em qual unidade da SMS está vinculado? (NASF)

4 Quais são as atividades desenvolvidas em relação ao fomento da prática de atividades físicas desenvolvidas nos programas de promoção da saúde?

5 De que forma se dá o planejamento das atividades para população assistida por você?

6 Quais os objetivos e metas do programa de atividade física? Como estes objetivos e metas foram estabelecidos?

7 Quais são os conteúdos práticos ministrados nas aulas? Como estes são escolhidos?

8 Existe autonomia profissional para realizar alterações conforme as demandas surgidas durante as atividades?

9 Para você, qual a principal razão para as pessoas participarem das atividades?

10 Existe evasão das atividades? Em caso afirmativo, quais as razões para tal?

11 Em sua opinião as atividades oferecem as condições necessárias para alcançar os objetivos propostos?

12 Como se organiza a admissão de usuários quanto aos problemas de saúde, a composição etária da população, os objetivos e metas em relação a controle de agravos específicos?

13 Qual a frequência e o período de tempo dedicado a estas atividades?

14 Quais os objetivos e metas relacionados a estas atividades?

15 Como elas são acompanhadas (quem acompanha e que instrumentos utilizam para registro das informações)?

16 Em sua opinião quais são os fatores que impedem a criação do programa Academia da Saúde no município de Goiânia?

17 Em que sentido o programa Academia da Saúde poderia beneficiar a população?

18 Tem alguma questão que não foi abordada por este questionário e que você gostaria de destacar? Se sim, por favor, comente.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS DA AB

NASF vinculado: ..... Bairro de moradia: .....

1 Costuma praticar atividades físicas? Sim ( ) Não ( )
Se sim, há quanto tempo? Menos de 2 anos ( ) 2-3 anos ( ) 4-5 anos ( ) 6 anos ( )

2 As atividades são realizadas com acompanhamento profissional? Sim ( ) Não ( )

3 Quem realiza o acompanhamento?
Professor de educação física ( )
Fisioterapeuta ( )
Médico ( )
Nutricionista ( )
Técnico desportivo ( )
Outros ( ) Cite:_____

4 Quais são o(s) tipo(s) de acompanhamento realizado(s)?
- Prescrição de exercício ( )
- Controle da intensidade do exercício ( )
- Controle da frequência do exercício ( )
- Orientação de exercício ( )
- Progressão do exercício ( )
- Controle do volume de exercício ( )
- Prescrição do exercício conforme doença presente ( )
- Avaliação da aptidão física (aptidão cardiorrespiratória / força / flexibilidade) ( )
- Avaliação da composição corporal (peso/altura/circunferências/dobras cutâneas/ bioimpedância elétrica/perímetros corporais) ( )

5 Quais são os conteúdos aplicados nas atividades?
Alongamentos ( )
Corridas ( )
Treino funcional ( )
Lutas ( )
Caminhadas ( )
Treinamento com pesos/ exercícios de força ( )
Relaxamento ( )
Circuitos ( )
Ginástica coletiva ( )
Dança ( )
Outras ( ) Cite: _____

6 Em quantos dias da semana são oferecidas atividades?
1 dia por semana ( )
2 dias por semana ( )
3 dias por semana ( )
4 dias por semana ( )
5 dias por semana ( )

7 Nos dias em que ocorrem, qual a duração média das atividades oferecidas?
Menos de 30 minutos ( )
30 minutos até 1 hora ( )
Mais de 1 hora ( )

8 Houve melhora na qualidade de vida? Sim ( ) Não ( )

9 Tem conhecimento de atividades orientadas pelo professor de Educação Física no NASF?
Sim ( ) Não ( )

10 Em havendo oferta de atividades práticas pelo professor de Educação Física no NASF, qual seu grau de interesse em participar?
Minimamente interessado(a) ( )
Medianamente interessado(a) ( )
Muito interessado (a) ( )

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA (UNIALFA)
COORDENAÇÃO A PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL (MDR)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do Projeto de Pesquisa sob o título *Análise da implementação das ações de incentivo à atividade física no âmbito da política de promoção da saúde no Município de Goiânia, em Goiás.* Meu nome é Jacio Luiz da Silva Pereira, sou professor de Educação Física, pesquisador do Centro Universitário Alves Faria, responsável por este estudo. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do Pesquisador responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA, no telefone: (62) 98404-4284 ou pelo *e-mail* starck_ap@hotmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada à pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (um grupo não remunerado, formado por diferentes profissionais e membros da sociedade, que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes) do Hospital Alberto Rassi/HGG, situado na Avenida Anhanguera, n. 6.479, Setor Oeste, Goiânia, Goiás, pelo telefone (62) 3209-9917, de segunda a sexta-feira, no horário das 8 às 18 horas ou pelo *e-mail* hgg.cep@idtech.org.br.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

Estamos iniciando um estudo cujo objetivo é a análise da implementação das ações de incentivo à atividade física no âmbito da política de promoção da saúde no Município de Goiânia, em Goiás. Os participantes deste estudo são os gestores da política de promoção da saúde/fomento às atividades físicas; os técnicos da ESF/NASF responsáveis pelo desenvolvimento desta atividade junto à população; e os usuários participantes das atividades programadas pelas equipes da ESF/NASF.

I. As informações sobre esta pesquisa serão dadas quando você estiver tranquilo(a), no local de melhor **acesso para você, em um lugar com as condições de você responder adequadamente o questionário, em um** ambiente calmo, com iluminação adequada, fornecendo o tempo necessário para reflexões e escolha em participar ou não da pesquisa. Se necessário, você poderá levar o Termo Consentimento (TCLE) para uma pessoa ajudá-lo(a) a resolver se vai ou não fazer parte deste estudo, e quando você tomar a decisão marcaremos outro encontro para finalizarmos o processo de aceite ou não em participar da pesquisa.

II. Você tem total liberdade para se recusar a participar, não sendo prejudicado, penalizado ou responsabilizado de forma alguma por sua recusa. Se aceitar participar e depois retirar seu consentimento, também em nada será prejudicado (a). Todas as informações coletadas neste estudo serão estritamente confidenciais. Somente o pesquisador responsável terá conhecimento de sua identidade e me comprometo a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa, que serão publicados independentemente dos resultados obtidos. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa e não serão armazenados para estudos futuros. Após ser apresentado e esclarecido sobre as informações abaixo descritas, no caso de aceitar fazer parte do estudo, você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias, que também será rubricado em todas as páginas e assinado por mim, devendo uma via ficar comigo e a outra com você, para que você possa consultar sempre que necessário.

III. Você responderá, em um único momento (com um tempo médio de 30 minutos), um questionário com questões, que será aplicado pelo pesquisador responsável deste estudo. Os dados serão analisados (sem identificação) e serão mantidos em sigilo.

IV. Os riscos desta pesquisa serão mínimos, porém poderá sentir-se cansado (a) ou ter aspectos físicos ou psíquicos mobilizados durante o processo. Caso haja alguma intercorrência durante a coleta de dados, você será devidamente assistido (a) pelo Pesquisador responsável que tomará todas as medidas necessárias para solucionar a situação problema. Ou seja, você tem a garantia de Assistência Integral e

V. Gratuita por danos decorrentes desta pesquisa. Como benefício os resultados deste estudo possibilitará apontar e verificar se as ações implementadas para as atividades físicas a serem oferecidas estão sendo desenvolvidas de forma adequada e se atendem às necessidades dos seus usuários para melhorar os aspectos de qualidade de vida.

VI. Você será ressarcido por todas as despesas que venha a ter com sua participação neste estudo, sendo que as mesmas serão pagas por mim, pesquisador responsável. No entanto, este estudo não acarretará nenhum tipo de despesa para você, pois você não necessita deslocar-se do local de aplicação do questionário e eu, pesquisador responsável, irei até o local para coletar os dados necessários. E serão necessários no máximo dois encontros, ou seja, um encontro para aplicar o questionário ou dois no caso de você não ter condições de responder no momento da abordagem e eu ter que retornar para aplicá-lo.

VII. Indenização: Você terá direito à indenização por qualquer dano que venha a sofrer com a participação nesta pesquisa.

Declaro para os devidos fins que cumprirei com legitimidade o item IV. 3 da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12.

Goiânia, ...de.....de 2017.

_____

Nome e assinatura do Pesquisador

CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE

Eu, _____, RG: _____, CPF: _____, residente _____ abaixo-assinado, declaro que concordo em participar do estudo: "*Análise da implementação das ações de incentivo à atividade física no âÂmbito da política de promoção da saúde no Município de Goiânia, em Goiá*s, como voluntário (a) de pesquisa. Declaro que compreendi perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no estudo mencionado, tendo sido devidamente informado e esclarecido pelo Pesquisador Jacio Luiz da Silva Pereira sobre o objetivo desta pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou consciente de todos os meus direitos bem como das minhas responsabilidades. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador.

Goiânia,.....de.....de 2017.

.....

Nome e assinatura do participante da pesquisa

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

ANEXO 1– PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE INCENTIVO À ATIVIDADE FÍSICA NO ÂMBITO DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE GOIÂNIA EM GOIÁS

Pesquisador: JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 77697617.6.0000.0035

Instituição Proponente: CENTRO EDUCACIONAL ALVES FARIA LTDA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.328.855

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto conforme informações do pesquisador responsável:

Área Temática: Trata-se de um protocolo nacional, unicêntrico, pertencente a área não especial, área do conhecimento Ciências da Saúde.

Propósito do Estudo: Acadêmico: mestrado.

Desenho do Estudo:

O tipo de pesquisa se caracteriza como sendo de natureza analítica, com delineamento de análise de implementação de uma política pública. Será utilizada uma abordagem de tratamento dos dados predominantemente qualitativa tendo em vista o melhor atendimento dos objetivos.O local do estudo está concentrado na cidade de Goiânia, contemplando o âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a delimitação do setor de

políticas de promoção da saúde e suas ações de fomento da prática de atividade física da população no período compreendido entre 2006 a 2015.

Logo, esta pesquisa está vinculada aos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) e ao Programa Academia da Saúde. Em pesquisa exploratória no portal do MS foi verificado que o

município de Goiânia possui 03 Núcleos de modalidade 1, o qual acompanha 5 a 9 equipes de Saúde da Família. Todos os Núcleos estão localizados na região noroeste da cidade e a base está concentrada no setor Jardim Curitiba, fato será inquirido por ocasião da entrevista com o gestor de promoção da saúde da SMS. A população deste estudo são os gestores da política de promoção da saúde/fomento às atividades físicas; os técnicos da ESF/NASF responsáveis pelo desenvolvimento desta atividade junto à população; e os usuários participantes das atividades programadas pelas equipes da ESF/NASF.Serão utilizados como instrumentos de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas para os gestores e professores de educação física e para os usuários das atividades realizadas, questionários fechado. A entrevista semiestruturada será aplicada aos gestores e técnicos da ESF/NASF do município e contemplará um roteiro previamente elaborado que tratará de questões relacionadas ao processo de implementação das ações de incentivo à atividade física, no âmbito da política de promoção da saúde.Ainda, como forma de subsidiar informações de fontes primárias, serão aplicados questionários fechados com opção de múltipla escolha para os usuários dp programa, solicitando dados sociodemográficos (nome, idade, peso, estatura, local de moradia, renda, nível de etilismo e tabagismo), sobre a qualidade de vida (uso de medicamentos, doenças adquiridas, transporte, moradia, alimentação), bem como, o tempo em que pratica atividade física, como são realizadas as atividades, a percepção dos usuários em relação ao acompanhamento destas e seus benefícios. As informações obtidas das fontes primárias (técnicos da SMS e usuários) serão complementadas por informações extraídas de fontes secundárias tais como documentos e arquivos digitais produzidos pela SMS. Serão analisados os documentos que contenham informações sobre o processo de implementação da política de promoção da saúde com base no recorte para fomento das atividades físicas.Uma vez que os dados sejam coletados, haverá uma sistematização destes que serão estruturados conforme as fontes de informação: primária e secundária. Os dados relativos às fontes primárias (questionário - usuários) serão tabulados em uma planilha eletrônica (Microsoft Excel 2016) com o intuito de uma análise de frequência para caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes das atividades físicas realizadas, bem como sua avaliação da organização, execução e gestão destas atividades. Os conteúdos das entrevistas e dos documentos serão classificados e agrupados segundo critérios de agregação correspondentes à unidade de análise.A unidade de análise será a implementação da política, considerando os processos e práticas de trabalho de organização e fomento à atividade física. Abordará subunidades, que são subtemas criados e

estratificados em grupos a partir do tema central desta pesquisa.Por se tratar de um projeto de pesquisa envolvendo seres humanos, todos os procedimentos seguirão as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e será apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa antes de se iniciarem os procedimentos experimentais.

Introdução:

A promoção da saúde tornou-se, nos últimos 30 anos, uma estratégia de vanguarda no combate à disseminação de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Sua premissa diz respeito à transformação de conduta dos indivíduos, para melhorar seus estilos de vida por meio de componentes educativos que favoreçam as mudanças de comportamentos considerados de risco, além de investimentos em políticas e programas

que se traduzam em melhoria da qualidade de vida. A atividade física é um fator de grande relevância no contexto da promoção da saúde, nas ações de enfrentamento às morbidades associadas a padrões comportamentais hipocinéticos, haja vista ser o sedentarismo um mal estabelecido na realidade atual e determinante de eventos de morbidade como a obesidade (VIEIRA, 2014; VILARTA, 2007).A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), criada pelo governo brasileiro em 2006 e revisada em 2015, possui "[...] atribuições de coordenar e estabelecer políticas públicas para garantir a integralidade da atenção à saúde" (BRASIL, 2015, p. 5). Saúde como sinônimo de qualidade de vida tornou-se o caminho mais viável para o desenvolvimento de estratégias exequíveis para se chegar ao desenvolvimento de cidades saudáveis. A PNPS concebe a promoção da saúde como um conjunto de estratégias capazes de produzir saúde populacional por meio da articulação e cooperação intersetorial, com efetiva participação da sociedade. A PNPS reconhece, ainda, o conjunto de políticas que buscam equidade e qualidade de vida, redução de

vulnerabilidades e riscos à saúde das populações (BRASIL, 2015). Nesse sentido, a ideia de promoção da saúde foca o estilo de vida da população, que "[...] perde de vista o que é uma vida saudável e passa a adaptar-se a uma forma de vida sedentária e estressante, com o predomínio de consumo de alimentos industrializados com altos teores de sal e ácidos graxos saturados, [...] determinantes na geração de doenças" (BRASIL, 2002a, p. 12).A falta de atividade física é um fenômeno social que compromete a qualidade de vida das populações. Informações constantes na mídia apontam que quase metade da população que reúne condições para estar ativa não pratica nenhum tipo de atividade física.

Ademais, esse quadro preocupante é apontado pela literatura científica e pela mídia como um problema epidemiológico observado no mundo inteiro, e o Brasil acompanha esse fenômeno. Estudo disponibilizado pelo governo brasileiro revela que 45,9% da população entre 14 e 75 anos não pratica nenhum tipo de atividade física, o que as torna objeto de preocupação das autoridades da área de saúde. A pesquisa ainda apontou que 80,4% dos
participantes sedentários conhecem os riscos da falta de atividade física para a saúde (BRASIL, 2015b).Diante dessa conjuntura, vem crescendo o número de publicações que demonstraram que a prática regular de atividade pode ser considerada um fator protetor contra diversas morbidades quando comparado a indivíduos sedentários (ALMEIDA et al., 2014; MALTA et. al., 2014). Também, é de conhecimento que a adoção de um estilo
de vida saudável com prática de atividade física regular e sistematizada deve considerar toda a condição de vida e de saúde do individuo e está pautada pelo acesso restrito a algumas camadas da sociedade (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012; SERSON, 2016).Assim, várias iniciativas de atenção à saúde passaram a ser estabelecidas, sabendo-se que investir em promoção da saúde e prevenção de doenças pode contribuir para a redução dos gastos nos processos curativos que se elevam a cada ano (MALTA et al., 2014). Programas de promoção da saúde têm sido implantados com intuito de normatizar a abrangência dos benefícios nas coletividades a serem atendidas. Esses programas reproduzem o
conhecimento dos mais diversos estudos que foram apresentados em conferências de promoção da saúde, tais como a de Bogotá (BRASIL,2002b).As doenças do aparelho circulatório são as principais causas de morte na população mundial, sendo responsáveis por aproximadamente
20% de óbitos em indivíduos com mais de 30 anos de idade (MANSUR; FAVARATO, 2016). A doença coronariana é a maior causa de mortes, tanto em homens como em mulheres, causando internação hospitalar, morbidade e mortalidade na população idosa (BRASIL, 2006b).A hipertensão arterial sistêmica também concorre para o agravamento dos males circulatórios, levando às cardiopatias, um dos fatores de risco mais prevalentes,
junto com o diabetes. Isso representa alto custo para a sociedade, subtração da qualidade de vida e contribuição para mortalidade (BENSEÑOR;LOTUFO, 2004).A atividade física adequada é capaz de alterar positivamente o funcionamento do aparelho circulatório, tornando-se, assim, um fator de redução de riscos às complicações promovidas pelos agravos já citados. Os efeitos da atividade física regular são sentidos prontamente no
organismo. Exercícios físicos moderados produzem benefícios imediatos tanto ao corpo como à mente humana, por determinar melhoria na circulação sanguínea, na produção de

neurotransmissores, além da melhora da [...] "aptidão física como importante estratégia no desenvolvimento de um estilo de vida saudável" (MORROW JÚNIOR. et al., 2014, p. 208).A promoção da saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)agrega estratégias e ações buscando reduzir os riscos de morbimortalidade por problemas do aparelho circulatório e a redução do ônus desse fenômeno no país. Oportunamente, a atividade física foi elencada como prioridade no conjunto dessas ações para melhoria dos indicadores de
saúde. A atuação do educador físico no contexto é muito importante para o sucesso de tais políticas públicas.A realização desta pesquisa se justifica pela importância da qualidade de vida como fator determinante sobre a saúde. A atividade física no contexto da promoção da saúde é um fator de proteção de doenças. Busca-se aqui promover impacto social e científico, e fornecer subsídios às decisões de implementação de política pública de
promoção da saúde com foco na atividade física no município de Goiânia.Sabe-se que uma parcela crescente de cidadãos tem buscado padrões de saúde do corpo aderindo à cultura do movimento, seja em lugares propícios nos bairros ou até em academias de ginástica, e esse parece ser um fenômeno em crescimento. Este estudo utilizará uma abordagem de tratamento dos dados predominantemente qualitativa. O local do estudo está concentrado na cidade de Goiânia. Serão utilizados como instrumentos de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas para os gestores e professores de educação física e para os usuários das atividades realizadas, questionários fechado. A unidade de análise será a implementação da
política, considerando a organização e fomento à atividade física.O desenvolvimento deste estudo está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o referencial teórico abordando os antecedentes, os princípios e as conferências da promoção da saúde, bem como sua relação com a atividade física.No segundo capítulo é apresentado o percurso metodológico da pesquisa, além dos instrumentos de coleta de dados,
tais como roteiros de entrevista e questionários, e por fim, também será apresentada a forma como esses dados serão tratados.Já no terceiro capítulo é apresentado o resultado e a análise das informações com base na unidade de análise do trabalho – implementação de política pública.

População do estudo: Gestores, profissionais de Educação Física e usuários participantes de atividades físicas nos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), que estão distribuídos na região noroeste do município de Goiânia.

Número de participantes: 50 participantes.

Critérios de Inclusão:

a)Para os gestores e profissionais de educação física – serão incluídos todos que estejam desenvolvendo suas atividades ou funções na ESF/NASF e que concordem em participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TLCE;

b) Para os usuários - serão incluídos os indivíduos de ambos os sexos, acima de 18 anos, que desenvolvam atividades físicas nas unidades onde será realizada a pesquisa, que estejam participando das atividades da ESF/NASF, e que concordem em participar da pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TLCE.

Critérios de Exclusão:

Para os gestores e profissionais de educação física – serão excluídos todos que estejam afastados por licença médica ou qualquer tipo de licença e por férias regulamentares que tenham suas atividades ou funções na ESF/NASF.

Para os usuários - serão excluídos os que não frequentam ou praticam atividades físicas rotineiramente e apresentem registros ou manifestações de distúrbios psiquiátricos.

Forma de Recrutamento:

participantes de atividades físicas nos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF), que estão distribuídos na região noroeste do município de Goiânia, da seguinte maneira: serão agendados os horários para realizar as entrevistas com os participantes gestores e professores, e em relação aos participantes serão abordados antes e no local das atividades físicas.

Metodologia:

A unidade de análise será a implementação da política, considerando os processos e práticas de trabalho de organização e fomento à atividade física. Abordará subunidades, que são subtemas criados e estratificados em grupos a partir do tema central desta pesquisa. Os dados destes subtemas estruturados a partir do conteúdo das entrevistas, questionários e documentos e serão analisados segundo as subunidades estabelecidas:

estrutura e processo de gestão da política de promoção da saúde/fomento às atividades físicas; organização e execução da programação das atividades físicas pela ESF/NASF; perfil, adesão e avaliação dos participantes dessas atividades.

Desfecho Primário: Com a análise da implementação da política de promoção da saúde, com

ênfase no fomento às atividades físicas, no município de Goiânia em Goiás espera-se identificar os pontos fortes e os fracos das ações e o que foi alcançado até o momento, e apontar o que pode ser melhorado.

Cronograma:
Início: 16/10/2017
Término: 31/10/2017

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de implementação da política de promoção da saúde, com ênfase no fomento às atividades físicas, no município de Goiânia, no período de 2006 a 2015.

Objetivo Secundário:

- identificar e caracterizar a estrutura e o processo de gestão da promoção da saúde e do fomento à atividade física no âmbito do município de Goiânia;
- analisar os fatores condicionantes do processo de implantação do programa Academia de Saúde no município de Goiânia;
- analisar as estratégias e ações de fomento à atividade física no contexto da ESF/NASF no município de Goiânia;
- descrever o perfil dos usuários das atividades físicas no contexto da ESF/NASF no município de Goiânia e sua avaliação sobre essas atividades.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta riscos mínimos, o (a) participante será entrevistado no local de trabalho, no caso com os gestores e professores, e com os usuários no local onde desenvolvem suas atividades físicas, eles não deslocaram do seu ambiente. Ao responder o questionário, o participante pode sentir um mínimo de cansaço ou desconforto, uma vez que o instrumento é de curta aplicação e duração com poucas perguntas. Caso haja algum dano decorrente do procedimento da pesquisa, o (a) participante será devidamente assistido (a) pelo pesquisador responsável no momento, e se for necessário será encaminhado para um serviço especializado, sem qualquer ônus para ele.

Benefícios:

É possível que o (a) participante se beneficie durante a pesquisa, tendo em vista que a própria

reflexão para responder os questionários poderá levá-lo a repensar primeiro, os gestores e profissionais de educação física de como estão implementadas as ações sobre o assunto, se condiz com as necessidades e essas são aplicadas em suas distintas realidades, e em segundo para o usuário se a forma do seu estilo de vida está adequada
para melhorar a melhor qualidade de vida, possibilitando-lhe inclusive, modificar seu comportamento em relação à sua saúde ao procurar praticar as atividades físicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Comentários e Considerações do Comitê de Ética:

CONEP: Não se trata de estudo de área temática especial.

Equipe de Pesquisa: Apresentada e possui formação para condução do estudo. Fazem parte da execução da pesquisa Jácio Luiz da Silva Ferreira, orientado pelo Dr. Alzino Furtado Mendonça.

Número de Participantes: 50 participantes.

Objetivo do Estudo: Acadêmico. Relevante.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Definidos objetivamente.

Metodologia: Adequado à proposta da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Riscos considerados mínimos e benefícios relevantes.

Valor Científico: Pertinente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam no Protocolo os documentos e Declarações pertinentes em concordância com as normas vigentes, conforme listado abaixo:

1. Projeto de Pesquisa;
2. TCLE;
3. Requerimento à EMSP;

4. Termo de Anuência;
5. Declaração sobre o recrutamento dos participantes da pesquisa;
6. Declaração sobre a inserção dos resultados da pesquisa na Plataforma Brasil;
7. Declaração de compromisso do pesquisador de cumprir a Resolução do CNS 466/12 e suas complementares;
8. Declaração sobre o Processo de Obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido;
9. Declaração de ausência de encargos para o Sistema Único de Saúde;
10. Folha de Rosto;
11. Declaração de Infraestrutura;
12. Declaração sobre o vínculo do pesquisador responsável com a Instituição envolvida.

Considerações do CEP sobre os termos de apresentação obrigatórios:

Folha de Rosto: Preenchida corretamente e assinada pelos responsáveis.

Declaração do SUS: Apresentada.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado para a pesquisa. Objetivo e de linguagem compreensível e acessível. O termo está de acordo com as normas ecigentes.

Instrumento de Coleta de Dados: Questionário proposto está de fácil compreensão e utilização, dentro de padrões éticos, permitindo atender ao objetivo apresentado.

Cronograma: Devidamente apresentado deixando claro que o mesmo será executado caso o projeto seja aprovado pelo Sistema CEP/CONEP.

Orçamento Financeiro: Orçamento detalhado apresentado, indicando um custo de 2.620,00, a cargo do pesquisador.

Currículo: O currículo do pesquisador responsável encontra-se disponível para consulta na Plataforma Lattes e informa que o pesquisador tem formação adequada para condução do estudo.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Continuação do Parecer: 2.328.855

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas inadequações ou pendências éticas.

Diante do exposto, o colegiado, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e em especial a Resolução 510/2017 e na Norma Operacional nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa nos termos que está proposto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FOLHADEROSTO_CORRECAO_ASSINATURA.pdf	27/09/2017 16:39:23	Thayene Vaneska Pereira Felipe	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_992893.pdf	25/09/2017 18:14:44		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJACIO.doc	25/09/2017 18:14:25	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	InfraestruturaNasf.pdf	25/09/2017 18:04:49	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Viabilidade.pdf	25/09/2017 18:04:30	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Vinculo.pdf	24/09/2017 11:57:36	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Viabilidade.doc	21/09/2017 20:40:05	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartaencaminhamento.doc	21/09/2017 20:34:44	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ObtencaoTCLE.doc	21/09/2017 20:33:19	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Insercao.doc	21/09/2017 20:31:51	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	infraestrutura.doc	21/09/2017 20:31:29	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Recrutamento.doc	21/09/2017 20:25:04	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Compromisso466.doc	21/09/2017 20:23:09	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ausenciaencargosSUS.doc	21/09/2017 20:22:34	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_vinculo.doc	21/09/2017 15:47:18	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito

CEPHGG

HGG - HOSPITAL ALBERTO RASSI

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 2.328.855

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_JacioSet.doc	19/09/2017 19:40:37	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoJACIO.pdf	19/09/2017 19:20:56	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_ausencia.pdf	19/09/2017 00:29:34	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_Compromisso.pdf	19/09/2017 00:28:40	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	REQ_EMSP.pdf	19/09/2017 00:23:47	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Outros	ANEXOS.doc	19/09/2017 00:15:51	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_Anuencia.doc	18/09/2017 23:58:55	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_InsercaoResultados.pdf	18/09/2017 23:55:49	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_ENCAMINHAMENTO.pdf	18/09/2017 23:54:40	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_ObtencaoTCLE.pdf	18/09/2017 23:53:55	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_Recrutamento.pdf	18/09/2017 23:53:03	JACIO LUIZ DA SILVA PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Alberto Rassi HGG

GOIANIA, 13 de Outubro de 2017

Assinado por:
Andréa Inês Spadeto Aires
(Coordenador)

Endereço: Avenida Anhanguera nº 6.479 - 5º Andar
Bairro: Setor Oeste **CEP:** 74.110-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3209-9917 **Fax:** (62)3209-9982 **E-mail:** hgg.cep@idtech.org.br