

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ASSOCIADO EM  
EDUCAÇÃO FÍSICA – UEM/UEL

**MAJORIE CATHERINE CAPDEBOSCQ**

---

POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE E DA ATIVIDADE FÍSICA:  
PROGRAMAS E AÇÕES REALIZADAS NO  
MUNICÍPIO DE MARINGÁ – PR

---

Maringá  
2014

**MAJORIE CATHERINE CAPDEBOSCQ**

---

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE E DA ATIVIDADE FÍSICA: PROGRAMAS  
E AÇÕES REALIZADAS NO MUNICÍPIO DE  
MARINGÁ – PR**

---

Dissertação de Mestrado apresentada  
ao Programa de Pós-Graduação  
Associado em Educação Física –  
UEM/UEL, para obtenção do título de  
Mestre em Educação Física.

**Orientador: Prof. Dr. Wilson Rinaldi**

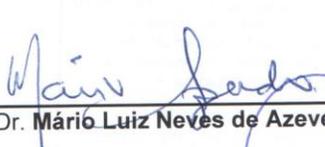
Maringá  
2014

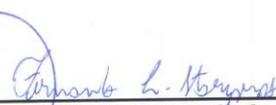
MAJORIE CATHERINE CAPDEBOSQ

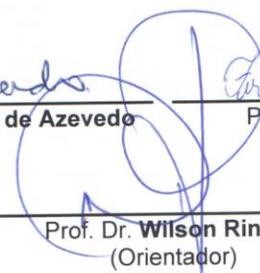
**POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA  
SAÚDE E DA ATIVIDADE FÍSICA:  
PROGRAMAS E AÇÕES REALIZADAS NO  
MUNICÍPIO DE MARINGÁ - PR**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Maringá, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação Associado em Educação Física – UEM/UEL, na área de concentração em Desempenho Humano e Atividade Física, para obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 28 de fevereiro de 2014.

  
Prof. Dr. **Mário Luiz Neves de Azevedo**

  
Prof. Dr. **Fernando Augusto Starepravo**

  
Prof. Dr. **Wilson Rinaldi**  
(Orientador)

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá, PR, Brasil)

Capdeboscq, Majorie Catherine  
C236p Políticas públicas de promoção da saúde e de  
atividade física: programas e ações realizadas no  
município de Maringá-PR/ . -- Maringá, 2014.  
75 f. : il. , figs., color., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Rinaldi  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de  
Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de  
Pós-Graduação Associado em Educação Física -  
UEM/UEL, 2014.

1. Políticas Públicas. 2. Legislação. 3. Terceiro  
Setor. 4. Esporte I. Oliveira, Amauri Aparecido  
Báscoli de, orient. II. Universidade Estadual de  
Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação Associado em Educação Física -  
UEM/UEL. IV. Título.

CDD 22. ED.796.06098162  
JLM0001642

# Dedicatória

---

---

*Dedico este trabalho a minha família em especial minha mãe, pai, irmãos e sobrinhos que sempre me deram força em todas as etapas de minha vida.*

# **Agradecimentos**

---

---

*Agradeço a todos aqueles que de alguma forma me ajudaram e me deram forças para concretizar mais esta etapa de minha vida.*

*Ao meu orientador, Wilson, pelas conversas, orientações e discussões que foram muito importantes em minha formação. Pela confiança e acompanhamento desde os primeiros anos da graduação em Educação Física.*

*À minha querida e admirável mãe, Marines, pelos conselhos e apoio, ao meu pai João, meus irmãos Françoise, Michele, Aline e Waldomiro, pelo carinho e força. Aos meus cunhados e irmãos de coração Otávio, Giba e Polyanna, por sempre estarem presentes. Amo muito vocês.*

*Meus amados sobrinhos, Álvaro e João Paulo, pelas alegrias trazidas em todos os momentos, pela calma nos momentos de nervosismo, pela simples presença, eu amo vocês.*

*À família que mesmo morando longe fazem parte da minha trajetória e tenho um carinho enorme, em especial Cássia, Marcelo, Anair, Eladio, Beto Clarice, Clóvis, Camila e Katyane.*

*Ao Danilo, pelo carinho, compreensão, companheirismo, apoio e paciência em todas as escolhas de minha vida. Amo-te.*

*Aos amigos, queridos e companheiros nesses últimos dois anos me deram forças, em especial, Cassiana, Mirielli, Mariana, Cecília, Camila, Fernanda, Carla, Aline, Vanessa, Guilherme, Fábio, Gabriel, Vanessa Matos, Lohana e Raquel.*

*Ao Luis e Marly Garcia pela consideração construída pelos muitos anos de convivência e carinho.*

*Ao Sérgio, Rosania e Isabela pelo apoio e incentivo.*

*Aos novos e já importantes amigos e colegas de trabalho da Secretaria de Saúde de Maringá, em especial Andréia, Treichel, Edmar, Marcelo, Cláudia, Anderson, Silvio, Antônio Guilherme e Greyce.*

*Aos alunos e servidores pertencentes ao projeto de pesquisa e extensão +UEM – Promoção da Saúde, pelos anos de parceria e de aprendizado.*

*À banca, Fernando e Mário que aceitaram o convite e contribuíram para elaboração deste trabalho.*

*Ao departamento de Educação Física e o Programa de Pós-Graduação associado UEM/UEL e aos professores do mesmo.*

*À Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, por permitir que este estudo fosse realizado.*

CAPDEBOSCQ, Majorie Catherine. **Políticas públicas de Promoção da Saúde e da atividade física**: programas e ações realizadas no município de Maringá/PR. 2014. 75f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

## RESUMO

---

---

A década de 1970 foi marcada pela Reforma Sanitária que teve como objetivo construir novos valores e consciência na sociedade brasileira tendo a saúde como eixo de transformação da sociedade. Essa Reforma culminou posteriormente na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal de 1988, na qual o Estado assume como objetivo principal a redução das desigualdades sociais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. O SUS é uma política de Estado utilizada para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, assim políticas públicas voltadas à produção de saúde possibilitam responder às necessidades em saúde. Evidências já revelaram associação positiva entre hábitos de vida saudáveis e longevidade com saúde, nesse contexto, o sedentarismo é um grande problema de saúde pública o que torna a atividade física uma ferramenta eficaz para a promoção e cuidados gerais com a saúde. Com a disseminação da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) a prefeitura de Maringá/PR implantou o Programa Maringá Saudável (PMS) que desde 2006 realiza ações de promoção e prevenção em saúde. Este estudo teve como objetivo analisar as políticas de promoção da saúde na cidade de Maringá e a inserção das práticas corporais/atividade física nessas políticas públicas. O estudo foi realizado por meio da análise documental realizada em relatórios anuais, existentes nos registros gerenciais e administrativos referentes às ações de promoção da saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) lotados na Gerência de Promoção e Prevenção em Saúde. Os documentos utilizados para análise foram levantados no período de 2006 a 2012, ou seja, desde implantação do Programa. A partir da análise dos dados nota-se certa diversidade nas ações de promoção da saúde destaca-se o trabalho intersetorial e os encontros chamados de Espaço Saúde. Nota-se ainda que apesar de tantos documentos normativos criados pelo Ministério da Saúde, da comprovação científica dos benefícios da atividade física e ainda a ênfase dada a políticas públicas voltadas a promoção da atividade física na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), poucas ações voltadas a esta área foram realizadas no período analisado.

Palavras-Chave: Promoção da Saúde. Atividade Física. Sistema Único de Saúde.

CAPDEBOSCQ, Majorie Catherine. **Public policies for the promotion of health and physical activity:** programs and activities carried in Maringa – PR. 2014. 75f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2014.

## ABSTRACT

---

---

The 1970s were marked by the Health Reform and aimed to construct new values and awareness in Brazilian society regarding health foundation transformation of society. This reform culminated later in the creation of the Unified Health System through the Federal Constitution of 1988, in which the state takes as its main purpose the reduction of social inequalities, the promotion of the common good and to build a caring society without any forms of discrimination. The Unified Health System is a state policy used to improve the quality of life of Brazilians thus geared to the production of public health policies allow responding to health needs. Evidence has shown a positive association between healthy lifestyle habits with health and longevity, in this context, physical inactivity is a major public health problem which makes physical activity an effective tool for the promotion and general health care. With the spread of Potentially Healthy Municipalities Network the city of Maringa - PR deployed Maringa Healthy Program, which since 2006 takes action to promote health and prevention. This study aimed to analyze the politics of health promotion in the city of Maringa and the insertion of bodily / physical activity practices in these public policies. The study was conducted through documentary analysis on annual, existing reports on managerial and administrative records pertaining to the actions of health promotion at the Municipal Health Service in crowded Management in Health Promotion and Prevention Documents used for analysis were collected in the period 2006-2012, from the Program implementation. From the analysis of the data-note is some diversity in the actions of health promotion highlights the intersectoral work and meetings called Health Area. Note also that although many normative documents created by the Ministry of Health, scientific evidence benefits of physical activity and also the emphasis on public policies to promote physical activity in the National Health Promotion, few actions related to this area were carried out during the period.

Keywords: Health Promotion. Physical Activity. Unified Health System.

# LISTA DE FIGURAS

---

---

|                 |   |    |
|-----------------|---|----|
| <b>Figura 1</b> | Modelo de determinação do processo saúde-doença do Relatório Lalonde.....                         | 16 |
| -               |   |    |
| <b>Figura 2</b> | Classificação de práticas corporais para Promoção da Saúde.....                                   | 31 |
| -               |   |    |
| <b>Figura 3</b> | Pirâmides populacionais de Maringá, de 1988 e 2012.....   | 38 |
| -               |   |    |
| <b>Figura 4</b> | Taxa de mortalidade geral por causas em Maringá de 2005 a 2012.....                               | 40 |
| -               |   |    |
| <b>Figura 5</b> | Técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas..... | 61 |
| -               |   |    |

## LISTA DE QUADROS

|                   |  |    |
|-------------------|--|----|
| <b>Quadro 1 -</b> | Principais temas abordados nas Declarações Internacionais de Promoção da Saúde.....                                    | 18 |
| <b>Quadro 2 -</b> | Programas e/ou ações que promovam e estimulam a adoção de modos de viver saudáveis com ênfase na atividade física..... | 29 |
| <b>Quadro 3 -</b> | Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2006                                      | 44 |
| <b>Quadro 4 -</b> | Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2007                                      | 47 |
| <b>Quadro 5 -</b> | Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2008..                                    | 49 |
| <b>Quadro 6 -</b> | Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2009                                      | 51 |
| <b>Quadro 7 -</b> | Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2010                                      | 53 |
| <b>Quadro 8 -</b> | Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2012.....                                 | 55 |

# LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

|                |   |
|----------------|---|
| <b>SUS</b>     | Sistema Único de Saúde                                    |
| <b>API</b>     | Academia da Primeira Idade                                |
| <b>ATI</b>     | Academia da Terceira Idade                                |
| <b>CCS</b>     | Centro de Ciências da Saúde                               |
| <b>CEFE</b>    | Centro de Educação Física e Esporte                       |
| <b>DEF</b>     | Departamento de Educação Física                           |
| <b>DCNT</b>    | Doença Crônica Não Transmissível                          |
| <b>C.F.</b>    | Constituição Federal                                      |
| <b>CGPNPS</b>  | Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde   |
| <b>WHO</b>     | World Health Organization                                 |
| <b>CNS</b>     | Conferência Nacional de Saúde                             |
| <b>ABRASCO</b> | Associação brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  |
| <b>CGDANT</b>  | Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis |
| <b>SVS</b>     | Secretaria de Vigilância em Saúde                         |
| <b>AB</b>      | Atenção Básica  |
| <b>GTI</b>     | Grupo de Trabalho Intersetorial                           |
| <b>UBS</b>     | Unidade Básica de Saúde                                   |
| <b>NASF</b>    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                        |
| <b>SMS</b>     | Secretaria Municipal de Saúde                             |
| <b>ESF</b>     | Equipe Saúde da Família                                   |
| <b>MS</b>      | Ministério da Saúde                                       |
| <b>OMS</b>     | Organização Mundial da Saúde                              |
| <b>OPAS</b>    | Organização Pan-Americana de Saúde                        |
| <b>PMS</b>     | Programa Maringá Saudável                                 |
| <b>PNPS</b>    | Política Nacional de Promoção da Saúde                    |
| <b>PS</b>      | Promoção da Saúde   |
| <b>RMPS</b>    | Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis               |
| <b>UEL</b>     | Universidade Estadual de Londrina                         |
| <b>UEM</b>     | Universidade Estadual de Maringá                          |

**CELAFISCS** Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de  
São Caetano do Sul

**SOE** Serviço de Orientação ao Exercício

**ONG** Organização Não-Governamental

# SUMÁRIO

---

---

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 03 |
| <b>2 OBJETIVOS</b> .....   | 10 |
| 2.1 <b>Objetivo Geral</b> .....  | 10 |
| 2.2 <b>Objetivos Específicos</b> .....   | 10 |
| <b>3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEPÇÕES E AS PRÁTICAS CORPORAIS</b> .....                            | 11 |
| 3.1 <b>Saúde Pública: marco legal</b> .....  | 11 |
| 3.2 <b>Promoção da Saúde</b> .....   | 14 |
| 3.3 <b>Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)</b> ..... | 22 |
| 3.4 <b>Políticas Públicas de Atividade Física na perspectiva da PNPS</b> .....                                       | 26 |
| 3.5 <b>Programa Maringá Saudável (PMS)</b> .....   | 33 |
| 3.5.1 <b>Espaço Saúde</b> .....  | 34 |
| 3.5.2 <b>Hortas Comunitárias</b> .....   | 34 |
| 3.5.3 <b>Projeto Controle do Tabaco</b> .....  | 34 |
| 3.5.4 <b>Rede de Atenção à Violência</b> .....   | 35 |
| 3.5.5 <b>Academia da Terceira Idade (ATI), Academia da Primeira Idade (API) e Academia Especial</b> .....            | 35 |
| <b>4 MARINGÁ-PR</b> .....  | 37 |
| 4.1 <b>Aspectos socioeconômicos e panorama demográfico</b> .....   | 37 |
| 4.2 <b>Morbimortalidade</b> .....  | 39 |
| <b>5 MÉTODOS</b> .....   | 41 |
| 5.1 <b>Análise Documental</b> .....  | 41 |
| <b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 43 |
| 6.1 <b>Resultados</b> .....  | 43 |
| 6.2 <b>Análises dos resultados</b> .....   | 56 |
| <b>7 CONCLUSÃO</b> .....   | 65 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 68 |
| <b>APÊNDICES</b> .....   | 74 |

# 1 INTRODUÇÃO

A busca da saúde e o esforço para compreender o processo saúde-doença e intervir sobre ele são questões que remontam há tempos, cada período da história valoriza ora determinantes biológicos, ora os sociais, sem uma sequência linear e acumulativa dos conhecimentos para explicar esse processo (1) (2).

Na Antiguidade Clássica, nos templos de Asclepius predominava um modelo metafísico e holístico para os fenômenos da doença, adoecer era vontade dos deuses. Simultaneamente o Tratado de Hipócrates constrói um modelo pautado na observação clínica e da natureza, que funda a tradição da medicina ocidental e a base da lógica do pensamento científico (1). Na baixa Idade Média a forma de pensar desta época se prolonga até o Renascimento e implicava na ideia de saúde como ação divina e doença como punição e castigo divinos. No Renascimento, as pragas divinas passam a ser objeto de observação e reflexão sistemática, sua causalidade estava relacionada a fatores externos. Neste período surge o modelo baseado na teoria dos miasmas, que atribuía à insalubridade de ambientes físicos a origem dos fenômenos de contágio e difusão das epidemias. Ainda no Renascimento, o médico Bernardino Ramazzini, em 1713, afirma que a relação entre o estado de saúde de uma dada população e suas condições de vida são determinadas pela sua posição social (1).

A relação entre saúde e condições gerais de vida das populações foi constatada na origem da medicina moderna, especialmente ao final do século XVIII e na primeira metade do século XIX. O processo de urbanização e industrialização na Europa provocou grandes mudanças sociais: a deterioração das condições de vida e de trabalho nas cidades e um aumento da ocorrência de epidemias (3-4). Com a Revolução Industrial quase todos os aspectos da vida cotidiana da época foram influenciados de alguma forma, a exploração operária trouxe problemas como baixos salários, ambientes inadequados e carga horária de trabalho excessiva, expondo os trabalhadores da época a riscos ligados à saúde.

Peter Frank no século XVIII publicou a obra “A Miséria do Povo”, na qual trás a relação da pobreza e as más condições de vida como as principais causas das doenças. Nesse sentido Vilerme na França e Chadwick na Inglaterra documentaram a associação da mortalidade com as condições de vida dos diferentes grupos sociais (1). Esse pensamento expressa a perspectiva anticontagionista que atribuía a doença a um desequilíbrio do conjunto que interferem na vida das pessoas. As doenças passaram a serem compreendidas como a relação entre agente etiológico, alterações fisiopatológicas e um conjunto de sinais e sintomas, estabelecendo assim, uma relação de causa e efeito (4).

As ocorrências das doenças passaram então a ser associadas às condições de existência e formas de vida dos sujeitos. Nesse mesmo período o intenso movimento social dos médicos que ao relacionarem a doença com o ambiente, articulavam-nas também às relações sociais que produziam, como expressa a frase de Virchow “*A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que a medicina em grande escala*” (5) (3).

O Estado passa a ser agente da promoção social, sendo regulamentador de toda vida e saúde social, é o chamado ‘Estado de bem-estar social’. Dessa forma, as políticas de saúde passaram a incorporar tanto conhecimento científico como a responsabilidade pública do governo (1) (6). No Brasil, as políticas sociais surgem no final da República Velha por volta da década de 1920 e se destacam nos anos de 1930 no governo de Getúlio Vargas (7).

Nesse contexto, surge o movimento da medicina preventiva, entre os anos 1920 e 1950, na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá, que propôs uma mudança da prática médica por meio da reforma no ensino médico, ressaltando a responsabilidade dessa classe com a promoção da saúde e a prevenção de doenças (8).

A dicotomia entre as ações preventivas e curativas é claramente observada nas políticas de saúde adotadas pelo Brasil, modelo voltado à assistência a saúde centrado na consulta médica e em procedimentos de alto custo (9). Pereira (10) afirma que no Brasil apesar dos avanços do setor saúde precisa enfrentar o modo de

fazer saúde, valorizando as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e a reabilitação.

Para Bagrichevsky, Estevão e Palma (11) a saúde pública foi formada por meio de articulações com a medicina e esta, por sua vez, com as ciências positivas. Dessa forma, o conceito de saúde passou a ser confundido com o termo doença, e seu significado começou a ter relação com ausência desta. Canguilhem (12) afirma que *“a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”* (p. 159), ou seja, a saúde se caracteriza pela possibilidade de agir e reagir, de adoecer e se recuperar. O mesmo autor ao definir doença afirma que esta *“(...) não é uma variação da dimensão de saúde; ela é uma nova dimensão de vida. (...) A doença é ao mesmo tempo privação e reformulação”* (p. 149).

Para Minayo (13) a saúde enquanto questão humana e existencial é um problema compartilhado indistintamente por segmentos sociais, havendo, porém, diferenças no modo de agir e sentir sobre ela, dependendo basicamente da condição de vida e trabalho, situação que se diferencia de acordo com a classe social que esteja se referindo. Como ressalta Palma (14) a não identificação dos grupos desprivilegiados e a visão estreita de saúde tem sido os principais motivos de equívocos ao tratar à temática.

Essas análises reducionistas levam quase sempre o indivíduo ao que se denomina “culpabilização” da doença. O sujeito se torna o principal responsável pelo seu adoecimento. Tratar saúde como ausência de doença e que essa por sua vez, decorre de determinismos biológicos e ter a centralização do foco no indivíduo são causas deste processo. As Conferências Internacionais de Promoção da Saúde<sup>1</sup>, o Movimento da Reforma Sanitária<sup>2</sup>, a Constituição Federal de 1988 que culminou na

---

<sup>1</sup> A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986, em resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública que pudesse responder os problemas de saúde da época, no qual o entendimento não é possível através do enfoque preventivista que vincula determinada doença para determinado agente. A partir da Carta de Ottawa conceitos e práticas de Promoção da Saúde passaram a ser divulgadas em todo o mundo (BUSS, 2000).

<sup>2</sup> O movimento pela democratização da saúde que tomou corpo no Brasil durante a segunda metade da década de setenta possibilitou a formulação do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, sustentado por uma base conceitual e por uma produção teórico-crítica (15. PAIM JS. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. 1997.).

implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuíram para ampliação do conceito de Promoção da Saúde.

Melhorar a qualidade de vida, diminuir a prevalência de doenças, aumentar a expectativa de vida, combater o tabaco e álcool, entre outros, são objetos de estudo e ações no qual o objetivo principal é comum: melhorar a saúde. Os progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais bem como os avanços na saúde pública e medicina são os principais fatores que levaram a melhorias nas condições de vida e saúde de forma contínua e sustentada na maioria dos países (16).

A melhora na qualidade de vida das pessoas muitas vezes é relacionada ao seu estado de saúde, como trás (17) a frequente frase utilizada: saúde não é doença, saúde é qualidade de vida. Contudo, a modernização e as descobertas tecnológicas não têm demonstrado serem suficientes para garantir uma boa condição de saúde para população e, isso, parece estar relacionado com o próprio conceito de saúde e qualidade de vida e com as condições concretas que os indivíduos necessitam para terem acesso à saúde (18).

O ambiente e as experiências vividas são os principais fatores que contribuem tanto de forma positiva como de forma negativa para diversos aspectos da vida, inclusive no estilo de vida. De acordo com Sallis e Owen (19) o modo de produção pode trazer influências negativas sobre o estilo de vida das pessoas por meio da diminuição do tempo livre ao lazer e até mesmo a família.

O estilo de vida bem como os comportamentos de risco dos indivíduos são reflexos da organização da sociedade. Essas ações que levam ao adoecimento do sujeito precisam ser revistas em sua totalidade, deixando a visão reducionista que leva a “culpabilização” dos mesmos no processo saúde-doença. Essa perspectiva é, segundo Bagrichevsky, Estevão e Palma (11) semelhante àquela ideologia dominante/hegemônica, nesta sugere que a prevenção é uma responsabilidade pessoal.

Com o processo de industrialização, urbanização e mecanização, das últimas décadas, mudanças significativas foram observadas no padrão de morbimortalidades mundial (20). O aumento na prevalência de doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT) é uma das características que marcam o processo chamado de transição epidemiológica (21).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil constituem a principal causa de morte em adultos, podendo destacar as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas (22). Essas doenças de acordo com a Organização Mundial da Saúde (23-24) resultam também em crescente impacto econômico, afetando famílias e sistema de saúde. No ano de 2009 as DCNT foram responsáveis por 63% dos 57 milhões de óbitos no mundo sendo que 80% dessas mortes ocorreram em países em desenvolvimento (25).

As DCNT compõem um grupo de enfermidades que segundo Brasil (4) possui etiologia multifatorial, longa duração, de progressão geralmente lenta e que não se transmite de pessoa para pessoa. Os desafios que enfrenta a saúde pública no Brasil de acordo com Campos, Barros e Castro (26) em alguns segmentos como, por exemplo, a violência, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as doenças infectocontagiosas e o envelhecimento da população enfatiza a necessidade de pensarmos modos de gestão e de construção das políticas públicas diferentes. Assim, a prevenção e o manejo adequado das DCNT é um grande desafio, se tornando essencial a constituição de políticas e programas que visem reverter esse quadro.

Mudanças positivas no estilo de vida representam retorno direto sobre a saúde, em qualquer estágio da vida ou condição preexistente de saúde. Pessoas fisicamente ativas diminuem os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Nesse sentido, o sedentarismo é, nos dias de hoje, um grande problema de saúde pública o que torna a atividade física uma ferramenta eficaz para a promoção e cuidados gerais com a saúde (27).

Assim, alguns programas foram criados a fim de diminuir a prevalência da inatividade física, conscientizar sobre a importância da sua prática e contribuir positivamente no processo de saúde-doença. Em 1986 os Ministérios da Saúde, Educação e do Desporto criaram o Programa Nacional de Educação e Saúde através do Exercício Físico e do Esporte. Em Vitória-ES desde 1990 o programa “Serviço de Orientação ao Exercício” (SOE) vem orientando e oferecendo atividades físicas em espaços públicos. No ano de 1996 foi lançado o Programa Agita São Paulo, pelo Centro

de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (CELAFISCS), suas ações foram tão expressivas que o Governo Federal passou a incorporar em suas ações o Programa Agita Brasil e o Programa Nacional de Promoção da Atividade Física. Em 1998 na cidade de Curitiba-PR foi lançado o programa CuritibAtiva, coordenado pela Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL), que tem como característica o uso de mensagens curtas sobre a atividade física e os benefícios dela advindos. O Programa Academia da Cidade foi implantado em 2002 pela Secretaria de Saúde do Recife e hoje está inserido no Sistema Único de Saúde como uma política de atenção básica a saúde. A Organização Mundial da Saúde no ano de 2004 lançou a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, sendo este um instrumento de promoção geral da saúde para populações tendo como uma das suas recomendações à prática de atividade física – em níveis adequados – na maioria dos ciclos da vida (28) (29-30) (31) (32).

A relação entre epidemiologia, atividade física, saúde e qualidade de vida retrata a evidência de componentes de ordem psicossocial, comportamentais e ambientais quando da prática sistemática de atividades físicas (33). A disseminação da atividade física é uma das principais ações para Promoção da Saúde no nível individual (34).

Apesar das sólidas evidências sobre os benefícios da atividade física regular para saúde estudos têm indicado baixos níveis desse comportamento na população em geral (35) (36) (37). Os baixos níveis de atividade física regular da população motivaram organizações internacionais e nacionais a inserirem atividade física na agenda mundial de saúde pública (20).

Apesar desses esforços em colocar este tema na agenda de ações em saúde as evidências sobre o resultado dessas iniciativas ainda são escassos. O Ministério da Saúde vem financiando cidades desde 2005 para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde com foco na atividade física estima-se que até 2010 R\$171 milhões foram destinados ao financiamento dessas intervenções, cerca de R\$0,85 centavos de real por pessoa (38).

Para Amorim e colaboradores (38)

ações governamentais de tal magnitude na promoção de atividade física são, até o presente momento, inéditas no cenário internacional. Exatamente por isso, é essencial que estudos sejam conduzidos para compreender o funcionamento de tais iniciativas, possibilitando que os programas em andamento tenham um diagnóstico de suas ações, o que pode provocar redirecionamentos de estratégias de ações e, conseqüentemente, torná-las mais efetivas (p.64)<sup>3</sup>.

Assim, observa-se certo crescimento de iniciativas de larga abrangência populacional, sob formatos de campanhas e programas para promover estilos de vida mais ativos (39). Maringá, cidade localizada no noroeste do Paraná é uma das cidades que adotaram essas iniciativas a partir da implantação do Programa Maringá Saudável (PMS). O PMS é relativo a ações de promoção e prevenção em saúde, por meio de parcerias com Organizações Não Governamentais, empresas privadas e outros órgãos públicos. Em outubro de 2010 o município aderiu à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) passando a atuar em rede e na construção do conceito de cidade saudável, entre as ações destacam-se as Hortas Comunitárias, Academias da Terceira Idade, Espaço Saúde, promoção da alimentação saudável, controle do tabaco, entre outros<sup>4</sup>.

Diante da problemática exposta, dada pela importância da atividade física nas ações de Promoção de Saúde e da relevância epidemiológica do termo sedentarismo o presente estudo tem como objetivo analisar as políticas públicas de promoção da saúde lotadas na Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Maringá e a inserção das práticas corporais/atividade física nessas políticas públicas.

---

<sup>3</sup> É necessário salientar que Amorim e colaboradores (37) se referem a programas de intervenção específicos de atividade física e não a oferta de locais públicos para a prática de atividade física.

<sup>4</sup> Essas ações realizadas pelo Programa Maringá Saudável estão descritas no Capítulo 3 Revisão de Literatura no subcapítulo **3.5 Promoção da Saúde em Maringá e o Programa Maringá Saudável**.

## **2 OBJETIVOS**

### **Geral**

- Analisar as políticas públicas de promoção da saúde da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Maringá e a inserção das práticas corporais/atividade física nessas políticas públicas.

### **Específicos**

- Analisar as políticas de promoção da saúde na cidade de Maringá;
- Analisar a inserção das práticas corporais/atividade física nas ações do Programa Maringá Saudável e;
- Analisar e problematizar os indicadores obtidos a partir da análise dos resultados.

# 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEPÇÕES E AS PRÁTICAS CORPORAIS

---

---

Dissertar sobre promoção da saúde e a inserção das práticas corporais nas políticas públicas implica rever conceitos e terminologias; trazer discussões mais aprofundadas e críticas e ainda buscar contextualizar essas ações de acordo com o momento histórico. A Revisão de Literatura foi dividida em cinco subcapítulos a fim de facilitar o entendimento e a dissertação sobre as temáticas, intitulados: Saúde Pública: marco legal; Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS); Políticas Públicas de Atividade Física na perspectiva da PNPS e; Programa Maringá Saudável.

## 3.1 Saúde Pública: marco legal

A década de 1970 é considerada um momento histórico marcante, pois foi quando iniciou a reforma sanitária que depois de alguns anos culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Coutinho (9) afirma que esse movimento teve como objetivo construir novos valores e consciência na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação. Período assinalado por desemprego crescente, pela redução do valor real dos salários, pela baixa cobertura assistencial do setor público estadual e municipal e ainda por um modelo de saúde dominante pautado na assistência médica individual e curativa (40).

O marco legal do Sistema Único de Saúde foi a Constituição Federal de 1988 (41), na qual o Estado assumiu como objetivo principal a redução das desigualdades sociais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. De acordo com o Art. 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença

e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (41)

O dever do Estado consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Contudo, esse dever não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Essa Lei também reconhece os fatores determinantes e condicionantes da saúde, bem como indica que ações que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social também dizem respeito à saúde (41).

A Lei 8.080/90 define que o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o SUS (art. 4º). Essa Lei apresenta uma lista mais ampla de princípios de organização do SUS (art. 7º): a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação popular.

Os objetivos do SUS são detalhados pela Lei 8080/90: identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular política de saúde; assistir as pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (art. 5º). Também reforça as competências indicadas na C.F, apresentando uma lista mais abrangente (art. 6º), incluindo: execução de ações de saúde (de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador, de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutico); a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básicos; a ordenação da formulação de recursos humanos na área de saúde, a vigilância nutricional e a orientação alimentar; a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho, a formulação de política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para saúde; a fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e

radioativos; o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Em compasso com os princípios de uma nova ordem social, valorizando a saúde como um direito de todos e dever do Estado e considerando a Lei 8.080 de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. O SUS é uma política do Estado utilizada para melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, neste contexto, as políticas públicas voltadas à produção de saúde possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (42).

Assim, o Governo adotou estratégias que pudessem contrapor as ações de saúde, salientam-se algumas que se relacionam com Promoção da Saúde direta ou indiretamente. O Ministério da Saúde no ano de 2005 definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do SUS; O Pacto em Defesa da Vida e; o Pacto de Gestão, sendo um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas da União, Estado e Município com definição das responsabilidades de cada um. Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida está o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados no SUS tendo como objetivo fortalecimento e qualificação *“estratégica do programa Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física”*, alimentação adequada, enfim, hábitos de vida saudáveis.

Em 2005 o Ministério da Saúde – MS (43) por meio da Portaria nº 1.190, criou o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS) que era composto restritamente aos representantes dos diversos segmentos do MS, esse comitê em 2006 formalizou a implantação da política de PS no Sistema Único de Saúde por meio da Portaria nº 687/GM/MS(44) de 30 de março de 2006, aprovando, então, a Política Nacional de Promoção da Saúde, um registro formal de políticas voltadas à PS na esfera federal, estadual e municipal na qual englobam diversas áreas como alimentação saudável, atividade física, violência no trânsito, uso abusivo do álcool e outras drogas, prevenção e controle do tabagismo, entre outros. De acordo com o próprio documento PNPS(45) (2006) tornou-se cada vez mais importante cuidar da vida *“de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja*

*produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população” (p. 09).*

Considerando as Portarias criadas pelo MS salientam-se algumas relacionadas à promoção da saúde e atividade física. a) A Portaria nº. 2.608, de 28 de dezembro de 2005 destina recursos a todos os estados da federação para investimento em projetos locais de incentivo à atividade física (46) b) a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (47) c) a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle (48) d) a Portaria nº 154/GM/MS, de 24 de janeiro de 2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (49) e) a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS(50) f) portaria nº 1.402, de 15 de junho de 2011 Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde(51) g) Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (52) h) Portaria nº 23/SVS/MS, de 9 de agosto de 2012, que estabelece o repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, às cidades com mais de 01 milhão de habitantes, para implantação, implementação e fortalecimento das ações específicas de vigilância e prevenção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil (53).

Assim, neste subcapítulo buscou contextualizar o SUS desde a Reforma Sanitária Brasileira e seu processo de institucionalização pela Constituição Federal de 1988, por meio de documentos normativos e oficiais como Portarias e Leis.

### **3.2 Promoção da Saúde**

Os modelos de cuidados de saúde desenvolvidos pelos países de renda mais elevada referem-se quase que exclusivamente a intervenções profissionais

tais como triagem em massa, tratamentos médicos e cirúrgicos disponíveis e cuidados paliativos, associados à recomendação de mudanças comportamentais e nos estilos de vida adotados pelos indivíduos (54). No Brasil, seja pelas suas dimensões continentais, ou pela ampla diversidade social, econômica e cultural, a abordagem de tal complexidade epidemiológica deve estar fundamentada na promoção da saúde e na constituição de ambientes e contextos promotores de práticas saudáveis que possibilitem e garantam, a todo e qualquer cidadão, a possibilidade e as informações necessárias para a adoção de modos de vida saudáveis (55).

Campos Barros e Castro (19) afirmam que o setor sanitário diante das necessidades de saúde da população amplia seu olhar e suas ações, esse processo de ampliação força a construção de outras posturas, diretrizes e ainda propostas que se integrem desde a formação dos profissionais de saúde até a efetivação das práticas de cuidado à população (26). Assim sendo, as atividades de promoção da saúde estariam voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural, dependendo das políticas públicas e de condições que favoreçam o desenvolvimento da saúde (56).

O médico canadense Henry Sigerist, por volta da década de 1940, foi um dos primeiros a utilizar o termo Promoção da Saúde<sup>5</sup>, definindo as quatro tarefas essenciais para a medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos enfermos e a reabilitação (16).

Nesse sentido, a saúde e a doença passaram a não se referir mais ao meio ambiente, nem ao sujeito e nem a ação de um sobre o outro isoladamente, mas sim a uma complexa rede de inter-relações e interdependências. Em 1973 Laframboise formulou o modelo de *campo de saúde*, no qual a saúde é determinada por múltiplas variáveis agrupadas em quatro categorias denominadas de determinantes de saúde: **determinante biológico** que se refere a toda manifestação relativa à saúde física ou mental que ocorra em virtude do organismo individual; **ambiente** são os fatores

---

<sup>5</sup> O termo Promoção da Saúde está relacionado à vigilância à saúde e a um movimento de crítica à medicalização do setor, a promoção de saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde à ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes (57. SÍCOLI JL, NASCIMENTO PR. Health promotion: concepts, principles and practice, Interface. Comunic, Saúde, Educ. 2003;7(12):91-112.).

externos ao corpo humano e que estão além do controle pessoal; **estilo de vida** sendo este o conjunto das condições envolvidas nas decisões que a pessoa adota no que diz respeito à sua própria saúde e; **determinante serviço de saúde** se refere a disponibilidade, quantidade e qualidade de recursos reservados aos cuidados em saúde e da forma como estes são dispostos nas ações de prevenção, cura e recuperação do estado de bem-estar [grifo meu] (16); (58).

Este modelo foi a base da reformulação das políticas de saúde canadenses, em 1974 com a divulgação do Informe Lalonde também conhecido como *A New Perspective on the Health of Canadian* que enfrentou os altos custos da assistência médica, ao mesmo tempo enfatiza que o padrão assistencial tradicional parecia não ter muito efeito para se promover saúde, e ainda parecia ter como motivação central a política (16). Além disso, de acordo com Carvalho (59) este documento enfatiza que diante do envelhecimento populacional, baixa nos índices de mortalidade por doenças infecciosas e elevação na prevalência de patologias crônico-degenerativas as intervenções no campo da saúde devem visar à qualidade de vida.

Além de seguir a definição dos determinantes de saúde e conforme mostra o esquema abaixo o Informe Lalonde propõe cinco estratégias para a abordagem dos problemas neste campo, sendo esses: promoção da saúde, regulação, eficiência da atenção sanitária, investigação e estabelecimentos de objetivos.

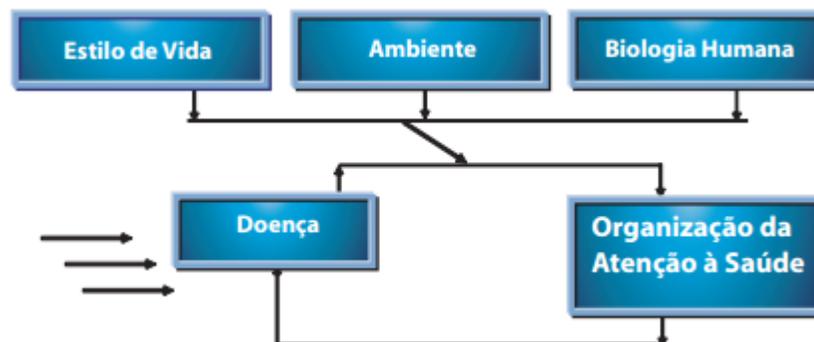


Figura 01 – Modelo de determinação do processo saúde-doença do Relatório Lalonde.  
Fonte: Carvalho, 2005 p.47 (60)

Para Carvalho (60) o Relatório Lalonde insere-se na corrente comportamentalista da Promoção da Saúde com foco no estilo de vida e priorizando estratégias como: marketing social, educação para a saúde e estímulo à autoajuda. O documento salienta que ante a diminuição da morbimortalidade por doenças infecciosas, envelhecimento da população e o aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis as ações devem ter por objetivo adicionar anos à vida e acrescentar vida aos anos (60). Diante disso, sugere-se o modelo acima representado que é “simples e aceitável onde permite uma rápida localização perante qualquer ideia, problema ou atividade relacionada à saúde: uma espécie de mapa território da saúde” (60).

Para Carvalho (60), o argumento desse mapa território da saúde consiste em saúde, definida como ausência de doença é resultado de um conjunto de determinantes, é composto por 4 grupos explicativos: ambiente (natural e social); estilo de vida (comportamento individual que afeta a saúde; biologia humana (genérica e função humana) e organização dos serviços de saúde.

Todas essas iniciativas que sustentavam o movimento de Promoção da Saúde passam a ter necessidade de novas construções teóricas – práticas que superassem as limitações de um movimento cujo foco era ação comportamental (59). Neste contexto, o documento intitulado “EPP Report” foi elaborado pelo Ministro de Saúde do Canadá, Jack Epp em 1986, que identificou a promoção da saúde como uma intervenção multifacetada designada para responder as mudanças na saúde.

O moderno conceito de Promoção da Saúde, assim como as novas práticas coerentes com suas bases político-ideológico, vem se desenvolvendo a partir da realização da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. Realizada na cidade de Ottawa, no Canadá<sup>6</sup>, que de acordo com Alves (63) pudesse responder os problemas de saúde da época, no qual o entendimento não é possível

---

<sup>6</sup> Nota-se que o Canadá teve grande importância para legitimar as ações de Promoção da Saúde em todo mundo, sendo palco de eventos importantes e de iniciativas inovadoras que mudaram a forma como se tratava a saúde pública. O relatório Lalonde (1974) abriu novos caminhos para as intervenções em saúde pública, priorizando em seu documento a importância da construção de políticas públicas voltadas à atenção primária e ao desenvolvimento comunitário (61. ANDRADE LOM, BARRETO ICH. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: proposta de articulação entre saúde e ambiente. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 151-89.). Com a política pública definida por Lalonde, foram criados espaços, dentro do país, para a construção de municípios saudáveis.

através do enfoque preventivista que vincula determinada doença para determinado agente. A partir da Carta de Ottawa conceitos e práticas de Promoção da Saúde (PS) passaram a ser divulgadas em todo o mundo.

A Carta de Ottawa de acordo com Coutinho (64) propõe cinco campos centrais de ação. 1) Construção de políticas saudáveis; 2) Criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) Reforço da ação comunitária; 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais e; 5) Reorientação dos serviços de saúde. O termo Promoção da Saúde foi definido como o processo de capacitar as pessoas a aumentarem o controle sobre sua saúde e melhorá-la (65) (66).

Os novos debates em torno do tema saúde foram de suma importância para a ampliação do termo, baseados na concepção do homem como ser integral, Desta forma, o bem-estar geral dos indivíduos é constantemente afetado por fatores não somente bioenergéticos, mas também pelo ambiente, físico, social, econômico, político e cultural (68).

Salientam-se neste momento os principais temas abordados nas Declarações Internacionais de Promoção da Saúde organizado e elaborado por Veríssimo (69) em sua dissertação de mestrado e adaptado para este estudo.

Quadro 01 - Principais temas abordados nas Declarações Internacionais de Promoção da saúde

| <b><i>Documento</i></b>               | <b><i>Temáticas envolvendo o tema Promoção da Saúde</i></b>  |
|---------------------------------------|--|
| <b>Declaração de Adelaide (1988)</b>  | Abordou o tema das políticas públicas saudáveis;   |
| <b>Declaração de Sundsvall (1991)</b> | Acrescentou a temática ambiental na agenda da saúde, ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento sustentável;                                   |
| <b>Declaração de Bogotá (1992)</b>    | A promoção da saúde na America Latina foi pautada;   |
| <b>Carta do Caribe (1993)</b>         | Reforçou na região a importância da promoção da saúde e defendiam a igualdade social e a atenção primária em saúde como fatores de bem estar social; |

|  |  |
|--|--|
| <b>Relatório de Promoção da Saúde a População do Canadá (1996)</b> | Caracterizou-se como a emergência de um novo discurso na saúde, intitulado de "saúde da população";  |
| <b>Declaração de Jacarta (1997)</b>                                | Atualizou a discussão sobre o "reforço da ação comunitária";   |
| <b>Carta de Fortaleza (1998)</b>                                   | Apresentou o tema Municípios/ Comunidade Saudáveis no Brasil;  |
| <b>Declaração do México (2000)</b>                                 | Reforçou a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional;   |
| <b>São Paulo (2002)</b>  | Teve como objetivo o estímulo e o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde e educação para a saúde na América Latina;   |
| <b>Carta de Bangkok (2005)</b>                                     | Validou todas as determinações das conferências e documentos anteriores e reforçou as mudanças no contexto da saúde global, incluindo o crescimento das doenças transmissíveis e crônicas;   |
| <b>Declaração do Milênio (2000/2007)</b>                           | Propôs 8 metas a serem alcançadas até 2015, onde reafirmam a saúde como um dos direitos fundamentais dos seres humanos, pactuam alguns princípios e se comprometem a desenvolver uma estratégia de saúde para a equidade, baseada na Atenção Primária. |

Fonte: Veríssimo, 2011 (55) p.38.

No mesmo ano da realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi realizado no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que a partir do contexto de redemocratização – após a ditadura militar – com o tema “Democracia e Saúde” um fórum de luta pela descentralização do sistema de saúde e pela implantação de políticas sociais que defendessem e cuidassem da vida, para Buss e Carvalho (65) envolveu a participação de uma gama de profissionais, gestores e cidadãos. Propôs as bases da reforma sanitária brasileira, na qual os princípios e diretrizes eram muito próximos aos conceitos centrais da promoção da saúde e foram incorporados na Constituição Federal de 1988.

Para Buss (16) nos últimos 25 anos o conceito de promoção da saúde vem sendo elaborado por diferentes conjunturas, o autor ainda agrupa as definições

deste termo em dois grandes conjuntos, o primeiro está relacionado às atividades voltadas para transformação dos comportamentos dos indivíduos, ou melhor, seus hábitos de vida passíveis de mudanças como o hábito de fumar, dieta e atividade física. No segundo conjunto a promoção da saúde está representada pelos determinantes das condições de vida, como habitação, saneamento, padrão adequado de alimentação entre outros, as atividades estariam, portanto, dirigidas ao coletivo e ao ambiente – neste último considera-se o ambiente, físico, social, político econômico - sendo colocadas em prática por meio de políticas públicas e condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde.

Essas políticas de saúde segundo Cohn (70) têm como característica constituir concomitantemente um campo de conhecimentos e práticas, que permita ao mesmo tempo avançar na produção do conhecimento e orientar as ações e a formulação das políticas em saúde. A autora ainda afirma que essas políticas de saúde consistem também em conhecimentos da área das ciências humanas, tendo assim, outra relação entre sujeito e objeto do conhecimento que não são aqueles próprios das ciências biológicas e exatas.

A promoção da saúde como diz Lefèvre (71) veio para se configurar como um novo paradigma para a saúde e deve romper com a visão ou perspectiva tradicional da doença como uma fatalidade e que a saúde é sempre conduzida para responder a essa fatalidade. Romper com essa visão significa, no dizer do mesmo autor, romper com o modo predatório em lidar com a natureza, repensar as cidades, espaços urbanos, o modo de produção urbano e rural e rever o modo de relacionamento do homem consigo mesmo e com o seu semelhante.

Para Farinatti e Ferreira (72) *“as ideias da promoção da saúde sublinham que se deve aproveitar cada ocasião para estimular iniciativas que facilitem a escolha e a preservação de um comportamento propício a saúde”* (p.141). Nesse sentido, as três esferas governamentais – União, Estado e Município - parecem ter caráter essencial no desenvolvimento de políticas públicas voltadas a promoção da saúde. Em 1992 o Ministério da Saúde (MS) implantou o primeiro programa depois transformado em política estruturada com preceitos de Promoção da Saúde denominado Programa Saúde da Família, sendo este, uma estratégia de reorientação

do modelo assistencial mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS) (65).

Para Marcondes (73) o que diferencia a promoção da saúde como instrumento do neoliberalismo para advogar uma perspectiva de contração de investimentos públicos em políticas sociais será a participação social. Nesse sentido, a Promoção da Saúde segundo Carvalho (74) tem como objetivo promover mudanças em três níveis: a) assistência à saúde b) gestão local de políticas públicas e c) proteção e desenvolvimento sociais para todos, sendo compreendida como uma agente integrada e multidisciplinar.

Sperandio e colaboradores (62) afirmam que o Relatório Lalonde ratificou a importância de incorporar nos planejamentos uma atuação mais democrática considerando a participação social relevante para o desenvolvimento de ambientes saudáveis. As políticas que promovem a participação social foram introduzidas nos sistemas de saúde ao longo do tempo e de diversas formas e filosofias. Para Morgan (75) as diversas definições de participação nestas políticas podem-se agrupar em dois tipos: *“como meio, a participação da sociedade é utilizada para alcançar objetivos definidos pelas instituições, como uma alternativa estratégica emergencial ou de intervenções prioritárias, para completar os recursos institucionais”*.

Na construção do SUS (pautada por diretrizes na C.F. de 1988 e nas leis 8.080/90) ficaram instituídas modificações nas relações das três esferas de governo determinando novas funções. Essas instruções preveem a organização do SUS baseada nos princípios de universalidade, equidade, integralidade da assistência à saúde bem como a participação da sociedade da gestão do sistema de saúde nas diferentes esferas de governo (76).

O exercício participativo teria o poder de desenvolver o sentimento de pertencimento do cidadão à sua sociedade, não apenas com intuito de fortalecer a formação de identidades políticas amplas, mas colaborando para a legitimação das instituições políticas (77). Contudo, a participação social passa a ter seu desempenho associado a fatores socioculturais históricos, que para Oliveira e colaboradores são: a falta de tradição participativa e de cultura cívica no país, a tradição autoritária do Estado brasileiro e a cultura política dominante (78) (79) (80).

Assim sendo, de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (2006) as ações de promoção da saúde tem como objeto os problemas e as necessidades de saúde concomitantemente com seus determinantes e condicionantes *“incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham”* (p.11).

### **3.3 Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**

No Brasil em conformidade com a tendência mundial, nos últimos 40 anos tem se observado uma série de mudanças no processo saúde-doença na sociedade brasileira, pelo aumento acelerado da morbidade e da mortalidade por doenças não transmissíveis, o envelhecimento da população (81). As transições demográficas (declínio da taxa de fertilidade e de mortalidade, alterando a estrutura etária da população) e epidemiológica (alteração nos padrões de adoecimento e mortalidade) aparecem como fenômenos interligados (82).

Todas as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde contribuíram para ampliação do conceito de promoção da saúde, desde a definição dada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986 em Ottawa, Canadá. Outro acontecimento importante foi a Conferência Latino-Americana de Promoção da Saúde, promovida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizada em Bogotá, Colômbia, com a intenção de discutir o significado da Promoção da Saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos para a melhoria da saúde das populações da região, com vistas à equidade (67).

No âmbito nacional o movimento de renovação da saúde pública na década de 1970 e 1980- Reforma Sanitária Brasileira – teve como consequência o estabelecimento do SUS, adotado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n. 8.080/1990 e n. 8.142/1990 (41). Desde então, esses acontecimentos de âmbito nacional e outros internacional, como Conferências Internacionais, contribuíram

para que a promoção da saúde fosse incorporada como uma nova política de saúde. Assim, podemos considerar a promoção da saúde como uma estratégia que articulada às demais estratégias e políticas contribui para construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades de saúde.

O apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) ao movimento da Promoção da Saúde por meio do Grupo Temático de Promoção da Saúde culminou no desenvolvimento de uma gama de mecanismos de apoio, articulação e comunicação entre os centros de ensino e pesquisa e a comunidade científica da área.

No ano 2000 de acordo com Brasil (31) após muitas experiências e debates realizados, foi elaborado um documento que propunha a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde. Com a extinção da SPS, a Promoção da Saúde foi alocada na Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

A CGDANT deu continuidade na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que de acordo com Brasil (4) p.60-61:

Empreendeu uma **revisão dos documentos ministeriais e de governo** a fim de fortalecer o caráter integrador e intersetorial do texto da Política, com ênfase no próprio Plano Nacional de Saúde 2004/2007 e nos materiais das áreas de meio ambiente, educação, esporte e cidades. Concomitantemente, trabalhou pela ratificação da **perspectiva transversal da Promoção da Saúde**, de maneira tal que o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.190 GAB/MS, em julho de 2005, instituindo o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ao Comitê Gestor, formado por diferentes secretarias e órgãos do MS, atribuiu-se:** consolidar proposta da Política Nacional da Saúde; coordenar a sua implantação e a articulação com demais setores governamentais e não governamentais; incentivar Estados e Municípios a elaborarem Políticas de Promoção da Saúde; articular e integrar ações de Promoção da Saúde no SUS; monitorar e avaliar as estratégias de implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde e seu impacto [grifo meu].

Assim, por meio da Portaria GM n.687/2006 que aprovou a PNPS (44), a Promoção da Saúde passou entre as prioridades e diretrizes do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão ratificando o compromisso do SUS com a Política. A aprovação da PNPS ratificou a institucionalização da Promoção da Saúde no âmbito do

SUS e ainda revelou a importância da análise de situação em saúde para a eleição de prioridades e focalização das ações sanitárias.

Em 2008 o Ministério da Saúde do Brasil passou por uma série de reformulações e as ações de Promoção da Saúde passaram a ser inseridas na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) (42).

Para coordenar e elaborar a implementação da Promoção da Saúde a partir da Secretaria de Vigilância em Saúde se fez necessário produzir conhecimento e retomar marcos da Reforma Sanitária, e ao mesmo tempo ratificar a importância da análise de situação em saúde para o planejamento das ações de Promoção da Saúde (1). De acordo com Brasil (1), no primeiro momento o compromisso dos gestores era elaboração de políticas locais de Promoção da Saúde e/ou inclusão do tema nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde e a investir em ações vinculadas às práticas corporais/atividade física, alimentação saudável e controle do tabagismo.

Com a instalação do Comitê Gestor (Portaria GAB/SVS n. 23 de 18/05/2006 (53) e a aprovação da PNPS o MS trabalhou para garantir recursos financeiros para a implementação da Política – incluindo a Promoção da Saúde como Programa Orçamentário no Plano Plurianual (PPA)<sup>7</sup> 2008-2011.

A PNPS tem como Objetivo Geral *“Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”* (42) p.17. Em relação aos objetivos específicos temos:

- I– Incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica;
- II – Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde e minimizar e/ou **extinguir as desigualdades** de toda e qualquer ordem (étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras);
- III– Promover o entendimento da **concepção ampliada de saúde**, entre os trabalhadores de saúde, tanto das atividades-meio, como os da atividades-fim;

---

<sup>7</sup> No artigo 165 da Constituição Federal está previsto que os governos da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios devem elaborar planos plurianuais, leis de diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais, deve conter Diretrizes, Objetivos e Metas.

- IV – Contribuir para o aumento da resolubilidade do Sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de promoção da saúde;
- V – Estimular alternativas inovadoras e socialmente inclusivas/contributivas no âmbito das ações de promoção da saúde;
- VI – Valorizar e otimizar o uso **dos espaços públicos de convivência** e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde;
- VII – Favorecer a preservação do meio ambiente e a promoção de ambientes mais seguros e saudáveis;
- VIII – Contribuir para **elaboração e implementação de políticas públicas** integradas que visem à melhoria da qualidade de vida no planejamento de espaços urbanos e rurais;
- IX – Ampliar os processos de integração baseados na cooperação, solidariedade e gestão democrática;
- X – Prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde;
- XI – **Estimular a adoção de modos de viver não-violentos e o desenvolvimento de uma cultura de paz** no País; e XII – Valorizar e ampliar a cooperação do setor Saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a gestão de políticas públicas e a criação e/ou o fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdade (32) p.17-18 [grifo meu].

Nesse sentido, a PNPS constitui um instrumento de fortalecimento e implantação de ações transversais, integradas e intersetoriais buscando o diálogo entre diversas áreas do setor Sanitário, outros setores do próprio Governo, setor privado e não governamental e a sociedade em geral (83).

Evidencia conforme afirma Veríssimo (69) o foco da Promoção da Saúde na Atenção Básica (AB), a importância da autonomia e a coresponsabilidade de sujeitos e coletividades, promover o entendimento ampliado de saúde e ainda valorizar e aperfeiçoar o uso dos espaços públicos de convivência. Em suas diretrizes reconhece a Promoção da Saúde como parte fundamental na busca pela equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. Busca estimular as ações intersetoriais e ainda fortalece a participação social.

Em relação às atribuições a PNPS aponta responsabilidades para gestor federal, estadual e municipal: a) promover a articulação com apoio à implantação e supervisão das ações referentes à Promoção da Saúde; b) pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação da política; c) desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para

instrumentalização de processos de gestão; d) estabelecer instrumentos e indicadores para o acompanhamento e avaliação do impacto da implantação/implementação da PNPS, além de definir ações de promoção da saúde intersetoriais e pluriinstitucionais de abrangência, para que possam impactar positivamente nos indicadores de saúde da população.

A PNPS destacou sete áreas temáticas prioritárias: alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e; promoção do desenvolvimento sustentável.

Diante disso e a partir da proposta das Cidades Saudáveis, surgida no final da década de 1970 em Toronto, Canadá, algumas cidades brasileiras tiveram a iniciativa de desenvolver programas com foco na atividade física. O incentivo às práticas corporais deve privilegiar estratégias que garantam a existência de espaços prazerosos e adequados, segurança, arborização e transporte público. Trata-se de investir no debate sobre o planejamento e mobilidade urbana e as desigualdades e iniquidades ao acesso a espaços públicos saudáveis (84).

### **3.4 Políticas Públicas de Atividade física na perspectiva da Política Nacional de Promoção da Saúde**

Para Malta e colaboradores (84) as reflexões acerca da temática Promoção da Saúde, intersectorialidade e modos de viver saudáveis marcam as estratégias utilizadas pelo Ministério da Saúde relacionadas a suas políticas de incentivo à atividade física pelo SUS.

Buss (34) destaca que o fomento da prática da atividade física é uma das ações mais importantes da Promoção da Saúde no nível individual, ressalta ainda a importância deste tema e ressalta o fato da promoção da atividade física ter sido decretada pela Organização Mundial da Saúde - OMS como tema para o Dia Mundial da Saúde em 2002.

Assim como existe uma visão ampliada sobre a terminologia saúde, a atividade física não foge desta crítica. Atividade física não pode ser utilizada somente como sinônimo de esporte, de aprendizado prático sobre o competir (85). Coutinho (64) pactua com a conceituação de atividade física distinta daquelas que tem como base fundamental na visão biomédica, centrada no comportamento do indivíduo. Defendemos, portanto, uma visão de atividade física semelhante àquela encontrada na Carta de Ottawa ao definir promoção da saúde<sup>8</sup>.

Em 2005, com objetivo de assegurar informação qualificada à população para a melhoria de sua qualidade de vida e suas práticas corporais foi realizado o evento “Brasil Saudável” que divulgou os benefícios da alimentação saudável, atividade física e prevenção ao tabagismo (84).

De acordo com informações disponibilizadas no site da Organização Mundial da Saúde (OMS) após o lançamento da Estratégia Global para Alimentação Saudável e Atividade Física e diante da epidemiologia das taxas de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), inatividade física e alimentação inadequada, o MS (2006) lançou o programa “Pratique Saúde”. Esse movimento foi lançado devido aos altos índices de mortalidade por doenças cardiovasculares, o programa foi desenvolvido em módulos com temas prioritários para a saúde da população e com informações sobre riscos e complicações de doenças crônicas. O principal desafio do programa de acordo com informações disponibilizadas no site do MS é incorporar hábitos de vida saudáveis e frequentes na vida dos cidadãos.

O ano de 2007 foi marcado pela elaboração do Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física que visava à indução das respectivas políticas públicas no nível municipal. O documento pretende ainda estimular a articulação entre os setores da Saúde, Educação, Cidades, Cultura, Desenvolvimento Agrário e outros, e do governo com ONG, entidades científicas e setor privado (84).

As ações estratégicas de prática corporal/atividade física descrita na Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) são divididas em quatro eixos: ações

---

<sup>8</sup>Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. A promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

na rede básica de saúde e na comunidade; Ações de aconselhamento/divulgação; Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros e; Ações de monitoramento e avaliação. O primeiro eixo contempla movimentos de apoio às práticas corporais nas UBS nas quais já existem atividades e inserir naquelas em que não há ações, capacitar os profissionais envolvidos, incorporar pessoas com necessidades especiais nessas atividades, incentivar articulações intersetoriais a fim de melhor o espaço público disponível para essas atividades e constituir mecanismos de sustentabilidade e continuidade das ações do “Pratique Saúde” no SUS. O segundo eixo consiste em informatizar e conscientizar os usuários do SUS sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis por meio de campanhas a fim de reduzir os fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. No terceiro eixo ações de articulações com outras esferas governamentais a fim de mobilizar recursos existentes, trocar experiências com outros municípios, resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos. No último eixo devem-se desenvolver estudos, metodologias que evidenciem a efetividade dessas estratégias de práticas corporais como forma de promover saúde principalmente para atuar no controle e na prevenção das DCNT.

Ao realizar uma breve análise no “Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022”<sup>9</sup> percebe-se que entre as atividades propostas priorizadas pelo Plano, salienta-se a promoção da atividade física, as práticas corporais, a alimentação saudável, a prevenção do excesso de peso etc., e que as mesmas devem ser realizadas de forma interdisciplinar e intersetorial.

Salientam-se alguns programas e/ou ações que promovam e estimulem a adoção de modos de viver saudáveis com ênfase na atividade física segundo Brasil (1) organizado e descrito a seguir. Esses programas foram descritos no “Plano de

---

<sup>9</sup> Com a alta e crescente incidência de DCNT no Brasil o Ministério da Saúde lançou um Plano que define e prioriza as ações e os investimentos necessários, estabelece metas e compromissos a serem assumidos pelo Brasil, preparando o país para os desafios das DCNT e seus fatores de risco, nos próximos dez anos (86. MALTA DC, MORAIS NOL, SILVA JUNIOR JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2011;20(4):425-38.)

Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022” no eixo de Promoção da Saúde.

Quadro 02 - Programas e/ou ações que promovam e estimulam a adoção de modos de viver saudáveis com ênfase na atividade física.

| <b>Temática</b>         | <b>Programas e/ou ações</b>                           | <b>Especificações</b>  |
|-------------------------|---|--|
| <b>Atividade Física</b> | Programa Academia da Saúde                            | São pontos de atenção à saúde da Atenção Básica criados com o objetivo de promover a saúde mediante ações pautadas no estímulo à atividade física, práticas corporais, lazer, alimentação saudável e demais modos de vida. |
|                         | Programa Saúde na Escola                              | Objetiva avaliar o perfil de saúde dos escolares, bem como desenvolver ações de promoção da saúde.   |
|                         | Praças do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) | Fortalecimento e criação de praças como um equipamento que integra atividades e serviços culturais, práticas esportivas e de lazer, formação e qualificação profissional, serviços socioassistenciais,                     |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <p><b>Envelhecimento ativo</b></p> | <p>políticas de prevenção à violência e de inclusão digital, para todas as faixas etárias.</p>   |
|                                    | <p>Programa Nacional de Calçadas Saudáveis Voltado para a reformulação de espaços urbanos saudáveis e a construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhadas.</p>  |
|                                    | <p>Campanhas de Comunicação de Criação de campanhas que incentivem a prática de atividade física e demais modos saudáveis de vida.</p>   |
|                                    | <p>Implantação de um modelo de atenção integral ao envelhecimento ativo, favorecendo ações de promoção da saúde e prevenção das DCNT Incentivar a prática regular de atividade física no Programa Academia da Saúde e ações de saúde suplementar Capacitar os profissionais da UBS para o acolhimento e cuidado deste grupo Implantar programas para a formação do cuidador da pessoa idosa e de</p> |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>indivíduos com condições crônicas, visando ampliar a autonomia para o autocuidado apoiado e o uso racional de medicamentos.</p> |
|--|--|

Com intuito de capacitar os gestores do SUS para atuarem com ações de Promoção da Saúde com ênfase no Programa Academia da Saúde, o Ministério da Saúde lançou um curso que está em sua 4ª edição, no material de apoio Brasil (1) trás uma figura (exposta a seguir) que classifica as práticas corporais que devem ser realizadas nas ações de Promoção da Saúde no Programa Academia da Saúde.



Figura 02 – Classificação de práticas corporais para Promoção da Saúde.  
Fonte: Brasil, 2013 (1).

Assim, as dimensões corporais possíveis sistematizadas visando promover a saúde nas comunidades estão organizadas para propiciar ampliação e diversificação de experiências motoras, culturais e sociais dos praticantes. Contudo, este modo de entender a relação entre atividade física e a saúde aponta para duas grandes inquietações. Por um lado, a visão estreita de saúde e, por outro lado, talvez em decorrência da primeira, a não identificação de grupos desprivilegiados. Essas definições de atividade física e saúde conduzem para uma análise reducionista, uma vez que as doenças decorrem de determinismos biológicos; o foco é centrado no indivíduo; a ausência de doença é o marcador de saúde. Dissertar sobre as temáticas atividade física e saúde e promoção da saúde implica em entender as relações sociais, políticas e econômicas que norteiam estas discussões (14).

Ferreira, Castiel e Cardoso (87) afirmam que tratar a atividade física, ou melhor, a falta dela como “**principal**” inimigo da saúde é desconsiderar outros determinantes de saúde, ignorando, portanto, outros fatores sociais [grifo original]. Percebe-se então, a necessidade de entender outros fatores que interferem ou até mesmo impedem a adoção de um estilo de vida saudável, sendo os fatores sócios econômicos, valores culturais construídos historicamente e organização social e política de uma determinada sociedade como os principais fatores determinantes para a adoção de um estilo de vida saudável (88). Devido (89) propõe que ao se trabalhar com o conceito de Promoção da Saúde através da atividade física, sejam considerados também os fatores determinantes levantados por Palma (88) através da problematização da relação atividade física e saúde.

Desta forma, a compreensão da saúde se relaciona as condições de vida que são geradas por meio das relações sociais, uma vez que essas permeiam o acesso a alimentação, educação, trabalho, renda, lazer, paz entre outros aspectos que são de suma importância no processo saúde-doença (73). É necessário, portanto, a desconstrução do entendimento da atividade física meramente como gasto calórico, o que para Carvalho (90) homogeneizaria o coletivo e padronizaria o corpo.

### **3.5 Promoção da Saúde em Maringá e o Programa Maringá Saudável (PMS)**

Em Maringá – PR no dia 07 de abril de 2005 foi realizada uma caminhada que contou com a participação de aproximadamente 2.000 pessoas alusiva ao Dia Mundial da Saúde na qual foi divulgada a importância da atividade física e uma alimentação saudável. Em agosto do mesmo ano foi realizado o 1º Seminário Maringá Saudável cujo intuito era envolver a comunidade local no desenvolvimento do município saudável realizar debates e desencadear processo de multiplicação, contou com a participação de 600 pessoas de diversos segmentos da sociedade. A partir deste marco foi criado um grupo que se reuniu regularmente a fim de desenvolver projetos de promoção da saúde. Foi nomeado um coordenador, e por meio de decreto municipal ficou denominado Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) (91). Em outubro de 2005 o Prefeito do Município aderiu a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) abordando o processo de construção de políticas públicas saudáveis.

A RMPS é ligada à Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua missão é colaborar na conformação das políticas públicas saudáveis de forma participativa e articulada por meio dos diferentes representantes. Tem o apoio de diversas Instituições como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/MS), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e do Instituto de Pesquisas Especiais para Sociedade (IPES). Tem como objetivos: viabilizar, ampliar e monitorar projetos e estratégias da OPAS para as Cidades Saudáveis; construir políticas públicas saudáveis; promover a participação social de todos os setores; criar iniciativas sustentáveis; incorporar a colaboração de múltiplos setores e parceiros; instrumentar a administração municipal para que possa desenvolver um projeto de governo único e integrado; subsidiar gestores, técnicos, acadêmicos, organizações e sociedade para a construção de políticas públicas que considerem a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida como eixo principal do desenvolvimento dos seus projetos (91).

No ano seguinte, 2006, foi criado o Programa Maringá Saudável (PMS) voltado à Promoção da Saúde, tendo como eixo norteador a Política Nacional de

Promoção da Saúde (2006). A seguir segue alguns programas e ações que o programa realiza (69) (91).

### **3.5.1 Espaço Saúde**

O Programa Maringá Saudável realiza desde 2006 os Espaços Saúde, é uma ação executada em parceria com diversas Instituições de Ensino Superior, diversas Secretarias Municipais, Organizações Não Governamentais entre outros, tem objetivo de sensibilizar a comunidade com relação à importância de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de um *check-up* gratuito, seguido de informações sobre a saúde, alimentação, atividade física, ou seja, hábitos saudáveis (69) (91).

### **3.5.2 Hortas Comunitárias**

O Programa Maringá Saudável a partir de reuniões com a comunidade local e a Coordenação da RMPS, foi realizado mapeamento das necessidades locais da população, tendo como resultado final a sugestão da criação de hortas comunitárias, instaladas em terrenos que não permitem edificação. Cada família fica responsável por um canteiro, a produção é utilizada para consumo próprio (alimentação saudável) e o excedente é vendido para comunidade (renda extra). Hoje Maringá possui 27 hortas e cerca de 600 famílias são beneficiadas. São realizadas capacitações constantes para os produtores, para ensiná-los a como cultivar a horta, controlar pragas etc. (69) (91).

### **3.5.3 Projeto Controle do Tabaco**

Maringá é uma cidade pioneira em se tratando de ações voltadas ao controle do tabaco, com legislação específica que proíbe fumar em local fechado. Além disso, foram desenvolvidos cursos de formação para professores da rede estadual e municipal, servidores da prefeitura, usuários das UBS e a população em geral sobre os malefícios e a legislação referente ao tabagismo. Todo ano é realizado o “Seminário de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Tabaco em Maringá” (69) (91).

### **3.5.4 Rede de Atenção à Violência**

Em relação ao eixo da PNPS que aborda o tema prevenção da violência e estímulo a cultura da paz, em Maringá foi criada uma rede que aborda esta temática. Formada por 13 grupos locais nas UBS e um grupo intersetorial que se reúne mensalmente na Secretaria de Saúde, esta reunião conta com a participação de diversos segmentos sendo estes: Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Mulher, Segurança e Assistência Social; Núcleo de Educação; Ministério Público; conselhos de direitos; polícias militar e civil entre outros. São realizadas diversas capacitações e sensibilizações (69) (91).

### **3.5.5 Academia da Terceira Idade – ATI, Academia da Primeira Idade – API e Academia Especial**

As implantações das ATIs no município de Maringá ocorreram por iniciativa do Prefeito Municipal que vislumbrou a ideia de Promoção da Saúde através dos conceitos da RMPS (69).

Em 2006 foi instalada a primeira Academia da Terceira Idade (ATI), no ano de 2013 de acordo com informações disponibilizadas no site da Prefeitura Maringá conta com 54 academias espalhadas pela cidade. Esse instrumento de acordo com Nardi (65) é estrategicamente instalado próximo às Unidades Básicas de Saúde (UBS) para facilitar o envolvimento dos profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF). Tem como objetivo incorporar ações que promovam a qualidade de vida na rotina das pessoas, reduzir a morbimortalidade e das complicações das doenças crônicas não transmissíveis (69) (91).

São implantadas pela Prefeitura de Maringá por meio das Secretarias de Saúde, Esportes e Serviços Públicos e parceria com algumas empresas privadas. Atualmente este programa está vinculado à Secretaria de Esportes e Lazer com uma gerência específica, estagiários são contratados para orientar a população na realização dos exercícios (65). São realizadas diversas ações pela coordenadoria de

eventos das ATÍ's em parceria com outras Secretarias Municipais, visando a Promoção da Saúde dos maringaenses.

Dois anos mais tarde, em 2008, a Prefeitura de Maringá desenvolveu o projeto Academia da Primeira Idade (API), composta por diferentes brinquedos que se assemelham a um *playground*. O objetivo é despertar prazer pela atividade física desde a infância. Neste mesmo ano pessoas com deficiência também foram contempladas com uma Academia Especial, composta por equipamentos adaptados voltados principalmente para cadeirantes (69) (91).

## **4 MARINGÁ- PR**

---

---

Serão apresentados neste capítulo dados gerais da cidade de Maringá como aspectos socioeconômicos, panorama demográfico e principais causas de morbimortalidade.

### **4.1 Aspectos socioeconômicos e panorama demográfico**

Maringá é um município brasileiro do estado do Paraná, de porte médio-grande, planejada e de urbanização recente, sendo a terceira maior do estado e a sétima mais populosa da região sul do Brasil. Destaca-se por ser um importante entroncamento rodoviário regional.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de Maringá em 2012 foi de 367.410 habitantes, com densidade populacional de 753 habitantes/km<sup>2</sup>, sendo que a concentração maior é na região norte do município.

A taxa de urbanização é de 98,2%, no Paraná esta taxa é de 85,33% e no Brasil de 84,36% (92). A economia predominante na região é o comércio varejista e a prestação de serviços, principalmente no setor saúde, educação, alimentos e vestuário, acrescida do aquecimento no setor imobiliário, com a abertura de novos loteamentos e do processo de verticalização com o aumento na oferta de vagas na construção civil. Além disso, por situar-se numa localização de entroncamento viário, vem crescendo nos últimos anos a instalação de indústrias e grandes empresas no município.

Em função disso, atrai populações de várias regiões brasileiras à procura de novas oportunidades de trabalho, além dos trabalhadores que residem em municípios conurbados com Maringá, mas trabalham em nosso território. Tal cenário demanda do setor saúde uma política de atenção à saúde do trabalhador.

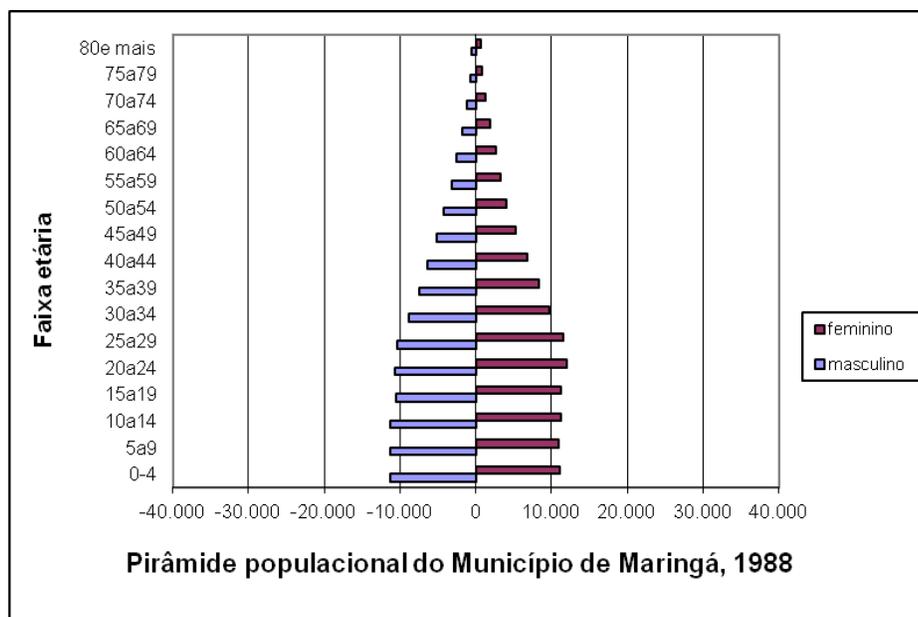
Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Maringá ocupa a 23<sup>a</sup> posição entre os municípios brasileiros com índice 0,808, considerado pelo

PNUD como “muito alto desenvolvimento humano” (93). A área territorial do município corresponde a 487,930 Km<sup>2</sup>, com conservação de 03 bosques de matas nativas.

Quanto ao saneamento básico, 99% dos domicílios de Maringá estão ligados à rede de água tratada e coleta de lixo, enquanto que a rede de esgoto tem cobertura de 85,73% de coleta, o qual é 100% tratado. A média nacional é de 35% (71).

Como se pode observar na Figura 04, as pirâmides populacionais de Maringá de 1988 e de 2012 mostram um grande aumento nas populações da faixa etária adulta e idosa.

Dados do IBGE apontam também, que o crescimento médio geométrico anual do município, no período entre 2000 e 2010 foi de 2,15%, um dos maiores do estado do Paraná. No entanto, a taxa de fecundidade, número médio de filhos que teria uma mulher ao final do seu período fértil, caiu de 6,16 em 1940 para 1,86 em 2010, abaixo do nível de reposição, que é de 2,10 filhos por mulher, o que tem contribuído com o envelhecimento da população. Estudos demonstram que a redução se deu pelo aumento do nível de instrução. Nas mulheres sem instrução e com ensino fundamental incompleto, a taxa de fecundidade chega a 3,00 filhos por mulher, enquanto que, entre as mulheres com ensino superior completo, a taxa é de 1,14 filho (94).



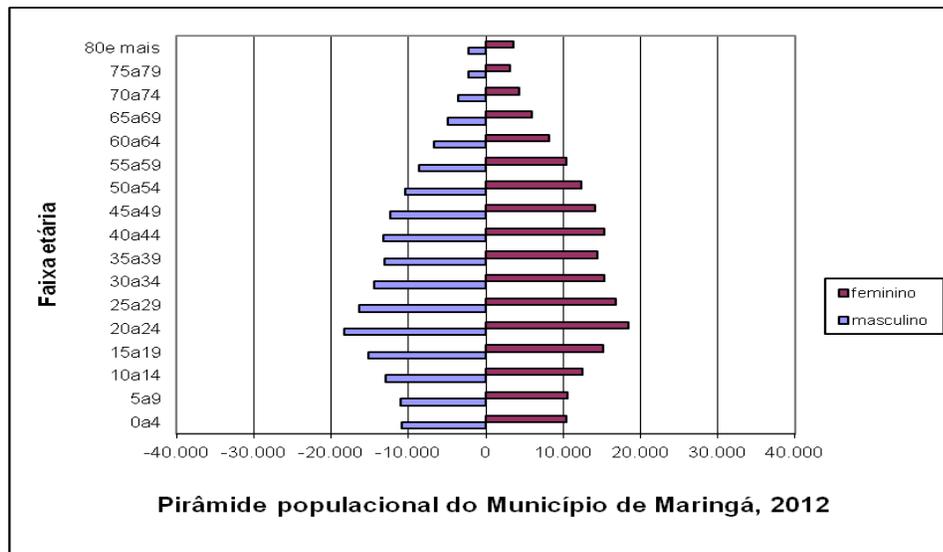


Figura 03- Pirâmides populacionais de Maringá, de 1988 e 2012.  
Fonte: IBGE (2012) (72).

O aumento da expectativa de vida no município de 66,51 anos em 1991 para 72,22 anos em 2000. A baixa taxa de fecundidade tem acarretado mudança na estrutura etária populacional, que se apresenta bem mais envelhecida, em função do aumento proporcional de idosos e diminuição de crianças.

Em Maringá, o percentual de jovens de zero a 14 anos, que era de 38,2% em 1980, passou para 24,1% em 2012, enquanto que o percentual de pessoas idosas maiores de 65 anos, que era de 4,0% em 1980, passou para 7,4% em 2012. O processo de envelhecimento da população significa o aumento das condições crônicas, que tem se tornado um grande desafio para os gestores.

#### 4.2 Morbimortalidade

Como mostra a Figura 05 referente à taxa de mortalidade geral de 2005 a 2012, nota-se aumento nas mortes por Neoplasias e Perinatais e pequena redução nas mortes pelos Aparelhos Circulatório e Respiratório. As mortes advindas do aparelho circulatório apresentaram uma diminuição em sua prevalência.

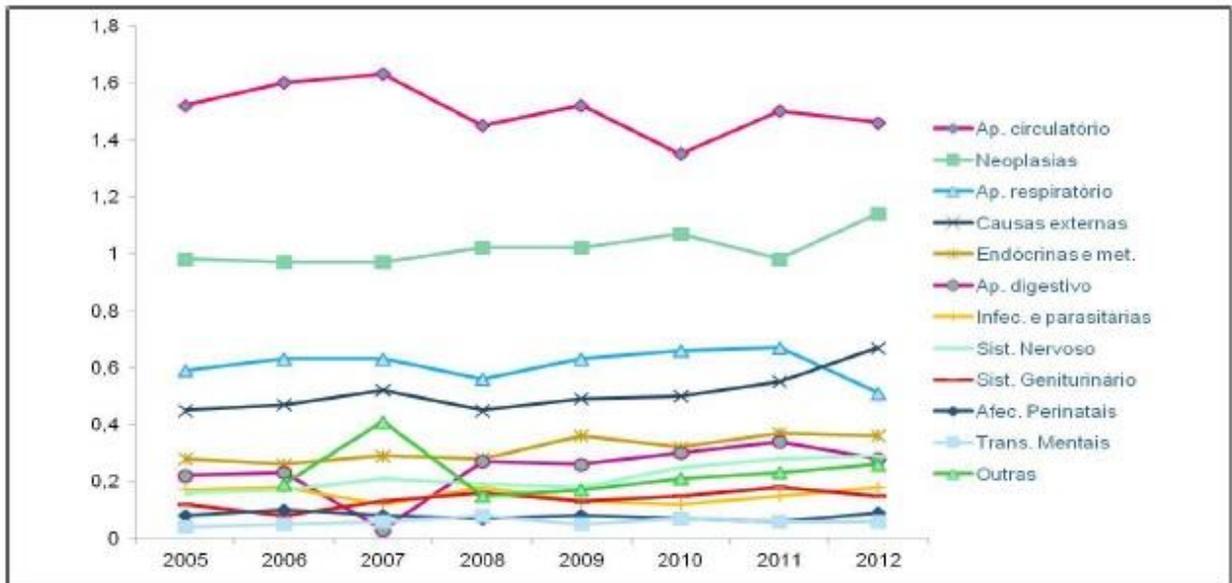


Figura 04 – Taxa de mortalidade geral por causas em Maringá de 2005 a 2012.  
 Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade

# **5 MÉTODOS**

Ao tratar um objeto de pesquisa os investigadores dispõem de diversos instrumentos metodológicos que variam de acordo com os objetivos do estudo, para Goldenberg (95) p.14 *“o que determina como trabalhar é o problema que se quer trabalhar: só escolhe o caminho quando se sabe aonde quer chegar”*.

O presente estudo se caracteriza como pesquisa qualitativa de cunho exploratório e descritivo, pois de acordo com Treviños (96) permite que o pesquisador aumente sua experiência com o objeto de estudo e pretende descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, neste caso as políticas públicas de Promoção da Saúde na cidade de Maringá – PR.

## **5.1 Análise documental**

Foi enviado um projeto ao Centro de Formação e Capacitação dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) a fim de solicitar a realização do presente estudo, após avaliação do projeto e liberação do setor a coleta de dados foi realizada.

O estudo foi realizado por meio de análise documental realizada em relatórios anuais existentes nos registros gerenciais referentes às ações de promoção da saúde na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), lotada na Gerência de Promoção e Prevenção em Saúde. Os documentos utilizados para análise foram levantados no período de 2006 a 2012, ou seja, desde implantação do Programa Maringá Saudável. Foram descritos nos resultados todas as ações relatadas nos relatórios anuais de trabalho do setor em questão.

Para Sá-Silva, Almeida e Guindani (97) o uso de documentos em pesquisa deve ser valorizado e apreciado, pois estes trazem riqueza de informações. Cellard (98) afirma que a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução dos indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamento, mentalidades, práticas, etc. A pesquisa documental é um procedimento

que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos (73). Esta análise consiste em estudar e analisar um ou vários documentos a fim de descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionadas (99).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

---

---

A promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde (26) p. 746.

Os resultados aqui apresentados e discutidos são produtos da análise dos conteúdos conforme descrição apresentada nos métodos. Para apresentação dos resultados deste estudo optou-se pelo formado de tabelas estabelecidas de acordo com a própria organização do setor estudado, ou seja, por ano de realização das atividades e estão expostas com mais detalhes no subcapítulo **6.1 Tabelas**. Todas as ações realizadas pelo Programa Maringá Saudável (PMS) e relatadas nos relatórios anuais de trabalho do setor estão descritas nas tabelas deste estudo.

### 6.1 Resultados

Neste subcapítulo estão descritas todas as ações que o Programa Maringá Saudável realizou desde sua implantação no ano de 2006, as tabelas estão organizadas por ano, da mesma forma como o setor organiza seus relatórios anuais.

De acordo com a Tabela 01 (ações do ano de 2006), nota-se certa diversidade nas ações, com ênfase no trabalho intersetorial, elaboração de trabalhos, pesquisas e artigos, podendo ainda salientar a participação social. Destacam-se ainda os Espaços Saúde devido ao grande volume de pessoas que participaram e a presença de coordenador da Rede de Municípios Potencialmente Saudável (RMPS). Em relação à atividade física, neste ano foi realizado um passeio ciclístico pela cidade e um campeonato esportivo.

Quadro 03 – Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2006.

|             | <b>Atividade e/ou Temática</b>              | <b>Dia e/ou Períodicidade</b>                    | <b>Local</b>  | <b>Outras informações</b>   |
|-------------|---|--|---|---|
| <b>2006</b> | Reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial | Quartas-feiras de 20 de janeiro a 13 de dezembro | Auditório da Secretaria de Saúde  | Reuniões para planejar, desenvolver e avaliar ações e projetos do programa Maringá Saudável. Foram realizadas 39 reuniões.  |
|             | Espaço Saúde                                | 06 encontros                                     | Vila Olímpica, Unidade Básica de Saúde Quebec, Unidade Básica de Saúde Iguaçu e Unidade Básica de Saúde Zona Sul e Zona Rural | Atividades de promoção e prevenção em saúde: detecção de diabetes, aferição de pressão arterial, vacinação, verificação de medidas antropométricas, Índice de Massa Corporal, risco quadril cintura, orientação nutricional, degustação de alimentos saudáveis, avaliação física com teste de esforço e flexibilidade, entre outros. Parceria com diversas instituições. Participação de 7 mil pessoas. |
|             | Reuniões semanais com a comunidade          | Duração de 3 meses                               | Não informado   | Reuniões com comunidade pertencente à Unidade Básica de Saúde Parigot de Souza para planejamento, realização e avaliação de ações propostas pela comunidade com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos moradores locais.  |
|             | Grupos de Adolescentes                      | Não informado                                    | Escola Municipal José Marchesini  | Realização de 6 palestras para adolescentes sobre “Drogas e Sexualidade”. Área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Parigot de Souza.  |
|             | Hortas Comunitárias                         | Não informado                                    | Bairro Parigot de Souza e Centro do Idoso Jardim  | Viabilização de projeto de Horta Comunitária junto à comunidade do bairro Parigot de Souza, com participação do Setor Jurídico do município, Associação do Bairro e   |

|   |               |  |                      |  |
|---|---------------|--|----------------------|--|
|   |               |  | Palmeiras            | Vigilância Sanitária. Foram realizadas reuniões entre os participantes da horta, com envolvimento direto de servidores da UBS Quebec, da SASC, SEMAA SEMUSP. Realizou também capacitações para os hortelões, ministradas pela EMATER e SEMAA.  |
| Campeonato Esportivo  | Não informado |  | Escola Midufo Vada   | Viabilização de campeonato esportivo, com objetivo de aproximar os jovens da Unidade Básica de Saúde e possibilitar discussão sobre temas como uso de drogas e sexualidade. Parceria com Secretaria de Esportes e Lazer.   |
| Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis                           | Não informado |  | Secretaria da Saúde  | Reunião com a coordenadora da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Foram realizadas 3 reuniões neste ano.  |
| Homeopatia para rede pública  | Não informado |  | Policlínica Zona Sul | Reuniões com pediatras, enfermeiros e médicos do PSF antes do início do serviço para discussão da forma de encaminhamento e acompanhamento dos pacientes.  |
| Controle do Tabaco  | Não informado |  | Não informado        | Participação no planejamento e organização de ações sobre tabagismo em conjunto com a coordenação de saúde mental, vigilância sanitária e assessoria de imprensa.  |
| Elaboração e apresentação de trabalho, pesquisas, projetos e artigos. | Não informado |  | Não informado        | Elaboração e apresentação de trabalhos escritos sobre o PMS nos eventos: I Mostra de Experiências Inovadoras na Gestão do SUS em Brasília, Congresso da Rede UNIDA em Curitiba, Congresso Multidisciplinar em Saúde do CESUMAR. Artigo sobre as Academias da Terceira Idade. Elaboração de projetos para |

|                                  |                |   |   |
|----------------------------------|----------------|---|---|
| Atividades desenvolvidas nas ATI | Não informado  | Não informado   | concorrer a prêmios.<br>Elaboração e acompanhamento de atividades desenvolvidas pelas UBS's junto às ATI's formatando ações eficazes para conseguir resultados positivos junto aos portadores de DANT's, idosos e outros frequentadores do espaço.  |
| Projetos de Lei                  | Não informado  | Não informado   | Elaboração de Projeto de Lei que prevê apresentação do resultado de exame preventivo de câncer de colo de útero e mama da mãe para apresentação no ato de matrícula do filho (a).<br>Elaboração de Projeto de Lei prevendo a criação do Programa Maringá Saudável de acordo com diretrizes da OPAS/OMS. |
| Passeio ciclístico               | 26 de novembro | Não informado   | Bike tour passando pela área urbana e rural totalizando 17 km.  |
| Alimentação Saudável             | Não informado  | UBS: Parigot de Souza, Quebec, Requião, Maringá Velho | Cursos de culinária saudável, oferecendo aulas teóricas e práticas sobre como utilizar alimentos, parceria com IBSP e Pastoral da Criança.  |
| Obesidade Infantil               | Não informado  | Não informado   | Semana de Prevenção da Obesidade Infantil, com capacitação para ACS sobre o tema, as UBS desenvolveram atividades em parceria com escolas da rede municipal.  |

Na Tabela 02 referente às ações no ano de 2007, o trabalho intersetorial continua presente, o número de Espaços Saúde aumentou de forma considerável a presença de um Coordenador da RMPS se manteve neste ano bem como a elaboração e apresentações de trabalhos. Neste ano, destaca-se a iniciativa de ministrar palestras sobre Promoção da Saúde nas pré-conferências municipais, nas

quais, propostas são elaboradas para serem posteriormente aprovadas na Conferência Municipal de Saúde, uma forma de conscientizar e capacitar funcionários e usuários sobre a importância da Promoção da Saúde no âmbito do SUS.

Quadro 4 – Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2007.

|             | <b>Atividade e/ou Temática</b>              | <b>Dia e/ou Periodicidade</b> | <b>Local</b>  | <b>Outras informações</b>   |
|-------------|---|-------------------------------|---|---|
| <b>2007</b> | Reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial | Uma vez por mês               | Não informado   | Reuniões para planejar, desenvolver e avaliar ações e projetos do programa Maringá Saudável.  |
|             | Espaço Saúde                                | 17 encontros                  | Unidades Básicas de Saúde: Pinheiros, Cidade Alta, Ney Braga, Alvorada I, São Silvestre, Mandacaru, Morangueira, Requião, Rural, Industrial, Internorte, Vila Operária, Grevíleas, Alvorada III, Maringá Velho, Tuiuti e Distrito de Floriano | Atividades de promoção e prevenção em saúde: detecção de diabetes, aferição de pressão arterial, vacinação, verificação de medidas antropométricas, Índice de Massa Corporal, risco quadril cintura, orientação nutricional, degustação de alimentos saudáveis, avaliação física com teste de esforço e flexibilidade, entre outros. Parceria com diversas instituições. Atendido cerca de 7 mil pessoas. |
|             | Hortas Comunitárias                         | Não informado                 | Próximas a UBS Parigot de Souza e Quebec  | Foram realizadas reuniões entre os participantes da horta, com envolvimento direto de servidores da UBS Quebec e Parigot de Souza.  |
|             | Grupos de adolescentes                      | Não informado                 | Secretaria de Saúde   | Reuniões mensais com profissionais das UBS para implantação de grupos de adolescentes. Com ações  |

|  |   |                           |                        |  |
|--|---|---------------------------|------------------------|--|
|  | Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis                           | 13 de novembro            | Secretaria da Saúde    | preventivas para o uso de álcool, drogas, gravidez precoce não planejada etc. Reunião com a coordenadora da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.   |
|  | Controle do Tabaco  | Não informado             | UNICAMP                | Participação em evento organizado pela RMPS na UNICAMP. Capacitação, campanha publicitária em parceria com a Coordenação de Saúde Mental, Vigilância Sanitária e Assessoria de Imprensa.   |
|  | Elaboração e apresentação de trabalho, pesquisas, projetos e artigos. | Não informado             | Não informado          | Elaboração e desenvolvimento de pesquisa sobre o consumo alimentar e atividade física, foram entrevistados 1298 pessoas (resultados não divulgados). Elaboração e apresentação de trabalho sobre o PMS apresentado no VI Seminário Científico do Centro de Ciências da Saúde, UEM. Elaboração de artigo para revista Divulgação em Saúde sobre o PMS sobre as ATI. |
|  | Campanhas de preventivos  | Não informado             | Empresa Frangos Canção | Intensificação de coleta de exames preventivos de câncer de colo de útero e mama.  |
|  | Promoção da Saúde   | Meses maio, junho e julho | Não informado          | Realizações de palestras sobre promoção da saúde nas pré-conferências de saúde.  |
|  | Alimentação Saudável  | Não informado             | Não informado          | Cursos de culinária e nutrição saudável para grupos HIPERDIA   |
|  | Obesidade Infantil  | Não informado             | Anfiteatro da PUC      | Capacitação para profissionais das UBS sobre o tema. As ESF de cada UBS desenvolveram atividades diversas junto a alunos de 1ª a 4ª série das escolas municipais.  |

No ano de 2008, conforme mostra a Tabela 03, a Gerência de Promoção e Prevenção em Saúde, por meio do Programa Maringá Saudável (PMS) manteve o trabalho intersetorial para discussão de ações desenvolvidas, os Espaços Saúde continuaram sendo realizados, contou com a participação de coordenador da RMPS, e o tema atividade física foi abordado por meio de palestras sobre os benefícios da mesma.

Quadro 5 – Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2008.

|             | <b>Atividade e/ou Temática</b>              | <b>Dia e/ou Periodicidade</b>  | <b>Local</b>  | <b>Outras informações</b>  |
|-------------|---|--------------------------------|---|--|
| <b>2008</b> | Reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial | Uma vez por mês                | Não informado   | Reuniões para planejar, desenvolver e avaliar ações e projetos do programa Maringá Saudável.   |
|             | Espaço Saúde                                | 06encontros                    | Unidades Básicas de Saúde: Vila Operária, Parigot de Souza, Zona Rural, Vila Esperança, Iguatemi e Alvorada I | Atividades de promoção e prevenção em saúde: detecção de diabetes, aferição de pressão arterial, vacinação, verificação de medidas antropométricas, Índice de Massa Corporal, risco quadril cintura, orientação nutricional, degustação de alimentos saudáveis, avaliação física com teste de esforço e flexibilidade, entre outros. Parceria com diversas instituições. Atendido cerca de 2500 pessoas. |
|             | Hortas Comunitárias Grupos de adolescentes  | Não informado<br>Não informado | Não informado<br>Secretaria de Saúde  | Possibilitadas pela SEMAA.<br>Reuniões mensais com profissionais das UBS para implantação de grupos de adolescentes. Com ações preventivas para o uso de álcool, drogas, gravidez  |

|  |   |                |                     |   |
|--|---|----------------|---------------------|---|
|  | Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis         | 13 de novembro | Secretaria da Saúde | precoce não planejada etc. 14 UBS formaram grupos com adolescentes.<br>Reunião com a coordenadora da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.                               |
|  | Controle do Tabaco                                  | Não informado  | UNICAMP             | Participação em evento organizado pela RMPS na UNICAMP.   |
|  | Promoção da Saúde                                   | Não informado  | Não informado       | Elaboração e redação de Projeto sobre promoção da saúde   |
|  | Pesquisa sobre consumo alimentar e atividade física | Não informado  | Não informado       | Elaboração e desenvolvimento de pesquisa sobre o consumo alimentar e atividade física, foram entrevistados 3000 pessoas (resultados não divulgados).                            |
|  | Atividade Física                                    | Não informado  | Não informado       | Organização de capacitação sobre os benefícios da atividade física para saúde para os profissionais das UBS. Ministrada por um médico e professor da Universidade de São Paulo. |
|  | Alimentação Saudável                                | Não informado  | Não informado       | Cursos de culinária e nutrição saudável para grupos HIPERDIA  |

Em 2009 como mostra a Tabela a seguir, a contribuição e a importância do trabalho intersectorial continuou presente nas ações do Programa, bem como a participação de um Coordenador da RMPS e a elaboração de textos e artigos. O Dia Mundial da Saúde e da Atividade Física foi incluído nas ações do PMS com ações específicas.

Quadro 6 – Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2009.

|             | <b>Atividade e/ou Temática</b>                          | <b>Dia e/ou Periodicidade</b> | <b>Local</b>   | <b>Outras informações</b>  |
|-------------|---|-------------------------------|--|--|
| <b>2009</b> | Reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial             | Não informado                 | Não informado  | Reuniões para planejar, desenvolver e avaliar ações e projetos do programa Maringá Saudável.   |
|             | Espaço Saúde  | 07 encontros                  | Unidades Básicas de Saúde: Parigot de Souza, Grevileas, Zona Rural, Iguaçu, Iguatemi, Mandacaru e Industrial | Atividades de promoção e prevenção em saúde: detecção de diabetes, aferição de pressão arterial, vacinação, verificação de medidas antropométricas, Índice de Massa Corporal, risco quadril cintura, orientação nutricional, degustação de alimentos saudáveis, avaliação física com teste de esforço e flexibilidade, entre outros. Parceria com diversas instituições. Atendido cerca de 2200 mil pessoas. |
|             | Dia Mundial da Saúde e Dia Mundial da Atividade Física. | 05, 06 e 07 de abril          | Não informado  | Realizações de eventos na Vila Olímpica e concurso de frases para alunos de escolas municipais em parceria com Secretaria de Educação e Esportes.  |
|             | Controle do Tabaco                                      | 02 e 03 de maio               | Anfiteatro Nupélia/UEM e Teatro Callil Haddad  | Realização de Seminário de I Promoção da Saúde e Controle do Tabagismo. Participação de 700 pessoas.   |
|             | Grupos de adolescentes                                  | Não informado                 | Secretaria de Saúde  | Reuniões mensais com profissionais das UBS para implantação de grupos de adolescentes. Com ações preventivas para o uso de álcool, drogas, gravidez precoce não planejada etc. 14 UBS formaram grupos com adolescentes.  |
|             | Rede de   | 12 a 14 de                    | UNICAMP  | Assinatura do Termo de   |

|  |                                  |                      |  |
|--|----------------------------------|----------------------|--|
| Municípios Potencialmente Saudáveis<br>Elaboração e apresentação de trabalho, pesquisas, projetos e artigos. | outubro<br><br>Não informado     | Não informado        | Adesão do Município à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.<br>Elaboração e redação de artigo para Revista Divulgação em Saúde para Debate, publicada em maio.<br>Elaboração e redação de Projeto sobre Promoção da Saúde contendo ações de incentivo a prática de atividade física, controle tabagismo, alimentação saudável entre outros. |
| Atividades desenvolvidas nas ATI   | Não informado                    | Não informado        | Elaboração e acompanhamento de atividades desenvolvidas pelas UBS's junto às ATI's   |
| Obesidade Infantil   | 5 a 8 de outubro                 | Não informado        | Orientações e oficina de culinária para alunos da rede municipal.  |
| Hortas Comunitárias  | 5 de dezembro                    | Chácara Coli         | Realização do I Encontro de Produtores das Hortas Comunitárias. O evento contou com palestras e oficinas temáticas, desenvolvidas em parceria com a UEM.   |
| Alimentação Saudável   | julho                            | Sesi e UBS           | Cursos de culinária e nutrição saudável. Participação de 200 pessoas.<br>Realizações de palestras sobre nutrição para os grupos de HIPERDIA, idosos, adolescentes, portadores de IV e gestantes.   |
| Vida Saudável e hábitos alimentares  | 30 encontros                     | Nas UBS              | Evento para famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.   |
| Obesidade Infantil   | 3 encontros semanais por 4 meses | Centro Social Urbano | Implantação de Grupo de Tratamento Multiprofissional de obesidade na Adolescência. Parceria com UEM.   |

A Tabela 05 mostra as ações do PMS no ano de 2010. A reunião do grupo de trabalho Intersetorial continuou presente, apesar da não informação sobre a frequência ou periodicidade do mesmo. A realização dos Espaços Saúde se manteve neste ano. Destaca-se o acolhimento e capacitação para os profissionais dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Quadro 7 – Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2010.

|             | <b>Atividade e/ou Temática</b>              | <b>Dia e/ou Periodicidade</b> | <b>Local</b>  | <b>Outras informações</b>  |
|-------------|---|-------------------------------|---|--|
| <b>2010</b> | Reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial | Não informado                 | Secretaria de Saúde   | Reuniões sobre a implantação dos Núcleos de Apoio de Saúde da Família  |
|             | Espaço Saúde                                | 06 encontros                  | Unidades Básicas de Saúde: Vila Esperança, Pinheiros, Zona Sul, Tuiuti, Iguatemi, e Ney Braga | Atividades de promoção e prevenção em saúde: detecção de diabetes, aferição de pressão arterial, vacinação, verificação de medidas antropométricas, Índice de Massa Corporal, risco quadril cintura, orientação nutricional, degustação de alimentos saudáveis, avaliação física com teste de esforço e flexibilidade, entre outros. Parceria com diversas instituições. Atendido cerca de 2200 mil pessoas. |
|             | Gravidez na Adolescência                    | 04, 05 e 06 de maio           | Auditório da Prefeitura (Hélio Moreira)   | Semana de Prevenção de gravidez na adolescência e Mostra e Trabalhos das ESF com adolescentes. Capacitações com profissionais de Saúde Oficina de bonecas para ACS.  |
|             | NASF<br>Controle do Tabaco                  | Junho e julho agosto          | Secretaria de Saúde<br>Nas UBS  | Acolhimento e capacitação dos profissionais do NASF. Campanha de prevenção e controle do tabaco, distribuição de cartilhas   |

|  |                     |               |                                |   |
|--|---------------------|---------------|--------------------------------|---|
|  | Terceira Idade      | Setembro      | Nas UBS                        | educativas a crianças em escolas de suas áreas de abrangência. Participação de 4 mil crianças.<br>Organização do II Seminário de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Tabaco de Maringá, participação de 800 pessoas.<br>Comemoração do mês do idoso, atividade de promoção da saúde e prevenção de doenças, foi realizada caminhadas, atividades esportivas diversas, baile, palestras entre outros. |
|  | Obesidade Infantil  | Outubro       | Escolas e centros educacionais | Atividades educativas realizadas pela ESF/NASF sobre o tema como gincanas, teatros, visita a museu, palestras entre outras.   |
|  | Hortas Comunitárias | Não informado | Chácara Coli                   | Realização do II Encontro de Produtores das Hortas Comunitárias. O evento contou com palestras e oficinas temáticas, desenvolvidas em parceria com a UEM.   |

No ano de 2012 de acordo com a Tabela 06, o setor manteve a realização dos Espaços Saúde e do dia Mundial da Atividade Física. Salienta-se o início das ações da Rede de Atenção a Violência<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Não consta nos registros do setor as ações e/ou programas de Promoção da Saúde do ano de 2011.

Quadro 8 – Ações e/ou programas de Promoção da Saúde realizados em Maringá/PR no ano de 2012.

|             | <b>Atividade e/ou Temática</b> | <b>Dia e/ou Periodicidade</b> | <b>Local</b>   | <b>Outras informações</b>   |
|-------------|--------------------------------|-------------------------------|--|---|
| <b>2012</b> | Rede de Atenção à Violência    | 09 encontros e capacitações   | Secretaria de Saúde, auditório Helio Moreira e Centro Universitário de Maringá                   | <p>Reunião com coordenadores e outros membros dos grupos locais de prevenção e atenção à violência. Discussão de casos, apoio, divulgação de informes e definição de diretrizes.</p> <p>Capacitação sobre Violência para Conselheiros. Ocorrida no Auditório Hélio Moreira, com público de 270 pessoas divididos em 2 turmas. Participação dos Conselhos de Saúde, Idoso, Mulher, Pessoa com deficiência, Educação, Juventude, Segurança, Anti Drogas, Assistência Social, Direitos da Criança e Adolescente e Conselhos Tutelares.</p> <p>Seminário: A escuta profissional qualificada em situações de violência – Direcionado para profissionais de saúde, educação, assistência social e outros que trabalham na área, com 20 horas de duração.</p> <p>Capacitação de Violência para profissionais de saúde mental</p> |
|             | Espaço Saúde                   | 08 encontros                  | UBS Iguazu, Associação COCAMAR para produtores das hortas comunitárias I, UBS São Silvestre, UBS | Vacinação, aferição de pressão, glicemia capilar, teste de HIV, orientação nutricional, saúde bucal, coleta de material para exame preventivo de câncer de colo de útero, exames de DST/AIDS, agendamento de mamografia e orientações   |

|  |   |                  |   |  |
|--|---|------------------|---|--|
|  |   |                  | Morangueira, Associação COCAMAR para produtores das hortas comunitárias II, UBS Grevíleas para adolescente, Maringá Velho e UBS Vila Esperança. | sobre diversas doenças e suas formas de prevenção  |
|  | Dia Mundial da Saúde e Dia Mundial da Atividade Física. | 06 e 07 de abril | Não informado   | Realizado pelas UBS: aferição de PA, testes de glicemia capilar, medidas antropométricas, orientação nutricional, orientação quanto ao tabagismo, atividades recreativas e práticas corporais nas ATI e outros locais. |
|  | Grupos de adolescentes                                  | Não informado    | Auditório da Prefeitura (Helio Moreira)   | Mostra de trabalhos com grupos de adolescentes. Realizada exposição de banners   |
|  | Controle do Tabaco                                      | Não informado    | Nas UBS   | Atividades diversas panfletagem, gincanas, palestras, recreação, teatro, apresentações artísticas.   |

## 6.2 Análises dos resultados

A partir da análise nota-se certa diversidade nas ações do programa ressalta a presença do Coordenador da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, o relato de trabalho intersetorial, a participação social, os espaços saúde, ações voltadas à alimentação saudável e algumas ações relacionadas à atividade física.

Desde a divulgação da Estratégia Global de Atividade Física, Alimentação Saudável e Saúde e da criação da Política Nacional de Promoção da

Saúde, uma série de ações foram realizadas com intuito de melhorar a qualidade de vida da população brasileira (38).

A disseminação de Municípios/Cidades Saudáveis aconteceu após uma série de marcos mundiais relacionados às antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX, sendo considerada pela OMS uma filosofia e uma estratégia que permite fortalecer a execução das atividades de Promoção da Saúde como a mais alta prioridade dentro de uma agenda política local (69). A Europa reconhece a importância da democratização no planejamento de uma cidade saudável, pela dispersão da ideia entre seus países. Na América Latina essas ações iniciaram sob os cuidados da OPAS/OMS e que logo se espalharam pelos demais países do continente inúmeras iniciativas para operacionalizar os fundamentos da Promoção da Saúde no contexto local (69).

No âmbito nacional o Movimento Cidades Saudáveis começou ter visibilidade na década de 1990, somente em 1995 o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se encontrou em Fortaleza e abordou o tema. Em 1999 durante o XV Congresso do CONASEMS foi lançada a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis (OPAS/OMS). Na perspectiva de Buss e Carvalho (65), esse movimento não teve uma representação política vigorosa, esses autores trazem a iniciativa desenvolvida no Brasil chamada Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) criada em 2003 cujo objetivo principal é viabilizar, ampliar e monitorar projetos e estratégias para que os municípios criem políticas públicas saudáveis, como mostra nos resultados deste estudo a RMPS esteve presente por algumas vezes no Município de Maringá auxiliando nas ações do Programa Maringá Saudável (PMS).

Observam-se na RMPS diferentes estratégias de Promoção da Saúde.

Para Veríssimo (69) p. 57-58:

Ela tem apoiado o desenvolvimento e a construção de teias de saberes e práticas, tecidas pelos atores sociais envolvidos na sua construção, incentivando: 1) ações intersetoriais e transectoriais; 2) fortalecimento dos diferentes atores sociais no sentido da participação transformadora e busca da autonomia; 3) construção de práticas que firmem os valores e desejos dos atores sociais em relação ao seu território, para que assim colaborem para o desenvolvimento local saudável e sustentável,

respeitando os critérios de equidade social; 4) divulgação de experiências de sucesso nos Municípios dentro e fora da Rede.

Em conformidade com as prioridades dos governos municipais ligados à Rede estão agrupados em cinco eixos temáticos: 1) o desenvolvimento de ações voltadas aos resíduos sólidos e qualidade da água 2) construção da paz 3) atividades físicas 4) estímulo a ambientes livres do tabaco 5) escolas promotoras de saúde 6) alimentação saudável 7) geração de renda e emprego.

Diante disso, observamos grande reciprocidade entre os sete eixos e as ações do Programa em Maringá, no que se refere ao: eixo 2 “construção da paz” por meio de ações da Rede de Violência implantada em 2012 (Tabela 06); eixo 3 “atividades físicas”, ainda que insuficientes e sem levantar a efetividade das ações o programa realizou algumas atividades com esse foco; eixo 4 “ambientes livres do tabaco, Maringá é uma cidade pioneira em ações referente ao Controle do Tabaco (uma das primeiras cidades a criar Legislação específica proibindo fumar em locais fechados), pela análise dos resultados o programa sempre realizou ações com este foco em todos os anos desde sua implantação (Tabelas 01, 02, 03, 04, 05 e 06); eixo 5 “escolas promotoras de saúde” por meio da Semana de Prevenção da Obesidade Infantil” realizada em alguns anos (Tabelas 01, 02, 04 e 05); eixo 06 “alimentação saudável” por meio de diversas ações realizadas com esse fim (Tabelas 01, 02, 03 e 04) e; eixo 7 “geração de renda e emprego” pela implantação das Hortas Comunitárias que além de contribuir para que as famílias tenham uma alimentação saudável auxilia da geração de renda para as mesmas.

A presença do coordenador da RMPS (Tabelas 01, 02, 03) foi importante para subsidiar as ações do programa e sua efetividade pode ser constatada devido a grande relação entre as ações do PMS e os eixos que norteiam as atividades da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Por outro lado, a falta de dados referentes a de fato, quais ações esse coordenador realizou deixa vago sua real influência nas ações do Programa e ainda, sua presença apenas nos primeiros anos de implantação do Programa pode ser uma das razões pelas quais algumas das atividades do PMS deixaram de acontecer.

A falta do relatório referente ao ano de 2011 deixa uma lacuna nas ações que o Programa realizou neste ano fazendo com que o objeto de estudo desta análise fique incompleto. Nesse sentido, denota certo descuido por parte da Gestão com as ações que visam a Promoção da Saúde no município e com a própria Política Nacional que norteia essas atividades.

A partir da aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde em 2006, que visava à gestão transversal, integrada e intersetorial entre o setor sanitário e outros setores do governo, do setor privado e da sociedade, produzindo coresponsabilidades voltadas à redução das desigualdades em saúde e à qualidade de vida de indivíduos e coletividades (100). Nesse sentido, a intersectorialidade consiste na articulação de saberes e experiências, com intuito de alcançar resultados integrados visando o desenvolvimento social. Para Feuerwerker e Costa (101) essas ações são construídas devido à necessidade das pessoas e setores enfrentar problemas concretos e de produzirem resultados perceptíveis.

A intersectorialidade no Brasil é apontada como caminho para a mudança do modelo assistencial e reorganização da atenção à saúde (102). Para Teixeira (103) a institucionalização das ações intersectoriais de Promoção da Saúde nas três esferas de gestão, deve se beneficiar de debates que favoreçam diálogos entre gestores e pesquisadores da área. Nesse processo cabe aos gestores e aos profissionais que trabalham com as políticas públicas exercerem o papel de articuladores, mobilizadores e catalisadores (1).

Para Campos, Barros e Castro (26), p. 248 a intersectorialidade

é processo de construção compartilhada, em que os diversos setores envolvidos são tocados por saberes, linguagens e modos de fazer que não lhes são usuais, pois pertencem ou se localizam no núcleo da atividade de seus parceiros. A intersectorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de co-responsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população.

Para a Promoção da Saúde, é necessário realizar parcerias com todos os setores da administração pública (educação, meio ambiente, agricultura, trabalho, e

outros) empresas, ONG's, para induzir mudanças sociais, econômicas e ambientais (84).

Contudo, apesar do Programa ter realizado ações intituladas de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) e que estas possam se assemelhar em alguns aspectos com a intersectorialidade acima descrita, não fica claro nos relatórios anuais do PMS quais setores participavam destas reuniões, se houve participação popular nesse grupo, e ainda não se sabe a efetividade dessas reuniões e seu impacto para as ações do programa e conseqüentemente para a população.

A intersectorialidade não deve ser pensada como estratégia única e/ou definitiva, ela deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade envolvendo setores necessários e principalmente a população (26), o que não observamos na intersectorialidade descrita nos Relatórios anuais do setor estudado. Para Carvalho (90), a participação da sociedade é a expressão “núcleo duro” da Reforma Sanitária, que ao longo do tempo teve diversos significados, mas, evidenciando sempre a preocupação em associar o social e o político. Vale reafirmar que a ideia inscrita por meio do projeto da Reforma Sanitária na concepção do SUS é que o controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança.

Na própria Carta de Ottawa, para Silva e Pelicione (104) p.565-566, Promoção da Saúde:

é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (...). Trabalhar a prevenção à luz dos princípios da promoção da saúde pressupõe que a população participe de todo o processo, da problematização até a proposição de soluções e que não seja mobilizada apenas segundo os problemas identificados pela instituição ou objetivos de um programa específico. A participação que vai ao encontro dos pressupostos da promoção da Saúde deve estimular o empoderamento da população.

Para Brasil (1), as formas de participação podem ser: a) institucionalizadas, em Conselhos e; b) não institucionalizadas, em fóruns participativos.

Assim, a participação social sob vista da Promoção da Saúde deve ser essencialmente política baseada em uma relação de diálogo entre o poder público e sociedade civil.

Entretanto, a participação social tem alguns problemas, como trás Brasil (2005), como o não exercício do caráter deliberativo na maior parte de municípios e estado; a falta de regularidade de funcionamento; a falta de transparência nas informações da gestão pública; a dificuldade e desmobilização do seu desenvolvimento na formulação de estratégias e políticas para a construção do novo modelo de atenção à saúde. Para enfrentar esses problemas, cabe considerar e explorar o uso do modelo apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2011, que exemplifica técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas que conforme exposto a seguir subdivide-se categorias sendo estas: Informar; Consultar; Envolver; Colaborar e; Transferir poder.



Figura 05- Técnicas para se obter a participação das comunidades no processo de formulação de políticas.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (105).

A partir desse reconhecimento das dificuldades e conflitos restritivos ao processo de mudança social, não se pode desconsiderar as experiências sobre a participação social das três últimas décadas, principalmente no que diz respeito ao conceito de democracia, cidadania e de sujeito (1).

Diante desta dificuldade, ao analisar os documentos deste estudo, observa-se que a participação social esteve presente em alguns momentos do programa como, por exemplo, no processo de implantação das Hortas Comunitárias

nos bairros, a população beneficiada esteve presente nas discussões (Tabelas 01 e 02). Quando analisamos a Tabela 01 há descrito nos documentos do PMS a realização de *“Reuniões semanais com a comunidade”* que tinha como objetivo *“melhorar a qualidade de vida dos moradores locais”*, o que por um lado é uma iniciativa importante para os munícipes, pois estes poderiam participar do planejamento, realização e avaliação de ações propostas, por outro lado este trabalho teve duração de apenas três meses e ainda realizado em uma única comunidade, não sendo mais descrito esta atividade nos demais relatórios anuais do setor. Sem saber ainda qual foi sua efetividade para a população e ainda se alguma ação reivindicada pelos usuários foi atendida.

Além da relevância da participação social na organização das ações (intersectorialidade) sua presença por meio da adesão nas atividades realizadas é de suma importância. Nesse sentido, os Espaços Saúde descritos nos relatórios anuais e presente em todos os anos do Programa iniciou com grande aceitação dos munícipes conforme observamos no grande número de pessoas participando além da diversidade de ações oferecidas. Entretanto, observa-se que esta ação foi realizada em alguns anos por diversas vezes, entretanto apenas uma vez em cada lugar, não sendo constatada a realização do evento Espaço Saúde mais de uma vez para a mesma comunidade, o que nos faz questionar sobre o impacto da ação, se esta realização anual da atividade por comunidade é suficiente para se promover saúde e prevenir doenças. A escassez de estudos que tragam dados epidemiológicos da cidade principalmente referentes à prevalência de DCNT e sedentarismo deixa vaga se realmente as ações do Programa foram efetivas e qual foi o real impacto que essas atividades causaram na população.

Foram descritas algumas atividades desenvolvidas nas Academias da Terceira Idade (Tabelas 01 e 04), que é uma política pública de atividade física com foco na terceira idade.<sup>11</sup> Contudo, não está descrito em quais ATI's foram realizadas essas ações, e de fato o que foi realizado. Há, portanto, uma carência de dados nessa

---

<sup>11</sup> Maringá possui 54 ATI's (segundo informações disponibilizadas no Plano Municipal de Saúde 2014-2017). Os critérios para implantação da mesma, locais já implementados, adesão da população a esta política pública, benefícios e outros dados referentes são de suma importância e merecem ser analisados em estudo aprofundado e específico sobre a temática.

e em outras ações que nos faz remeter qual a efetividade dessas ações na promoção da saúde, quais os reais objetivos das mesmas e se foram atendidos.

Abordando o objeto de estudo deste trabalho, a prática corporal/atividade física, para garantir a integralidade do cuidado à saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde dispõe de diretrizes e recomenda estratégias de organização das ações de Promoção da Saúde, com ênfase na atividade física. Essa priorização e incentivo às práticas corporais reafirma a relevância epidemiológica do tema sedentarismo.

Esse incentivo às iniciativas locais relacionadas à promoção da atividade física reflete no investimento na criação de projetos e programas que promovam a prática de atividade física no âmbito do SUS e o fortalecimento das articulações (intersetorialidade) para melhorar a condição dos espaços públicos de lazer (105).

Em 2007 foi elaborado o Plano Nacional de Práticas Corporais e Atividade Física com intuito de introduzir as políticas públicas no nível municipal. Esse documento pretende estimular a articulação entre os setores da Saúde, Educação, Cidades, Cultura, Desenvolvimento Agrário e outros, e do governo com ONG, entidades científicas e setor privado entre outros. Tendo como objetivo difundir e promover a atividade física pela construção e implementação de projetos nas escolas, ambientes de trabalho e áreas públicas de lazer, facilitando o investimento em espaços urbanos mais saudáveis e a ampliação do acesso à informação para a produção de modos de viver mais saudáveis no cotidiano do cidadão (106).

Nesse sentido, podemos salientar algumas intervenções de atividades físicas consolidadas em cidades brasileiras sendo essas: a) Programa Academia da Cidade (PAC) (107); b) Programa Agita São Paulo (108); c) Programa CuritibaAtiva (109); d) o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) (110); e) o Programa Saúde Ativa (111).

O Governo Federal lançou em abril de 2011 o Programa Academia da Saúde, com intuito de ampliar a promoção da atividade física, do lazer e de modos de vida saudáveis para todos os municípios do país, a cidade de Maringá foi contemplada

com 2 polos do programa classificados na modalidade intermediária. Entretanto, desde aprovação desses polos em 2011 os projetos ainda estão no papel.

As ações voltadas às práticas corporais realizadas pelo PMS se restringem (quando realizadas) a orientações e eventos alusivos ao Dia Mundial da Atividade Física. Não foi constatado, conforme apresentado neste capítulo nenhum projeto ou programa contínuo, sistematizado com periodização, frequência e duração voltado à promoção da atividade física da população, nem ainda realizado em parceria com outra Secretaria como a de Esportes e Lazer. Como trás Amorim e colaboradores (38) e observado neste estudo há poucos programas que desenvolvem ações ambientais e políticas, como construção de espaços e/ou a efetivação de um cronograma de ações voltadas à atividade física.

Ferreira e Najjar (39) em seu estudo fazem um relato sobre algumas iniciativas no âmbito nacional sobre promoção da atividade física. Salientando dois programas específicos, 1) O Programa Nacional de Educação e Saúde, em 1986, através do Exercício Físico e do Esporte, pelos Ministérios da Saúde e da Educação e do Desporto, envolvendo, respectivamente, suas Coordenadorias de Doenças Crônicas - Degenerativas e Secretaria de Educação Física 2) Em dezembro de 1996, foi lançado o Programa Agita São Paulo pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul (Celafiscs), atendendo à solicitação da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Vale ressaltar que o presente estudo focou nas ações de um programa em específico (Programa Maringá Saudável) lotado na Secretaria Municipal de Saúde, que, portanto, os profissionais de Educação Física lotados nesta secretaria são quase que exclusivamente, os pertencentes aos Núcleos de Apoio da Saúde da Família (NASF) que tem papel de matriciamento de ações na Atenção Básica e suas atribuições, ou melhor, as ações que estes devem realizar em conjunto com a Atenção Básica não estão muito bem ilustradas. Esse fato pode contribuir para o baixo número de ações voltadas a atividade física no âmbito do SUS.

Ainda que os esforços para inserir as práticas corporais/ atividade física nas ações em saúde (112) (113) para Amorim e colaboradores (38) as evidências de que tais iniciativas tenham resultado no âmbito populacional são escassas.

## 7 CONCLUSÃO

---

---

Diante do exposto e a partir da análise dos resultados observamos que as ações do Programa são pautadas na Política Nacional de Promoção da Saúde e que algumas dessas ações com o tempo foram se extinguindo ou diminuindo a frequência. Nesse sentido, destacamos o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), Reunião com representante da RMPS e os Espaços Saúde. O primeiro se manteve nos primeiros anos com intuito de apoiar e nortear as ações do Programa, mas com o passar dos anos o GTI parou de acontecer; a reunião com representante da RMPS que acontecia anualmente para auxiliar nas atividades do PMS também deixou de acontecer e; por último percebe-se que os Espaços Saúde diminuíram sua frequência e a participação popular.

O projeto de Controle do Tabaco é muito presente e de certa forma podemos considerá-lo como uma das prioridades das ações do setor de Promoção e Prevenção em Saúde, uma vez que em todos os anos (período da análise) ações voltadas a este tema foram realizadas.

Salienta-se como ação positiva (ainda que tenha limitações já salientadas na discussão) o trabalho desenvolvido voltado para ações de alimentação saudável, obesidade infantil e ações voltadas para adolescentes, tendo em vista que a mudança de comportamento (hábitos de vida saudáveis) se mostra mais eficaz nesta faixa etária.

Ainda que de suma importância à realização do trabalho intersetorial e a participação popular nas ações de Promoção da Saúde, após análise dessas duas práticas realizadas pelo Programa Maringá Saudável observa-se muitas limitações na realização das mesmas.

Por outro lado, nota-se que apesar das evidências sobre os benefícios da atividade física para saúde, a importância dada pela PNPS ao incentivo de sua prática, bem como a inserção do profissional de Educação Física na Atenção Básica, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a variedade de ações que

podem ser desenvolvidas por esses profissionais, poucas atividades foram realizadas pelo PMS voltadas a prática de atividade física. O que conota grande contradição uma vez que a atividade física é imprescindível nas ações desenvolvidas voltadas a Promoção da Saúde.

Apesar de não ser um dos objetivos específicos deste estudo, analisar o real impacto das ATIs, sua efetividade, adesão entre outros aspectos é importante para desenvolver e estimular a ampliação e/ou criação de outras políticas públicas voltadas à atividade física. Sobre as ações realizadas nas ATIs (que é considerada uma política pública de promoção da saúde voltada à atividade física para pessoas da terceira idade) por meio da análise realizada questionamos a real efetividade dessas ações, pela falta de descrição dessas atividades. A baixa importância dada pelo setor estudado nas ações desenvolvidas nas ATIs pode ser explicada pelo fato da Gerência das Academias da Terceira Idade estar lotada em outra Secretaria, a de Esportes e Lazer. A carência de informações nessa e em outras atividades contidas nos relatórios anuais nos faz questionar sobre a efetividade e importância das ações do programa e ainda da forma como foram realizadas.

Assim, nota-se que o Programa Maringá Saudável, lotado na Gerência de Promoção e Prevenção em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá, rege suas ações de acordo com alguns dos eixos que norteiam a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis e as algumas ações específicas descritas na Política Nacional de Promoção da Saúde, porém, a inserção das práticas corporais/atividade física e até mesmo de forma geral as ações do PMS estão muito distantes do que recomenda essas políticas públicas de Promoção da Saúde.

Considera-se como fator limitante deste estudo a coleta de dados ser referente ao Programa Maringá Saudável lotado na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Maringá, sugere-se que outros estudos sejam realizados coletando materiais de outras secretarias e não somente da SMS como, por exemplo, da Secretaria de Esportes e Lazer (SESP). Outro limitante do estudo foi a falta de entrevista com o Secretário da Pasta e com a gerente do setor do período estudo (2006-2012), esses sujeitos poderiam explanar sobre a falta de ações voltadas a atividade física na gestão, e também sobre o ponto de vista dos mesmos em relação à atividade física como

agente promotor da saúde, sugere-se então, que seja realizado em estudos futuros essa abordagem qualitativa na formada de entrevistas semi-estruturadas com essas “peças-chave”.

Não se trata aqui em dizer que a atividade física é a solução para os problemas da saúde pública (apesar das sólidas evidências que sua prática trás) e ainda que sua adesão seja responsabilidade única e exclusivamente da pessoa, o que nos leva ao que chamamos de culpabilização do sujeito (mesmo com a questão do autocuidado). Aliado a isso, não devemos esquecer-nos da responsabilidade –e não exclusivamente- do Poder Público, refiro-me à União, Estado e Município, perante a criação de locais (apropriados) e políticas (sérias e com todo suporte necessário) voltadas a esta prática. A própria PNPS descreve as ações que as três esferas de gestão precisa realizar para executar a mesma, estudos futuros com objetivo de analisar a proposta que a Política Nacional trás com o que os Municípios, Estados e União desenvolvem.

Mesmo diante de tantos documentos normativos criados pelo próprio Ministério da Saúde, da importância da atividade física como agente promotor da saúde, sendo considerada sua falta como um dos principais fatores de riscos para desenvolvimento de diversas doenças e agravos não transmissíveis e ainda a grande disseminação dos benefícios de sua prática nota-se falta de ações e programas voltados à prática do exercício físico no âmbito do SUS, e esse fato, pelo que me parece, é realidade no Brasil inteiro. Assim, mais intervenções voltadas à promoção da atividade física e estudos voltados a elas devem ser realizados para que possamos alterar esta realidade para que a atividade física deixe de ser um mero coadjuvante e passe a ser personagem principal nas ações de Promoção da Saúde.

# REFERÊNCIAS

---



---

1. SILVA V. Os determinantes sociais da saúde e o projeto Família Saudável: possibilidades e limites. *Vértices*. 2011;13(2):61-78.
2. ROSEN G. Uma História da Saúde Pública. Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.
3. CZERESNIA D. The Concept of Health and the Difference Between Promotion and Prevention. *Cadernos de Saúde Pública*. 1999;15(4):701-10.
4. Brasil MDS. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. In: FRAGA, A. F. et al. GOSCH, C. S. (org) ., 2013:144.
5. ROSEN G. O que é a Medicina Social? Da Polícia Médica à Medicina Social. . Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979 77-141.
6. NOGUEIRA VMR. O Estado de Bem Estar: origens e desenvolvimento. *Revista Katalysis*. 2001.
7. SILVA E, SARRETA FO, BERTANI I. As políticas públicas de saúde no Brasil: O sistema único de saúde (sus) e a rede de Saúde em franca. *Serviço Social & Realidade*. 2007;16(1):81-103.
8. AROUCA S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo; Rio de Janeiro: UNESP; Fiocruz. 2003.
9. COUTINHO SS, . Competências do profissional de Educação Física na Atenção Básica à Saúde. . Ribeirão Preto,: USP, Universidade de São Paulo, ; 2011.
10. PEREIRA MJB. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. Tese (doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. 2001.
11. BAGRICHEVSKY M, ESTEVÃO A, PALMA A. Saúde em Debate na Educação Física. Blumenau (SC): Edibes; 2003.
12. CANGUILHEM G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
13. MINAYO MC. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 11 ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
14. PALMA A. Atividade Física, processo saúde-doença e condições socioeconômicas: uma revisão da literatura. *Rev paul Educ Fís*. 2000;14(1):97-106.
15. PAIM JS. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. 1997.
16. BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2000;5:163-77.
17. MINAYO MCdS, HARTZ ZMdA, BUSS PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2000; 5:7-18.
18. NAHAS MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. Londrina: Midiograf; 2001.
19. SALLIS JF, OWEN N. Physical activity and behavioral medicine. Thousands Oaks: Sage; 1999.
20. HALLAL PC, TENÓRIO MCM, TASSITANO RM, REIS RS, CARVALHO YM, CRUZ DK Aea. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife,

Pernambuco, Brasil: percepções dos usuários e não usuários. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. 2010; 26(1): 70-8

21. Barreto ML, Teixeira MG, Morais Neto OL, Duarte EC. O nascimento, a vida, o adoecimento, a morte e a atenção à saúde da população brasileira durante 20 anos de Sistema Único de Saúde: uma síntese. In: Ministério da Saúde, organizador. *Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS)*. Ministério da Saúde. 2009:407-16.
22. BRASIL. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: Promoção da saúde, vigilância, prevenção em assistência. In: *Saúde Md*, editor. Brasília Ministério da Saúde; 2008.
23. Câncer. BINd. Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca. 2005.
24. OMS. Prevenção de doenças crônicas: Um investimento vital. In: OMS, editor. Genebra 2005.
25. ORGANIZATION. WH. Non communicable Diseases. World Health Organization., 2011.
26. CAMPOS GW, BARROS RBd, CASTRO AMd. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc saúde coletiva [online]* 2004;9 (3 ):745-9.
27. BARRETO SM, PINHEIRO ARO, R.; S, C.A.; M, M.; B, AL. SMIE. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia Serviços de Saúde* 2005;14(1):41-68.
28. MORETTI AC, ALMEIDA V, WESTPHAL MF, BÓGUS CM. Práticas Corporais/Atividade Física e Políticas Públicas de Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(2):346-54.
29. FERREIRA MS, NAJAR AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *Ciênc saúde coletiva [online]*. 2005;10( suppl):207-19.
30. VENTURIM LMVP, MOLINA MDCB. Mudanças no estilo de vida após as ações Realizadas no serviço de orientação ao exercício - Vitória/ES. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2005;10:4-16.
31. HALLAL PC, REIS R, HINO A. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2009;14(2):104-14.
32. HALLAL PC, TENÓRIO MCM, TASSITANO RM, REIS RS, CARVALHO YM, CRUZ DKA, et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(1):70-8.
33. PITANGA FJG. *Epidemiologia da atividade física, exercício físico e saúde*. São Paulo: Phorte 2004
34. BUSS PM. Promoção da saúde da família. *Revista Programa Saúde da Família*. 2002: 50-
35. Barros MVG, Nahas MV. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Ver Saúde Pública*. 2001;35 554-63.
36. Masson CR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, S.; M, Costa CC, Bairros Fea. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da Cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005;21:1685-95.
37. P.C.; H, L.B.; A, al. BFCe. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. *Lancet* 2012; 380:247-57.

38. AMORIM TC, KNUTH AG, CRUZ DKA, MALTA DC, REIS RS, HALLAL PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2013;18(1):63-74.
39. FERREIRA MS, NAJAR AL. Programas e campanhas de promoção da atividade física. *. Ciênc saúde coletiva [online]* 2005;10:207-19.
40. PEREIRA MJB. Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de Atenção Básica em saúde do Distrito Oeste do Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
41. (1988) BC. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. . São Paulo: Saraiva; 1990
42. Brasil MDS. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. In: CASTRO, A. M. et al.; GOSCH, C. S. et al. Brasília CEAD/FUB; 2010. p. 174.
43. BRASIL. Portaria n. 1190 GAB/MS. Instituinto o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. In: *Saúde Md*, editor.: Ministério da Saúde; 2005.
44. BRASIL. Portaria n. 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. . In: *Saúde Md*, editor. Brasília 2006.
45. Saúde. BMdSSdVeSSdAa. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
46. BRASIL. Portaria n. 2608 GM/MS. Destina recursos a todos os estados da federação para investimentos em projetos locais de incentivo à atividade física. . In: *Saúde Md*, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
47. Brasil. Portaria n. 648 GM/MS. Que aprova a Política Nacional de Atenção Básica. In: *Saúde Md*, editor. Brasília 2006.
48. BRASIL. Portaria n. 204 GM/MS. Que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento. . In: *Saúde Md*, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
49. BRASIL. Portaria n. 154 GM/MS de 24 de janeiro de 2008. Que cria os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). In: *Saúde Md*, editor. Brasília. 2008.
50. BRASIL. Portaria n. 4279 GM/MS de 30 de dezembro de 2010. Que estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. In: *Saúde. Md*, editor. Brasília. 2010.
51. BRASIL. Portaria n. 1402 GM/MS de 15 de junho de 2011. Que Institui no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. In: *Saúde. Md*, editor. Brasília 2011.
52. BRASIL. Portaria n. 2715 GM/MS de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. In: *Saúde. Md*, editor. Brasília 2011.
53. BRASIL. Portaria n. 23 SVS/MS de 09 de agosto de 2012. Estabelece repasse de recursos financeiros do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, aos Estados, Distrito Federal, capitais e municípios com mais de um milhão de habitantes. In: *Saúde Md*, editor. Brasília 2012.
54. Brasil. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. In: *Saúde SdPd*, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 56.
55. (OMS). BMdSSdVeSDdAOMDS. Preventing Chronic Diseases avital investments. Geneva. 2005;1.

56. SUTHERLAND RW, FULTON MJ. Promoção da saúde e qualidade de vida *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000.;5(1):163-77.
57. SÍCOLI JL, NASCIMENTO PR. Health promotion: concepts, principles and practice, *Interface. Comunic, Saúde, Educ*. 2003;7(12):91-112.
58. CASTRO AMd. A Equipe como dispositivo de produção de saúde. O caso no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI/UNATI/UERJ). . Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense.; 2003.
59. CARVALHO SR. Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. . Campinas UNICAMP; 2002.
60. CARVALHO SR. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC; 2005.
61. ANDRADE LOM, BARRETO ICH. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: proposta de articulação entre saúde e ambiente. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 151-89.
62. SPERANDIO AMG, CORREA CRS, SERRANO MM, RANGEL HA. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004;9(3):643-54.
63. ALVES RBA. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. . *Cad Saúde Pública* 2003.;19( 1 ):319-22.
64. COUTINHO SS. Atividade Física no Programa Saúde da Família, em municípios da 5ª Regional de Saúde do Paraná, Ano de Obtenção: 2005. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
65. BUSS PM, CARVALHO Aid. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(6):2305-16.
66. (WHO). WHO. The Ottawa charter for health promotion. . *Health promotion*. 1986.
67. BUSS PMea. Promoción de la salud y la salud pública – Una contribución para el debate entre las escuelas de salud pública de América Latina y el Caribe. . Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz; 2000.
68. ROCHA AA, CESAR CLG. Saúde Pública - Bases Conceituais. Sao Paulo: Atheneu; 2008.
69. VERÍSSIMO LCG. O processo de construção em rede de políticas públicas na perspectiva da promoção da saúde: a experiência do município de Maringá-PR. Campinas, : UNICAMP; 2011.
70. COHN A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2009.
71. LEFEVRE F, LEFEVRE AMC. Promoção de Saúde: a negação da negação. . Rio de Janeiro: Vieira e Lent 2004.
72. FARINATTI PdTV, FERREIRA MS. Saúde, promoção da saúde e educação física. . Rio de Janeiro: Eduerj; 2006.
73. MARCONDES WB. A convergência de referências na promoção da saúde. . *Saúde e Sociedade* 2004;13(1):5-13.
74. CARVALHO FF. Brasil de Atividade Física na perspectiva crítica de Promoção da Saúde: Por outra compreensão da Educação Física. . Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.
75. MORGAN LN. Community participation in health: Perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*. 2001;16:221-30.

76. VÁZQUEZ ML, SILVA MRF, CAMPOS ES, ARRUDA IKG, DINIZ AS, VERAS IL, et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(2):579-91.
77. LAVALLE AG, ISUNZA VE. A trama da crítica democrática: da participação à representação e à accountability. *Lua Nova*. 2011;84:353-64.
78. OLIVEIRA AMC, IANNI AMZ, DALLARI SG. Controle social no SUS: discurso, ação e reação. *Ciênc saúde coletiva [online]*. 2013;18(8):2329-38.
79. ANDRADE IAL. Participação política não eleitoral ou partidária: associações, conselhos e orçamento participativo. In: In: Martins CB LR, coordenadores. , editor. *Horizontes das ciências sociais no Brasil: ciência política*. São Paulo: ANPOCS; 2010. p. 379- 400.
80. COELHO VSP. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o que está faltando? In: Coelho VSP NM, editor. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências do Brasil contemporâneo*. São Paulo: Editora; 2004. p. 255-67.
81. MALTA DC, CEZÁRIO AC, MOURA L, MORAIS NETO OL, SILVA JUNIOR JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006;15(1):47-65.
82. MUNDIAL. B. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório n. 32576-BR. Brasília2005.
83. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. In: Saúde Md, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
84. MALTA DC, CASTRO AM, GOSCH CS, CRUZ DKA, BRESSAN A, NOGUEIRA JD, et al. A política Nacional de promoção da saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2009;18(1).
85. WAISSMANN W. Desigualdade social e atividade física. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. *A Saúde em debate na educação física*. . Blumenau Edibes; 2003.
86. MALTA DC, MORAIS NOL, SILVA JUNIOR JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2011;20(4):425-38.
87. FERREIRA MS, CASTIEL LD, CARDOSO MHCA. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde:contradições de um programa institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16(1):865-72.
88. PALMA A. Educação Física, corpo e saúde: uma reflexão sobre outros “modos de olhar”. . *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2001;22(2).
89. DEVIDE FP. Educação Física, Qualidade de Vida e Saúde: campos de Intersecção e reflexões sobre a intervenção. . *Revista Movimento*. 2002 8 (2):77-84.
90. CARVALHO AId. Práticas corporais e comunidade: um projeto de educação física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa (Universidade de São Paulo). In: Fraga, A. B., Wachs, F. (Orgs.) *Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção*. . Porto Alegre: Editora da UFRGS, ; 2007.
91. NARDI ACF. A utilização das academias da terceira idade na promoção da saúde em Maringá-PR. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
92. PARANÁ. Plano Estadual de Saúde, 2012-2015. In: Paraná SdEdSd, editor. Curitiba2013.
93. PNUD. Ranking IDHM dos Municípios. 2013.
94. Estatística IIBdGe. Notícias. 2010 [Agosto 2013]; Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticias->

[censo?view=noticia&id=3&idnoticia=2240&busca=1&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-mais-frequentes.](#)

95. GOLDENBERG M. A arte de Pesquisar: como fazer pesquisas qualitativas em Ciências Sociais. Rio de Janeiro 2004.
96. S. TAN. Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.
97. SÁ-SILVA JR, ALMEIDA CD, GUINDANI JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História e Ciências Sociais. 2009(1).
98. CELLARD A. A análise documental. Petrópolis: Vozes; 2008.
99. BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições; 1977.
100. Saúde. BMD. Política Nacional de Promoção da Saúde 2006.
101. FEUERWERKER L, COSTA H. Intersetorialidade na Rede Unida. Saúde para Debate. 2000(22):25-35.
102. FERREIRA VSC. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. Salvador: Universidade Federal da Bahia,; 2000.
103. TEIXEIRA CF. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente. Salvador: EDUFBA; 2006.
104. SILVA EC, PELICIONI MCF. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. Ciênc saúde coletiva [online]. 2013;18(2):563-72.
105. SAÚDE. OMD. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. 2011.
106. MALTA DC, CASTRO AM, GOSCH CS. National policy of health promotion and the motor activity agenda in the context of the National Health System in Brazil. Epidemiol Serv Saúde. 2009;18(1):79-86.
107. MENDONÇA BCA, TOSCANO JJO, OLIVEIRA ACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa Academia da Cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. Rev bras ativ fís saúde. 2009;14(3).
108. MATSUDO S, MATSUDO V, ARAUJO TEA. Do diagnóstico à ação: a experiência do Programa Agita São Paulo na promoção do estilo de vida ativo. Rev bras ativ fís saúde. 2008;13(3).
109. HALLAL P, REIS R, HINO AEA. Avaliação de programas comunitários de promoção da atividade física: o caso de Curitiba, Paraná. Rev bras ativ fís saúde. 2009;14(2):104-14.
110. V.P.; VLM, MOLINA MDCB. Mudanças no estilo de vida após as ações realizadas no serviço de orientação ao exercício: Vitória/ES;. Rev bras ativ fís saúde. 2005;10(2).
111. NAKAMURA PM, PAPINI CB, CHIYODA Aea. Programa de intervenção para a prática de atividade física: Saúde Ativa Rio Claro. Rev bras ativ fís saúde. 2010;15(2).
112. BRASIL. Política nacional de promoção da saúde. In: Saúde SdVe, editor. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
113. ORGANIZATION WH. Global recommendations on physical activity for health. In: Organization WH, editor. Geneva 2010.

# APÊNDICES



**APENDICE A: Parecer do Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde.**



Ofício nº2126/2013

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CECAPS**  
**Centro de Formação e Capacitação**  
**Permanente dos Trabalhadores da Saúde**

Maringá, 20 de novembro de 2013.

Prezado Senhor

Informamos que foi **autorizada**; pela Comissão Permanente de Avaliação de Projetos – Portaria nº 004/2013, o projeto de Pesquisa **“Políticas públicas de promoção da saúde e da atividade física: programas e ações realizadas em Maringá”**, a ser realizada com a Gerência de Promoção à Saúde desta Secretaria de Saúde.

Orientamos ainda que, após parecer do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, o pesquisador deverá retornar ao CECAPS para obter a autorização para sua entrada no Setor.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos,

Atenciosamente

  
Lourdes Thome  
Coordenadora CECAPS

Ilmo. Sr  
Prof. Ms. Ricardo Cesar Gardiolo  
DD. Presidente do COPEP  
Universidade Estadual de Maringá  
Maringá – Pr.