

ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS

HEALTH EDUCATION STRATEGIES IN THE HEALTH ACADEMY PROGRAM IN THE STATE OF GOIÁS

PARREIRA, Fernanda Ramos¹

1 – Faculdade de Educação Física e Dança, Universidade Federal de Goiás; fernandarparreira@ufg.br

RESUMO

Introdução: A alfabetização ou letramento funcional em saúde (LFS) é um processo educativo voltado a promover a autonomia e o empoderamento individual e coletivo. **Objetivos:** Analisar atividades educativas desenvolvidas no Programa Academia da Saúde (PAS) e aproximações com a perspectiva de alfabetização e educação em saúde. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, com a utilização de dados secundários do monitoramento do PAS no estado de Goiás, através da aplicação de questionários, via Form-SUS, no período de 2015 a 2017; e dados obtidos por meio de entrevistas junto aos usuários (n=11) durante visita *in loco* em 4 municípios de Goiás. **Resultados:** Em Goiás, dos polos respondentes ao monitoramento (n=75), em 2017, 98,7% informaram desenvolver ações focadas nas práticas corporais/atividades físicas, 92% desenvolvem práticas de educação em saúde e 85,1% atividades de promoção de alimentação saudável. Retomando o tema “educação em saúde” junto ao PAS, como já exposto, dos 75 (setenta e cinco) participantes do monitoramento, em 2017, 69 (sessenta e nove) polos asseveraram realizar práticas de educação em saúde. **Considerações Finais:** Observou-se que as ações prioritárias se ancoram no eixo de educação em saúde, por vezes assumindo estratégias vinculadas ao modelo de educação tradicional, pois se utilizam estratégias de palestras e/ou aulas expositivas, ou seja, práticas verticalizadas, hierarquizadas, reprodutivistas e com enfoque na disciplinarização e controle do processo saúde-doença dos sujeitos assistidos junto ao programa.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Educação em saúde; Letramento em saúde; Autonomia.

ABSTRACT

Introduction: Functional Health Literacy (LFS) is an educational process aimed at promoting individual and collective autonomy and empowerment. **Objectives:** Analyse the educational activities developed in the Health Academy Program (HAP) and approximations with the perspective of Health Literacy. **Method:** This is an exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, which uses secondary data

related to the monitoring of the HAP in the state of Goiás, through the application of surveys, via Form-SUS, in the period from 2015 to 2017; and data obtained through interviews with users (n=11) during visit in four municipalities in the State of Goiás. **Results:** In Goiás, from the places that responded to monitoring (n=75), in 2017, 98.7% reported developing actions focused on body practices / physical activity, 92% develop health education practices and 85.1% activities to promote healthy eating. Resuming the theme “health education” with the HAP, as already exposed, of the 75 (seventy-five) monitoring participants in 2017, in the state of Goiás, 69 (sixty-nine) places assert to carry out education practices in health. **Final Considerations:** Observed is that the priority actions are anchored in health education axis are strategies linked to the traditional education model, as it assumes strategies of lectures, in form verticalized, hierarchical practices, reproductivist and focusing on disciplining and controlling the health-disease process of those assisted by the program.

Keywords: Health promotion; Health education; Health literacy; Autonomy.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é voltado à promoção, proteção, prevenção e reabilitação da saúde. Para a garantia da integralidade do cuidado, a educação em saúde é uma ferramenta que se faz necessária, especialmente para o autocuidado. E mais, à construção de uma consciência individual e coletiva crítico-reflexiva, voltada à autonomia e empoderamento dos sujeitos e das coletividades^{1,4}.

Ancorado no pensamento freiriano, assume-se que a educação em saúde, no contexto do SUS, considera que o ato de educar é uma ação crítica, criativa e participativa. A educação é um processo de transformação, focado na liberdade e autonomia do sujeito, e fortalecimento de movimentos fortes da comunidade^{5,6}.

As perspectivas educacionais e de formação do sujeito alteraram-se ao longo do tempo, da pedagogia bancária à pedagogia crítica. Essas mudanças paradigmáticas no campo da educação influenciaram o campo da educação em saúde e, recentemente, no contexto da promoção da saúde^{7,8}.

A saúde é vista como um recurso necessário por toda a vida e para que seja garantida é necessário um conceito positivo que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas⁷.

A promoção da saúde apresenta dimensões variadas, que estão vinculadas a cenários específicos, ou seja, suas atividades e ações são planejadas, implantadas e avaliadas com base nas demandas e necessidades apresentadas por espaço ou cenário social⁹. Nesse contexto, sustenta-se a intervenção por meio da promoção da saúde pela criação de cidades, ambientes e territórios saudáveis^{7,9}.

Em sua essência, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) necessita se articular com as Políticas Nacionais de Saúde (PNS), pois é uma política transversal, logo está atrelada à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), à Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), à Política de Humanização (Humaniza-SUS), à Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (Participa-SUS) e outras diversas políticas, inclusive as relacionadas aos segmentos populacionais³.

A intersecção com diversas PNS deve-se ao fato de que a promoção da saúde trata, em seu bojo conceitual, de uma perspectiva que advoga pela articulação da intrasetorialidade e intersetorialidade, bem como na formação e participação. Isso se constitui exatamente pela compreensão de que o campo da saúde é complexo e transcende a esfera exclusiva das áreas e instituições da própria saúde^{10,-,17}.

A Declaração de Xangai, elaborada a partir da IX Conferência Global de Promoção da Saúde, destaca os elementos-chave à promoção da saúde, atrelada aos objetivos do desenvolvimento sustentável: 1- atrever-se a criar escolhas políticas para a saúde; 2- cidades e comunidades são cenários críticos para a saúde; 3- e educação em saúde empoderada e direcionada à equidade⁸. Logo, fica destacada a perspectiva intersetorial através da noção de “saúde em todas as políticas” e o potencial educativo do campo da promoção da saúde.

Para isso, aproxima-se à perspectiva da promoção da saúde a estratégia de alfabetização e/ou LFS como mecanismo de promover o empoderamento através da conscientização e o processo de aprendizagem para a autonomia e fortalecimento da rede comunitária^{7,8}. No cenário brasileiro fortalece a compreensão da importância da promoção da educação popular em saúde.

Desse modo, o presente artigo assume como objetivo analisar as atividades educativas desenvolvidas no PAS e suas aproximações com a perspectiva de alfabetização e educação em saúde. Para tanto, cumpre-se apresentar e descrever o panorama de atividades educativas e perfil profissional presentes nos polos do PAS, no estado de Goiás, e refletir sobre as aproximações teórico-metodológicas entre as práticas educativas desenvolvidas nos polos e os valores, diretrizes e princípios da promoção da saúde, com enfoque no eixo estratégico "educação em saúde".

MÉTODOS E TÉCNICAS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo transversal, já que se utilizam dados secundários referentes ao PAS e dados coletados através de pesquisa de campo. Os dados utilizados são referentes aos ciclos anuais de monitoramento, no período de 2015 a 2017, através do formulário eletrônico Form-SUS, realizado com os municípios habilitados junto ao programa e polos em funcionamento no estado de Goiás. O banco de dados foi disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), após aprovação da pesquisa nos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (UFG) e Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS (SEST-SUS), sob parecer n.º 1.986.240 e n.º 2.013.011, respectivamente. Constitui-se em um estudo estatístico descritivo ao trabalhar com as variáveis do tipo quantitativa (discreta) e qualitativa (nominal e ordinal).

As variáveis analisadas foram: os tipos de práticas de educação em saúde desenvolvidas no PAS (atividades tradicionais de ensino, atividades relacionadas à educação popular) e o perfil dos usuários do programa (sexo, idade, renda familiar, estado civil, ocupação).

Em 2017, último ano de monitoramento do PAS, por meio do formulário eletrônico Form-SUS, acompanhado pela SES, existiam 75 polos do programa em funcionamento, ou seja, com atividades e ações de promoção de saúde sendo desenvolvidas. Conforme dados do monitoramento anual, em 2017, atuavam no programa os seguintes profissionais de saúde: fisioterapeuta, profissional de educação física, nutricionista e

psicólogo. De acordo com dados de produção reportados pelos respondentes (n=75), em média eram atendidos 55 usuários/pessoas nos polos ativos.

Quatro municípios goianos foram selecionados para execução da etapa pesquisa de campo, observação direta e realização de entrevistas com sujeitos participantes do programa (coordenadores, profissionais e usuários). O critério adotado para a inclusão dos municípios selecionados foi através da estratificação por regiões de saúde com maior número de municípios habilitados com polos em funcionamento. Foram excluídos os municípios com habilitação no programa, mas sem polo ativo. Dos municípios habilitados e com polos em funcionamento optou-se, prioritariamente, por aqueles que possuíam pelo menos dois polos em funcionamento. Foi considerado, ainda, 1 (um) município com polos incluídos por critério de similaridade e 1 (um) município relativamente rural.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram realizadas entrevistas do tipo episódica, com 11 frequentadores do programa, pois se admite a importância do conhecimento experimental desses indivíduos. Utilizou-se a análise de discurso como técnica de avaliação das entrevistas realizadas. A seleção dos sujeitos participantes foi do tipo por conveniência, através da técnica de bola de neve, e com aqueles que estavam presentes no momento da visita *in loco* realizada pela pesquisadora. Ancorando-se na perspectiva da educação popular, que considera que cada sujeito possui um conhecimento precedente, acumulado ao longo da vida, e por suas experiências e vivências, sendo que “ensinar não é transferir conhecimento é fundamentalmente pensar certo – é uma postura exigente, difícil, às vezes penosa, que temos de assumir diante dos outros e com os outros, em face do mundo e dos fatos, ante nós mesmos”⁶.

A pesquisa de campo ocorreu no período de julho de 2018 a fevereiro de 2019, com a visita aos municípios participantes, após articulação junto às secretarias municipais de saúde para agendamento prévio da visita, em conformidade com a disponibilidade do município em receber a pesquisadora.

As entrevistas foram categorizadas e analisadas utilizando-se *software* Atlas-TI, versão 6. Já os dados estatísticos foram tratados com o uso do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24.

RESULTADOS

O PAS constitui-se em uma estratégia governamental que visa a efetivar a perspectiva da promoção da saúde nos territórios brasileiros. O Ministério da Saúde¹⁹ ratifica o destaque à promoção da saúde como eixo fundamental do programa e como base às atividades propostas^{20, 21}.

Inspirado em iniciativas com enfoque na atividade física e visando à melhoria dos modos de vida da população, como a Academia da Cidade (Pernambuco e Minas Gerais) e o Agita São Paulo, o PAS foi criado, em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS), “[...] com o objetivo principal de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável e modos saudáveis de vida por meio de ações culturalmente inseridas e adaptadas aos territórios locais”¹⁹.

As formas de acesso e ingresso ao programa, publicado no relatório nacional de monitoramento 2016²², demonstram que o ingresso dos usuários nas atividades disponíveis nos polos/municípios brasileiros dá-se, em 54% deles, por demanda espontânea e encaminhamento oportunizado pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Ainda, 33% deles referem estar abertos a todos e com disponibilidade de receberem participantes a qualquer momento (demanda espontânea); apenas 4% deles recebem usuários exclusivamente por encaminhamento da RAS e 2% admitem participantes conforme vagas disponíveis²². Em comparação, e após análise dos dados de monitoramento disponibilizados pela SES, no cenário goiano, 35,1% recebem usuários de forma espontânea; 52,7% associam a demanda espontânea e encaminhamento dos pontos de atenção da RAS; 4,1% recebem usuários somente via encaminhamento e em 2,7% o interessado somente pode frequentar as atividades se houver vaga disponível.

Os horários de funcionamento dos polos podem constituir-se em uma barreira de acessibilidade para determinados grupos populacionais. No estado de Goiás, prioritariamente, as atividades são desenvolvidas no período matutino (97,3% dos municípios respondentes); 89,2% desenvolvem atividades no período vespertino e 44,6% no período noturno.

Acerca do público assistido pelo programa, conforme dados do monitoramento nacional 2017, 99% atuam junto ao público adulto. Com ressalva, o monitoramento anual não distingue gênero e sexo, mas ao questionar sobre as dificuldades encontradas, é mencionada a de atuar junto à população masculina nos polos em funcionamento (45%), e 51% relatam dificuldades de desenvolver atividades junto às crianças. Ainda sobre o perfil dos usuários do programa, 97% dos polos respondentes desenvolvem ações para a população idosa; para adolescentes e crianças o número decresce percentualmente para 73% e 35%, respectivamente²³.

Quanto às populações consideradas com maior grau de vulnerabilidade, no panorama nacional 2017, apresenta-se a participação da população negra (62%), pessoas com deficiência (48%), populações do campo (40%) e lésbica, gay, bissexual, transexual e intersexual (LGBTI) (35%). Abaixo de 30% de presença nas atividades do programa estão as meninas e mulheres em situação de violência (27%), os jovens em conflito com a lei (15%), os migrantes (11%), a população em situação de rua (10%) e os ciganos (4%)²³.

Em Goiás, nos períodos de 2015 a 2017, cerca de 100% dos municípios/polos respondentes alegaram desenvolver atividades para a população idosa (2015, 100%; 2016, 100%; 2017, 98,6%), e a participação dos demais segmentos populacionais apresenta-se detalhada na Tabela 1.

Tabela 1 – Público assistido no Programa Academia da Saúde, Goiás, ano 2017.

Público	Número de polos			Percentual		
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Crianças	38	36	74	51,4	48,6	100
Adolescentes	19	55	74	25,7	74,3	100
Adultos	3	71	74	4,1	95,9	100
Idosos	3	71	74	4,1	95,9	100
Gestantes/mães e bebês	44	30	74	59,5	40,5	100
Ciganos	59	15	74	79,7	20,3	100
Indígenas	68	6	74	91,9	8,1	100
Jovens em conflito com a lei	50	24	74	67,6	32,4	100
População do campo, das águas e da floresta	41	33	74	55,4	44,6	100
LGBTI	38	36	74	66,2	33,8	100
Meninas/mulheres em situação de violência	49	25	74	66,2	33,8	100
Migrantes	60	14	74	81,1	18,9	100
Pessoa com deficiência	33	41	74	44,6	55,4	100
Pessoas em situação de rua	61	13	74	82,4	17,6	100
População negra	22	52	74	29,7	70,3	100

Fonte: Elaboração própria (total de respondentes n=75, contudo na Tabela 1 consta *missing* = 1)

A fala dos usuários entrevistados quanto à presença de mulheres, especialmente idosas, nas atividades do programa corrobora a presença prioritária do referido público.

“No início foi uma dificuldade que até hoje eu ainda convido amiga, vizinha, eu vou fazer uma entrega de gás eu convido, “Oi, vai lá pra nossa academia. Vamo, vamo agregar”, né, eh, “à população lá dentro pra não acabar o programa, que é um programa muito bom pra nós, principalmente pra nós, mulheres”, porque os homens quase não vêm. Na verdade a gente tinha, tava tendo dois homens aí, mas já quase não tão vindo mais, então assim, tá... Mais uma academia, não é, seria assim uma academia de saúde para mulheres, porque o fluxo aumentou de tanto a gente tá convidando” (usuária 1).

“Então assim, pra mim, essa, essa academia não pode parar, ela tem que aumentar, porque nós temos que aumentar o espaço dela, pra poder essas mulheres chegar e a gente ficar ali, porque ali dentro tem privacidade. O negócio, ali no início a gente, né, não tinha esse espaço pra, pra fazer, as mulheres queriam fazer exercício na, na, no tempo e ao mesmo tempo aquelas senhorinhas, que são evangélicas, que não vestem uma calça comprida nem a [termo suprimido]. Então assim, é desconfortante, né, fazer um exercício, abaixar e ficar ali. Então elas não gostam. Então ali pra nós é um ambiente totalmente propício” (usuária 1).

Ademais, os 11 participantes da pesquisa na etapa de realização das entrevistas, apresentaram estado civil casado/a ou em união estável, com escolaridade nível fundamental ou ensino médio; afirmam ter renda familiar média em torno de 2 salários mínimos e se autodeclararam pretos ou pardos. Considerando a ampla participação de mulheres nas atividades desenvolvidas nos polos visitados, os motivos que as levaram a

buscar o programa envolvem a prevenção de doenças e a melhoria da qualidade de vida, como expõem as falas a seguir:

“Porque, eh, a saúde, a saúde em primeiro lugar e se a mulher não tem saúde não vai ser uma boa dona de casa, ela não vai ser uma boa mãe, não vai ser uma boa esposa, porque ela vai tá cheia de maria-das-dores. A maria-das-dores é aquela assim: “Ah, que dor que você tá sentindo?”, “Doi quase nada, só duas coisas: da ponta do cabelo até o pé”. Então, né, da ponta do cabelo até o pé, só duas coisas. Aí vai fazer o quê? Se não tem saúde, né? Sem a saúde nós não vamos a lugar nenhum” (usuária 1).

Dos polos respondentes ao monitoramento (n=75), no estado de Goiás, em 2017, 98,7% informaram desenvolver ações focadas nas práticas corporais/atividades físicas, 92% desenvolveram práticas de educação em saúde e 85,1% atividades de promoção de alimentação saudável. Os respondentes destacaram que dentre as modalidades de práticas corporais e atividades físicas, 89,2% priorizam as ginásticas (aeróbica, funcional, alongamento, pilates e/ou localizada) e 87,8% desenvolvem grupos de caminhada e corrida; as práticas menos desenvolvidas no programa são artes marciais (10,8%) e atividades esportivas (27%).

Em relação às ações relacionadas à promoção da alimentação saudável e adequadas, outro eixo prioritário da PNPS, dos polos em funcionamento (n=75), 63 municípios respondentes destacaram ações para esse eixo, utilizando as estratégias de palestras (96,8%) e rodas de conversa (87,3%); e 71,4% utilizam como instrumento didático e orientador o “Guia Alimentar para a População Brasileira 2014”. Atividades que abordem a temática de alimentação vegetariana/vegana (6,3%) e o incentivo ao cultivo de horta comunitária (4,8%) são bastante incipientes; 27% deles realizam oficinas de culinária.

Além das atividades mencionadas, os 4 municípios visitados apresentaram outras estratégias criadas para tratar da temática de alimentação saudável e adequada, a saber: os grupos de controle de peso e reeducação alimentar, a exemplo do “Grupo LEVE”, “Grupo Amigos da Balança” e “Grupo Quem perde Ganha”. Os usuários destacaram os

resultados alcançados através das atividades vinculadas a esses grupos, como mostra o trecho a seguir:

“Agora, eh, depois do programa que eu entrei do “quem perde ganha”, eu gosto muito de frutas, porque é melhor pra saúde. Aprendi a comer, né? É uma reeducação que eu tô fazendo” (usuária 2).

Ressalta-se, ainda, a inclusão das práticas integrativas de saúde, conhecidas como práticas integrativas e complementares (PICs), vinculada à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), implementada no Brasil, em 2006. No relatório nacional de monitoramento de 2017, 18% dos polos em funcionamento ofereciam as PICs. Dentre os respondentes que desenvolvem as práticas integrativas, 57% destacaram as práticas relacionadas à Medicina Tradicional Chinesa (*lian gong, tai chi chuan e do-in*); 29% realizam Terapia Comunitária Integrativa e Dança Circular (27%). As práticas integrativas pouco desenvolvidas foram: Medicina Ayurveda (2%), Naturopatia (4%), Quiropraxia (5%) e Homeopatia (6%)²³.

Dentre as PICs apontadas no monitoramento realizado em 2017, em Goiás, todos os respondentes que as realizaram em seus polos (n=12) relataram não desenvolver atividades do tipo: Ayurveda, Naturoterapia, Homeopatia, Reflexoterapia e Reiki. A Musicoterapia foi a atividade que se apresentou mais presente entre eles, 41,7%. Em seguida, com 33,3%, aponta-se a Medicina Tradicional Chinesa e a Meditação. A Terapia Comunitária Integrativa, a Yoga e a Shantala são desenvolvidas em 25% dos polos em funcionamento e oferecem práticas integrativas em saúde. Arteterapia (17,1%), Fitoterapia (16,7%), Quiropraxia (8,3%), Biodança (8,3%) e Osteopatia (8,3%) são atividades ainda pouco desenvolvidas.

Em comparação aos anos de 2016 e 2017, em análise dos dados de monitoramento do estado de Goiás, no primeiro ano apontado, 23,8% dos polos respondentes (n=63) realizavam algum tipo de prática artística e cultural (circo, teatro, música, pintura, artesanato, dentre outras) e 15,9% desenvolviam PICs. Em 2017, acerca das práticas artísticas e culturais, houve uma queda percentual em relação ao ano anterior: 17,6% dos polos em funcionamento (n=75) desenvolviam atividades desse cunho; em relação às PICs, houve um aumento na oferta dessas práticas, atingindo o percentual de 17,1%.

Retomando o tema “educação em saúde” junto ao PAS, como já exposto, dos 75 participantes do monitoramento em 2017, 69 polos, ou seja, 92% asseveraram realizar práticas de educação em saúde, sendo que 98,6% trabalharam com grupos temáticos (mulheres, homens, idosos, adolescentes, diabetes, hipertensão etc).

As atividades de educação em saúde foram classificadas em estratégias tradicionais de educação (palestras no modelo aula expositiva) e estratégias populares de educação (oficinas, rodas de conversa, aulas experimentais). Considerando essa classificação aqui assumida, dentre as estratégias tradicionais, 91,3% dos respondentes adotaram o uso de palestras (aulas expositivas); e quanto às estratégias populares, 75,4% desenvolveram rodas de conversas e de forma bastante incipiente as estratégias de oficinas (do tipo intersetoriais, multiculturais, cenopoesia e/ou arte-educação) e de práticas populares de cuidado (com rezadeiras, benzedadeiras, corredor de cuidado etc), com a respectiva percentagem de realização em 10,1% e 4,3%. Dos polos respondentes, 4 citaram outras estratégias de educação em saúde, considerando as oficinas de planificação da APS e grupos de populações especiais, voltados às gestantes e pessoas obesas.

Observado o tipo de atividades e ações de promoção e de educação em saúde desenvolvidas pontua-se que os polos em funcionamento acompanham as diretrizes e critérios elencados à implementação do PAS, valorizando a perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, com a composição de equipes de saúde atuando nos polos, inserindo fisioterapeutas, profissionais de educação física, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas holísticos, arteterapeutas, musicoterapeutas, sanitaristas, educador social, dentre outros.

Por fim, em relação à forma de participação das pessoas usuárias do programa, pontua-se a baixa participação na gestão e planejamento, como apontam os dados de monitoramento anual, bem como as falas dos entrevistados. A composição do grupo de apoio à gestão do polo Academia da Saúde, no estado de Goiás, dos polos que instituíram o grupo de apoio à gestão, em 2016, 96% destacaram a participação da equipe Unidade Básica de Saúde/Núcleo Ampliado de Saúde da Família (UBS/NASF) e

dos profissionais do programa; 40,9% têm a presença dos usuários/familiares; e 18,2% das lideranças comunitárias para composição do grupo de apoio à gestão. No ano de 2017, dos 38 polos que constituíram o grupo de apoio à gestão do PAS, 94,7% contavam com a participação da equipe UBS/NASF; 86,8% com profissionais do programa; 44,7% usuários/familiares; e 34,2% com lideranças comunitárias participando da constituição do grupo de apoio.

Em 2018, quanto à percepção dos usuários sobre a sua participação no programa, predominantemente, ela ocorre apenas na frequência às atividades realizadas junto aos polos. Contudo, há usuários que atuam como voluntários na execução de atividades desenvolvidas no polo.

“Eu participo como voluntária no projeto de artesanato, eh, pratico os exercícios, o pilates, muita coisa aqui. Pilates, caminhada, tudo eu tô participando” (usuária 2).

“[...] a gente vem nas aulas e também, tipo assim, a gente dá sugestões, né, a gente podia ter uma aula de zumba, a gente podia hoje fazer aula lá fora, aqui dentro.... Eh... que nem agora vai ter o bazar, a gente vem, ajuda na organização, eh, é aberto pra gente tá se interagindo e tá participando” (usuário 6).

“Vez por outra temos alguns diálogos, né, que pergunta sugestões, né, de como que tá indo. Então assim, eh..., as agentes de saúde aqui do município elas é muito... engrenada também, eh, nesse..., na nossa saúde aqui, né? Então ela conversa muito conosco, lá, a nossa agente de saúde. Então a gente tá sempre dialogando, trocando ideias...” (usuário 7).

Outro ponto relevante é o nível de participação social na comunidade por meio dos conselhos municipais, sindicatos, associações, coletivos e grupos sociais. As falas a seguir demonstram a forma de participação das pessoas entrevistadas:

“Não, do Conselho assim eu não participo, mas eu, eu frequento a Igreja da Paz, que fica em [endereço suprimido], lá no [bairro suprimido], né, no bairro [bairro suprimido]” (usuário 1).

“É, eu realmente tô participando só da, do grupo religioso mesmo. Da Igreja Católica, é. Mas assim, eu não sou de ir todos os dias, né, é assim, no dia que eu me sinto bem eu vou, no dia que eu não me sinto, né? E... a gente participa de muitas outras partes também, né, uma visita para os irmãos lá, coloca [trecho inaudível], já bem isolado, sabe? Encontro de casais também, é. Eu já fui em sessões de vereadores, eu já fui [trecho inaudível] de vereador, né, e... [trecho inaudível] de uma associação, essas coisas, né, então vejo bastante esse tipo de coisa aí. Agora é que eu tô mais desiludido, né? Mas antigamente eu participava muito” (usuário 3).

“Não, só o grupo religioso. Porque eu sou evangélica então, e lá na igreja eles dão o ministério pras pessoa, né? Eh, você vai tomar conta dessa parte, o outro toma conta daquela outra parte, e eu tomo conta de uma parte lá na igreja” (usuário 5).

Os discursos demonstram um engajamento religioso junto aos usuários, conseqüentemente, reflete na articulação do programa com instituições religiosas. Pois no monitoramento anual, no estado de Goiás, 30,4% dos municípios desenvolvem ações articuladas com as instituições religiosas; seguida pela articulação com associações comunitárias (26,1%). Em comparação, no cenário brasileiro, os dados do monitoramento²³, em 2017, demonstram que 34% dos respondentes fazem parcerias com associações comunitárias, 26% não realizam parcerias e 24% são parceiras de instituições religiosas. Apenas 9% constituem parceria com Organizações Não Governamentais (ONGs), 10% com instituições privadas e 13% junto às instituições de ensino superior (universidades).

DISCUSSÃO

Na busca por fortalecer práticas emancipatórias e libertárias no campo da saúde, nota-se que novos agentes, usuários (as) e profissionais de saúde, passam a participar da gestão, a exemplo da instituição de Conselhos de Saúde e Grupos de Gestão, e na organização dos processos de trabalho na saúde pública no Brasil com mais expressividade, especialmente na atenção primária. No caso da PNPS, fica garantida, por meio de seus objetivos, diretrizes e atividades, a inclusão de novas autoridades em saúde, tais como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, profissionais de educação física, dentre outros, considerando a compreensão do modelo de saúde que considera os determinantes e condicionantes sociais e a complexidade do campo. Ainda, há a participação social, ou seja, a participação da sociedade civil e outras instituições não governamentais, uma vez que preconiza a criação de grupo de gestão ao PAS.

Carvalho¹² destaca que a partir de uma noção de construção de uma promoção da saúde vinculada a uma corrente crítica do pensamento, a participação comunitária é um elemento de distinção com a corrente mais conservadora desse campo, pois é por ela que se materializa a condição de empoderamento social (*empowerment*). “Esta categoria

tem caráter ambivalente que origina polêmica e conflito uma vez que seu conteúdo reflete noções político-ideológicas sobre cidadania, direito e democracia”¹². Conforme explica, sem articulação política na organização social a noção de comunidade participativa e empoderada é uma ilusão.

No período destinado ao monitoramento do programa, os municípios são questionados acerca da constituição desse grupo gestor e do nível de participação de cada agente envolvido (equipe UBS/NASF, profissionais do PAS, usuários/familiares e lideranças comunitárias). No estado de Goiás, é possível observar um aumento importante em relação à criação e à efetivação dos trabalhos dos grupos de apoio à gestão, ao comparar os resultados dos monitoramentos realizados nos anos de 2016 e 2017.

Mesmo preconizado nas portarias de constituição do PAS e na PNPS, ainda se apresenta muito discreto o processo de criação de grupo de gestão do programa, como anteriormente descrito. Para além da questão de criação de grupo destaca-se a participação do conselho municipal e da população, que praticamente ocorre sem sistematização ou organização, e sem adoção de estratégias formativas e educativas que instrumentalizem a participação dos distintos atores (usuários, profissionais e gestores).

Mesmo com pressupostos normativos sobre a participação comunitária presente na perspectiva da promoção da saúde, há uma contradição advinda da concepção dual na área, a Promoção da Saúde Tradicional e a Promoção da Saúde Radical¹², pois a primeira cumpre a função de desempoderar (*disempowering*), enquanto a segunda traz um discurso libertário-emancipador.

Pontua-se que a participação da comunidade se restringe a executar as atividades propostas pelos profissionais do polo, ancorada em estratégias e ações de educação com base em um modelo tradicional e conservador (palestras, orientações individualizadas, execução de atividades).

A presença feminina no programa é marcada por uma compreensão hegemônica do papel social atribuído à mulher. No caso dos homens, culturalmente não há uma

aproximação desse público ao universo do autocuidado e da promoção da saúde; pelo contrário, ocorre um movimento de abjeção às práticas de cuidado^{24, 25}. Ademais, os polos tendem a desenvolver atividades físicas de baixa intensidade e/ou aeróbicas, comumente identificadas como práticas corporais para as mulheres.

A articulação entre igrejas e o PAS não é uma realidade estrita desse programa. No cenário nacional, a influência da dimensão religiosa destaca-se pela constituição, no parlamento, da bancada temática comumente chamada de “Bancada da Bíblia”, que tem atuado na tomada de decisão da agenda política e na elaboração de políticas públicas. Não compete a esse trabalho aprofundar-se nessa discussão, pois não é esse seu objetivo, mas apenas observar que esse fenômeno de capilarização da dimensão religiosa para dentro das instituições públicas perpassa também o universo micro espacial do PAS, e que acompanha um movimento de controle, disciplinarização e desempoderamento¹².

Em relação ao uso da abordagem de LFS, constitui um campo emergente na promoção da saúde, no contexto global, e incentivada pelos organismos internacionais de saúde, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e compreende a prerrogativa da promoção da saúde em capacitar os indivíduos e as coletividades com habilidades e competências necessárias à tomada de decisão quanto a escolhas saudáveis e sustentáveis^{4,7,8}. Contudo, no contexto brasileiro, a incorporação de conceitos e práticas relacionadas à educação em saúde, fundamentadas no pensamento freireano, materializam-se através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em 2006, e de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), em 2013.

Na PNEP-SUS elenca-se como eixos prioritários: a participação, controle social e gestão participativa; a formação, comunicação e produção do conhecimento; o cuidado em saúde; e a intersetorialidade e diálogos multiculturais.

Quanto à educação em saúde, as estratégias e técnicas educativas abordadas aproximam-se de modelos tradicionais, do tipo verticalizado, hierarquizado e de

transmissão do conhecimento e não de construção do conhecimento, em uma perspectiva coletiva, intergeracional e emancipatória^{5,6}. Logo, o usuário é um reprodutor de valores e saberes transmitidos pela autoridade de saúde, contudo, na maior parte, sem o caráter crítico-reflexivo. E como descreve Freire⁶, o saber é construído na coletividade e exige o diálogo e a tomada consciente de decisões.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mote basilar para o campo da promoção da saúde é a constituição de práticas educativas que sirvam ao empoderamento e a autonomia dos sujeitos como elementos para a promoção do cuidado e autocuidado, conforme os princípios e diretrizes da PNPS³. Desse modo, o que se observa é que as ações prioritárias se ancoram no eixo de educação em saúde, por vezes assumindo estratégias vinculadas ao modelo de educação tradicional, ou seja, práticas verticalizadas, hierarquizadas, reprodutivista e com enfoque na disciplinarização e controle do processo saúde-doença dos sujeitos assistidos junto ao programa.

A alfabetização constitui-se um dos elementos da educação em saúde e da educação popular, e passa pelo processo de munir os oprimidos de consciência e autonomia. Para tanto, é necessário romper com a lógica reprodutivista e de obscurecimento da realidade. O PAS é uma estratégia importante à disseminação dos princípios e valores relacionados à promoção da saúde. Destarte, constitui-se em um espaço de construção de saberes que transcendem o modelo tradicional de educação, ainda muito utilizado na área da saúde, baseado em aulas expositivas, palestras e centrada na autoridade da saúde como detentora do saber. Esse processo de mudança paradigmática e educativa nesses espaços é fundamental para o fortalecimento do campo da promoção da saúde, especialmente na APS e, conseqüentemente, do próprio SUS.

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR). Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica do SUS). Casa Civil [internet]. 1990. Available from:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

2. Ministério da Saúde (BR). Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

3. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde. 2014. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html

4. Chehuen Neto JA, Costa LA, Estevanin GM, Bignoto TC, Vieira CIS, Pinto FAR, Ferreira RE. Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(3):1121-1132. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.02212017>

5. Freire P. Educadores de Rua: Uma abordagem crítica. Bogotá/Colômbia: Unicef. 1989.

6. Freire P. Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à Prática Educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra. 1996.

7. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Promoção da Saúde: Guia para implementação nacional da Declaração de Xangai. 2018.

8. World Health Organization (WHO). IX Global Conference on Health Promotion in Shanghai (China). The Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development. Geneva: WHO. 2016.

9. Green L, Poland BD, Rootman I. The settings approach to health promotion. *In*: Poland BD, Green L, Rootman I. Settings for health promotion: linking theory and practice. California/USA: Sage Publications, Inc. 2000.

10. Buss PM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. *In*: Czeresnia D, Freitas CM (Org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2003.

11. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2305-2316.

12. Carvalho SR. Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito de mudança. 3. ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

13. Cotta RMM. Políticas de saúde: desenhos, modelos e paradigmas. Viçosa: UFV. 2013.

14. Farinatti PTV, Ferreira MS. Saúde, promoção da saúde e educação física: conceitos,

princípios e aplicações. Rio de Janeiro: Editora UERJ. 2006.

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

16. Heidmann ITS, Almeida MCP, Boehs AE, Wosny AM, Monticelli M. Promoção da Saúde: trajetória histórica de suas concepções. *Contexto Enfermagem*. Florianópolis. 2006;15(2);352-358. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000200021>

17. Mcqueen DV, Jones CM. Global perspectives on health promotion effectiveness. Atlanta/USA: Springer. 2007.

18. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

19. Ministério da Saúde (BR). Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no programa academia da saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde/Fundação Universidade de Brasília/CEAD. 2013.

20. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DKA, Damascena W, Malta DC. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2010;26(1):70-78.

21. Matsudo S, Matsudo V, Araujo T, Andrade D, Oliveira L, Santos M, Silva L. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2009;13(3).

22. Ministério da Saúde (BR).Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2016 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/panorama_nacional_academia_saude_2016.pdf

23. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento nacional da gestão do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde. 2018. Available from:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf

24. Casadei EB, Kudeken VSFS. A masculinidade tóxica no discurso da saúde pública: estratégias de convocação dos homens em campanhas do SUS. *Reciis – Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde*. Out-Dez 2020;4(4):912-25. Available from: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i4.2094>

25. Medrado B, Lyra J, Nascimento M, Beiras A, Corrêa AC, Alvarenga E, Lima MLC. Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2021;26(1):179-183. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>

26. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html