

**LARISSA CÁSSIA GRUCHOVSKI  
VERÍSSIMO**

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO EM REDE  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA  
PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE  
MARINGÁ-PR.**

**CAMPINAS  
2011**



**LARISSA CÁSSIA GRUCHOVSKI VERÍSSIMO**

**O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO EM REDE  
DE POLÍTICAS PÚBLICAS NA  
PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE:  
A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE  
MARINGÁ-PR.**

*Dissertação apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade Estadual de Campinas/ Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Medicina Preventiva e Social, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.*

*Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Ana Maria Girotti Sperandio.*

**CAMPINAS  
Unicamp  
2011**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA**

**BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecária: Rosana Evangelista Poderoso – CRB-8ª / 6652

V588p Veríssimo, Larissa Cássia Gruchovski  
O processo de construção em rede de políticas públicas na perspectiva da promoção da saúde: a experiência do município de Maringá-PR /Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo. -- Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Ana Maria Girotti Sperandio  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Promoção de saúde. 2. Políticas públicas. 3. Redes. I. Sperandio, Ana Maria Girotti. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: The process of construction of public policy network in the perspective of health promotion: the experience of Maringá-PR**

**Keywords:** • Health promotion  
• Public policies  
• Networks

**Titulação: Mestrado em Saúde Coletiva**

**Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Ana Maria Girotti Sperandio**  
**Prof. Dr. Simone Tetú Moysés**  
**Prof. Dr. Silvia Maria Santiago**

**Data da defesa: 28-02-2011**

---

## Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

---

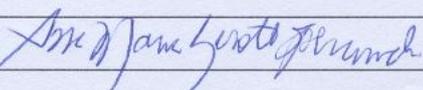
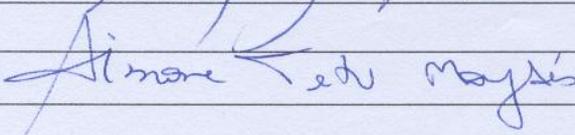
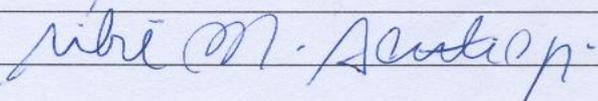
Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo

---

**Orientador(a):** Ana Maria Girotti Sperandio

---

---

<b>Membros:</b>	
Professor (a) Doutor (a) Ana Maria Girotti Sperandio	
Professor (a) Doutor (a) Simone Tetu Moysés	
Professor (a) Doutor (a) Silvia Santiago	

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

**Data:** 28/02/2011

---



*A Deus;  
Ao meu querido Avô,  
Paulo;  
A minha amada Mãe,  
Ivete;  
E a minha família,  
que tanto amo.*



## *AGRADECIMENTOS*

Primeiramente a Deus, pelo dom da vida. Por estar sempre comigo, me guiando, protegendo e abençoando nos caminhos por mim percorridos.

Ao meu Avô Paulo, por ter sido o pilar fundante e estruturante da minha vida e da vida da minha família. Sua alegria contagiante de viver e determinação frente aos problemas servirão sempre de exemplo para mim.

A minha Avó Elza e ao meu Pai Alfredo, por suas histórias de vida terem formado quem eu sou, além de terem deixado a herança do amor, da vida e da alegria.

A minha Mãe, por ser minha mãe, meu pai, minha amiga, minha tudo. Sou eternamente agradecida por todo amor, paciência, dedicação e orientação dada a mim. Suas palavras encorajadoras me trouxeram até esta etapa da vida, e sem elas não teria conseguido alcançar essa conquista.

A minha irmã Alessandra, pelo amor demonstrado de várias formas e presença marcante nos momentos bons e ruins.

A minha Avó Vergínia, pelo amor e ligação única. Por valorizar as escolhas que faço e por sempre querer saber da minha vida. Por cada oração e vela acesa em intenção de um neto.

Aos meus tios Cleuza, Alcino, Duda, João, Regina e Luiz, por sustentarem a minha ausência, pelo amor, por incentivarem minhas decisões, terem cuidado de mim e dos meus.

Aos primos, por me fazerem lembrar em cada encontro como somos especiais por termos sido criados como irmãos em uma família nada convencional.

À Fabiana Turchiari, amiga querida que adoto para o resto da vida como uma irmã. Seu apoio, amizade, humildade e solidariedade foram fundamentais para que eu pudesse concluir este mestrado. Não posso deixar de citar sua querida mãe, Maria do Carmo, e o “tio” Júlio, que estiveram sempre presentes como maiores incentivadores, neste processo.

Aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, que fazem desse departamento uma escola de formação “Em defesa da vida”. Em especial, ao Prof. Dr. Nelson Filice de Barros, pela acolhida; às Prof. Dra. Maria da Graça Andrade e Prof. Dra. Silvia Santiago, por permitirem meu livre acesso na sala da OncoRede e por cada palavra de incentivo e orientação; e à Prof. Dra. Carmen Siqueira Ribeiro, pelo afeto e aprendizado a cada encontro.

À turma do mestrado e doutorado; Carol, Ana Luiza, Cristiane, Cacau, Ana Claudia, Tais, Tatiana, Sérgio, Eduardo, Márcia, Marília, Isabela, Manuela e Tato; pois unidos conseguimos ultrapassar os momentos difíceis e potencializamos as alegrias e conquistas.

A minha amada amiga Fabiana, Bibi, pelo carinho, amizade e pureza em todos os momentos. Minha “co-orientadora” de coração.

A minha melhor vizinha, Cecília e a maringaense mais campineira que existe, Nathalie, pela parceria sempre.

Aos meus amigos e seus familiares, Thiago Borba, Manuela Kirche e Gabriel Lemos pela amizade e apoio nos momentos de fraqueza.

Aos professores e profissionais envolvidos com a Promoção da Saúde que tive a oportunidade de conviver; Ronice Franco de Sá, Dais Gonçalves Rocha, Vânia Marcelo, Veruska Prado, Rosa Bueno, Regina Bodstein, Simone T. Moysés, Solena Kusma, Maria do Socorro Dias, Carlos Silva, Fernando Dias, Blake Poland, Reg Warren e Trevor Hancock; por compartilharem seus conhecimentos e pelo exemplo de dedicação ao movimento.

Aos amigos apresentados pela Saúde Coletiva, Leandro, Tatiana, Larissa e Talles, que mostraram suas realidades enquanto estudantes de outras instituições, contribuindo para uma rica troca de inquietações e conhecimentos.

Agradeço a CAPES- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior por ter financiado parte desta pesquisa.

O meu agradecimento à Prefeitura Municipal de Maringá, em especial ao Sr. Silvio Magalhães Barros II, ao Sr. Antônio Carlos Nardi, à Ana Rosa Oliveiro Palácios e à todos os profissionais participantes da Comissão Intersetorial do Programa Maringá Saudável.

Finalmente, agradeço à professora Dra. Ana Maria Girotti Sperandio, pela maneira competente que coordena a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, e pela amável dedicação com que orientou este trabalho.





*“Necessitamos um do outro, para sermos nós mesmos”.*

Santo Agostinho de Hipona-De quantitate animae.



## SUMÁRIO

Pág.

RESUMO	xvii
ABSTRACT	xix
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	xxiii
LISTA DE QUADROS	xxi
LISTA DE ABREVIATURAS	xxv
APRESENTAÇÃO DO TEMA	xxvii
CAPÍTULO 1: REVISÃO DA LITERATURA	33
1.1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE E REFLEXÕES	35
1.2. A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
1.3. CARACTERIZAÇÃO DE REDES	49
1.4. O MOVIMENTO MUNICÍPIOS/CIDADES SAUDÁVEIS	53
1.5. A REDE DE MUNICÍPIOS POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS	57
1.6. AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM BREVE RELATO	61
2. OBJETIVO GERAL	65
3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
4. MÉTODOS	73
4.1. ANÁLISE DOCUMENTAL	77
4.2. ENTREVISTAS COM “PEÇAS-CHAVE”	77
4.3. OFICINA COM A COMISSÃO DO PROGRAMA MARINGÁ SAUDÁVEL	77
5. RESULTADOS	81
5.1. ANÁLISE DOCUMENTAL	83
5.1.1. ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE (ATI)	87
5.1.2. ESPAÇOS SAÚDE	92
5.1.3. VIVA MAIS	93
5.1.4. HORTAS COMUNITÁRIAS	93
5.1.5. PROJETO DE CONTROLE DO TABACO	96
5.1.6. VIVA E DEIXE VIVER	99
5.1.7. ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	101
5.1.8. ACADEMIAS DA PRIMEIRA IDADE	102
5.1.9. ACADEMIAS PARA ESPECIAIS	103

5.1.10. PROGRAMA HORA DO CHÁ	104
5.2. ENTREVISTAS	108
5.3. OFICINA	110
5.3.1. ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE	111
5.3.2. HORTAS COMUNITÁRIAS	115
5.3.3. PROJETO CONTROLE DO TABACO	118
5.3.4. QUADRO DE AVALIAÇÃO DE EFETIVIDADE PARA TOMADORES DE DECISÃO E MATRIZ DA RMPS	123
6. DISCUSSÃO	127
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	137
ANEXOS	147
APÊNDICES	157

## **RESUMO**

O movimento da construção de Municípios Saudáveis provem de uma série de acontecimentos mundiais, sendo uma filosofia que fortalece a execução de ações na promoção da saúde. Em 2003 foi criada a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), no qual Maringá representa o Paraná desde 2005. O objetivo do estudo foi avaliar o processo de implantação de políticas públicas desenvolvidas através da perspectiva da promoção da saúde, após a adesão do município a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Para tal, foi utilizada a metodologia de avaliação rápida, proposta pelo Guia de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde, desenvolvida em três etapas. Primeiramente foi realizada uma pesquisa a documentos produzidos após a adesão de Maringá a RMPS, como relatórios das secretarias do município, documentos impressos, livros, vídeos e sites da RMPS e da prefeitura; além da revisão de artigos sobre o tema abordado. Na segunda etapa foi realizada uma entrevista com “peças-chave” da gestão, abordando questões sobre a adesão da RMPS no município, o papel da intersectorialidade e da participação social, as políticas públicas saudáveis, a sustentabilidade e as informações que gostariam de saber. Por fim, foi realizada uma oficina, utilizando a metodologia de avaliação participativa, envolvendo os integrantes da Comissão Intersectorial do Programa Maringá Saudável, que contempla representantes das secretarias municipais, universidade local, agentes do serviço e usuários, que tiveram alguma interferência na criação e implementação de um projeto/ política pública saudável no município. Durante todo o processo, percebeu-se que foram criados projetos integrados e ações que visavam planejar e colaborar na gestão na perspectiva da Promoção da Saúde, estimulando uma vida saudável e tecendo saúde. Demonstrou-se o esforço coletivo e desenvolvimento de uma administração em rede articulada e integrada, produzindo políticas através da triangulação entre gestão pública, universidades e comunidade. Concluiu-se que uma das formas de se construir políticas públicas saudáveis é através do movimento em rede e de que o processo de avaliação deve estar incluso desde a criação dos projetos para acompanhamento e monitoramento dos mesmos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Promoção da Saúde, Políticas Públicas, Redes.



## **ABSTRACT**

The movement of construction of Health Cities happened through a series of global events, being a philosophy that strengthens the implementation of actions in health promotion. In 2003 the Network of Potentially Healthy Municipalities (NPHM) was created, which Maringá represents Paraná since 2005. The aim of the study was to evaluate the process of implementation of public policy developed in the perspective of health promotion after Maringá joined NPHM. To this end, we used the rapid assessment methodology proposed by the Evaluation Guide to Effective Health Promotion, developed in three stages. We first carried out a search for documents produced after the accession of the RMPS in Maringá, as reports of secretaries in the city, printed documents, books, videos and Web sites of municipal government and RMPS; in addition to the review of articles on the subject. In the second stage it was conducted an interview with "key players" in managing, addressing issues concerning the accession of RMPS in the city, the role of intersectoral cooperation and social participation, healthy public policy, sustainability and the information they would like to know. Finally, a workshop was held, using the methodology of participatory evaluation, involving members of the Intersectoral Commission Maringá Health Program, which includes representatives of municipal departments, local university staff and service users who have had some interference in the creation and implementation of a project / public health policy in the municipality. It was observed that were created projects and actions that aim to assist in planning and management services in the context of health promotion, encouraging healthy living and producing health. It demonstrates the collective effort and development of an administration articulated and integrated, producing policies through triangulation between public administration, universities and community. It was concluded that one of the ways to build healthy public policy is through the movement of network and that the process of evaluation is necessary in the creation of those projects to enable a continuous process of their development and monitoring.

**Key-words:** Health Promotion, Public Policies, Network.



# **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

*Pág.*

ILUSTRAÇÃO 1. ESQUEMA DAS INTERVENÇÕES SOBRE OS DSS BASEADO NO ESQUEMA EXPLICATIVO DE DAHLGREN E WHITEHEAD	41
ILUSTRAÇÃO 2. ESQUEMA DE TRABALHO A PARTIR DA METODOLOGIA DA RMPS	59
ILUSTRAÇÃO 3. TERMO DE ADESÃO ASSINADO PELO PREFEITO DE MARINGÁ NO ANO DE 2005	85
ILUSTRAÇÃO 4. TERMO DE ADESÃO SENDO REAFIRMADO EM MARINGÁ, APÓS RENOVAÇÃO DO MANDATO DO PREFEITO EM 2009	87
ILUSTRAÇÃO 5. CARTILHA DAS ATI INFORMANDO A ADESÃO DE MARINGÁ A RMPS	89
ILUSTRAÇÃO 6. ORIENTAÇÕES AOS USUÁRIOS DAS ATI	90
ILUSTRAÇÃO 7. CARTILHA DAS ATI COM RELATOS DE USUÁRIOS SOBRE OS BENEFÍCIOS ADQUIRIDOS APÓS A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADE FÍSICA	91
ILUSTRAÇÃO 8. ESPAÇO SAÚDE É REALIZADO NOS BAIROS DA CIDADE, REGULARMENTE, OFERECENDO UM CHECK-UP GRATUITO, ORIENTAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE SAÚDE	92
ILUSTRAÇÃO 9. PREFEITO SILVIO BARROS ABRINDO CURSO DE CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS	93
ILUSTRAÇÃO 10. HORTA COMUNITÁRIA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ	95
ILUSTRAÇÃO 11. SEMINÁRIO REALIZADO COM APOIO DO PROGRAMA DAS HORTAS COMUNITÁRIAS	95
ILUSTRAÇÃO 12. PROJETO DE LEI DO CONTROLE DO TABACO DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ	97
ILUSTRAÇÃO 13. CICLO DE ESTUDOS PROMOVIDOS PELO PROJETO DE CONTROLE DO TABACO	98
ILUSTRAÇÃO 14. SEMINÁRIOS E CICLO DE PALESTRAS RELACIONADAS COM O PROJETO DE CONTROLE DO TABACO	98
ILUSTRAÇÃO 15. ESTRATÉGIA DO PROJETO DE CONTROLE DO TABACO PARA A REDUÇÃO DO NÚMERO DE FUMANTES NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ	99

ILUSTRAÇÃO 16. SLOGAN DA CAMPANHA VIVA E DEIXE VIVER DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ	100
ILUSTRAÇÃO 17. CARTAZ E VOLUNTÁRIO NA CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO DO PROJETO VIVA E DEIXE VIVER	100
ILUSTRAÇÃO 18. PROJETO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NAS ESCOLAS MUNICIPAIS E ESTADUAIS	101
ILUSTRAÇÃO 19. TRABALHO DESENVOLVIDO NAS ESCOLAS MUNICIPAIS NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE CONSCIENTIZAÇÃO NO TRÂNSITO	102
ILUSTRAÇÃO 20. ACADEMIA DA PRIMEIRA IDADE EM PRAÇA DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ	103
ILUSTRAÇÃO 21. INAUGURAÇÃO DA PRIMEIRA ACADEMIA PARA ESPECIAIS	104
ILUSTRAÇÃO 22. PALESTRA DO SECRETÁRIO DE SAÚDE SOBRE O PROGRAMA HORA DO CHÁ	105
ILUSTRAÇÃO 23. OUTDOOR NO CENTRO DA CIDADE SOBRE O PRÊMIO NACIONAL PREFEITO INOVADOR 2010	106
ILUSTRAÇÃO 24. CONTRACAPA DE REVISTA DE CIRCULAÇÃO NACIONAL	107

# **LISTA DE QUADROS**

*Pág.*

QUADRO 1. PRINCIPAIS TEMAS ABORDADOS NAS DECLARAÇÕES INTERNACIONAIS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.	38
QUADRO 2. IDENTIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE DO ESTUDO A PARTIR DA FALA DOS ENTREVISTADOS	109
QUADRO 3. INFORMAÇÕES SISTEMATIZADAS DA OFICINA SOBRE OS PROJETOS ATI, HC E PCT	121
QUADRO 4. INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA CONHECIMENTO DOS PROJETOS PELOS PARTICIPANTES DA OFICINA	122
QUADRO 5. MATRIZ PARA MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE PROJETOS COM FOCO NOS INTERESSES DOS TOMADORES DE DECISÃO	124
QUADRO 6. OS SINAIS DE EFETIVIDADE DA MATRIZ DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROJETOS EM DESENVOLVIMENTO NO MUNICÍPIO DE MARINGÁ.	125



## **LISTA DE ABREVIATURAS**

<b>A.P.I</b>	Academia da Primeira Idade.
<b>A.P.E</b>	Academia para Especiais.
<b>A.T.I.</b>	Academia da Terceira Idade.
<b>CEDETES</b>	Centro para Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública.
<b>CDC</b>	Center of Disease Control.
<b>CGDANT</b>	Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis.
<b>CDSS</b>	Comissão de Determinantes Sociais da Saúde
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
<b>CIPMS</b>	Comissão Intersectorial do Programa Maringá Saudável.
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.
<b>CPHA</b>	Canadian Public Health Association.
<b>DMPS</b>	Departamento de Medicina Preventiva e Social.
<b>F.C.M.</b>	Faculdade de Ciências Médicas
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>O.M.S.</b>	Organização Mundial de Saúde.
<b>O.P.A.S.</b>	Organização Panamericana de Saúde.
<b>P.M.S.</b>	Programa Maringá Saudável.
<b>P.N.P.S.</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde.
<b>P.N.U.D.</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
<b>R.M.P.S.</b>	Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.
<b>SPS</b>	Secretaria de Políticas de Saúde.
<b>SVS</b>	Secretaria de Vigilância em Saúde

---

<b>S.U.S</b>	Sistema Único de Saúde.
<b>U.I.P.E.S.</b>	União Internacional de Promoção e Educação em Saúde.
<b>W.H.O</b>	World Health Organization

---

---

## **APRESENTAÇÃO DO TEMA**

---



A disseminação conceitual dos Municípios/Cidades Saudáveis se deu através de uma série de acontecimentos mundiais, à partir dos anos 1980, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma filosofia e também uma estratégia que permite fortalecer a execução de ações de Promoção da Saúde como a mais alta prioridade dentro de uma agenda política local (1).

Entende-se Promoção da Saúde, segundo conceito definido pela Carta de Ottawa (1986) como

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. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... 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 (2).

Anos depois, Buss (3) define a Promoção da Saúde como campo de propostas, idéias e práticas, partindo de uma concepção ampla do processo saúde/doença, que propõe uma atuação conjunta de saberes e práticas de profissionais, técnicos, governos, sociedade, instituições públicas e privadas no enfrentamento e resolução dos vários determinantes que atuam no processo saúde/doença.

No Brasil, o movimento da Promoção da Saúde foi trazido em meados dos anos 1980, sendo alimentada pelos debates ocorridos durante a Reforma Sanitária ocorrida na mesma época. Nos últimos 20 anos, diferentes perspectivas e estratégias sobre a promoção da saúde vêm sendo discutidas em diversos fóruns e encontros nacionais e internacionais, levando finalmente à aprovação, criação e implementação de uma política nacional responsável por definir as diretrizes para a promoção da saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (4).

Assim, em 2006 foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), tendo como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes definidos pelo estilo de vida, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (5).

A PNPS reforça a idéia da criação de redes de compromisso entre as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, para que todos se co-responsabilizem pela qualidade de vida da população e com o cuidado a vida (6).

O Movimento Cidades Saudáveis começou a ter visibilidade no Brasil, no início de 1990, tendo suas primeiras iniciativas realizadas em cidades como: São Paulo, Campinas, Santos, Jundiaí, Sobral, Crateús, Curitiba, Anadia, Maceió e Chopinzinho (7).

O movimento começou a se expandir no ano de 1995, quando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se encontrou em Fortaleza, e pela primeira vez o tema Cidade/Município Saudável foi abordado pela sociedade representativa dos secretários, tendo como fruto final uma carta de intenções, que foi a carta de Fortaleza. Em 1998, ocorreu o I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, sob iniciativa da cidade de Sobral, em conjunto com o Ministério da Saúde, a OPAS e CONASEMS. Finalmente, um ano depois, durante o XV Congresso do CONASEMS, foi lançada a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis que contou com a participação de mais de 40 secretarias municipais interessadas em colocar a saúde na agenda dos governos locais e no processo de tomada de decisões, vislumbrando a perspectiva de atingir os determinantes sociais, ambientais e econômicos dos problemas de saúde (8).

Os princípios da OPAS/OMS do trabalho em rede são fomentar as alianças, a gestão da informação e do conhecimento, bem como a criação de espaços de aprendizagem mútuos e fortalecimento do trabalho em grupo. A Organização cita como um dos exemplos nessa perspectiva no Brasil a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) (9).

A RMPS é um projeto em contínua construção, que tem como principal objetivo viabilizar, ampliar e monitorar projetos e estratégias para que os municípios criem políticas públicas saudáveis, de forma participativa e articulada entre seus membros e representantes, pautada no entrelaçamento de saberes e práticas originadas a partir de cada localidade participante, respeitando suas características e os seus anseios (10).

Entende-se por políticas públicas saudáveis, como aquelas que tem uma grande influência nas condições de saúde da população, assegurando a

proteção dos direitos humanos e de comunidades, famílias e indivíduos dos fatores de risco; além de promoverem condições que garantam a opção por escolhas saudáveis de forma mais acessível (11).

Atualmente, encontram-se inseridos na RMPS 60 (sessenta) Municípios membros, em 6 Estados diferentes (SP, MG, RJ, AM, ES e PR), no qual Maringá participa representando o Estado do Paraná.

A aproximação aos princípios da RMPS pela Prefeitura de Maringá se deu de maneira harmônica, pois a gestão municipal apresentava desejos de colaborar para transformação e *“Fazer de Maringá uma cidade agradável, segura para se viver, alegre e saudável para criar seus filhos e idosos. Uma cidade progressista, boa para trabalhar e fazer negócios. E, para quem não tem o privilégio de viver nela, uma cidade que vale a pena conhecer”* (12).

Para Teixeira (13), a adoção da proposta dos municípios/cidades saudáveis pode ser entendida como uma importante inovação conceitual e organizacional no âmbito da administração pública municipal. Assim como, fomentar a participação dos diferentes atores sociais, criando uma rede que informe, elabore, implemente e avalie as decisões políticas. Tal proposta tornou-se o paradigma de inúmeros projetos de desenvolvimento local qualificados como inovadores e denominados políticas locais consideradas progressistas (14).

Portanto, avaliar estas práticas, considerando seu impacto em processos e resultados, torna-se importante para a tomada de decisão e sustentabilidade das ações.

Como fisioterapeuta sempre acreditei na capacidade do auto-cuidado e no poder das coletividades. Ainda como residente do município de Maringá, presenciei mudanças no estilo de vida da população, inclusive no meu, através da implantação de projetos denominados “promotores de saúde” que aguçaram meu interesse em investigar tais ações.

Durante minha jornada acadêmica fora da graduação, incluindo aprimoramentos e especializações, sempre estive próxima ao tema, mas foi no Mestrado em Saúde Coletiva que tive a oportunidade de conhecer conceitualmente e na prática o que vem a ser a Promoção da Saúde.

Foi oportuna a entrada no mestrado de uma maringaense interessada em contribuir com o município na questão da promoção da saúde e em

colaborar com a RMPS para o estudo de estratégias avaliativas, sendo dessa forma o motivo da realização desta dissertação.

A avaliação em promoção da saúde tem ocupado grande espaço no mundo acadêmico, de funcionários e teóricos que se relacionam com o tema. Estratégias avaliativas em promoção da saúde têm se caracterizado como um desafio metodológico e político, uma vez que isso acontece devido a sua complexidade na elaboração de ações e conseqüentemente em sua avaliação, que deve priorizar a participação dos envolvidos na iniciativa, a multiplicidade de métodos, a adequabilidade do estudo ao contexto local e capacitação dos envolvidos (15,16).

Diante do exposto, realizou-se aqui um estudo de caso no município de Maringá que visa avaliar o processo de implantação de políticas públicas desenvolvidas através da perspectiva da promoção da saúde, após a adesão do município à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis.

Para isso, procurou-se, inicialmente sistematizar a literatura, de forma que, boa parte das referências conceituais relacionadas ao tema fossem abordadas, como os diversos olhares da Promoção da Saúde, as Redes, os Municípios Saudáveis, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Rede de Municípios Saudáveis e o Programa Maringá Saudável, Avaliação em Promoção da Saúde e Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde.

Em seguida, são detalhados os métodos utilizados para coleta dos dados, possibilitando assim a reaplicabilidade do estudo.

Por fim, são demonstrados os resultados obtidos das análises, seguidas das discussões e conclusões sobre o tema abordado.

---

# **CAPÍTULO 1**

## **Revisão da Literatura**

---



## 1.1. Promoção da Saúde e reflexões

Uma abordagem filosófica da saúde nos remete à Antiguidade Clássica, com Hipócrates, quando seu olhar encontrava-se focado no humano e não na patologia, onde o cuidado se dava de forma integral: corpo, alma, natureza e sociedade compreendidos como partes indissociáveis de um todo. No método proposto por Hipócrates em V a.C., descrito em *Corpus Hippocraticum*, a doença nunca é pensada isoladamente, como algo que surge num determinado paciente independentemente de seu modo de vida (dieta, alimentação e exercícios físicos), de sua idade, localidade, das estações do ano e até mesmo dos banhos que tem por hábito tomar. O conhecimento do todo (elementos da natureza, da região, da organização social, dos hábitos) permitiria o conhecimento da parte e suas relações com o todo, buscando, a partir desse conhecimento, o equilíbrio necessário a cada indivíduo e, conseqüentemente, encontrando o equilíbrio total, ou seja, a saúde (17).

Nesta perspectiva, a saúde consistia então, nas relações equilibradas entre as partes que constituem o todo. Assim, uma natureza desequilibrada ou uma sociedade doente pode gerar desequilíbrios ou doenças no ser humano.

No trato do corpo, Platão também recupera a concepção de justa medida da medicina, entendendo-a não em termos quantitativos e aritméticos, mas qualitativos, pois para ele é “impossível compreender e tratar um corpo doente atendo-se apenas e tão somente à doença”. A justa medida proporciona a saúde do corpo porque é o acordo intrínseco do organismo consigo mesmo e com o que lhe é exterior. No caso do homem, sendo alma e corpo, ela deve ser uma justa proporção entre essas duas partes (18).

Com a cisão mente e corpo, promovida pela Modernidade, corpo, alma, natureza e sociedade passam a ser tratados como fenômenos isolados, estudados e abordados de maneira dissociada. Perdemos a dimensão do todo, passamos a enxergar de forma fragmentada, separando o corpo dos demais aspectos com que está implicado, analisando partes do corpo e, nelas, possíveis patologias. Desta forma, o foco torna-se a patologia, a parte do corpo à qual está associada, em detrimento do todo do corpo e das demais dimensões presentes na compreensão integral do ser humano. Com isso, cuidamos da doença e não mais do ser humano (19).

A medicina, partilhando também da herança cartesiana, assume a mesma postura: isola o corpo, secciona-o em partes e ocupa-se das partes doentes (19).

Esse modo de pensar da Modernidade, seccionando, isolando metodologicamente os corpos para estudá-los, levou, por um lado, a uma especialização e, conseqüentemente, a um grande avanço das ciências. É incomparável a quantidade de recursos existentes hoje na área médica. Por outro lado, o conceito de saúde como equilíbrio do todo, foi substituído pela saúde como ausência de doença. O olhar do médico, que era direcionado ao todo, passou a enxergar a parte, e uma parte cada vez menor, até fechar o foco do olhar na doença. O cuidado, que antes era do corpo e da alma, dirige-se agora à doença, à patologia.

O médico que antes se dedicava mais à prevenção, à profilaxia do que à cura, ocupa a maior parte de seu tempo tratando doenças já estabelecidas. O conhecimento das circunstâncias, do ambiente, dos hábitos, da organização familiar e social é deixado em segundo plano, e a investigação via exames laboratoriais é priorizada.

A influência do paradigma cartesiano, reducionista e mecanicista sobre o pensamento médico resultou no chamado modelo biomédico, que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica (19).

Anos se passaram e percebendo que tal modelo biomédico por si só, não conseguiria responder as necessidades de saúde dos indivíduos, a expressão “Promoção da Saúde” foi utilizada no ano de 1946, com Henry Sigerist, que a referia como uma das quatro tarefas essenciais da medicina, ao lado da prevenção de doenças, recuperação de enfermos e reabilitação (20).

Na década de 1970, após o início da crise no setor-saúde, devido aos altos custos da medicina curativa, o Ministro da Saúde do Canadá Marc Lalonde, introduziu o marco conceitual da promoção da saúde, com a criação do Relatório Lalonde. Esse documento esse que explicitava a importância da construção de políticas públicas voltadas à atenção primária e ao desenvolvimento comunitário, definindo quatro grandes eixos do campo da saúde: a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a atenção à saúde (21).

O informe Lalonde chegou a influenciar na época as políticas sanitárias de diversos países, como dos Estados Unidos e da Inglaterra, bem como, na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata (1978), com a “Estratégia de Atenção Primária em Saúde”. Ao término do encontro, foi lançada a Declaração de Alma-Ata, documento este onde se definiu o termo saúde como sendo “*um estado de completo bem-estar físico, mental e social*”, marcando para sempre a nova trajetória da saúde no mundo (22).

Em 1986, foi realizada a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a presença de 35 países e tendo como produto final a Carta de Ottawa, que definiu a Promoção da Saúde como

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. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, 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 (2).

Este documento ainda definiu as estratégias de Promoção da Saúde necessárias para se atingir “Saúde para Todos no Ano 2000” que foram: 1) a criação de políticas públicas saudáveis; 2) a criação de ambientes saudáveis; 3) reforço as ações comunitárias; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais e 5) reorientação dos serviços de saúde.

Com a adesão de países da Europa Ocidental, dos Estados Unidos da América, em seguida dos países da América Latina, outras importantes Conferências Internacionais e regionais aconteceram após a Carta de Ottawa, tendo como produtos a Declaração de Adelaide (1988), a Declaração de Sundsvall (1991), Declaração de Bogotá (1992), a Carta do Caribe (1993), o Relatório de Promoção da Saúde a População do Canadá- CPHA (1996), a Declaração de Jacarta (1997), a Carta de Fortaleza (1998), a Declaração do México (2000), a Carta de São Paulo (2002), a Carta de Bangkok (2005) e a Declaração do Milênio (2000 e 2007) em Nova Iorque e Buenos Aires, onde se firmaram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde (23, 24)

A seguir, podemos acompanhar o quadro,1 que sintetiza os aspectos abordados nestes documentos.

Quadro 1.Principais temas abordados nas Declarações Internacionais de Promoção da Saúde.

<b>Declaração de Adelaide (1988)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>abordou o tema das políticas públicas saudáveis;</li> </ul>
<b>Declaração de Sundsvall (1991)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>acrescentou a temática ambiental na agenda da saúde, ambientes favoráveis à saúde e o desenvolvimento sustentável;</li> </ul>
<b>Declaração de Bogotá (1992)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a promoção da saúde na America Latina foi pautada;</li> </ul>
<b>Carta do Caribe (1993)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> </ul>
<b>Relatório de Promoção da Saúde a População do Canadá (1996)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>caracterizou-se como a emergência de um novo discurso na saúde, intitulado de "saúde da população";</li> </ul>
<b>Declaração de Jacarta (1997)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>atualizou a discussão sobre o "reforço da ação comunitária";</li> </ul>
<b>Carta de Fortaleza (1998)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>apresentou o tema Municípios/ Comunidade Saudáveis no Brasil;</li> </ul>
<b>Declaração do México (2000)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>reforçou a importância das ações de promoção à saúde nos programas e políticas governamentais, no nível local, regional, nacional e internacional;</li> </ul>
<b>São Paulo (2002)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> </ul>
<b>Carta de Bangkok (2005)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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;</li> </ul>
<b>Declaração do Milênio (2000/2007)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>

No Brasil, segundo Campos (25), a Promoção da Saúde aparece com força na década de noventa, quando pesquisadores e intelectuais aderiram à novidade vinda da América do Norte, já que o movimento da Saúde Coletiva, seja pela crítica aguda na época ou pela pequena divulgação no idioma português, havia deixado de lado a novidade importada. Para ele os princípios da Promoção da Saúde e do Movimento da Saúde Coletiva eram similares, pois além de valorizar o bem estar social, enfatizava a estreita relação entre política e o direito à saúde, sendo incorporada nas diretrizes do SUS.

Já para Buss & Carvalho (26), foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada após a ditadura militar, devido ao grande envolvimento de profissionais, gestores e cidadãos, que se firmaram as bases do que se viria denominar Reforma Sanitária Brasileira, cujos princípios e diretrizes, próximas aos conceitos centrais da Promoção da Saúde, foram incorporados na Constituição Federal de 1988, outorgada pela Assembléia Nacional Constituinte.

Devido sua complexidade, a Promoção da Saúde sempre encontrou em seu trajeto uma ambiguidade de concepções provenientes de instituições, grupos de pesquisadores, gestores e técnicos, que trabalham com o conceito (25,27,28,29).

Segundo Paim (29), o termo Promoção significa impulsionar, fomentar, originar, gerar. Refere-se a um conjunto de medidas que não se dirigem a doenças específicas, mas que visam aumentar a saúde e o bem-estar. Implica o fortalecimento da capacidade individual e coletivo para lidar com a multiplicidade dos determinantes e condicionantes da saúde. É necessário ficar claro que prevenção se relaciona as doenças, ou a prevenção de riscos. Para o autor, é preciso ter cuidado com esse termo, porque frequentemente aparece, inclusive em textos técnicos, a Promoção da Saúde com enfoque na prevenção (29).

Este posicionamento tende a afirmar o caráter histórico da Promoção da Saúde descrita pela Carta de Ottawa, sendo às vezes denominado como a “Nova Promoção da Saúde”. Essa visão considera que o movimento da Promoção da Saúde representa um esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios da Saúde Pública; além

de articular o tema da saúde com os temas dos determinantes de saúde e qualidade de vida, afirmando que este ideário representa

...Uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos, estando associada a valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, eqüidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria (30, 3).

A partir desse entendimento, percebe-se que uma pessoa não é somente doente. Ela pode ter componentes sadios, que precisam ser reforçados, mesmo quando sujeitos a multicausalidade das doenças. Essa idéia está presente nessa concepção mais avançada e abrangente de saúde.

Sob outra perspectiva, alguns autores consideram que muitas vezes, discursos da promoção enfatizam intervenções que visam transformar hábitos de vida e que implicitamente, geram uma culpabilização do indivíduo em relação a sua saúde, desresponsabilizando o Estado sobre a qualidade de vida dos cidadãos (31).

Segundo Castiel (32), esta forma de pensar a Promoção da Saúde faz com que se “sustente uma identidade frágil, povoada cada vez mais por um imaginário composto por elementos vinculados a ‘questões de saúde’, cujas causas encontram explicação no meio social vivido, fora do controle dos indivíduos.

Reforça-se assim, a necessidade de substituir a abordagem comportamental da Promoção da Saúde, por uma abordagem ampla dos problemas de saúde, considerando a ação sobre os determinantes sociais, o caráter coletivo, as políticas públicas, a capacidade dos indivíduos e de comunidades, com o uso de estratégias combinadas: individuais, ambientais e políticas (29). A Promoção da Saúde tem papel fundamental na identificação e atuação sobre estes determinantes sociais.

Para esse estudo, considerou-se a mescla dessas duas reflexões, entendendo que a Promoção da Saúde deve somar e focar os determinantes sociais, gerando políticas públicas saudáveis na direção do bem viver.

O olhar à saúde a partir dos determinantes sociais ganhou relevância com a criação, em 2005, pela Organização Mundial da Saúde da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de ratificar a

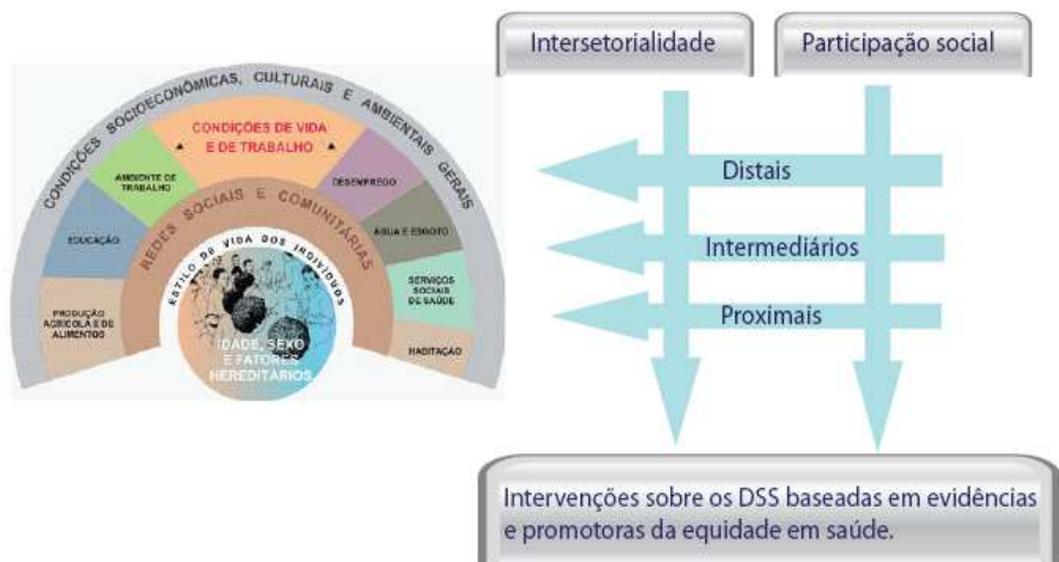
importância dos determinantes sociais na situação de saúde da população e a defesa radical da redução e/ou extinção das iniquidades em saúde (33).

De acordo com a CDSS, os determinantes sociais são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde. A atuação da Promoção da Saúde nos determinantes pode ter um efeito positivo quando fomentam, promovem e colaboram com a qualidade de vida (33).

No Brasil, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) adotou como modelo o esquema explicativo de Dahlgren e Whitehead de 1991. Esse modelo organiza as circunstâncias que constroem nosso modo de viver e nosso processo saúde-doença em diferentes níveis, reunindo aspectos individuais, sociais e macroestruturais (33).

De acordo com o Relatório Final da CNDSS de 2008, as estratégias de intervenção para a promoção da equidade em saúde precisam incidir sobre esses níveis. Num sentido abrangente, a produção da saúde aconteceria pela organização contínua de ações capazes de transformar positivamente os elementos que constroem os nossos modos de viver desde um nível de governabilidade mais próximo ao sujeito até aquele mais distante, que corresponde às políticas macroeconômicas, culturais e ambientais estruturantes da sociedade. Assim, os pilares das intervenções sobre os determinantes sociais de saúde devem se organizar conforme o esquema a seguir (34):

Modelo Adaptado de Dahlgren e Whitehead



Fonte: CARVALHO; BUSS, 2008.

Ilustração 1. Esquema das intervenções sobre os DSS baseado no esquema explicativo de Dahlgren e Whitehead (34, 79).

As ações de Promoção da Saúde, neste enfoque, tendem a resgatar o papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, defendendo ações que levem em conta a importância da articulação intersectorial, das abordagens interdisciplinares e da participação social, condições imprescindíveis para que essas ações sejam efetivadas.

É significativo que a Promoção da Saúde seja frequentemente descrita como um movimento para a mudança, sendo considerada uma corrente pautada pela sociedade em busca de paz, moradia, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (35).

A Promoção na Saúde no Brasil conseguiu ganhar seu espaço nas agendas do setor saúde e sanitário, sendo reforçada pelo SUS no Pacto pela Vida, além de atingir outras esferas do governo, chegando à construção da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006 pelo Ministério da Saúde (6).

## **1.2. A Política Nacional de Promoção da Saúde**

Na Constituição Federal de 1988, o Estado brasileiro 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 (36).

É neste mesmo momento que se dá a Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), comprometida com a integralidade da atenção à saúde, voltando assim, suas ações e serviços para trabalhar pela promoção, proteção e recuperação da saúde, conjuntamente com a descentralização e com a participação social (6).

Foi no processo cotidiano de construção do SUS, com a continua discussão sobre as condições necessárias para uma população mais saudável que a Promoção da Saúde foi ganhando espaço nas agendas do governo.

O apoio ao movimento da Promoção da Saúde pela Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), através do Grupo Temático de Promoção da Saúde, promoveu e desenvolveu uma diversidade de mecanismos de apoio, articulação e comunicação entre os centros de ensino e pesquisa e a comunidade científica da área, e destes com os serviços de saúde, organizações governamentais, não-governamentais e sociedade civil (37).

Em 1998, o Ministério da Saúde (MS) passou por uma reformulação estrutural, onde as ações de Promoção da Saúde foram oficialmente inseridas na Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), que possuía departamentos correspondentes as áreas de formulação, de gestão de políticas e avaliação de políticas de saúde (34).

Segundo Castro et al (34), em 2000, depois que muitas experiências e debates haviam sido realizados, foi elaborado um documento que propunha a criação de uma Política Nacional de Promoção da Saúde. Após nova reestruturação no Ministério da Saúde em 2003, e com a extinção da SPS, a Promoção da Saúde ficou a cargo da Secretaria Executiva, sendo retomado os trabalhos para a criação da política.

O acúmulo de conhecimento efetivado no período de agosto de 2003 a dezembro de 2004, através do amplo processo de discussão entre as áreas do

Ministério da Saúde, com gestores locais do SUS e universidades começou a ser escrita a primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde. No final de 2004, houveram novas mudanças na gestão, ficando a discussão aos cuidados da Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Em 2005 foi instituída a Portaria n. 1190 GAB/MS, criando o Comitê Gestor da Política Nacional, formado por diferentes secretarias e órgãos do Ministério da Saúde, que teve como desafio consolidar proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde (34)

No entanto, foi somente em 2006 que Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 30 de março de 2006 (38).

Essa política nacional defende que a Promoção da Saúde tem como objetivo principal promover a qualidade de vida, e a considera como

...um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (6).

O objetivo geral da PNPS é promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, a saber: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (6).

Em seus objetivos específicos, deixa evidenciado o olhar da Promoção da Saúde na atenção básica, a importância em se ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, promover o entendimento da concepção ampliada de saúde, valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência, contribuir para a elaboração e implementação de políticas públicas integradas, prevenir fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde, 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 (6) .

O documento da PNPS aponta seis diretrizes, que tratam de reconhecer a Promoção da Saúde como uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde; procura estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de Promoção da Saúde; fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário (6).

O documento apresenta também as responsabilidades das esferas de gestão nos seus diferentes níveis – Federal Estadual e Municipal – demonstrando a necessidade da atuação dessas três esferas de governo para o funcionamento da política.

Dentre as atribuições, são apontadas como responsabilidade para o gestor federal, estadual e municipal divulgar a PNPS; promover a articulação com apoio à implantação e supervisão das ações referentes à Promoção da Saúde; pactuar e alocar recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta política; desenvolver ações de acompanhamento e avaliação das ações de promoção da saúde para a instrumentalização de processos de gestão; 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 (6).

O documento é finalizado apresentando as ações específicas para o biênio 2006-2007, que foram prorrogadas até o ano de 2011, sendo as grandes linhas de divulgação e implementação da PNPS, a alimentação saudável, a prática corporal/atividade física, a prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura da paz e promoção do desenvolvimento sustentável (38).

A construção de uma política pública deve além da intenção formal de intervir sobre determinado problema, desencadear mecanismos para assegurar

a execução das propostas através da garantia de recursos financeiros. Assim, pela primeira vez, a Promoção da Saúde passa a fazer parte do Programa Orçamentário no Plano Plurianual (PPA) 2008-2011 do Ministério da Saúde (34).

Para essas linhas, foram disponibilizadas verbas para investimento nas cidades através da área do Ministério de Vigilância em Saúde, estimulando os gestores para a implementação da política. No total foram beneficiados mais de 500 Municípios cadastrados.

A PNPS foi uma iniciativa do governo de trazer a tona a Promoção da Saúde no cenário brasileiro como pauta política nas agendas de governo. Essas concepções fundamentam intervenções e abordagens distintas. Ressaltam, de um lado, a atuação sobre os determinantes socioambientais da saúde e políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações, e reforçam, de outro lado, a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando aos indivíduos, progressivamente, o cuidado com sua saúde.

O Ministério da Saúde investiu na capacitação de gestores e profissionais do SUS, estimulado pela PNPS, com a criação de um curso de extensão em Promoção da Saúde no ano de 2010. Uma nova turma será beneficiada com as discussões do curso em 2011.

Entretanto, na leitura do documento da Política Nacional de Promoção da Saúde é possível identificar essa combinação de abordagens discutida anteriormente sobre a promoção e a prevenção, uma vez que a palavra prevenção aparece como subtítulo de algumas ações específicas priorizadas, como prevenção e controle do tabagismo e prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Para Campos et al. (39), a Política Nacional de Promoção da Saúde só terá maior eficácia se houver:

A construção de ações junto aos modos de vida que apostem na capacidade de auto-regulação dos sujeitos sem que isso signifique a retirada das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida e, ao mesmo tempo, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população (39).

Ao pensar a PNPS é importante considerar as reflexões de Souza (40), ao afirmar que uma política pública é “abrangente e não se limita a leis e regras, trata-se de uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados, envolve processos subsequentes após sua decisão e proposição, ou seja, ela implica também em implementação, execução e avaliação”.

É importante afirmar o marco que foi a criação dessa política sobre o movimento da Promoção da Saúde no Brasil, salientando que a partir dela podemos fazer com que a promoção esteja efetivamente na agenda dos gestores, sendo utilizada a favor de todos os cidadãos.



### 1.3. Caracterização de Redes

A palavra rede vem do latim *Rete*, que significa entrelaçar os fios com aberturas regulares, fixadas por malhas, formando uma espécie de tecido. A visão simbólica desta definição evoca a idéia de processo, devido à própria forma de confecção requerida dos artesãos, onde juntos produzem linhas e pontos de conexões que interconectados por interesses muitas vezes diferentes, geram o tecido que é o propósito comum a todos (48).

O termo redes pode ser observado o tempo todo ao nosso redor, tanto na forma concreta ou abstrata, como as redes de pesca, as redes de computadores, as redes de emissoras de televisão e de rádio, as redes de educação, as redes de lideranças, as redes de saúde, etc.

A temática das redes aparece pela primeira vez no campo acadêmico no início do sec. XX, na biologia que tratava de estudar as teias alimentares, propondo que a rede é o único padrão de organização comum a todos os sistemas vivos: “Sempre que olhamos para a vida, olhamos para as redes” (49).

Em seguida, surgiu nas Ciências Sociais a idéia de que as relações sociais se compõe em forma de redes. Para Castells (50)

Redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades, modificando de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura. Para o autor, elas podem ser consideradas como estruturas abertas, que de modo ilimitado conseguem expandir e se integrar a novos “nós”, sendo altamente dinâmico em busca do equilíbrio (50).

Na busca das interações sociais, as pessoas se relacionam entre si e com o meio em que vivem para descobrir e redescobrir formas de alcançar seus desejos individuais e coletivos, criando canais de transmissão e troca de suas metodologias de ação, resultados e sucessos alcançados (10).

Além disso, as redes devem ser compostas pelas pessoas que queiram participar delas, independentemente de estarem ou não representando instituições, pois redes não são coletivos de representação, mas de participação direta ou de interação, sem mediações de instituições hierárquicas (51).

Nesta perspectiva podemos dizer que redes são redes de pessoas, conectam ou vinculam pessoas. Portanto, é necessário conectar as pessoas diretamente à rede, mesmo que essas pessoas ainda imaginem estar ali representando suas instituições. Ocorre que um membro conectado à rede não pode ser substituído por outro membro da mesma instituição, pois nenhuma pessoa é substituível, devendo ser composta por pessoas que queiram participar delas (51,52).

Segundo Castells (50), a nossa sociedade atual pode ser apropriadamente chamada de sociedade em Rede, uma vez que a presença da rede ou sua ausência e a dinâmica de cada rede em relação às outras são fontes cruciais de denominação e transformação de nossa sociedade. Essas redes são sistemas compostos por “nós” e conexões que representam sujeitos sociais conectados por algum tipo de relação.

Já Adulis (53), compartilha da idéia de que *“o agrupamento de indivíduos ou organizações em uma rede depende da percepção de que existam objetivos ou interesses compartilhados que possam ser alcançados através do processo de interação deste no âmbito da própria rede”*.

No entanto, ao participar de uma rede, isso não significa abrir mão da capacidade crítica, de opinar e de pensar diferente. Para Rocha (48), a maior e mais importante característica de uma rede é a possibilidade que se tem de organizar-se socialmente enquanto uma estrutura descentralizada, onde os nós podem, simultaneamente, ocupar diferentes posições, dependendo dos interesses e dos temas abordados.

Ainda segundo Adulis (53) e Rocha (48), as redes quando não hierarquizadas com rigor, possuem vantagens em relação às organizações tradicionais, tais como o surgimento de iniciativas descentralizadas na medida em que os membros podem iniciar processos de comunicação e troca; têm maior flexibilidade frente à mudanças; possibilitam acomodar diversidade e diferenças, favorecem a inovação; propiciam a troca de conhecimento e construção coletiva; criam condições para produção de conhecimento conjunto; abrem múltiplos canais de comunicação que facilitam a transmissão de informações e idéias e são mais flexíveis, possibilitando a entrada e saída de membros e a adaptação a novos contextos.

A potência das redes, portanto, está diretamente relacionada à capacidade delas de favorecer a circulação e a troca de informações, o compartilhamento de experiências, a colaboração em ações e projetos, o aprendizado coletivo, o fortalecimento de laços entre seus membros e, sobretudo, a ampliação do poder de decisão dos vários nós que as constituem (54, 61).

A facilitação ou dinamização de uma rede é uma tarefa árdua e cotidiana que preconiza o exercício do diálogo e da troca como matéria primordial para o desenvolvimento de pessoas.

As redes podem ser classificadas em redes temáticas, regionais e organizacionais. As redes temáticas se organizam em torno de um tema, segmento ou área de atuação das entidades (ou indivíduos) participantes; as redes regionais formadas a partir de uma determinada região ou sub-região, existindo entre elas um ponto comum de aglutinação; as redes organizacionais são, em geral, aquelas vinculadas a uma entidade supra-institucional, que congrega instituições autônomas filiadas (federações, confederações, associações de entidades, fóruns, etc.) ou organizações complexas, compostas, por exemplo, de várias unidades autônomas e/ou dispersas pelo território (54).

Contribuindo para a discussão de redes, mais especificamente sobre redes de atenção em saúde e os sujeitos pertencentes a elas, Campos (55) em sua teoria Paidéia reconhece dois fatores básicos quando da constituição de situações ou de sujeitos: o “interesse” e o “desejo”. Para ele, o “interesse,” é um conceito racionalista onde admite-se a capacidade de cálculo do sujeito em função de resguardar a própria sobrevivência física e social. Já o “desejo” seria uma tendência psíquica do sujeito de buscar o prazer, com certo grau de independência de sua própria sobrevivência; não se subordinando completamente à racionalidade do interesse, ainda que esta esteja presente em diferentes graus conforme o sujeito e o contexto específico. A agregação desses dois conceitos é de grande utilidade para a construção de intervenções concretas, seja no campo da clínica ou da saúde pública.

A Promoção da Saúde pode ser entendida como um campo teórico-prático-político, pois em sua composição apresenta os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária, delineando-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 até os níveis de atenção do sistema de saúde, reforçando os movimentos em Rede que trabalham a partir da manifestação social e dos desejos individuais e coletivos (25).

O desenvolvimento de redes, principalmente na área da saúde, pressupõe sair da lógica do atendimento curativo, geralmente de patologias de menor complexidade, pois além do acesso universal e do cuidado integral, que devem ser contínuos e resolutivos, as redes auxiliam a partir do momento em que acredita-se que as respostas também podem ser construídas pelas pessoas envolvidas na situação. As redes pressupõem o olhar da dependência, autonomia, saber popular, senso comum, saberes científicos, núcleos e campos profissionais. Sendo uma construção coletiva. (56, 57).

A Organização Pan-Americana de Saúde refere que redes são mecanismos que permitem o intercâmbio de informações e experiências e valorização do processo de comunicação e que também faz a perpetuação do conhecimento dos atores sociais envolvidos. Reforça que as redes oferecem diferentes vantagens como: ajudam a criar relações confiáveis como base para compartilhar informações e conhecimento; servem para unir governo, sociedade civil, setor privado e organizações não governamentais; permitem uma maior compreensão das necessidades e agendas; favorecem espaços para criatividade e contribuem para a tomada de decisões (9).

Os princípios da OPAS/OMS para o trabalho em rede são fomentar as alianças, a gestão da informação e do conhecimento, o fortalecimento do trabalho em grupo, bem como a criação de espaços de aprendizagem mútuos. Um dos exemplos citados no Brasil é RMPS (9).

## 1.4. O Movimento Municípios/Cidades Saudáveis

A disseminação conceitual dos Municípios/Cidades Saudáveis deu-se através de uma série de acontecimentos mundiais, sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) uma filosofia e também uma estratégia que permite fortalecer a execução das atividades de promoção da saúde como a mais alta prioridade dentro de uma agenda política local (1).

Os principais pressupostos para a criação do movimento Municípios/Cidades Saudáveis tem sua origem relacionadas às antigas preocupações do movimento sanitário europeu do século XIX. Foi nessa época, que Ebenezer Howard desenvolveu o projeto “Cidade Jardim” na Inglaterra, onde propunha mudar a situação de pobreza local através de recomendações de ar limpo, transporte público, proibição de álcool e tabaco e a criação de hospitais (58).

Em 1978, inicia-se novamente a proposta de construção de cidades saudáveis em Toronto, no Canadá, após o lançamento do informe *A saúde pública nos anos 1980*, pelo comitê de planejamento local (7).

Em 1984, outro evento aconteceu para avaliar os progressos em termos de saúde da população canadense, após 10 anos da publicação do Informe Lalonde, sendo firmados os princípios de uma nova proposta de promoção da saúde, orientada pela participação social no processo de tomada de decisão sobre as ações de saúde, pela sustentabilidade ambiental e por objetivos de busca da equidade, através de ações intersetoriais. Ao final deste evento, Leonard Duhl, psiquiatra da Universidade de Berkley formulou o ideário de “*Cidades Saudáveis*” como uma utopia a ser alcançada, sendo esta estratégia e os princípios de promoção da saúde, recém formulados, adotados e colocados em prática em muitas cidades canadenses e européias (59).

Em seguida, a comunidade européia reconhece a importância da democratização no planejamento de uma cidade saudável, disseminando a idéia entre os países de seu continente. Sabe-se que atualmente, mais de 1.000 cidades e municípios de 30 diferentes países estão diretamente ligados pela WHO European Healthy Cities Network (60).

Na América Latina essa ação teve início no final dos anos 1980, sobre os cuidados da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), logo espalhando entre os países inúmeras

iniciativas para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local, tornando-os municípios saudáveis (7).

O Movimento Cidades Saudáveis começa ter visibilidade, no Brasil, no início de 1990, e a se expandir no ano de 1995, quando o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) se encontrou em Fortaleza, e pela primeira vez o tema Cidade/Município Saudável foi abordado pela sociedade representativa dos secretários. Em 1998, ocorreu o I Fórum Brasileiro de Municípios Saudáveis, sob iniciativa da cidade de Sobral, em conjunto com o Ministério da Saúde, a OPAS e CONASEMS. Finalmente, um ano depois, durante o XV Congresso do CONASEMS, foi lançada a Rede Brasileira de Municípios Saudáveis que contou com a participação de mais de 40 secretarias municipais interessadas em colocar a saúde na agenda dos governos locais e no processo de tomada de decisões, esperando-se atingir os determinantes sociais, ambientais e econômicos dos problemas de saúde (8,47).

Entretanto, segundo Buss & Carvalho (26) o movimento de Municípios /Cidades Saudáveis no Brasil não atingiu o realce necessário para ter representação política vigorosa. Os autores ainda citam algumas iniciativas desenvolvidas no país, como a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, criada em 2003 e que tem como seu principal objetivo viabilizar, ampliar e monitorar projetos e estratégias para que os municípios criem políticas públicas saudáveis, de forma participativa e articulada entre seus membros e representantes, pautada no entrelaçamento de saberes e práticas originadas a partir de cada localidade participante, respeitando suas características e os seus anseios (61).

Outra iniciativa citada é o Movimento por Cidades e Municípios Saudáveis, sob a liderança da Faculdade de Saúde Pública da USP, o qual constituiu-se desde o ano 2000 em uma rede de seis municípios (Bertioga, Itaoca, Lins, Motuca, Ribeira e São Paulo) reunidos em torno do conceito e práticas das cidades saudáveis, tendo como campo de atuação a pesquisa, capacitação, intervenção e avaliação (62).

Em Pernambuco, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e outros parceiros lançaram, no ano de 2005, a iniciativa Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil, com seis municípios (63).

Como parte da estratégia de gestão pública municipal com base nos pilares da Promoção da Saúde, como a intersectorialidade, a Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba vem se desenvolvendo, desde 2003, baseada na parceria com universidades, empresas, escolas e ONGs da cidade (64).

Entende-se aqui, que o conceito de ambientes saudáveis incorpora o saneamento básico, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para obter recintos psicossociais sadios e seguros, isentos de violência, como o abuso físico, verbal e emocional (65).

Outra iniciativa baseada na Promoção da Saúde foi a Rede de Comunidades Saudáveis do Rio de Janeiro, criada em 2005 que reúne mais de 100 comunidades (26).



## **1.5. A Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis**

A Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS) foi criada no ano de 2003, e é um projeto em construção baseada no entrelaçamento de saberes e práticas originadas a partir de cada localidade participante, respeitando suas características e os seus anseios (61, 66).

Esse projeto é vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DMPS/FCM/UNICAMP) e conta com o apoio técnico da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS), da Faculdade de Engenharia Civil, Arquitetura e Urbanismo da UNICAMP e dos seus Municípios membros.

Atualmente, encontram-se inseridos no projeto da RMPS 60 (sessenta) Municípios membros, em 6 Estados diferentes (SP, MG, RJ, AM ES e PR) que comunicam-se presencialmente e virtualmente, no qual Maringá participa representando o Estado do Paraná.

O seu objetivo é o de colaborar na construção das políticas públicas saudáveis integradas de forma participativa e articulada considerando diferentes áreas e pessoas envolvidas na gestão pública de um determinado município, possibilitando reflexões do tema através da criação de espaços coletivos nos municípios e na academia envolvendo representantes das comunidades (66).

A RMPS estimula a triangulação entre Universidade, Governo e Comunidade local, se mostra produtiva, pois tem criado agendas integradas nos diferentes locais gerando para a universidade um campo fértil para pesquisa, ensino e extensão.

Diferentes estratégias de Promoção da Saúde são constatadas na RMPS. 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 (61).

As prioridades dos governos municipais ligados à Rede estão agrupadas em cinco eixos temáticos, que são o desenvolvimento de ações voltadas aos resíduos sólidos e qualidade da água, construção da paz, atividades físicas, estímulo à ambientes livres do tabaco, escolas promotoras de saúde, alimentação saudável, geração de renda e emprego; buscando a interface com os temas do Plano Diretor da cidade.

Ao fazer parte do projeto da RMPS o Prefeito membro tem que assinar um Termo de Compromisso que define as obrigações dos participantes em assumir o cumprimento dos objetivos estabelecidos pela Rede; indicar representante(s) para a interlocução com a coordenação da rede; nomear um comitê de implantação e monitoramento dos projetos vinculados à rede; fortalecer a participação popular na construção das políticas públicas; mobilizar os diferentes segmentos da sociedade visando a construção da Rede local; desenvolver um projeto de governo único e integrado, através da intra, inter e transetorialidade; e desenvolver ações de cooperação intermunicipal.

A RMPS trabalha com diferentes formas de abordar conteúdos definidos por seus participantes dela: encontros, fóruns, seminários e cursos. Faz parte da sua metodologia de trabalho a Universidade participar com seus professores e pesquisadores nos processos de discussões que enfatizam as prioridades elegidas pelos governantes e a sociedade civil dos diferentes municípios, buscando inclusive definir prioridades coletivas e regionais. E ainda, realizar cursos para gestores dos municípios no início de cada gestão (a cada 4 anos) com o objetivo de que estes gestores adquiram conhecimentos de promoção da saúde e desenvolvimento local saudável e sustentável, certificado pela Universidade e que sistematizem formas de elaboração de projetos articulados e integrados de governo, nos quais contemplem a promoção da saúde (61).

O processo metodológico proposto pela RMPS (vide ilustração 2), consiste em juntamente com a comunidade e a gestão realizar a elaboração de agendas articuladas, para o mapeamento dos desejos coletivos e individuais, o mapeamento dos projetos já desenvolvidos pela Prefeitura ou em andamento, a organização dos dados existentes nos municípios e pertinentes à gestão, a elaboração do quadro de priorização. Cursos, seminários, fóruns, encontros

também são realizados para possibilitar a construção coletiva da gestão integrada, aproximando o plano de governo do Prefeito, criando-se políticas públicas saudáveis. Por fim, fica a cargo do comitê local o monitoramento em rede dos resultados, sempre auxiliados pelos pesquisadores da RMPS.

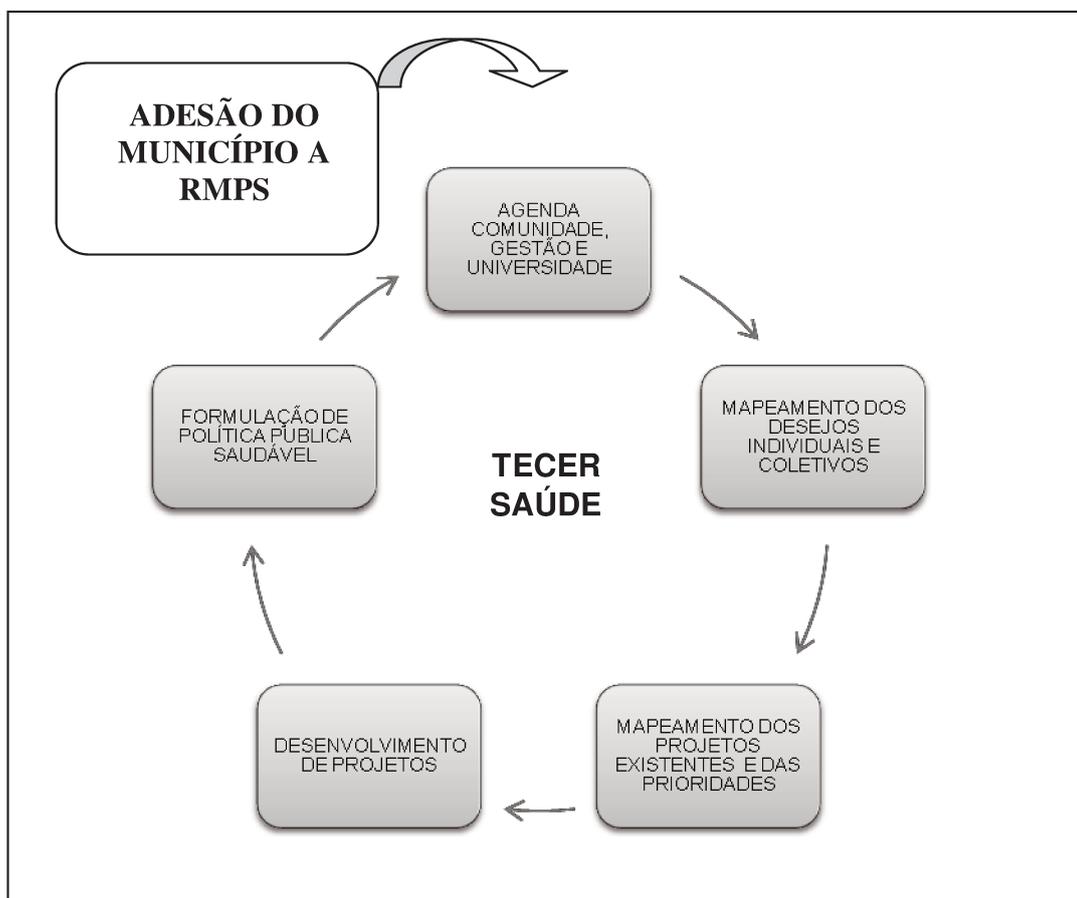


Ilustração 2. Esquema de trabalho a partir da metodologia da RMPS (67).

Desde sua criação, a Rede já realizou 50 encontros e oficinas e 8 seminários; propiciou o intercâmbio com 4 missões internacionais e viabilizou a publicação de 8 livros, com o registro do conhecimento de diversos especialistas colaboradores, assim como o registro de ações de Municípios participantes na construção de políticas públicas saudáveis e integradas (66).

Desde o ano de 2010, a Rede tem aplicado como pré-teste nos municípios participantes, um instrumento construído com base no Guia de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde (43), denominado de Matriz de avaliação do processo de implantação da RMPS, ainda em fase de validação.

O grande desafio da RMPS é o de reunir a fragmentação das partes e dos diversos setores envolvidos para construir uma lógica comum, atendendo as necessidades locais, pré-definidas pelos envolvidos. A OPAS cita a RMPS como um dos exemplos de trabalho em rede, com enfoque na perspectiva da promoção da saúde no Brasil (9).

## 1.6. Avaliação em Promoção da Saúde: *um breve relato*

A Política Nacional de Promoção da Saúde propõe que a atividade da avaliação em Promoção da Saúde não deve ser considerada uma ação isolada, mas sim, uma das etapas do processo de planejamento de políticas e programas governamentais, pois gera informações que possibilitam novas escolhas e analisa resultados que podem sugerir a necessidade de reorientação das ações para o alcance dos objetivos traçados (6).

Entende-se por avaliação como

Uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar, de maneira válida e confiável, dados e informações suficientes e relevantes para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa, ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, se realizaram ou se realizarão (41).

Segundo Worthen et al (42), a avaliação envolve a identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor (mérito), a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios. De acordo com Aguilar & Ander- Egg (41), a avaliação tem como propósito produzir efeitos e resultados concretos, comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma que sirva de base ou guia para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou ao fracasso de seus resultados.

Quanto às funções da avaliação, autores como Aguilar & Ander- Egg e Worthen et al. (41,42) usam duas perspectivas, definindo a avaliação como tendo caráter formativo ou somativo. A avaliação somativa permite determinar o grau de alcance dos objetivos, e a avaliação formativa é aquela que gera subsídios para o aperfeiçoamento, mais relacionada aos procedimentos adotados na fase de execução e cuja realização seria muito importante para a consecução da primeira.

Essas definições ressaltam a importância de se delinear metodologias de avaliação em Promoção da Saúde. Muitos teóricos, acadêmicos e profissionais envolvidos com a promoção têm ressaltado a complexidade e

importância da avaliação para a elaboração, implantação, implementação e manutenção de políticas públicas uma vez que se leve em conta as características do território onde ela ocorre.

O processo de avaliação desperta interesses tanto aos gestores, para que julguem o êxito de seus projetos e aloquem recursos, quanto para a comunidade beneficiada e os profissionais envolvidos na promoção da saúde, pois oferece informação para comparação com os objetivos propostos, além de dar subsídio para que garantam a sua continuidade e favoreçam o empoderamento (15, 43, 44).

Segundo Franco de Sá & Moysés (45), a avaliação em Promoção da Saúde atua claramente nas dimensões políticas e sociais, uma vez que, pode ser considerada uma estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades para a ação.

Para este estudo, entende-se que o empoderamento é um dos conceitos centrais da promoção da saúde, estando centrado na comunidade local, uma vez que busca reequilibrar a estrutura de poder dentro da sociedade, fazendo com que Estado, sociedade civil e corporações empresariais sejam co-responsáveis pelo espaço onde vivem, sendo atuantes na transformação da realidade (45).

No Brasil, a avaliação de projetos, programas e políticas públicas aparece significativamente nos anos 1980 e 1990, revelando aspectos positivos e negativos para o funcionamento dos mesmos, baseados na eficiência, eficácia e efetividade. Quase sempre, tais avaliações seguiram padrões adotados pelos Norte-Americanos e Europeus (44).

Para Bodstein (46), a avaliação participativa inspira claramente as estratégias avaliativas em Promoção da Saúde, pois esta é impulsionada pela necessidade de se alargar a compreensão da natureza social dos programas e intervenções rotuladas de 'promotoras de saúde'.

Para a iniciativa de Municípios e Cidades Saudáveis, a avaliação participativa promove a participação ativa e organizada dos 'atores-chave' envolvidos em todas as etapas da avaliação, garantindo à comunidade, gestão, academia e demais envolvidos no projeto, a possibilidade de continuamente acompanharem seus resultados, garantindo o intuito de melhorar sua saúde e qualidade de vida (47).

Entre os anos de 2004 e 2005, ocorreu no Brasil a aplicação do Guia de Avaliação Participativa de Municípios e Comunidades Saudáveis: recursos práticos para a ação, proposto pela OPAS. O teste do Guia, no Brasil, envolveu diversas instituições de diferentes Cidades e Estados do país (Rio de Janeiro; São Paulo; Curitiba; Tocantins; Campo Grande; Goiânia; Recife e Campinas). Foi o primeiro estudo multicêntrico sobre a temática no país e resultou de uma parceria entre a OPAS, Representação Brasil, Ministério da Saúde e instituições participantes (15,44)

Segundo Westphal & Mendes (44), o teste do Guia demonstrou que alguns grupos conseguiram avançar mais do que outros, envolvendo de fato os participantes da iniciativa e obtendo dados úteis para as iniciativas que foram avaliadas, porém ficou evidente a dificuldade em envolver concretamente a participação social.

Outra iniciativa de construção metodológica de avaliação com enfoque na efetividade e na Promoção da Saúde na América Latina foi proposta por Salazar (43), onde busca-se definir a capacidade de uma iniciativa para alcançar seus objetivos, quando implementada sob condições não controladas.

A metodologia denominada de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde- Guia de Avaliação Rápida, tem como objetivo realizar a avaliação da efetividade de intervenções em promoção da saúde.

Nele encontramos elementos conceituais, estratégicos e metodológicos para obter informação como resposta a necessidades e demandas dos responsáveis pela saúde da população e alocação de gastos em saúde.

É por isso que os principais usuários dos resultados da avaliação rápida são os “tomadores de decisão”, nos seus diferentes níveis, contextos e momentos políticos, mediados pela urgência de obter dados para justificar suas ações.

Isso demarca as características centrais deste tipo de avaliação: a alta probabilidade de que os resultados serão utilizados, o tempo limitado para a execução, utilização de indicadores relevantes e confiáveis de acordo com os interesses dos tomadores de decisão, influencias do contexto e cenário político para as decisões tomadas, utilidade para responder a perguntas que são consistentes com o estágio de desenvolvimento da intervenção, e a utilização de estratégias para maximizar o uso dos recursos disponíveis.

Segundo os autores do guia, esse tipo de avaliação pode tornar-se uma proposta estratégica para reduzir a diferença entre informação e ação, em que os fatores relacionados com a pertinência e a qualidade da informação, tempo e custo para produzir, combinam para dar uma resposta técnica a um fim político (43).

Este guia é o resultado de avaliações do Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologias em Saúde Pública (CEDETES), em diferentes intervenções de promoção da saúde, sendo testado pela América Latina no Programa de Treinamento em Metodologia de Avaliação Rápida da eficácia das intervenções em Promoção da Saúde, que aconteceu em Cali, na Colômbia, com o apoio da, UIPES, CDC e OPAS.

O Guia de Avaliação Rápida consiste em fornecer ferramentas metodológicas para sua aplicação, bem como exemplos e reflexões sobre diferentes aspectos. Ele aborda os fundamentos e as expectativas do método proposto, possibilitando ao usuário uma visão crítica sobre sua abordagem, e que assim possa refletir sobre este e outros métodos de avaliação.

Uma avaliação em Promoção da Saúde, com enfoque no movimento de Redes de Municípios e Comunidades Saudáveis, torna-se complexo uma vez que se trata da interligação de diferentes territórios, pessoas, projetos, valores e desejos.

É importante salientar que em projetos de Promoção da Saúde uma abordagem metodológica que envolva a avaliação de processos e resultados, garante uma reconstrução de pensamento, o tempo todo, em torno do projeto, levando em consideração a realidade enfrentada pelos atores envolvidos.

---

**(2)**

**OBJETIVO GERAL**

---



Sistematizar o processo de a implantação de políticas públicas desenvolvidas através da perspectiva da Promoção da Saúde, no município de Maringá, após a adesão à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis em 2005.



---

**(3)**  
**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

---



- Descrever o processo de adesão do município de Maringá à Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis;
- Mapear os projetos e políticas públicas saudáveis desenvolvidas no município;
- Analisar a percepção dos atores envolvidos no processo de construção desses projetos;
- Aplicar a Matriz de acompanhamento e avaliação da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, dos projetos em desenvolvimento no município de Maringá.



---

**(4)**  
**MÉTODO**

---



Para a realização desta pesquisa, definida como um estudo de caso, de caráter quali-quantitativo, foi utilizado como instrumento metodológico “Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde - Guia de Avaliação Rápida”, desenvolvido por Lígia de Salazar e seus colaboradores do Centro para Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública da Universidade do Valle na Colômbia (CEDETES), com o apoio dos Centros de Prevenção e Controle de Enfermidades de Atlanta (CDC) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (43).

O Guia é apresentado da seguinte forma:

1. elementos conceituais de apoio: responsável por fornecer insumos para caracterizar a intervenção proposta ou a promoção da saúde que se destina a avaliar, selecionar a série de questões, projetos e métodos adequados para atender sob a premissa da Avaliação Rápida.

2. Sete seções de atividades: as atividades tem como proposta inicial caracterizar a intervenção como sendo de promoção da saúde, estudar a viabilidade e factibilidade da avaliação, definir o alcance da avaliação, definir as fontes e métodos para coleta dos dados, realizar o trabalho de campo, processar e analisar a informação e por fim, a comunicação dos resultados e tomada de decisões.

3. Na bibliografia, encontramos diversas referências para aprofundar os temas abordados no Guia.

4. E nos anexos, fica disponível um material de apoio sobre os conceitos e a sistematização da experiência de como escrever artigos científicos.

Para a autora, a avaliação de efetividade em promoção da saúde apresenta muitos desafios técnicos, políticos e culturais, por tentar avaliar um processo político de construção de capacidades para proteger e manter a saúde de forma coletiva. Assim, esta proposta metodológica deve buscar desenvolver métodos de avaliação de processos de trabalho, sobre os efeitos na saúde e bem-estar da população (16).

Outros métodos como análise documental, entrevistas e oficina foram utilizados na coleta de dados.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Maringá, integrante da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, desde o ano de 2005,. A

gestão municipal e a RMPS sentiam a necessidade de articular a avaliação nos projetos desenvolvidos desde sua adesão.

O primeiro momento da pesquisa, consistiu na sistematização dos dados, após a realização de uma coleta de dados em busca de informações sobre o município de Maringá, o processo de adesão a RMPS, o desenvolvimento dos projetos e suas implementações e implantações, ocorrendo no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010.

Em um segundo momento, foi preparado um roteiro de perguntas para a realização de entrevistas com as “peças-chave” da gestão.

No terceiro momento da pesquisa, foi preparada uma Oficina com o intuito de trabalhar o tema da avaliação de efetividade em promoção da saúde com o Comitê Intersetorial do Programa Maringá Saudável.

Foram analisados os materiais coletados juntamente com as transcrições das entrevistas e da oficina.

Será apresentado cada etapa descrita para a realização deste estudo, que foram a análise documental, as entrevistas com “peças-chave e a oficina de avaliação de efetividade em promoção da saúde.

#### **4.1. Análise Documental**

Os documentos utilizados para análise foram levantados no período de 2005/ 2010 por meio das Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Transportes, Esportes, Assistência Social e Meio-Ambiente do município de Maringá, através do Programa Maringá Saudável. Ainda foram consultados os documentos, livros e site da RMPS; o site oficial da Prefeitura Municipal de Maringá; documentos impressos da Prefeitura como o plano de gestão 2005/2008- 2009/2012, a revista Maringá Ensina de 2008/2010 e uma série de fotografias selecionadas.

#### **4.2. Entrevistas com “peças-chave”**

Em um segundo momento foram realizadas entrevistas com “peças-chave” da gestão identificadas como sendo o Prefeito do município de Maringá, Secretário de Saúde e a Coordenadora do Programa Maringá Saudável, com o intuito de contribuir para um melhor entendimento do objeto em questão, a partir da incorporação do discurso desses informantes.

O questionário produzido para condução das entrevistas (apêndice 6) , realizadas pela pesquisadora em questão, continham cinco questões referentes à: 1) avaliação feita da adesão de Maringá a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis; 2) o papel da intersetorialidade e da participação social no desenvolvimento dos projetos/ políticas implementados; 3) os projetos/ políticas públicas saudáveis que durante a gestão beneficiaram a população na perspectiva da promoção da saúde; 4) as estratégias desenvolvidas para garantir a sustentabilidade dos projetos/ política e 5) as informações/ dados referente aos projetos/ políticas que gostariam de obter.

#### **4.3. Oficina com a Comissão do Programa Maringá Saudável**

Neste terceiro momento da pesquisa foi realizada uma oficina, utilizando a metodologia de avaliação participativa, envolvendo os integrantes da Comissão Intersetorial do Programa Maringá Saudável (CIPMS), que contempla representantes das secretárias municipais, universidade local,

agentes do serviço e usuários, que tiveram alguma interferência na criação e implementação de um projeto/ política pública saudável no município.

Todos os representantes foram convidados formalmente por e-mail e telefone para participarem dos trabalhos da oficina.

As etapas dos trabalhos programadas para serem realizados durante a oficina seguiram a seguinte ordem: 1) Caracterizar a intervenção, 2) Definição da pergunta de avaliação; 3) Definição do marco lógico; 4) Informações do contexto histórico-político; 5) Avaliação do processo (resultados esperados, propósitos e objetivos da avaliação, indicadores, reflexão sobre os conceitos-chave da promoção da saúde, grau de conhecimento e aceitação dos projetos, aspectos que gostariam de conhecer para avaliar o desempenho do programa, solidez e relevância com a teoria que sustenta o programa e o quanto se identificam com o programa e 6) identificação participativa das perguntas.

A intenção da oficina foi analisar a percepção dos atores envolvidos com base em questões que abordem a modificação e obtenção de estruturas nos diferentes setores para o funcionamento do projeto, o processo que foi ou tem sido desenvolvido para a obtenção de resultados relacionados à participação social, intersetorialidade, criação de ambientes saudáveis, políticas públicas saudáveis e sustentabilidade.

Após a transcrição das entrevistas e da oficina realizada com o CIPMS, este material foi sistematizado e analisado pelo modelo de análise de conteúdo.

De acordo com Bardin (68), a análise de conteúdo permite explicitar e sistematizar o conteúdo das mensagens e a expressão desses conteúdos, a partir de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos ao conteúdo das mensagens e à expressão dos mesmos.

A análise de conteúdo busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, trabalha com o conteúdo do texto na tentativa de compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo expresso no material em análise (69; 70).

A leitura atenta deste material, exploração do material, segundo Minayo (71) “*consiste essencialmente na operação de decodificação*”. Nessa fase os dados foram classificados e reunidos em categorias de acordo com a semelhança das informações e com base no referencial teórico dos pilares da

Promoção da Saúde. Foram identificadas nas falas dos participantes as seguintes categorias: participação social, políticas públicas saudáveis, sustentabilidade, intersetorialidade e criação de ambientes saudáveis e boa governabilidade.

O produto final das oficinas foi o exercício de preenchimento da matriz de avaliação da RMPS, que consiste na sistematização dos sinais de evidência dos projetos desenvolvidos; e do quadro proposto pelo Guia de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde, que possibilita orientar e dar suporte aos tomadores de decisão envolvidos nos projetos.



---

**(5)**

**RESULTADOS**

---



Os resultados aqui apresentados são produtos da análise dos conteúdos recolhidos conforme descrição apresentada nos métodos. Eles foram estudados após seleção e transcrição, buscando informações relevantes para que a avaliação acontecesse.

### **5.1. Análise Documental**

Os resultados da leitura de diferentes documentos utilizados como referência apresentaram o contexto político local, o processo de adesão a RMPS e os projetos desenvolvidos, como veremos a seguir.

A Cidade de Maringá, localizada ao norte do Paraná, completou 63 anos no dia 10 de maio de 2010, e mesmo sendo um dos municípios mais novos do país, seus números são surpreendentes. Com uma população de 357.117 habitantes, sua extensão territorial é de 486, 433 km<sup>2</sup>; seu PIB é o 6º maior do Paraná com R\$ 4.618.506.000,00 (72, 73).

Dos domicílios existentes, 99% estão ligados à rede de água encanada, luz elétrica e cobertura de coleta de lixo; 71,2% possuem cobertura de rede de esgoto. São mais de 25 m<sup>2</sup> de área verde por habitante, considerando-se apenas as árvores nas ruas. A taxa de alfabetização é de 94,6%, com 5,4% da população acima de 15 anos analfabeta. Sua classificação no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) é como município de alto desenvolvimento humano, com IDH de 0,841(72).

No que se refere à área da saúde pública, o município apresenta cobertura maior que 70% da população pelo Programa Saúde da Família (271.390 habitantes), tendo investido nos últimos 6 anos mais de 20% do orçamento total em saúde, possuindo 24 (vinte e quatro) Unidades Básicas de Saúde, duas Policlínicas, um Ambulatório de Saúde Mental, dois Centros de Atenção Psicossocial, um Hospital Municipal e um Hospital Universitário (74).

A missão do governo municipal na gestão 2005/2008- 2009/2012, descrita no plano diretor é *“Fazer de Maringá uma cidade agradável, segura para se viver, alegre e saudável para criar seus filhos e idosos. Uma cidade progressista, boa para trabalhar e fazer negócios. E, para quem não tem o privilégio de viver nela, uma cidade que vale a pena conhecer”* (12).

No início do ano de 2005, visando modificar conceitos antigos sobre saúde na cidade, foi criado o Programa Maringá Saudável (PMS), responsável por defender a idéia de que “saúde começa com prevenção”. No dia 07 de abril do mesmo ano, foi realizado o primeiro evento do PMS, alusivo ao Dia Mundial da Saúde, onde pretendia-se divulgar a importância da atividade física e uma alimentação saudável para uma boa qualidade de vida, com uma caminhada seguida de café da manhã com frutas, que reuniu mais de 2 mil pessoas.

Devido aos resultados positivos da ação, foi idealizado e organizado o I Seminário Maringá Saudável em agosto de 2005, que contou com a participação da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), abordando o processo de construção de políticas públicas saudáveis, tendo reunido cerca de 600 pessoas, dentre estes, acadêmicos, profissionais de saúde da rede pública e privada, associações, organizações não governamentais e membros da comunidade. O objetivo do Seminário foi envolver a comunidade local no desenvolvimento do cidadão saudável, divulgar através de debates entre profissionais e membros da sociedade as ações de promoção da saúde, desencadear processos de multiplicação das ações educativas e despertar os cidadãos para uma nova concepção de saúde, destacando o caráter preventivo para a promoção do bem-estar individual e coletivo.

Após o primeiro contato, em 31 de outubro de 2005, o Prefeito Silvio Barros II assinou o termo de compromisso (Ilustração 3) e aderiu a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. A partir deste momento, reorganizou-se a Comissão Intersectorial do Programa Maringá Saudável, com representantes de todas as secretarias da Prefeitura e do Instituto Brasileiro de Saúde Preventiva - IBSP que, desde então, reúne-se periodicamente na Secretaria de Saúde, com objetivo de implementar ações de acordo com as estratégias da RMPS (anexo 1).



**REDE DE MUNICÍPIOS E COMUNIDADES POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS**  
**TERMO DE COMPROMISSO**

Eu, SILVIO MAGALHÃES PARROS II Prefeito(a) do  
Município de MARINGÁ, UF PR.

Comprometo-me em articular com os poderes Legislativo e Judiciário, bem como, com a iniciativa privada e organizações da sociedade civil a viabilização e implementação de políticas públicas saudáveis e também:

- ⇒ Assumir o cumprimento dos objetivos estabelecidos pela Rede de Municípios e Comunidades Potencialmente Saudáveis.
- ⇒ Fortalecer a participação popular na construção das políticas públicas.
- ⇒ Indicar um(a) gestor(a) local para a Rede no município.
- ⇒ Constituir um Comitê Local de Avaliação e acompanhamento das ações da Rede.
- ⇒ Mobilizar os diferentes segmentos da sociedade visando a construção da Rede local.
- ⇒ Desenvolver ações intersetoriais e integradas.
- ⇒ Desenvolver ações de cooperação intermunicipal.

MARINGÁ,  
Local

31. OUT. 05  
Data

  
Assinatura do(a) Prefeito(a)

Ilustração 3. Termo de adesão assinado pelo Prefeito de Maringá no ano de 2005.

Dando sequência ao trabalho de suporte da RMPS, a Coordenação retornou a Maringá, no dia 20 de Abril de 2006, para o acompanhamento dos trabalhos de mapeamento das necessidades e definição das prioridades no município realizadas pela comunidade, gestores e estudantes. Ainda em outubro do mesmo ano, a Coordenação retornou a Maringá para acompanhar os primeiros projetos executados, voltados para a promoção de hábitos saudáveis, principalmente o da atividade física para idosos.

Em 30 de novembro de 2007, a coordenação retornou ao município para monitorar os projetos em execução e ainda apresentou um balanço dos projetos que vinham sendo realizados pelos outros municípios da RMPS (12).

O intercâmbio de experiências da RMPS fez-se presente em Maringá, uma vez que a Prefeitura enviou diferentes técnicos para outros municípios participantes da rede, para ministrarem cursos e palestras. Alguns Municípios em que ocorreu este intercâmbio foram Campinas, Brasília, Americana e Campo Grande.

Maringá também recebeu alguns visitantes, como Nova Odessa e Arthur Nogueira, que vieram conhecer de perto os projetos desenvolvidos. É importante salientar que as discussões da RMPS com os municípios acontecem de forma contínua, mesmo sem ser presencial, utilizando-se de tecnologias para manutenção do contato através do site da rede, videoconferências e telefone.

Em 2009, o Prefeito renovou no seu novo mandato seu compromisso com a Promoção da Saúde, com a assinatura do termo de adesão à RMPS, em evento realizado pelo CONASEMS, em Maringá (Ilustração 4).



Ilustração 4. Termo de adesão sendo reafirmado em Maringá, após renovação do mandato do Prefeito em 2009 (Maringá, 2009).

No ano de 2010, a coordenação da RMPS retornou ao município para participar de evento alusivo ao controle do tabaco, onde apresentou projetos realizados em outros municípios da rede sobre os ambientes livres do tabaco.

Com fundamentos nos conceitos da RMPS, foram criados, no município de Maringá, um conjunto de ações que visam orientar e estimular hábitos que favoreçam a saúde e uma vida melhor, envolvendo principalmente ações na área de atividade física, alimentação saudável, controle do tabagismo e educação no trânsito. Assim nasceram as “Academias da Terceira Idade (ATI)”, os Espaços Saúde, o projeto “Viva Mais”, as “Hortas Comunitárias”, o projeto “Controle do Tabaco”, o projeto “Viva e Deixe Viver”, “Escolas Promotoras de Saúde”, as “Academias da Primeira Idade (API)”, “Academias para Especiais (APE)” e o Programa “a Hora do chá”, totalizando 10 projetos, que serão detalhados a seguir.

#### **5.1.1. Academias da Terceira Idade (ATI)**

Uma ação de sucesso do PMS são as “Academias da Terceira Idade (ATI)”. Sua implantação teve início em abril de 2006, pensando na necessidade de incorporar ações que promovam qualidade de vida na rotina dos serviços de saúde e no dia-a-dia das pessoas idosas, com enfoque principal na redução da

morbimortalidade e das complicações das doenças crônicas não transmissíveis, por meio dos benefícios da atividade física. As ATI são uma versão maringaense de um modelo chinês de academias, composta por dez equipamentos de metal para a prática de exercícios físicos ao ar livre, que servem para alongar, fortalecer, flexibilizar, estimular a musculatura em geral e trabalhar a capacidade aeróbica (Ilustração 5,6,7,).

As implantações das ATI no município de Maringá ocorreram por iniciativa do Prefeito Municipal que vislumbrou a idéia de produção da saúde através dos conceitos da RMPS. Foi através da gestão da rede que o Ministério da Saúde e a Prefeitura Municipal de Maringá, em parceria com as secretarias de Saúde e Esportes e empresas privadas financiaram a compra dos equipamentos. Devido ao sucesso e aos bons resultados desse projeto, hoje o número de ATI espalhadas pela cidade em parque, praças e próximos as Unidade Básicas de Saúde (UBS) passa de 43.

Diversos municípios da RMPS como Arthur Nogueira, Nova Odessa, Americana e Borba foram até a Maringá ou entraram em contato por telefone com o município, para conhecimento do projeto para futuras implantações.

Segundo informação concedida pelo fabricante dos aparelhos, estima-se que mais de 700 academias se encontram hoje espalhadas por todo o país.

A experiência das ATI estimulou várias cidades da RMPS ao desenvolvimento de um projeto similar, com o apoio do Ministério da Saúde importando as ATI para os Municípios, demonstrando mais uma vez o desenvolvimento de um trabalho em rede, na multiplicação de experiências exitosas.



Ilustração 5. Cartilha das ATi informando a adesão de Maringá a RMPS.

Comece já a praticar sua atividade física! Procure a ATI mais próxima de sua casa nos dias e horários assinalados ao lado e oriente-se com o monitor.

2ª feira	7h às 10h	17h30 às 20h30
3ª feira	7h às 10h	17h30 às 20h30
4ª feira	7h às 10h	17h30 às 20h30
5ª feira	7h às 10h	17h30 às 20h30
6ª feira	7h às 10h	17h30 às 20h30
sábado	7h às 10h	17h30 às 20h30

## Dicas

para **você** se manter **saudável**

- Coma com moderação, equilíbrio e variedade. Evite gorduras, açúcares e sal em excesso.
- Beba no mínimo 8 copos de água por dia.
- Se você fuma, pare agora. O cigarro aumenta o risco de trombose e é um fator desencadeador de infarto e derrame. Procure tratamento para parar de fumar na Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua casa. Também evite ser fumante passivo.
- Reduza seu estresse, viva com alegria. Isso promove a paz interior, melhorando seu relacionamento familiar, social e no trabalho.

Ilustração 6. Orientações aos usuários das ATI.



"Quando comecei a freqüentar a ATI eu estava em depressão há três anos, tomava nove tipos de medicamentos e pesava 110 quilos. No início eu só conseguia fazer dois minutos de exercícios, pois minha pressão subia muito. Agora, nove meses depois que comecei a me exercitar, emagreci 12 quilos e só tomo três remédios para a pressão. Estou mais feliz, pois minha cabeça está melhor, tenho mais ânimo para minhas atividades diárias. Venho à academia todos os dias e quando preciso faltar parece que fica faltando alguma coisa. A ATI é muito importante para mim."

Neide Prata Rodrigues, 54 anos.  
Usuária da ATI Parigot de Souza.

"Venho à ATI duas vezes por dia, desde quando foi implantada. Tive dois derrames e não morri por milagre. Não conseguia me movimentar e fiquei sem dirigir por três anos. Tomava medicamentos aos montes. Depois que passei a freqüentar a ATI, tomo apenas os medicamentos para prevenir outro derrame, por segurança. Já estou fazendo minhas atividades normalmente e estou praticando corrida. Melhorei muito minha saúde com os exercícios na ATI e recomendo que as pessoas venham também, pois o benefício é muito grande."



José Roberto dos Santos, 65 anos.  
Usuário da ATI Parigot de Souza.



"Faz seis meses que comecei a utilizar a ATI e tive muitos benefícios. Meus problemas de saúde eram depressão, diabetes, triglicérides alterada e pressão alta. Hoje me sinto muito feliz por poder vir à ATI. Sinto um recomeço de vida e já diminuí bastante a quantidade de remédios que tomava. Emagreci cinco quilos. Todos os dias pela manhã venho à academia para garantir a manutenção da minha saúde. Aqui também é um lugar onde faço amizades e converso. A ATI me faz muito bem."

Maria Clélia do Nascimento, 55 anos.  
Usuária da ATI Quebec.

"Já cheguei a acreditar que iria 'morrer envenenado' de tantos medicamentos que usava, pois tinha muitos problemas de saúde. Comecei a me sentir melhor quando comecei a fazer exercícios físicos na ATI, desde quando foi inaugurada. Esse é um grande benefício que a população tem que aproveitar. Emagreci 20 quilos e me sinto muito bem. A ATI é um local onde a gente sente que não são os medicamentos que dão saúde, mas é a gente mesmo. Estou muito bem e quero continuar me exercitando."



Inácio Alexandre de Souza, 86 anos.  
Usuário da ATI Quebec.

Ilustração 7. Cartilha das ATI com relatos de usuários sobre os benefícios adquiridos após a prática regular de atividade física.

### 5.1.2. Espaços Saúde

Uma das ações desenvolvidas pelo Programa Maringá Saudável, desde 2006, são os Espaços Saúde. Este evento é realizado em parceria com as Instituições de Ensino Superior, Organizações Não Governamentais, Secretarias de Saúde, Transportes, Meio-Ambiente, Educação, Esportes, Mulher, Conselhos locais de saúde, associação de bairros, artesões e empresas locais; que objetiva sensibilizar a comunidade com relação à importância de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, através de um check-up gratuito, seguido de informações sobre a saúde, alimentação, atividade física e hábitos saudáveis (Ilustração 8).



Ilustração 8. Espaço Saúde é realizado nos bairros da cidade, regularmente, oferecendo um check-up gratuito, orientação e encaminhamento de saúde (Maringá, 2009).

### 5.1.3. Viva Mais

O projeto Viva Mais, que trabalha na orientação dos hábitos saudáveis através dos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF) e da utilização de propagandas em jornais, televisão e *outdoors* espalhados pela cidade, sugerindo que para obter mais saúde e bem-estar, é necessária a prática de atividade física por 30 minutos diários, a ingestão de cinco porções de frutas, legumes e verduras, e a ingestão de oito copos de água diariamente (Ilustração 9).



Ilustração 9. Prefeito Silvio Barros abrindo curso de capacitação para agentes comunitários (Maringá, 2007).

### 5.1.4. Hortas Comunitárias

A partir de reuniões com as comunidades locais que contaram com a participação da Coordenação da RMPS e a Coordenação do PMS, foram realizados o mapeamento das necessidades da população, tendo como resultado final a sugestão da criação de hortas comunitárias, implantadas em terrenos da prefeitura onde não são possíveis edificações, dividindo-se a terra em canteiros onde realiza-se a preparação da terra para que as famílias cultivem hortaliças como alface, rúcula, chicória, couve, salsinha e cebolinha.

O processo de criação de uma horta comunitária se inicia com a disponibilização de um terreno na região solicitada pela população. Em seguida acontecem 3 reuniões com a comunidade, na primeira uma reunião de conscientização, uma segunda quando se iniciam as obras no terreno e outra terceira quando ela está quase construída. Neste ponto, as famílias e pessoas interessadas já se inscreveram, ocorre a distribuição dos canteiros e define-se uma liderança.

No momento da terceira reunião é instituído uma assembléia composta por um presidente, vice, secretário e tesoureiro. Orienta-se que os participantes entrem em consenso sobre uma taxa mensal para aquela horta, tendo um caixa reserva para fazer frente a alguma questão emergencial e para o pagamento da água que a prefeitura não fornece.

São distribuídos alguns canteiros por família, que se inscrevem e são selecionados conforme a renda e disponibilidade de trabalho nas áreas, pela Secretaria do Meio Ambiente e Agricultura, possibilitando a elas o consumo dessas hortaliças na sua alimentação e até a possibilidade de venda da produção, aumentando a renda familiar, conseqüentemente melhorando a saúde dos indivíduos.

O programa das Hortas culminou no desdobramento de eventos para o estímulo da população envolvida com o projeto. Vêm sendo realizado ao longo dos anos, como o caso dos Seminários de Produção Orgânica que tem como intuito orientar as melhores formas de produção dos alimentos (Ilustração 10, 11).

Já se encontram espalhadas pela cidade 17 Hortas Comunitárias sob a responsabilidade de 350 famílias e mais de mil pessoas beneficiadas, pretendendo cumprir a meta de 20 hortas até o final de 2011 (Anexo 3).



Ilustração 10. Horta Comunitária do município de Maringá (Maringá, 2009).



Ilustração 11. Seminário realizado com apoio do Programa das Hortas Comunitárias.

### **5.1.5. Projeto de Controle do Tabaco**

O projeto de Controle do Tabaco tornou-se exemplar, pois se fez cumprir a legislação existente no Brasil que determina a proibição de fumar em ambientes fechados desde 1996, e que até pouco tempo não era seguida no país, sendo o primeiro município da RMPS a decretar uma lei contra os ambientes livres do tabaco.

Em Maringá, a lei municipal nº 7.192 de 30/06/2006 regulamentada através do decreto nº 486 de 18/04/2007 determina entre outras ações, as sanções previstas para os infratores, que vão desde a advertência até o recolhimento de multa, tanto para o usuário quanto para o estabelecimento infrator (ilustração 12).

A cobrança pelo cumprimento da legislação partiu da Procuradoria do Trabalho e do Ministério Público do Meio Ambiente, preocupados principalmente com a saúde dos trabalhadores da noite. Os estabelecimentos assinaram um Termo de Ajustamento de Conduta com o Ministério Público, se comprometendo a proibir o fumo em locais fechados.

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. Ainda foi elaborado material gráfico específico, para que fosse distribuído em estabelecimentos comerciais, nas UBS, para população em geral e repartições públicas, salientando os maus causados pelo cigarro.

Anualmente, acontece a maratona “Pare de fumar correndo”, com o objetivo de incentivar os fumantes à prática de atividade física e ao abandono do hábito de fumar (Ilustração 15).

O empenho do poder público e da iniciativa privada em fazer cumprir a lei levou a Associação Mundial Antitabagismo, a lançar a campanha internacional de combate ao fumo passivo em Maringá. O lançamento foi em maio de 2008, durante o 1º Ciclo de Debates sobre Arborização Urbana, sendo realizado anualmente na data comemorativa.

Ocorreu também no município, em parceria com a Universidade Estadual de Maringá e o Lions Club o I e II Seminário de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Tabaco de Maringá em 2007 e 2010, objetivando a

troca de experiências e informações entre municípios, acadêmicos, professores e população; além da apresentação de trabalhos científicos sobre o tema (Ilustração 13,14).

**PROJETO DE LEI N. 10.975/2008**

**Altera a redação da Lei n. 7192/2006.**

**Art. 1º** O artigo 1º da Lei n. 7192/2006 passa a vigorar com a seguinte redação:

“ Art. 1º É proibido o uso de cigarro, cigarilhas, charutos, cachimbos ou qualquer outro produto fumígeno, derivado ou não do tabaco, em quaisquer recintos coletivos, privados ou públicos, salvo em áreas externas e abertas.

§ 1º Incluem-se nas disposições deste artigo os estabelecimentos de ensino, considerando toda a sua área limítrofe.

§ 2º É também proibido o uso dos produtos mencionados no caput nos eventos esportivos e recreativos realizados em ambiente fechado, bem como nos locais de venda e preparo de alimentos, mesmo que ao ar livre, inclusive os pontos de comércio ambulante e as feiras livres.

§ 3º A áreas externas para o uso de cigarro e outros produtos fumígenos não poderão se localizar próximo a portas e janelas e também não poderão possuir nenhuma forma de cobertura.” (NR)

**Art. 2º** Fica acrescido o inciso IV ao artigo 6º, caput, da lei n. 7192/2006, com a seguinte redação:

“Art. 6º ...

I - ...

II - ...

III - ...

IV – suspensão do alvará de funcionamento do estabelecimento infrator após a multa por reincidência.(AC)

**Comentários:** Na redação do novo artigo 1º foi retirado “específicas para este fim”, pois com a nova legislação em vias de aprovação em nosso país, será banido o cigarro em ambientes fechados. Estamos acompanhando as Leis aprovadas nos mais diversos municípios de nosso país.

O § 3º deste artigo passou a ter nova redação, pois, precisamos deixar claro o que é um ambiente permitido para o fumo, ou seja, externo, aberto e distante das aberturas do estabelecimento.

E por ultimo, a inclusão do inciso IV ao artigo 6º é uma necessidade, com ele temos um respeito maior principalmente por parte do responsável pelo estabelecimento.

Ilustração 12. Projeto de lei do Controle do tabaco do município de Maringá.



Ilustração 13. Ciclo de estudos promovidos pelo Projeto de Controle do Tabaco (Maringá, 2008).

**Normas para Submissão de Resumos**

Os resumos dos trabalhos deverão ser enviados entre os dias 01 de outubro e 16 de novembro de 2010 para o endereço eletrônico [www.tabagismo.uem.br](http://www.tabagismo.uem.br)

Cada inscrição dará o direito ao envio de até dois resumos. Somente serão aceitos resumos com pelo menos um dos autores inscrito no evento.

Os resumos deverão ser redigidos em português, no Microsoft Word (fonte Times News Roman, tamanho 12, espaçamento simples) contendo os itens: Título do resumo, Nomes dos autores (sem abreviações), Introdução, Objetivo, Material e Métodos, Resultados, Conclusões, fontes financiadoras, Instituições dos autores e e-mail para correspondências.

O conjunto dos itens: Introdução, Objetivo, Material e Métodos, Resultados, Conclusões não poderá exceder 300 palavras.

O texto não deverá conter tabulações, letras em caixa alta, gráficos, figuras ou citações bibliográficas (exceto quando estritamente necessárias no item material e métodos). A qualidade do texto (gramática, ortografia e digitação) é de responsabilidade do(s) autor(es) e será considerada como critério de avaliação pela comissão avaliadora.

Os resumos deverão relatar trabalhos de pesquisas concluídas ou que apresentem resultados preliminares, revisões bibliográficas, relatos de casos, ações, experiências e projetos relacionados ao tema tabagismo.

Os autores deverão estar atentos aos contatos da comissão científica em relação às correções/sugestões e aceite/recusa dos resumos submetidos ao evento. A falta de respostas às mensagens de correções (por e-mail) implicará no cancelamento da apresentação/recusa do resumo.

**Apresentação dos Trabalhos**

A sessão de painéis será realizada no dia 30 de novembro das 14h05 às 15h00 no Hall do Teatro Calil Hadad. Os trabalhos serão apresentados apenas na forma de pôster, no espaço de 90 cm de largura e 100 cm de altura. No pôster deverão estar todos os itens apresentados no

resumo, dando-se preferência em ampliar as informações/conteúdos dos itens: Introdução, Material e métodos, Resultados, Conclusões e Bibliografia, inclusive, se for o caso, com gráficos, tabelas, figuras, etc.

Pelo menos um dos autores deverá permanecer ao lado do painel durante toda a sessão, sendo também responsável pelos materiais de fixação e retirada do mesmo, ao final da sessão.

**Realização:**

  
SECRETARIA DE SAÚDE



  
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ

  
Maringá Universitário - Integração

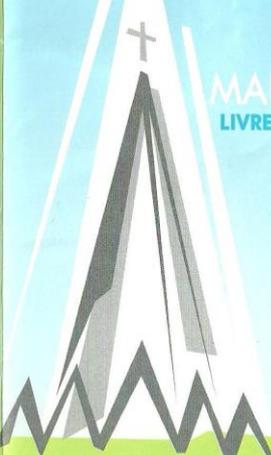
**Apoio:**

  
Maringá 2010

  
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Paraná

**II Seminário de Promoção da Saúde, Prevenção e Controle do Tabaco de Maringá**

MARINGÁ  
LIVRE DO TABACO







**29 e 30 de novembro de 2010**  
Maringá - PR

**Inscrições: Gratuitas, pelo endereço**  
[www.tabagismo.uem.br](http://www.tabagismo.uem.br)

**Informações: (44) 3218-3181 / (44) 3011-4963**

Ilustração 14. Seminários e Ciclo de palestras relacionados com o Projeto de Controle do Tabaco (Maringá, 2010).





Ilustração 16. Slogan da campanha Viva e deixe viver do município de Maringá (Maringá, 2008).



Ilustração 17. Cartaz e voluntário na campanha de conscientização do Projeto Viva e Deixe Viver (Maringá, 2008).

### 5.1.7. Escolas Promotoras de Saúde

Seguindo as orientações da RMPS e do PMS, a Secretária de Educação lançou entre 2005/2008 nove projetos para o Processo de Construção das Escolas Promotoras da Saúde, com objetivo geral de promover a qualidade de vida aos alunos da Rede Municipal de Ensino de Maringá.

Os temas abordados nos 9 projetos executados foram: Programa Educacional de Resistência às drogas e à violência; Projeto VLED ( vendo, lendo e desenhando sobre o trânsito); Projeto Orçamento Participativo com a criança ( com a finalidade de promover a formação das crianças e adolescentes para a tomada de decisão coletiva e para o exercício da cidadania); Projeto Cidadania Fiscal; Projeto Esporte na Escola; Projeto Morangueiro Saudável ( pela recuperação do Ribeirão Morangueiro); Projeto Citronela ( proporcionar esclarecimentos sobre a Dengue); Projeto Jornada Ampliada ( projeto de artes visuais, capoeira, ginástica rítmica e dança), Alimentação Saudável ( sendo servidos todos os dias frutas e verduras) e Ambientes Livres do Tabaco ( orientação sobre os malefícios do cigarro e a importância dos ambientes livres da fumaça do tabaco) (Ilustração 18,19).



Ilustração 18. Projeto de alimentação saudável nas escolas municipais e estaduais (Maringá, 2009).



Ilustração 19. Trabalho desenvolvido nas escolas municipais na perspectiva da Promoção da Saúde de conscientização no trânsito (Maringá, 2009).

#### **5.1.8. Academias da Primeira Idade**

Em maio de 2008 foi desenvolvida pela Prefeitura Municipal de Maringá, o Projeto Academia da Primeira Idade (API), composta por oito brinquedos, com designer moderno e uma dinâmica diferente, porém semelhante a um playground, com escorregador, trepa-trepa, gangorra e outros equipamentos que visam estimular a atividade motora da criança. A idéia é unir exercício e lazer, despertando o prazer pela atividade física ainda na infância (Ilustração 20).



Ilustração 20. Academia da Primeira Idade em praça do município de Maringá (Maringá, 2008).

#### **5.1.9. Academias para Especiais**

Pessoas portadoras de necessidades especiais também podem se exercitar em academia pública ao ar livre, no município de Maringá, desde 11/12/2008, quando foi inaugurada pelo Prefeito e pelo Ministro do Planejamento, Paulo Bernardo, a Academia Para Especiais (APE). A APE é composta por equipamentos adaptados principalmente para cadeirantes, que poderão praticar dez tipos de exercícios para fortalecer os membros superiores. Os aparelhos são semelhantes aos da ATI, porém mais baixos (Ilustração 21).

Percebeu-se que de todos os projetos desenvolvidos, citados acima, apenas o projeto de Controle do tabaco se tornou lei municipal. Os outros projetos estão em vias de se tornarem lei. Já estão correndo os trâmites para que as Hortas Comunitárias se tornem uma lei municipal, ainda no ano de 2010.



Ilustração 21. Inauguração da primeira Academia para Especiais (Maringá, 2010).

#### **5.1.10. Programa Hora do Chá**

O Programa “Hora do Chá” pretende socializar conhecimentos sobre plantas medicinais e raízes, sendo um instrumento de informação e orientação, sobre formas de preparo e uso popular, colheita, armazenamento e secagem, bem como possíveis riscos da utilização inadequada, contribuindo para a concretização da integralidade das ações em saúde (Ilustração 22).



Ilustração 22. Palestra do Secretário de Saúde sobre o Programa Hora do Chá (Maringá, 2009).

A prefeitura de Maringá e seus parceiros fazem questão de apresentar a população o orgulho e reconhecimento de uma gestão articulada, como no caso da conquista do Prêmio Nacional Prefeito Inovador 2010, concedido pelo Movimento Brasil Cooperativo (MBC), através da exposição de outdoors pela cidade (Ilustração 23).



Ilustração 23. Outdoor no centro da cidade sobre o Prêmio Nacional Prefeito Inovador 2010 (Maringá, 2010).

Percebeu-se também, a mídia como apoiadora em campanhas publicitárias divulgando ações desenvolvidas pela Prefeitura do município, em contra capas de revistas de grande circulação, demonstrando alguns projetos e obras desenvolvidos (Ilustração 24).

# Bonita, sólida, forte, vigorosa. Não é à toa que dá tão bons frutos.

## Polo Logístico Multimodal

Integração completa dos modos de transporte ferroviário, rodoviário e aeroviário, com destaque para o aeroporto homologado para cargas internacionais.



## Academia da Terceira Idade (ATI)

Cidade pioneira no desenvolvimento das ATIs, ideia que já está implantada em mais de 700 cidades no Brasil. Com pouco mais de 2 anos de projeto, Maringá tem 43 unidades à disposição da população, além de unidades adaptadas a crianças (API) e a portadores de necessidades especiais (APE).



## Parque do Japão

Em fase final de implantação, o Parque é a maior e mais completa estrutura com tema japonês fora do país de origem.



## Vila Olímpica

Moderno complexo esportivo preparado para abrigar competições nacionais e internacionais, além de ser Centro de Excelência na formação de atletas.



**Bonita**, linda como seus parques, suas ruas arborizadas, seu povo e sua catedral.

**Sólida** como suas instituições, seus valores e sua crença num futuro melhor.

**Forte** como a sua economia, com agricultura, comércio, serviços e indústria em constante crescimento.

**Vigorosa** como a gente que trabalha e constrói esta cidade que a todos recebe, respeita seus idosos e mostra um grande exemplo a suas crianças.

Prefeitura de Maringá,  
trabalhando por uma cidade cada vez melhor.



Ilustração 24. Contracapa de revista de circulação nacional (Maringá, 2010).

## 5.2. Entrevistas

As entrevistas realizadas com o Secretário de Saúde e com a Coordenadora do Programa Maringá Saudável, aconteceram na Secretaria Municipal de Saúde, no primeiro semestre de 2010. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, as entrevistas foram guiadas pela pesquisadora com duração média de 30 minutos cada. O Prefeito municipal respondeu as questões elaboradas por e-mail<sup>1</sup>.

Houve uma receptividade por conta das “peças-chave” entrevistadas, em decorrência da iniciativa da avaliação.

Pode-se notar na fala dos entrevistados uma avaliação favorável da adesão da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis com o Município, caracterizada principalmente pela sensibilização dos profissionais da gestão e da comunidade, além de dar credibilidade aos programas, projetos e políticas instaladas.

A participação social e a intersectorialidade foram citadas como itens fundamentais no desenvolvimento dos projetos e políticas públicas criados.

A sustentabilidade dos projetos foi uma preocupação recorrente nas respostas dos entrevistados. Porém ambos relatam estar atentos ao envolvimento de diferentes setores da sociedade para que haja o “empoderamento” e conseqüentemente, a manutenção dos projetos.

Os entrevistados quando perguntados sobre quais informações gostariam de ter sobre os projetos e políticas, levantaram questões relacionadas à economia, melhora na qualidade de vida, relatos de outras experiências exitosas e financiamentos por parte do governo, como podemos ver a seguir.

Quadro 2. Identificação das categorias de análise do estudo a partir da fala dos entrevistados<sup>2</sup> (Maringá, 2009).

---

<sup>1</sup> A entrevista do Prefeito foi concedida via e-mail, devido a agenda de compromissos do gestor.

<sup>2</sup> As transcrições das falas se encontram-se no (apêndice 2, 3 e 4)

Adesão de Maringá a RMPS	Participação social	Intersetorialidade	Sustentabilidade	Informações para tomadores de decisões
<p>“extremamente positiva... totalmente favorável primeiro pelo apoio que a gente teve, pelas orientações... por sensibilizar a nossa comunidade e a nossa equipe”.</p> <p>“avaliação positiva... porque fez com que o município tivesse os projetos que tem hoje”.</p> <p>“fazer parte de uma rede onde pessoas e instituições pensam como a gente, significa multiplicar esforços, significa sinergia onde um mais um dá mais que dois. Não apenas aprendemos com os outros como nossas experiências podem ajudar outros”</p>	<p>“a participação social foi fundamental, no sentido da gente traçar estratégias, projetos que venham de encontro com o que a população está precisando...”</p> <p>“é evidente para nós que todos os setores da administração publica podem contribuir para melhorar ou piorar as condições gerais de saúde”</p>	<p>“a gente não consegue trabalhar com a promoção da saúde só com um setor...tem que ter vários setores interligados”</p> <p>“o Programa Maringá Saudável estabeleceu muitas ações criativas...como as ATI, combate ao tabagismo, reeducação alimentar e os espaços saúde”.</p>	<p>“o movimento intersetorial e o implemento do controle social...a Rede teve um papel essencial...foi importante mostrar a palavra empoderamento... porque somos passantes e a população não. Se um programa deu certo não é por causa de um partido político, o partido progressista, mas sim a população maringaense”.</p> <p>“o que a gente vem tentando fazer é envolver os diversos setores da sociedade...para que tenhamos a oportunidade de manter esses projetos” vivos”.</p> <p>“... é a satisfação e a melhoria de qualidade de vida da população que garantirá a continuidade ou sustentabilidade das iniciativas”.</p>	<p>“Informações sobre projetos e experiências exitosas desenvolvidas em outros municípios, “para que a gente aumente o leque de opções...e discutir com o ministério da saúde um melhor financiamento para os programas de promoção da saúde que são muito incipientes”.</p> <p>“quais benefícios os projetos trouxeram para essas pessoas, o que melhorou na qualidade de vida dessas pessoas, com as A.T.I., com as hortas, com o projeto de controle do tabaco...outra questão mais complicada, qual é a economia em termos de custos financeiros com estas” ações”.</p> <p>“indicadores que sejam elaborados e levantados de maneira uniforme e comparável é uma coisa que acho muito importante para quem está numa rede.”</p>

### 5.3. Oficina

A oficina de avaliação de efetividade em promoção da saúde, realizada com a Comissão Intersetorial do Programa Maringá Saudável aconteceu no dia 8 de julho de 2010, contando com a participação de 18 representantes das secretarias municipais e universidade.

Os participantes concordaram em participar da oficina, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido, aprovado pelo parecer nº 794/2010 do comitê de ética da Universidade Estadual de Campinas, autorizando inclusive a gravação de voz e fotografias das atividades (apêndice 5).

O roteiro da oficina propôs a apresentação dos participantes, seguida da caracterização do estudo, definição do grupo sobre a pergunta de avaliação, a reflexão sobre os projetos das academias da terceira idade, das hortas comunitárias e do projeto de controle do tabaco, definição individual dos aspectos que gostariam de conhecer para avaliar o desempenho dos projetos e por fim, a identificação participativa das perguntas de avaliação (Salazar, 2004) (apêndice 6).

No início, houve a apresentação da coordenadora do Programa Maringá Saudável sobre o Comitê, pois aquela era a primeira reunião do ano e duas participantes estavam integrando o grupo como representantes de secretarias naquele momento.

Foi explicado nesse momento o porquê do número reduzidos de reuniões, segundo a coordenação, pois para eles a maioria das ações já estavam delineadas, porém afirmou-se a aproximação e articulação entre as secretarias de esporte, cultura, saúde, meio-ambiente, planejamento, serviços públicos, mulher, indústria e comércio, fazenda, assistência social, entre outras instituições de ensino, como as universidades; e com organizações sociais, como o Lions e Rotary Club.

Ficou evidenciada na fala da coordenação a importância do trabalho intersetorial para que se realize a promoção da saúde, além da assessoria prestada pela RMPS na elaboração de ações de efeito para a comunidade.

Ao finalizar a apresentação sobre a Comissão, a coordenadora do PMS agradeceu a presença de todos e demonstrou a satisfação pelo propósito da

reunião, que possivelmente garantirão a gestão resultados para que façam uso das informações.

Passada a fase de apresentação de todos os participantes da oficina, houve a apresentação da metodologia de avaliação de efetividade em promoção da saúde- guia de avaliação rápida, além de terem sido levantados e discutidos temas como a promoção da saúde, intersectorialidade, municípios/comunidades saudáveis, rede de municípios potencialmente saudáveis, avaliação de políticas públicas e o conceito de efetividade.

Foram apresentados aos participantes o objetivo geral, e os objetivos específicos, sendo em seguida sugerido um tema por vez, para conduzir a discussão do marco lógico de cada projeto. Os projetos escolhidos e acordados com os participantes da oficina foram as Academias da Terceira Idade (ATI), as Hortas Comunitárias (HC) e o Projeto de Controle do Tabaco (PCT), que serão abordados a seguir:

### **5.3.1. Academias da Terceira Idade**

O primeiro projeto abordado na oficina foi o das Academias da Terceira Idade (ATI), sendo explicitada na primeira fala de um dos participantes do grupo uma frase cheia de convicção sobre o alcance dos objetivos, “... *As academias já superaram todos seus objetivos propostos e todas as nossas expectativas!*”, demonstrando a certeza da criação de ambientes saudáveis e de boa governabilidade da gestão.

Foi no final de 2005, início de 2006 que ocorreu a criação de um projeto piloto, para testar este modelo aberto de academias públicas, tendo como grande preocupação o vandalismo. Como não foram verificados problemas, a secretaria de planejamento em parceria com as outras secretarias, resolveu instalar próximas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) mais ATI para que a população servida pelo projeto pudesse ter acompanhamento médico.

Após as primeiras implantações, “*as ATI viraram uma febre e todo mundo queria uma na frente da sua casa, sendo realizados mais de 50 projetos arquitetônicos e urbanísticos na cidade*”.

O objetivo proposto para as ATI eram o de incentivar a prática de atividade física, devido sua comprovação científica de que melhora a condição de saúde. O Prefeito teve a idéia e o comitê deu corpo ao projeto, pensando

em favorecer a população o acesso às práticas de atividade física para que melhorassem sua saúde.

Os participantes lembraram-se de uma frase recorrente do Prefeito sobre as ATI *“... Quem vai para a ATI não vai para a UTI”*.

Além disso, tentaram demonstrar em avaliações informais que os exercícios realizados nos aparelhos melhoraram as dores articulares e musculares, melhoraram o estado emocional e mental, como depressão e ansiedade; além de promover a socialização, pois as pessoas vão juntas fazer atividade física.

Um dos esforços da Secretaria de Saúde é o de promover o envolvimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos profissionais, através de capacitações para que os pacientes fossem instruídos a realizarem a atividade física e que não ficassem somente na prescrição de medicamentos. *“... Por isso que as ATI ficam próximas as UBS, para demonstrar como a atividade física está diretamente ligada à saúde”*.

No início, procurou-se incentivar no ambiente de trabalho das UBS que as academias fossem um local de convívio e práticas dos profissionais de saúde, utilizando-a para reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos; comemoração de datas especiais, como dia mundial da saúde, de combate ao fumo; palestras sobre alimentação saudável; entre outros. Isso demonstra a importância dada à socialização dos indivíduos no local.

*“Hoje depois desses anos, as próprias unidades comandam estas atividades, sem esperar uma ordem da Secretaria de Saúde. Então o espaço das ATI virou um espaço da comunidade onde eles fazem reuniões, se encontram para diversas coisas. Eles se apropriaram delas”*.

Ficou evidente em um dos relatos, como a população se apropriou das ATI, *“... Não sei se todos viram no noticiário, que uma ATI da Vila Esperança iria ser desapropriada por falta de uso, e os moradores foram fazer um protesto contra a retirada, utilizando cartazes e gritando... fica ATI, fica ATI”*.

O empoderamento e a participação social ficaram claros neste caso, pois nas reuniões da comunidade foi apresentada a decisão de *“abraçar a causa”* para a manutenção da ATI, na tentativa de negociar com uma vizinha que não gostava do movimento e barulho das pessoas na praça fazendo os exercícios, e que começou a afugentar as pessoas do local.

Aparece na fala da academia, o esforço existente pela Universidade Estadual de Maringá, na realização de outros estudos nas ATI relacionados ao esforço muscular e ao posicionamento para uso correto dos aparelhos.

Quando perguntados sobre a responsabilidade da manutenção dos aparelhos, demonstrou-se que esta é exclusiva da prefeitura, sendo entendida pela maioria como a contrapartida da gestão.

Outra informação referida pelo grupo é a de que as ATI, inicialmente, foram criadas para promover a atividade física entre os idosos, porém hoje elas são também utilizadas por diversas faixas etárias, demonstrando ser uma ferramenta importante de sociabilidade da população.

Segundo o grupo, a demanda foi tão grande, que foram criadas as Academias da Primeira Idade e as Academias para Especiais, com aparelhos adaptados para que portadores de necessidades especiais pratiquem atividade física também.

A intenção inicial era construir ATI próximas as UBS, mas devido à grande procura da população, começaram a ser construídas ATI em praças, parques, locais onde se realizam caminhadas, centros comunitários, entre outros. No total, hoje estão espalhadas 43 academias por toda a cidade.

Devido esta expansão, e pelo fato de muitas ATI não estarem tão próximas as UBS, ficou evidente uma cobrança da população para que educadores físicos permaneçam nas academias. Os participantes da oficina concordam que é inviável a colocação de profissionais da área, o dia todo em uma ATI. É fato que existem estagiários e seus coordenadores nas ATI, nos horários de maior movimento para orientação das atividades, porém ocorrendo essa expansão surge a preocupação dos gestores de que “fica difícil acompanharmos todas as academias”.

Quando perguntados sobre como ocorre a distribuição das academias, foi respondido que “... a Secretaria de Planejamento tem uma visão urbanística da cidade como um todo, então da primeira academia até a última, a primeira coisa que é feita é o planejamento urbano, que é o estudo geográfico da população e da localização para que ela tenha um raio de abrangência interessante. No início o raio de abrangência é maior, em torno de 1.000 metros, agora temos até menos”.

Surge nesse momento da oficina uma questão do grupo para o grupo, sobre *“onde ocorre a criação dos aparelhos?”*

Descobriu-se que um antigo Secretário de esportes, graduado em engenharia civil e educação física, estudou o material chinês de academias públicas, e adaptou a realidade local, voltada para idosos. O grupo assume ter sido um trabalho em grupo, para a adaptação do modelo local.

A empresa que desenvolveu os aparelhos é maringaense e tem fabricado aparelhos para o Brasil todo.

Relatos comparando a implantação das ATI em Maringá e outros municípios foram feitos pelo grupo *“... no caso de Maringá, todo o projeto urbanístico e toda a implementação das academias são feitas pela prefeitura, todo paisagismo, iluminação, estrutura, colocação dos equipamentos são nossos. Nos outros municípios, o que eu ouvi por ai só se responsabiliza pela implantação”*.

Um detalhe importante do projeto das ATI é que ele possui parcerias intersetoriais, na parte da implantação, pois a grande maioria das academias são doações de empresas privadas, e a parte do ajuste do terreno, manutenção e orientação dos exercícios fica por conta da prefeitura, *“... mostrando assim um trabalho intersetorial entre governo e sociedade civil”*.

Nesse momento, aparece uma tensão no grupo, quando uma participante não demonstra bem o entendimento sobre a intersectorialidade *“... eu gostaria só de fazer um comentário, porque muita gente fala assim, a academia teve patrocínio, mas os equipamentos representam dependendo do local, no máximo 50% do valor. geralmente é 1/3 do custo da academia, ou seja, é o município que arca com tudo, na verdade o patrocínio é importante interessante pelo envolvimento da comunidade, para que as pessoas possam se apropriar das ATI, mas que o pesado fica com a prefeitura fica”*.

Imediatamente, outros integrantes retrucam a fala anterior, dizendo ser esta a contrapartida da gestão e que *“... os benefícios não são tão mensurados em relação ao dinheiro, o que nós vemos é a melhora da população através do relato delas... mesmo se a economia não for tão grande, só o fato de se estar promovendo bem-estar a população, isso já gera um valor que não pode ser mensurado pelo dinheiro... a prioridade maior de qualquer governo é o bem-*

*estar da sua população, se é isso que nós estamos conseguindo aqui, então já podemos nos dar por satisfeitos com o projeto”.*

Foi mencionada a criação no início do projeto, de uma ATI móvel, que fazia um rodízio entre os bairros. Hoje em dia ela fica à disposição das secretarias para promoverem o projeto em eventos sendo uma “*garota propaganda*” do município.

Quando perguntados sobre a sustentabilidade do projeto, os participantes da oficina referem que “... *as ATI viraram um bem social, assim como uma escola, uma creche, como uma UBS, ela valoriza o bairro, por isso nas reuniões de conselhos locais dos bairros eles tem que tirar propostas para enviar a prefeitura, quando recebemos as atas, verificamos que só existem pedidos de academias.*”, demonstrando que a valorização gera preservação.

Outra coisa salientada foi a importância das ATI na conscientização da população, de que elas fazem parte do seu processo saúde/doença, “... *antes eles iam até o posto de saúde para pegar o remédio e achavam que só ele ia resolver todo o problema, hoje eles estão tendo consciência que além disso eles precisam fazer a parte deles também*”.

Aqui fica evidenciado que a complexidade do conceito de saúde exige essas parcerias, pois “... *a saúde não depende só do indivíduo e do setor saúde, mas também do planejamento, do meio ambiente, e tantas outras.*”

Ao finalizarmos a conversa sobre as ATI, surgiu um comentário que demonstra o sentimento do grupo em relação ao projeto “... *nós esperávamos que as ATI fossem ser boas, mas nem tanto sabe... a gente passa em outras cidades aí e vê uma ATI e pensa, começou lá com a gente, dá muito orgulho*”. Foi citado inclusive que as ATI receberam prêmios do Ministério da Saúde por sua criação.

### **5.3.2. Hortas Comunitárias**

Ao iniciarmos os debates sobre as Hortas Comunitárias (HC), o gerente do programa contou ao grupo sobre uma recente premiação do projeto pelo Ministério da Saúde. O prêmio seria uma viagem nacional para conhecer outros projetos desenvolvidos no Brasil. Ele referiu que as HC também superaram todas as expectativas iniciais do projeto, que eram de promover a saúde e a

inclusão social, parafraseando o Prefeito “... *quem vai pra horta, não vai pra cova*”.

A criação desse projeto se deu através das reuniões da comissão intersetorial (CIPMS), com a orientação da coordenação da RMPS, onde depois de mapeados os projetos do município a comissão se encaminhou a duas comunidades (Parigot e Quebec), e durante esse trabalho foi perguntado a população “*o que eles entendiam que era necessário para melhorar sua saúde e qualidade de vida, quais eram os problemas que eles encontravam ali e quais possíveis soluções eles teriam para melhorar sua qualidade de vida*”.

Dentre as respostas, a grande maioria referiu a dificuldade na geração de renda, a dificuldade para arrumar emprego, na dificuldade de se ter uma alimentação saudável e lazer. Foi na própria comunidade que nasceu a idéia de se criar uma horta comunitária.

Em seguida, nas reuniões do CIPMS foi-se verificando como cada secretaria poderia contribuir; e conforme surgia disponibilidade do terreno, a comunidade e os próprios gestores participaram da organização da primeira horta comunitária, “... *no início a gente foi com as próprias mãos, na região do Quebec todo mundo pegou na inchada, no calcário*”.

Um dos participantes citou que “*nem só de boa vontade um programa caminha bem*”, sendo relatado que no início da implantação tiveram problemas com a HC, pela falta de assessoria técnica, “*a horta do Quebec começou a inundar e encher de mato, e a população começou a ligar aqui pedindo ajuda*”. Imediatamente o CIPMS entrou em contato com o Prefeito que “... *como grande facilitador dessas ações teve a clareza de fazer a contratação de uma pessoa, um engenheiro agrônomo que passou a cuidar das hortas*”.

Com essa experiência, percebe-se como o grupo considera importante a contratação de pessoas que sirvam de referência para o acompanhamento dessas ações, pois “*a partir da vinda do engenheiro, ele deu andamento ao projeto e as hortas foram sendo implantadas corretamente, potencializando esse projeto*”.

Outra fala do grupo foi “... *ele mantém um espaço aberto de conversa com a população e de organização, fazendo com que o projeto de certo*”.

Os objetivos iniciais das HC eram melhorar a qualidade de vida através da atividade física e da alimentação saudável, além de servir como terapia

ocupacional para usuários do serviço de saúde que estavam aposentados e para pessoas com transtornos psico-emocionais.

O processo de criação das HC se deu entre os anos de 2006/2007, sendo que a primeira horta foi inaugurada em 13 de junho 2007. Já são quase 4 anos de funcionamento do projeto, completando um total de 17 hortas espalhadas pelo município, sendo beneficiadas mais de 350 famílias.

Foi lembrado por um integrante do grupo que o programa das HC cumpre com uma das diretrizes da Política Nacional de Nutrição, que é a de facilitar o acesso para que as pessoas modifiquem seus hábitos alimentares.

Percebe-se neste momento uma insegurança no grupo frente à sustentabilidade dos projetos numa futura troca da gestão.

Ficou evidente o desconhecimento do poder de criação de uma política pública saudável, que garanta um compromisso permanente da gestão com a comunidade.

A intersetorialidade se mostra presente no programa das hortas, para além da gestão, academia e comunidade. Empresas privadas têm se responsabilizado pelo pagamento de contas de água de algumas hortas, em outros casos acontece até o patrocínio de um poço artesiano.

Dentre todas as hortas desenvolvidas no município, apenas uma instalada no bairro carente do Rebouças é que não demonstrou interesse pelo programa. A própria Universidade Estadual de Maringá está desenvolvendo um estudo para tentar verificar o motivo dessa não adesão.

Por outro lado, diversos bairros requerem HC, porém não existem espaços físicos adequados para a sua criação.

Recentemente foi construída a maior HC de Maringá, com 8.900 m<sup>2</sup>, sendo distribuídos canteiros de 300m<sup>2</sup> para cada família, possibilitando aos participantes o cultivo de mandioca, feijão, milho, abóbora, quiabo; além da aquisição de uma estufa para que eles mesmos produzam suas mudas.

A geração de renda e a socialização dos participantes foram referidas pela CIPMS como resultados alcançados pelo programa.

Eles contaram diversas histórias de participantes que com o dinheiro da horta conseguiram viajar e *“realizar o sonho de conhecer uma praia”*, por exemplo; outros que o neto não comia verduras e depois que começou a ajudar o avô na horta trocou seu hábito alimentar; outra história sobre um casal que

estava se separando e que começou a trabalhar na horta, reatando assim seu casamento.

Uma iniciativa que demonstra que socialização entre as pessoas das HC foi a criação, por eles próprios, do “*banco da colegagem*”. É um local onde eles construíram bancos de madeira e se reúnem para conversar, trocar idéias, experiências, fazer reuniões.

Outra questão relevante é a parte da mídia espontânea, que revela nacionalmente e até internacionalmente, tanto os projetos das HC, como das ATI e do Controle do Tabaco.

O grupo fez questão de deixar claro “... *a questão da coerência entre as esferas do governo, porque o que nós fazemos, o que o Prefeito faz aqui em Maringá, é seguir as diretrizes do governo federal, nós tiramos do papel e colocamos na prática aquilo que já se sabe que deve ser feito... tudo que a gente faz, a gente faz para que haja entrosamento entre os projetos de lei e as necessidades reais da nossa população, sem deixar de lado a participação e o controle social... então eu acho que pra ter efetividade e longevidade em um projeto é necessário embasamento técnico e envolvimento da comunidade... este técnico tem que ter liberdade para trabalhar, conseguindo então dar uma boa contribuição a comunidade... quando este técnico não consegue ter liberdade para trabalhar, as coisas tendem a não ir para frente*”.

Um último levantamento importante durante a discussão do grupo foi que “... *Tanto as hortas comunitárias como as ATI atuam na mudança de estilo social das pessoas... antigamente elas se encontravam na fila do posto de saúde e falavam sobre doença... hoje elas se encontram nestes espaços saudáveis e trocam experiências boas, de como melhoraram sua saúde*”.

### **5.3.3. Projeto Controle do Tabaco**

Quando iniciadas as conversas, imediatamente o grupo lembrou que no município de Maringá, desde 1999, já disponibilizava tratamento para tabagistas nas UBS. Mas foi em 2006 que iniciaram-se os trabalhos de prevenção e promoção com o Projeto de Controle do Tabaco, juntamente com a criação da lei municipal anti-fumo municipal nº 7.192 de 30/06/2006 regulamentada através do decreto nº 486 de 18/04/2007.

A criação dessa lei ocorreu devido a demanda da população, que já sabia da existência da lei nacional que proibia o fumo em ambientes fechados e que até então não era cumprida, dando entrada junto à promotoria municipal para que essa lei fosse executada.

Na época em que foi criada a lei municipal que proibia o uso de tabaco em ambientes fechados, a Secretárias de Saúde, mais especificamente as áreas de Promoção da Saúde e Vigilância Sanitária foram responsáveis pela fiscalização e criação de ações educativas.

O impacto no município, inicialmente foi chocante, pois a mídia explorou uma discussão forte entre os donos de bares, boates e restaurantes e os responsáveis pela criação da lei, que representavam a gestão.

Segundo o grupo, poucos estabelecimentos receberam multas, enquanto a maioria cumpriu com o que a lei impunha.

Passado o início da implantação da lei, as ações do projeto foram voltadas para a conscientização da população, sendo realizados eventos em dias marcantes como o Dia Mundial Contra o Tabaco (29 de agosto) e Dia de combate ao tabagismo (31 de maio).

Parcerias foram formadas para que diversas ações fossem desenvolvidas. Um dos exemplos é o “Pare de fumar correndo”, que é uma maratona que acontece anualmente com o apoio da Universidade Estadual de Maringá e empresas privadas.

Outro ponto importante do projeto é a realização de capacitações dos trabalhadores de saúde do município, para que desenvolvam ações específicas de promoção e prevenção de controle do tabaco, junto aos grupos nas UBS.

Os participantes da oficina demonstraram consonância em suas falas, quando colocam que a ação mais importante é a desenvolvida nas escolas municipais e estaduais. Isso porque eles acreditam que podem estar conscientizando aquela criança a não utilizar o tabaco e que, inclusive estas podem interferir no mal-hábito dos seus familiares. *“... a saúde fez uma parceria com a educação onde nós instruímos os professores da rede municipal sobre essas questões relacionadas aos malefícios do tabaco e hoje nós temos na grade escolar do ensino fundamental a questão anti-tabagística”.*

Ficou evidenciado pelo grupo que o projeto não tem a intenção de discriminar o fumante, e sim mostrar os malefícios do tabaco para o fumante

ativo e passivo. *“... é um trabalho constante de conscientização e sensibilização, além de serem disponibilizados tratamentos específicos para esta população que quer parar, porque não adianta você só mandar parar, falar que faz mal se você não der um suporte para quem quer parar”.*

Uma das dificuldades que o projeto enfrenta e que ficou exposto na oficina, foi o da fiscalização pela extensão do território em relação ao número de fiscais. *“... a gente viu que não dá conta e estamos hoje contando com o auxílio dos agentes comunitários de saúde que notificam para nós um local onde não está sendo cumprida a lei e daí vai um fiscal da vigilância, que é o único que tem o poder de multar... além disso, estamos trabalhando com a população para que todos nós possamos ser fiscais”,* além de co-responsabilizar os cidadãos.

Os resultados da oficina, sugeridos através da análise das falas dos participantes da Comissão Intersetorial do Programa Maringá Saudável, demonstra que existe o conhecimento do grupo em relação aos conceitos da Promoção da Saúde, além do trabalho intersetorial para a criação dos projetos e a preocupação com a sustentabilidade dos mesmos, como podemos ver a seguir:

Quadro 3. Informações sistematizadas da Oficina sobre os projetos ATI, HC e PCT.

CATEGORIAS DE ANÁLISE/ PROJETOS	ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE	HORTAS COMUNITÁRIAS	PROJETO CONTROLE DO TABACO
<b>1. PARTICIPAÇÃO SOCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ATI como local de convívio, reuniões da comunidade;</li> <li>- conscientização com a manutenção dos aparelhos;</li> <li>- propostas das reuniões de conselho dos bairros para implantação de mais ATI.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idéia surgiu da comunidade;</li> <li>- criação das primeiras hortas contou com a ajuda da comunidade;</li> <li>- mais de 350 famílias beneficiadas;</li> <li>- participação efetiva na manutenção das hortas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- iniciativa da população para cumprimento da lei federal de proibição da fumaça do tabaco em ambientes fechados;</li> </ul>
<b>2. POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- estímulo a prática de atividade física;</li> <li>- socialização de diversas faixas etárias;</li> <li>- conscientização de que atuam no processo saúde/doença;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- facilitar o acesso para alimentação mais saudável;</li> <li>- projeto vai de encontro com a Política Nacional de Nutrição;</li> <li>- Promove atividade física laboral e geração de renda;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- política pública para conscientização da população sobre os malefícios do tabaco;</li> <li>- tratamento gratuito para o fumante;</li> <li>- respeito ao não fumante;</li> </ul>
<b>3. INTERSETORIALIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parcerias entre governo, academia, instituições privadas e ONGs;</li> <li>- parceria entre as secretarias do município desde sua criação a manutenção;</li> <li>- envolvimento dos profissionais das UBS e população;</li> <li>- campo de estudo de universitários de educação física, fisioterapia e nutrição;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- parcerias entre governo, academia, instituições privadas e ONGs;</li> <li>- parceria entre as secretarias do município desde sua criação a manutenção;</li> <li>- participação da RMPS no momento da criação do projeto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ações de conscientização em conjunto com as diversas secretarias, com a Universidade Estadual de Maringá e ONGs.</li> </ul>
<b>4. SUSTENTABILIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- considerada um “bem social” da população;</li> <li>- espaço comunitário de socialização;</li> <li>- empoderamento das comunidades;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- criação de assembléia com presidente, vice, secretário e tesoureiro;</li> <li>- criação de caixa reserva frente uma adversidade política;</li> <li>- desenvolvimento de um projeto de lei em 2011.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- manutenção da fiscalização em locais públicos;</li> <li>- desenvolvimento de seminários e capacitações sobre o tema;</li> <li>- orientação a população para que denunciem estabelecimentos infratores;</li> </ul>
<b>5. AMBIENTES SAUDÁVEIS E BOA GOVERNABILIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- idéia da gestão e desenvolvimento do projeto local ;</li> <li>- revitalização de praças e parques;</li> <li>- localização privilegiada perto das UBS;</li> <li>- compromisso dos gestores com a qualidade de vida;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- terrenos amplos para a criação de diferentes tipos de verduras e hortaliças;</li> <li>- estímulo com a criação de estufas;</li> <li>- “banco da colegagem” para troca de experiências entre os participantes;</li> <li>- acessória técnica de um engenheiro agrônomo;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- garantia da gestão quanto ao cumprimento da lei;</li> <li>- reestruturação dos ambientes públicos, quanto ao respeito do não-fumante;</li> </ul>

Na segunda etapa da oficina, cada participante preencheu individualmente uma folha resposta sobre as informações que mais os interessava saber sobre os projetos das ATI, HC, e PCT. Em seguida, foi realizada a divisão dos participantes em dois grupos, onde estes apresentaram individualmente suas questões mais relevantes para avaliação e após decisão coletiva, selecionaram as sugestões de questões para coleta das informações necessárias para o conhecimento deles (apêndice 6).

Quadro 4. Informações necessárias para conhecimento dos projetos pelos participantes da Oficina.

<b>Grupo I</b>		
<b>A.T.I.</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Hortas comunitárias</b>
<p>1)Quais os resultados/benefícios qualitativos e quantitativos obtidos por usuários regulares das A.T.I.?</p> <p>2)Qual a proporção de usuários com orientação quanto ao uso dos equipamentos?</p> <p>3)Qual o grau de envolvimento dos profissionais de saúde com a promoção da saúde da atividade física nas U.B.S?</p>	<p>1)Quais as ações mais efetivas no controle do tabaco, na percepção da população (ações de prevenção e de cessação).</p> <p>2)Os fumantes têm a percepção das implicações ambientais, econômicas do consumo de cigarros?</p> <p>3)Quais as ações necessárias para melhorar o acesso e a adesão ao tratamento?</p>	<p>1)Quais os resultados e benefícios quali-quantitativos da implantação das hortas comunitárias?</p> <p>2)Existem diferenças entre os participantes das hortas e beneficiários de programas sociais como o bolsa família, na questão da renda, auto estima, etc?</p> <p>3)Avaliar aspectos que possam contribuir para a sustentabilidade do projeto: parcerias? Participação social?</p>
<b>Grupo II</b>		
<b>A.T.I.</b>	<b>Tabaco</b>	<b>Hortas comunitárias</b>
<p>1) Percepção da população em geral quanto a continuidade do projeto, ampliação e benefícios trazidos pela A.T.I.</p> <p>2)Houve mudança de hábitos a partir das A.T.I?</p> <p>3)Houve redução do consumo de medicamentos e diminuição das consultas médicas nas U.B.S? Em que medida? Quantificar.</p> <p>4)Medir o grau de satisfação dos usuários quanto a localização, instalação física, segurança, manutenção e orientação das atividades?</p>	<p>1)Qual o grau de satisfação dos usuários fumantes/não fumantes com a lei de controle do tabaco?</p> <p>2)Junto a rede de ensino, qual o envolvimento dos professores nas ações de prevenção e controle do tabaco?</p> <p>3)Qual o grau de adesão dos estabelecimentos comerciais e população no controle do tabaco?</p>	<p>1)Qual o impacto na geração de renda e saúde dos participantes?</p> <p>2)Percepção da comunidade em geral quanto ao projeto.</p> <p>3)Houve mudança de hábitos de consumo alimentar nos usuários?</p>

#### **5.3.4. Quadro de avaliação de efetividade para tomadores de decisão e Matriz da RMPS.**

Após a sistematização das informações coletadas na análise documental, entrevistas e oficina é apresentado a seguir alguns exercícios de avaliação realizados através dos resultados obtidos, como a avaliação de efetividade para tomadores de decisão propostos pelo Guia de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde.

O objetivo desse exercício é clarear as informações que os tomadores de decisão requerem, para embasar uma futura tomada de decisão.

Quadro 5. Matriz para monitoramento e avaliação de projetos com foco nos interesses dos tomadores de decisão (Maringá, 2010).

<i>Quem necessita da informação?</i>	<i>O que necessita saber?</i>	<i>Por que necessita sabê-lo?</i>	<i>Como requer sabê-lo?</i>	<i>Para que necessita sabê-lo?</i>	<i>Quando necessita sabê-lo?</i>
<b>Prefeito Municipal</b>	Elaboração de indicadores para Municípios de rede.	Para saber que tipos de dados ou ações deveriam ser desenvolvidas	Através da criação conjunta de indicadores	Encontrar soluções inteligentes frente aos problemas que surgirão.	Quando disponíveis para que sejam divulgados e utilizados.
<b>Secretário de Saúde</b>	Se os objetivos propostos foram alcançados; Outras experiências exitosas; Resultados principais sobre a questão da sustentabilidade;	Como resposta ao trabalho que vem sendo desenvolvido.	Resultado do processo de avaliação.	Como devolutiva a sociedade e gestão pelo investimento empregado	Quando disponíveis para que sejam divulgados e utilizados.
<b>Coordenadora do Programa Maringá Saudável</b>	Resultados principais sobre a questão da sustentabilidade; os benefícios que os projetos trouxeram para os usuários e melhora da qualidade de vida. Economia em termos de custos financeiros com estas ações.	Como resposta ao trabalho que vem sendo desenvolvido.	Resultado do processo de avaliação.	Para alocação de recursos e criação de novos projetos.	Quando disponíveis para que sejam divulgados e utilizados.
<b>Comissão Intersectorial do PMS</b>	Quais os resultados/benefícios qualitativos e quantitativos obtidos por usuários dos projetos, Qual grau de satisfação e a percepção do usuário em relação ao projeto.	Como resposta ao trabalho que vem sendo desenvolvido.	Resultado do processo de avaliação.	Como devolutiva a sociedade e gestão pelo investimento empregado e para alocação de recursos e criação de novos projetos.	Quando disponíveis para que sejam divulgados e utilizados.
<b>Comunidade acadêmica</b>	Objetivos, métodos, resultados e conclusão da pesquisa.	Para conhecimento dos passos da metodologia e como funciona sua aplicação.	Publicação de artigos científicos e apresentação de trabalhos em congressos.	Reconhecer a efetividade das ações e as dificuldades da avaliação de projetos contribuindo com a academia.	Durante todo o processo da avaliação e depois, como devolutiva para a comunidade.

FONTE: SALAZAR, 2004.

Esses resultados apresentados no quadro acima apresentam a convergência entre os diferentes participantes da pesquisa, com o objetivo de ampliar as informações adquiridas.

Ainda como resultado desta pesquisa foi preenchido a Matriz de monitoramento e avaliação dos projetos em desenvolvimento no município de Maringá, através da Matriz proposta RMPS.

Quadro 6. Os sinais de efetividade da matriz de acompanhamento e avaliação dos projetos em desenvolvimento no município de Maringá.

<b>Ações/ Referenciais</b>	<b>Sinais de Evidência de Efetividade</b>		
	<b>Parceria</b>	<b>Ações Intersetoriais</b>	<b>Políticas Públicas</b>
<b>Documentos oficiais produzidos a partir do projeto</b>	Cartilha dos projetos Viva Mais, Hora do Chá, Academia da Terceira Idade, entre outros.	Documento desenvolvido em conjunto entre as Sec. de Educação, Saúde e promoção social para capacitação dos professores.	Projetos, portarias e decretos municipais; Lei municipal de Ambientes Livres do Tabaco.
<b>Atitudes de Agregação e Confiabilidade</b>	Investimento de empresas privadas e ONGs nos projetos.	Envolvimento das secretarias para construção de novos projetos	Elaboração e implementação de políticas públicas coletivas
<b>Relacionamento entre as pessoas e intuições</b>	Junção entre as os diferentes setores da sociedade e do governo.	Entrosamento entre sociedade, academia e gestão.	Mobilização da sociedade, gestão e academia para que todos os projetos se tornem leis.
<b>Satisfação frente ao trabalho realizado</b>	Maior número de parceiros apoiando os projetos	Identificação na fala dos envolvidos sobre a satisfação em relação aos projetos*.	Desejo de conseguir transformar em lei os projetos em execução.
<b>Inclusão e especificação do indivíduo. Pertencimento</b>	Projetos sendo considerados como "bem social"	Identificação na fala dos envolvidos sobre os projetos.	Valorização da lei, garantida pelo município.
<b>Sustentabilidade</b>	São atores importantes que mantém a sustentabilidade dos projetos	Reuniões de bairros e da Comissão Intersetorial do Programa Maringá Saudável.	São a garantia da continuidade do projeto numa futura troca de gestão.

Os resultados desta pesquisa são reafirmados quando o município realiza o exercício de preencher a matriz da RMPS, que tem como objetivo acompanhar o processo desenvolvido entre os diferentes projetos na perspectiva da Promoção da Saúde, apontando os sinais de evidência, em relação aos projetos desenvolvidos a partir do movimento em rede.

Essa Matriz foi construída pela pesquisadora coordenadora da RMPS junto com diferentes participantes da RMPS em 2010 (67). No caso de Maringá, esta Matriz apresentou uma forte presença da intersetorialidade e das parcerias co-relacionados com atitudes de agregação e confiabilidade, bem como o sentimento de pertencimento e a intensificação das relações entre as pessoas.

---

## **DISCUSSÃO**

**(6)**

---



A Promoção da Saúde se reflete hoje como um embasador na reorganização dos serviços de saúde em quase todo o mundo, apontando a insuficiência do modelo biomédico em relação aos processos de saúde e doença da populações.

A Carta de Ottawa (2) nos faz considerar que a Promoção da Saúde demanda *“uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia”*. As pessoas devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades, reafirmando que o ideal para se promover saúde é um trabalho articulado em rede.

Para Salazar (75), países em desenvolvimento devem ser fortalecidos pelo movimento de rede, pois esta possibilita abordagens técnicas, de gestão e políticas que envolvam novas parcerias, novas formas de englobar as diferentes partes interessadas no processo, novos métodos e ferramentas de avaliação para superar as restrições de recursos e através da eficácia do monitoramento, criando e demonstrando seus resultados.

Ao adotar as estratégias da RMPS, o município de Maringá tem conseguido desenvolver uma gama de projetos voltados à Promoção da Saúde, desde sua adesão em outubro de 2005. Percebe-se que nesses 6 anos, o Município construiu ações, projetos e políticas conjuntas intra-municipal, demonstrando a importância do movimento em rede, da RMPS.

Isso se deve pela formulação de um arranjo de estratégias criada especificamente no local para atender desejos, tecer saúde e ampliar a vida com qualidade, pois depende do Estado/ Município adotar políticas públicas saudáveis e da comunidade em entender e defender seus quereres, ampliando suas habilidades.

Os achados encontrados na exploração do material da análise documental demonstraram a construção de projetos e políticas públicas saudáveis integradas, facilitada pelo movimento em rede, co-responsabilizando pessoas para o desenvolvimento de projetos que tenham desejos comuns, e que esses sejam identificados por uma gestão de governo, que se busque o desenvolvimento de um planejamento e gestão na perspectiva da Promoção da Saúde. Estes devem ser pautados pelo saudável, considerando a

multicausalidade dos fatos, a participação da comunidade, a intersectorialidade e a formação de parcerias.

Os resultados obtidos através das entrevistas com os gestores, denominados “peças-chave”, evidenciaram a avaliação positiva dessa adesão do Município com a RMPS, uma vez que através da sensibilização da equipe e das orientações à comunidade a Promoção da Saúde conseguiu ser fortalecida naquele espaço de trocas que estava sendo estabelecido pela Comissão Intersetorial do Programa Maringá Saudável.

Segundo Jackson et al. (76), os profissionais envolvidos com a promoção devem trabalhar com estratégias que favoreçam suas forças e habilidades, aumentando seu controle no processo de saúde/doença, como pode ser percebido nos diferentes projetos e nas falas dos envolvidos na pesquisa.

O processo de construção dos projetos e políticas descritos e avaliados neste estudo durante a Oficina de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde demonstrou que a CIMPS, os gestores, comunidade e a universidade estão em convergência com os princípios da promoção, que são a intersectorialidade, participação social, políticas públicas e sustentabilidade.

Os registros desta pesquisa demonstram que a percepção do Município em relação à RMPS, é que esta tende a colaborar para a criação de políticas públicas, sendo um fio condutor que estimula e provoca a intersectorialidade e a participação social, sendo reafirmados no exercício de preenchimento da Matriz de acompanhamento e monitoramento dos projetos desenvolvidos.

A partir deste estudo foi notado que integração, articulação e parceria entre Secretaria da Saúde, Planejamento, Esporte, Educação, Transportes, Assistência Social e Meio-Ambiente; Instituições de Ensino Superior, Organizações não governamentais, Empresas Privadas e população em geral, influenciaram no desenvolvimento de projetos com objetivos comuns que tiveram suas convergências com o plano de governo, demonstrando uma forma de gestão diferenciada.

É importante atentar para o fato de que os elementos constituintes da RMPS e discutidos aqui estão em conformidade com a proposta de reforma preconizada pela Carta de Ottawa (2) na qual a saúde se produz na vida cotidiana, produzindo recursos para a vida, no intuito de reduzir as

desigualdades em saúde. As estratégias para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, com a criação de espaços solidários, que fortaleçam a ação comunitária, são colaboradores na identificação de ações que atinjam os determinantes sociais de saúde.

A partir dos resultados descritos, o processo desenvolvido pela RMPS no Município se aproxima de alguns princípios apontados pela OPAS/OMS (9) para o trabalho em rede: articulador, provedor de informações e evidências, moderador, facilitador (técnico ou de processo) e disseminador.

O movimento em rede, na perspectiva da RMPS caracteriza o *potencialmente saudável* pelo desenvolvimento de todas as áreas integradas, em função de propor e alcançar desejos comuns (61).

Verificou-se que as experiências e as percepções construídas acerca da RMPS são relevantes para a gestão municipal no sentido da construção de um Município Potencialmente Saudável e de espaços sócio-sanitários baseados nas premissas da governança.

Segundo Potvin & Richard (78), a avaliação de municípios e comunidades saudáveis ocorre em intervenções muito complexas, envolvendo diferentes pessoas e interesses, implicando no processo de avaliação.

Para Poland (77), a experiência dos indivíduos pode ser reconhecida como uma forma de desenvolvimento de conhecimento, tornando-se uma ferramenta importante para a realização dessa pesquisa.

É por isso que a proposta da avaliação participativa, que busca sinais de efetividade das ações, torna-se um acessório fundamental e constante para a prática avaliativa de um município, uma vez que os envolvidos na criação desses projetos devem participar do processo da avaliação, acompanhando e adotando medidas necessárias para o êxito do projeto durante sua execução, favorecendo inclusive outros municípios e pessoas com suas experiências (80).

Ao adotar as estratégias da RMPS, o município de Maringá tem servido de exemplos para outras cidades, participantes ou não da rede, devido ao modelo artesão de fazer saúde, apontando para a importância do fortalecimento da rede intra-municipal e inter-municipal.

Segundo Stock et al (81), os membros de uma rede são favorecidos por meio das trocas baseadas na confiabilidade de suas relações, uma vez que sustentadas no compartilhamento de informações.

Diante das questões acima apresentadas, cabe destacar a importância da sustentabilidade dessas Redes e de seus projetos desenvolvidos, comprometendo e co responsabilizando os envolvidos no processo, Universidade, Governo e Comunidade para colaborarem na construção e manutenção de políticas públicas saudáveis.

Ressalta-se a necessidade dos órgãos governamentais políticos ampliarem essas experiências de trabalho em Rede enquanto processos que permitam a elaboração, implantação, implementação e gestão das políticas públicas saudáveis e legitimadas coletivamente, relacionadas com a Promoção da Saúde.

---

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

**(7)**

---



Um movimento que some à definição da Promoção da Saúde e seus eixos apresentados nesta dissertação, refere que esta é o desenvolvimento de habilidades coletivas e individuais, que buscam planejar, implementar, implantar e avaliar políticas públicas saudáveis, responsáveis em proteger a vida.

A metodologia de Avaliação de Efetividade em Promoção da Saúde cumpre um papel fundamental de guia, propondo à realidade brasileira um instrumento baseado no contexto histórico político da América Latina, salva as especificidades de seus países, ainda que mais próximas do que a realidade norte americana e europeia (16).

Entre os principais resultados obtidos nesta avaliação do processo de adesão e criação de políticas públicas saudáveis, através da perspectiva da RMPS no município de Maringá destaca-se o reconhecimento do **papel articulador e estimulador** do movimento em rede inter e intra-municipal considerando a Promoção da Saúde como eixo norteador para o alcance da melhoria da qualidade de vida.

Esta pesquisa permite afirmar que o movimento em rede possibilita a construção de projetos entrelaçados entre academia, gestão e comunidade, baseando-se na **intersectorialidade, participação social e criação de parcerias**.

O sentimento de **pertencimento** da população em relação aos projetos foi percebido nas suas falas, uma vez que estes se tornaram “*bem-social*” para a população.

A preocupação frente à **sustentabilidade** dos projetos foi outro ponto relevante observado na pesquisa, no sentido de assegurar os benefícios conquistados em uma futura troca de gestão.

Recomenda-se ações e sensibilizações frequentes que facilitem a participação social, conscientizando a população do seu papel fundamental em todo o processo de criação e avaliação de políticas públicas saudáveis.

Esta dissertação resulta de uma experiência de avaliação de um município potencialmente saudável, tendo como um dos resultados a instrumentalização dos tomadores de decisão/ criadores de projetos e políticas à prática da avaliação, uma vez que esta deve fazer parte do planejamento e gestão de um município

O que foi visto na prática, nesta pesquisa, está diretamente conectado com a teoria das cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde e embasado pelo instrumento de avaliação de efetividade de Salazar (43), reafirmando os princípios da promoção.

A utilização da matriz de monitoramento e avaliação como suporte para a tomada de decisão, necessita que futuramente um estudo seja realizado, utilizando-se de entrevistas em profundidade com a população beneficiada pelos projetos e políticas para que sejam comprovados os resultados da efetividade desses projetos.

É necessário investigar as dificuldades que o Município enfrenta para que seus projetos se tornem efetivamente políticas públicas saudáveis e principalmente identificar, na população, o quanto estes projetos interferem em torná-las mais felizes, uma vez que, este deve ser o objeto de trabalho de um gestor.

É relevante reafirmar o compartilhamento de informações entre a universidade, a gestão pública e a população no processo de construção de políticas públicas saudáveis.

---

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

**(8)**

---



1. Organização Panamericana de Saúde. Municípios/Cidades Saudáveis. OPAS, 2009. Acesso em: 22 de maio 2009. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=28&Area=Conceito>.
2. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Health and Welfare Canada. Genebra: WHO, 1986, 6p.
3. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000, v.5, p.163-77.
4. Carvalho AI. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008, v. 24, n.1, p.4-5.
5. Tesser CD. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucos exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008, v. 25, p. 1732-1742.
6. Brasil, Ministério Da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2. ed., v.7., Brasília: 2007, 38p.
7. Adriano JR et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? *Ciência & Saúde Coletiva*, 2000, v.5, n.1, p. 33-62.
8. Rumel D et al. Cidade Saudável; relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. *Saúde e Sociedade*, 2005, v.14 n.3, p.134-143.
9. Organização Panamericana De Saúde/Organização Mundial De Saúde. *Conceptos, Prácticas y Lecciones Aprendidas*. OPS/OMS. Brasília: 2008,176p.
10. Sperandio AMG, Correa CRS, Serrano MM. Methodology for evaluating networks of healthy municipalities: an experience towards building of public policies. *IUHPE- Promotion & Education Supplement*, 2007, v. 1, p. 21-6.
11. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. *Municípios e Comunidades Saudáveis- Guia dos Prefeitos para*

Promover Qualidade de Vida. Publicação Científica da Divisão de Promoção e Proteção da OPAS/OMS, 2002.

12. Maringá, Prefeitura Municipal. Plano de gestão 2005-2012. Acesso em 14 de maio 2009. Disponível em: [http://www.maringa.pr.gov.br/plano\\_diretor/indice.php](http://www.maringa.pr.gov.br/plano_diretor/indice.php).
13. Teixeira CF. Formulação da implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. Revista Saúde e Sociedade, 2004, v.13, n.1, p. 37-46.
14. Milani CRS. O princípio da participação social na gestão de políticas públicas locais: uma análise de experiências latino-americanas e europeias. Revista de Administração Pública FGV, 2008 v. 42, n. 3, p. 551-579.
15. Akerman M, Mendes R. (Org). Avaliação participativa de municípios, comunidades e ambientes saudáveis: a trajetória brasileira – memória, reflexões e experiências. São Paulo: CESCO / CEPEDOC /Mídia Alternativa, 2006, 79p.
16. Salazar L de. Efectividade en promoción de la salud y salud pública: reflexiones sobre la pratica en America Latina y propuestas de cambio. Santiago del Cali: Programa Editorial Universidad del Valle, 2009, 391p.
17. Cairus HF, Ribeiro Jr WA. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz,2005, p11-24.
18. Siqueira-Batista R, Schramm FR. Platão e a medicina. História, Ciências e Saúde. Manguinhos: 2004, v. 11, n.3, p. 619-34.
19. Rios ERG et al. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2007 v.12, n.2, p.501-509.
20. Terris M. Concepts of Health Promotion: dualities in public health theory. Journal of Public Health Policy,1992, v. 13, n.3, p. 267-276

21. Lalonde M. El concepto de “campo de La salud”: uma perspectiva. In Organización Panamericana de La Salud. Promoción de La Salud: uma antologia. OPAS, 1974 Publicación Científica nº 557
22. Organização Pan-americana de Saúde. Declaração de Alma-Ata. OPAS. Acesso em: 22 maio 2008. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
23. Heidmann ITSB et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto & Contexto Enfermagem, 2006, v. 5, n. 2, p. 352-58.
24. Traverso-Yépez MA. Dilemas na Promoção da Saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. Interface- Comunic., Saúde, Educ., 2007, v.11, n.22, p.223-38
25. Campos GWS In: Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Editora Hucitec; 2007, 178p.
26. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Ciência & Saúde Coletiva, 2009,v.14, n.6, p.2305-2316.
27. Buss PM. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2004, v. 9, n. 3, p. 518-9.
28. Ferreira MS, Castiel LD. Which empowerment, which Health Promotion? Conceptual convergences and divergences in preventive health practices. Cad. Saúde Pública, 2009, .v.25, n.1, p.68-76.
29. Paim J. Determinantes sociais de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Anais: I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2009, p. 29-36.
30. Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis – saúde e cidadania na pós-modernidade. Ciência & Saúde Coletiva, 1996 v. 1, n. 1, p. 104-121.
31. Carvalho SR Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Editora Hucitec; 2007, 177p.

32. Castiel LD. Dédalo e os dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos saúde. In: Czeresnia, D.(org). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003, pp. 79-96.
33. Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: Revista Saúde Coletiva, 2007, n.17, v. 1, p. 77-93.
34. Brasil, Ministério Da Saúde. Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde. In: CASTRO, A. M. et al.; GOSCH, C. S. et al. (org). Brasília : CEAD/FUB, 2010, 174p.
35. Brasil, Ministério Da Saúde. Anais: I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, 2009, 258p.
36. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Editora Saraiva, 30 ed., 2002, 109p.
37. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Sobre a Abrasco. Acesso em: 12 de novembro de 2010, Disponível em: <[www.abrasco.org.br/sobre/index.php](http://www.abrasco.org.br/sobre/index.php)>.
38. Malta DC, Castro AM. Avanços e resultados na implementação da política nacional de promoção da saúde. B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., 2009, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, 63-71.
39. Campos GWS, Barros RDB, Castro AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2004, v. 9, n. 3, p. 745-749,
40. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, 2006, p. 20-45.
41. Aguilar MJ, Ander-Egg E. Avaliação de serviço e programas sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 1994, p.33-41.
42. Worthen B, Sanders J, Fitzpatrick J. Avaliação de Programas: concepções e práticas. Tradução de Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Editora Gente, 2004, p. 3-34.

43. Salazar L de. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud : Guía de Evaluación Rápida. CEDETES- Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública, Universidad del Valle, Colombia, 2004, 207p.
44. Westphal MF, Mendes R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 35, n.2, 2009, p.17-27 .
45. Franco de Sá R, Moysés ST. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 35, n.2, 2009, p.29-35.
46. Bodstein RCA. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 35, n.2, 2009, p. 7-15.
47. Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial De Saúde. **Guía de Evaluación Participativa de Municipios y Comunidades Saludables**. Ed. OPS/OMS.Lima: 2005, 216p.
48. Rocha CMF. **As Redes em Saúde: entre limites e possibilidades**. Fórum nacional de redes em saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Belo Horizonte, 2005.
49. Capra F. **"A teia da vida"**. Ed. Cultrix, São Paulo, 1996 286p.
50. Castells M. **A sociedade em rede**. São Paulo: 2000, Paz e Terra, 698p.
51. Franco A. Escola de Redes: Novas Visões sobre a sociedade, o desenvolvimento, a Internet, a política e o mundo globalizado. Curitiba: 2008, 10p. Disponível em: <[www.escoladeredes.ning.com](http://www.escoladeredes.ning.com)>.
52. Rovere M. **Redes en Salud; los Grupos, las Instituciones, la Comunidad**. Córdoba: 2006,2 ed., 113p.
53. Adulis D. O desafio das redes. Disponível em: <[www.redecidada.org.br](http://www.redecidada.org.br)>. Acesso em: 13 de julho de 2008.

54. Rede de Informação para o Terceiro Setor. RITS. **O que são redes?** 2008. Acesso em: 13 outubro 2010. Disponível em: <[http://www.rits.org.br/redes\\_teste/rd\\_oqredes.cfm](http://www.rits.org.br/redes_teste/rd_oqredes.cfm)>.
55. Campos GWS, Guerrero AVP. (Org.). **Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** São Paulo: 2008 1 ed., 411p.
56. Santiago SM, Andrade MGG. Avaliação de um programa de controle do câncer cérvico-uterino em rede local de saúde da Região Sudeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2003, v.19, n.2, p.571-8.
57. Figueiredo PG, Furlan MD. O subjetivo e o sociocultural na co-produção de saúde e autonomia. In: Campos GWS, Guerrero AVP. (Org.). **Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada.** 1 ed., São Paulo: 2008, p. 154-178.
58. Gentile M. Os desafios do município saudável. **Promoção da Saúde**, Ministério da Saúde: 1999, 1ed., p.12-17.
59. Duhl LJ. The healthy city: its function and its future. **Health Promotion**. 1986, v.1, p.55-60.
60. World Health Organization- Europe. **A healthy city is an active city: a physical activity planning guide.** Copenhagen: WHO-EUROPE, 2008, 90p.
61. Sperandio AMG, Serrano MM. **Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. O Plano Diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável.** Campinas: Editora da Unicamp, 2006, v.1, 49p.
62. Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis. CEPEDOC. Disponível em: <[www.cidadessaudaveis.org.br](http://www.cidadessaudaveis.org.br)>. Acesso em : 22 de março 2010.
63. Universidade Federal De Pernambuco. UFPE. **Municípios Saudáveis do Nordeste do Brasil.** Disponível em:

[http://www.ufpe.br/nusp/index.php?option=com\\_content&view=article&id=96&Itemid=160](http://www.ufpe.br/nusp/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=160)>. Acesso em : 05 de julho de 2010.

64. Moysés ST, Kusma SZ. Ambientes Saudáveis em Curitiba: experiências de sucesso de ações intersetoriais de promoção da saúde e desenvolvimento local. 1. ed. v. 1. Curitiba: 2009, 19p.
65. Organização Panamericana de Saúde. OPAS. Conceito de Espaços saudáveis (municípios, habitação, empresa). Disponível em: <http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=34&area=Conceito>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2011.
66. Sperandio AMG. O processo de avaliação das experiências locais do Projeto Ações Intersetoriais em Promoção da Saúde- AIPS: buscando as igualdades a partir das diferenças. 1 ed., Rio de Janeiro: 2009, 58p.
67. Sperandio AMG; Veríssimo LCG. Networks: Building Public Policies and the Impact on Acute Social Determinants. In: CPHA Centennial Conference, 2010.
68. Bardin L. **Análise de Conteúdo**. ed.70, Lisboa: 1997, 226p.
69. Minayo MCS. O Desafio Do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa Em Saúde. 12.Ed., São Paulo: Hucitec, 2010, 270p. .
70. Caregnato RCA, Mutti, R. Qualitative research: discourse analysis versus content analysis. Texto contexto - enferm. , Florianópolis, v. 15, n. 4, 2006, p-679-84.
71. Relatório de Gestão 2007. Maringá: 2008, 36p.
72. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Dados do Censo 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=41](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=41)> . Acesso em 22 de novembro de 2010.
73. Jurberg C, Humphreys G. Brazil's march towards universal coverage. **Bulletin of the World Health Organization**. WHO: v. 88, n. 9, p. 641-716, 2010. Disponível em <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/9/10-020910/en/index.html>>. Acesso em dia 08 de setembro de 2010.

74. Salazar L. Building capacity for risk surveillance in developing countries: a new approach. *Sozial- und Präventivmedizin*, 2005, v.50, n.1, p.33-7.
75. Jackson et al. Working with Toronto neighborhoods toward developing indicators of community capacity. *Health Promotion International*, 2003, v. 18, n.4, p. 339-50.
76. Poland BD. Knowledge development and evaluation in, of and for Healthy Community initiatives. Part I: guiding principles *Health Promotion Education*, 1996, v. 11, n. 3, p. 237-47.
77. Potvin L, Richard L. Evaluating Community Health Promotion Programmes. In: Rootman, Irving et al. (org): *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. WHO Regional Publications, European Series. , 2001, n.92, p.233-260.
78. Carvalho AI; Buss PM. Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 141-166.
79. Sperandio AMG et al. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis- São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, v.9, n.3, p. 643-654.
80. Stock C et. al. Network evaluation: principles, structures and outcomes of the German working group of Health Promoting Universities. *Global Health Promotion*, 2010, vol. 17, n.1, p.25–32.
81. Sperandio AMG. Movimiento en red para el desarrollo saludable: Maringá-PR, Brazil, un estudio de caso. In: *IV Jornadas de Salud Pública de la Ciudad de Madrid*, 2009.

---

## **ANEXOS**

---



**ANEXO 1** Relatórios dos encontros da Comissão Intersectorial do Programa Maringá Saudável.

Vanda  
Maringá Saudável - 04/05  
2ª reunião intersectorial

Como sua secretaria se identifica com este projeto, com o e em que?

ASASE, como secretaria de Aead Sociof, tem como objetivos, estratégias, projetos, enfim todo trabalho e execucao, voltado p/a qualidade de vida ou seja, vida Saudável. Portanto estamos intrinsecamente ligados a esse projeto.

Definição

Human — físico — mente — social

Assim, um elemento interfere um ao outro, acontece simultaneamente

Saúde é o bem estar físico, mental e social.

- trabalho harmonioso prevenir doenças.
- Eis a necessidade do fortalecimento e demais secretarias, p/ atingir o objetivo.

Comparações - Célula tronco.

Cidade Saudável

Não é um modelo técnico, é uma ideia, uma filosofia.

metodologia → objetivos p/ atingir o ser humano.

Quem não sabe onde vai, qualquer lugar serve.

# Reunião - Mauço Saudável

Dez 08/06

→ Discussões sobre o objetivo de  
Comissão → Indefinido.

→ Será debatido com a responsável  
pelo Idêntico Ance... em agosto  
durante o evento - Seminário Mauço  
Saudável.

→ Proposta de agenda Mauço Saudável  
Dia Mundial Anti Drogas  
primeiro dia - 15/06

Proposta de debate - Cidade de Deus -  
cultura, pesquisa de Debates com  
visões, direções de Entidades etc.  
Local - IBESP - Rua Victor Hugo

Nº 53 - 13:30 às 15:30

Arce e J  
18/05/05

### Reunião Cidade Saudável – 18/05/05

Atividades:

1. Cada Secretaria ficou responsável em trazer sua agenda de evento. Serão distribuídas cópias das outras secretarias. Os representantes serão divididos em 3 grupos para verificar quais as possibilidades de integrar os eventos e Secretarias.

Tempo para atividade: 30 minutos

2. Cada grupo irá apresentar suas propostas e o grande grupo fará a discussão geral sobre as propostas apresentadas. Tempo para atividade: 30 minutos

3. Intervalo

4. Construção Coletiva do Projeto Cidade Saudável

Re-dividir em grupos, cada grupo será responsável em discutir o Projeto ou Indicadores – a escolha do tema de discussão será feita pelo grande grupo. (Distribuir papel Kraft, textos de apoio e pincéis atômicos)

1ª) O Projeto:

1. Objetivos
2. Justificativa
3. Metodologia

2ª) Os Indicadores de Qualidade de Vida para cada Secretaria.

1. Definir o que pode ser um Indicador
2. Definir indicadores de cada Secretaria e como serão levantados.
3. Propor prazo para entrega dos indicadores

3ª Reunião de representantes das secretarias

**ANEXO 2** Requerimento de vereador do município de Maringá sobre custos relacionados ao Programa das Hortas Comunitárias.



## CÂMARA MUNICIPAL DE MARINGÁ

ESTADO DO PARANÁ

REQUERIMENTO Nº 000895

Protocolada em / / Às horas

Funcionário Responsável \_\_\_\_\_ Atendido conforme ofício Nº \_\_\_\_\_

Autoria:

Senhor Presidente:

LIDO EM PLENÁRIO  
Sala de Sessões 19/04/08

1º Secretário (a)

O adiante nomeado, Vereador com assento à Câmara Municipal, no uso de suas atribuições regimentais, requer à Mesa se oficie ao Exmo. Sr. **Silvio Magalhães Barros II**, Prefeito Municipal, solicitando ao mesmo que informe a esta Casa de Leis, para fins de esclarecimento público, relativamente às hortas comunitárias, o quanto segue:

1 – qual a secretaria responsável e qual a localização de cada horta;

2 – se existem repasses de verbas de outras esferas de poder, e, em caso positivo, decline a origem e os valores repassados, bem como se há previsão para repasses futuros;

3 – quais os recursos do orçamento municipal empregados no projeto, declinando os valores.

**Plenário Vereador Ulisses Bruder**, 11 de abril de 2008.

  
**HUMBERTO HENRIQUE**  
Vereador-Autor

"Participe das sessões da Câmara Municipal de Maringá ou assista às transmissões pelo site [www.cmm.pr.gov.br](http://www.cmm.pr.gov.br), às terças e quintas-feiras, das 18h às 20h."

**ANEXO 3** Mensagem de lei do prefeito municipal liberando verbas para o programa das Hortas Comunitárias.

000380

000380



**MENSAGEM DE LEI Nº 0019/2010**

Maringá, 09 de fevereiro de 2010.

Senhor Presidente:

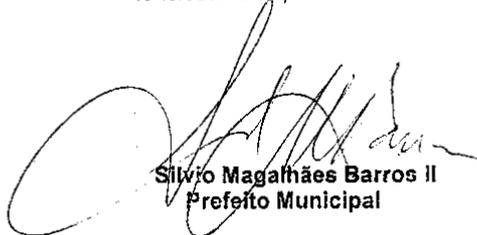
Encaminho a Vossa Excelência, para apreciação dessa Câmara de Vereadores, o Projeto de Lei que autoriza este Executivo a abrir um Crédito Adicional Especial no Orçamento do corrente exercício financeiro, no limite de R\$ 42.188.738,00 (quarenta e dois milhões cento e oitenta e oito mil setecentos e trinta e oito reais).

Pretendo com este crédito atender as despesas geradas na Secretaria Municipal de Transportes com a reforma do terminal urbano; a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico com a elaboração de estudos para definir diretrizes gerais e/ou plano diretor para o Aeroporto Regional de Maringá; a Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania com o repasse de subvenções sociais para custear despesas com pessoal e encargos; a Secretaria Municipal de Serviços Públicos com a criação de atividade específica para a manutenção das hortas comunitárias e a Secretaria Municipal de Controle Urbano e Obras Públicas com desapropriações para implantação do Contorno Norte.

Esclareço que a abertura do mencionado Crédito Adicional Especial será coberta pelos recursos definidos no artigo 43, §1º, incisos I, II e III, da Lei nº 4.320/64, através de superávit financeiro, excesso de arrecadação e anulação de dotação.

Ao exposto e na certeza de contar com o apoio de Vossas Excelências na aprovação da inclusa propositura, aproveito o ensejo para renovar meus protestos de estima e consideração pelos integrantes dessa Casa de Leis, subscrevendo-me

Atenciosamente,



Silvío Magalhães Barros II  
Prefeito Municipal

Exmo. Sr.  
**MÁRIO MASSAO HOSSOKAWA**  
Presidente da Câmara Municipal  
**NESTA**



**PROJETO DE LEI Nº. 11.489/2010**

Autoriza a abertura de Crédito Adicional Especial no Orçamento Programa de 2010.

A CÂMARA MUNICIPAL DE MARINGÁ, ESTADO DO PARANÁ, aprovou e eu, PREFEITO MUNICIPAL, sanciono a seguinte

**LEI:**

**Art. 1º.** Fica o Executivo Municipal autorizado a abrir no Orçamento Programa de 2010 um Crédito Adicional Especial no valor de R\$ 42.188.738,00 (quarenta e dois milhões cento e oitenta e oito mil setecentos e trinta e oito reais), para atender a Secretaria Municipal de Transportes, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico, Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania, Secretaria Municipal de Serviços Públicos e Secretaria Municipal de Controle Urbano e Obras Públicas.

**criação:**

**ÓRGÃO – Secretaria Municipal de Transportes**

UNIDADE – Gabinete do Secretário de Transportes

11.010.26.782.0015.1.042 – Ampliação e/ou reforma dos terminais rodoviário e urbano

4.4.90.51.00 – Obras e instalações

03000 - Recursos Ordinários (Livres) – Exercícios Anteriores.....R\$ 175.226,00

**ÓRGÃO – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico**

UNIDADE – Fundo Municipal de Desenvolvimento Econômico - FMDE

12.020.26.781.0008.2.147 – Manutenção e desenvolvimento das atividades do aeroporto

4.4.90.39.00 – Outros serviços de terceiros – pessoa jurídica

03000 - Recursos Ordinários (Livres) – Exercícios Anteriores.....R\$ 185.000,00

**ÓRGÃO – Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania**

UNIDADE – Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS

13.020.08.241.0019.2.082 – Manutenção do serviço de abrigo ao idoso

3.1.50.43.00 – Subvenções sociais

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 230.776,00

31787 - Convênio PSE AC Idoso - Exercício Corrente.....R\$ 18.000,00

13.020.08.242.0019.2.084 – Manutenção dos serviços especializados à pessoa com deficiência

3.1.50.43.00 – Subvenções sociais

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 207.846,00

31791 - Convênio PSE MC Deficiente - Exercício Corrente.....R\$ 295.015,00

13.020.08.243.0018.6.085 – Manutenção da rede de atendimento à criança e adolescente

3.1.50.43.00 – Subvenções sociais

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 305.384,00

03000 - Recursos Ordinários (Livres) – Exercícios Anteriores.....R\$ 136.379,00

31835 - Programa PRÓJOVEM - Exercício Corrente.....R\$ 54.260,00



13.020.08.243.0019.6.086 – Manutenção dos serviços especializados às crianças e adolescentes  
 3.1.50.43.00 – Subvenções sociais  
 01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 64.104,00  
 03000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercícios Anteriores.....R\$ 72.715,00

13.020.08.244.0018.2.087 – Manutenção da rede de atenção à família  
 3.1.50.43.00 – Subvenções sociais  
 01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 239.865,00

13.020.08.244.0019.2.090 – Manutenção dos serviços especializados às famílias  
 3.1.50.43.00 – Subvenções sociais  
 01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 161.168,00

**ÓRGÃO – Secretaria Municipal de Serviços Públicos**

UNIDADE – Gabinete do Secretário de Serviços Públicos

19.010.20.601.0006.2.139 – Manutenção das hortas comunitárias

3.3.90.30.00 – Material de consumo

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 25.000,00

3.3.90.39.00 – Outros serviços de terceiros – pessoa jurídica

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 10.000,00

4.4.90.52.00 – Equipamentos e material permanente

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 8.000,00

**ÓRGÃO – Secretaria Municipal de Controle Urbano e Obras Públicas**

UNIDADE – Gabinete do Secretário de Controle Urbano e Obras Públicas

20.010.26.782.0014.1.097 – Desapropriações para implantação do Contorno Norte

4.4.90.61.00 – Aquisição de imóveis

31861 – Convênio Desapropriações Contorno Norte – Exercício Corrente.....R\$ 40.000.000,00

**Art. 2º.** Para a cobertura parcial de que se trata o artigo anterior, fica o Poder Executivo Municipal autorizado a utilizar como recurso os definidos no artigo nº. 43, § 1º. , III da Lei nº. 4.320 de 17 de março de 1964.

**DEDUÇÃO:**

**ÓRGÃO – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico**

UNIDADE – Gabinete do Secretário de Desenvolvimento Econômico

12.010.20.601.0006.2.047 – Apoio as atividades relacionadas à produção vegetal

3.3.90.30.00 – Material de consumo

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 20.000,00

3.3.90.39.00 – Outros serviços de terceiros – pessoa jurídica

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 15.000,00

4.4.90.52.00 – Equipamentos e material permanente

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 8.000,00

**ÓRGÃO – Secretaria Municipal de Assistência Social e Cidadania**

UNIDADE – Fundo Municipal de Assistência Social - FMAS

13.020.08.241.0019.2.082 – Manutenção do serviço de abrigo ao idoso

3.3.50.43.00 – Subvenções sociais

01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....R\$ 230.776,00

31787 - Convênio PSE AC Idoso - Exercício Corrente.....R\$ 18.000,00



13.020.08.242.0019.2.084 – Manutenção dos serviços especializados à pessoa com deficiência		
3.3.50.43.00 – Subvenções sociais		
01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....	R\$	207.846,00
31791 - Convênio PSE MC Deficiente - Exercício Corrente.....	R\$	295.015,00
13.020.08.243.0018.6.085 – Manutenção da rede de atendimento à criança e adolescente		
3.3.50.43.00 – Subvenções sociais		
01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....	R\$	305.384,00
31835 - Programa PRÓJOVEM - Exercício Corrente.....	R\$	54.260,00
13.020.08.243.0019.6.086 – Manutenção dos serviços especializados às crianças e adolescentes		
3.3.50.43.00 – Subvenções sociais		
01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....	R\$	64.104,00
13.020.08.244.0018.2.087 – Manutenção da rede de atenção à família		
3.3.50.43.00 – Subvenções sociais		
01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....	R\$	239.865,00
13.020.08.244.0019.2.090 – Manutenção dos serviços especializados às famílias		
3.3.50.43.00 – Subvenções sociais		
01000 - Recursos Ordinários (Livres) - Exercício Corrente.....	R\$	161.168,00

**Art. 3º.** Para a cobertura total de que se trata o artigo 1º, fica o Poder Executivo Municipal autorizado a utilizar como recurso os definidos no artigo n.º 43, § 1º, I e II da Lei n.º 4.320 de 17 de março de 1964, no valor de R\$ 569.320,00 (quinhentos e sessenta e nove mil trezentos e vinte reais), referente ao superávit financeiro de recursos ordinários (livres) e R\$ 40.000.000,00 (quarenta milhões de reais) referente ao excesso de arrecadação de recursos vinculados oriundos do convênio para desapropriações do Contorno Norte.

**Art. 4º.** Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 5º.** Revogam-se as disposições em contrário.

Paço Municipal Silvío Magalhães Barros, aos 09 de fevereiro de 2010.

  
Silvío Magalhães Barros II  
Prefeito Municipal

---

## **APÊNDICES**

---



**APÊNDICE 1.** Termo de consentimento livre e esclarecido para as “peças-chave” entrevistadas.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS SOBRE A PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE MARINGÁ-PR.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o processo de implantação de políticas públicas saudáveis desenvolvidas através da perspectiva da promoção da saúde no município de Maringá, após a adesão a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS). Para tanto, serão realizadas entrevistas com os “gestores-chave”, utilizando como instrumento de avaliação um questionário aberto, composto de 5 perguntas, voltadas a auto-avaliação da RMPS no município, o entendimento sobre intersetorialidade, participação social, sustentabilidade e avaliação. Essas informações serão mantidas confidenciais e servirão apenas de apoio para o desenvolvimento de uma dissertação de mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Assim solicito o preenchimento do presente termo de consentimento.

Eu,

\_\_\_\_\_, após ter lido e esclarecido todas as minhas dúvidas quanto as condições do estudo, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, a participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

Local e data:

Eu, Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participar do projeto.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

1. Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo, Rua Arthur Thomas 962, telefone: (44) 3025-2466/ (44) 9132-2200. Qualquer dúvida, reclamações ou denúncia referentes aos aspectos éticos da pesquisa procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas- - Faculdade de Ciências Médicas- R. Tessália Vieira de Camargo, 126. Telefone: (19) 3521-8936/3521-7187.

## APÊNDICE 2. Transcrição da entrevista 1.



apoio técnico



### QUESTIONÁRIO

- Que avaliação o(a) Sr. (a) faz da adesão de Maringá a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis?  
UMA AVALIAÇÃO POSITIVA, PORQUE A REDE TROUXE ALGUNS CONHECIMENTOS/ EXPERIENCIAS, QUE FEZ COM QUE O MUNICIPIO TIVESSE OS PROJETOS QUE TEM HOJE.
- Qual o papel da intersetorialidade e da participação social no desenvolvimento dos projetos/ políticas implementados, nos últimos 5 anos ?  
CERTO...ENTÃO ACHO QUE A PARTICIPAÇÃO SOCIAL FOI FUNDAMENTAL, É FUNDAMENTAL NO SENTIDO DA GENTE TRAÇAR ESTRATÉGIAS , PROJETOS QUE VENHAM DE ENCONTRO COM O QUE A POPULAÇÃO ESTÁ PRECISANDO, AO QUE NECESSITA E DA FORMA COMO NECESSITA. E A INTERSETORIALIDADE, ACHO QUE TAMBÉM NESTE SENTIDO, PORQUE A GENTE NÃO CONSEGUE TRABALHAR COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE SÓ COM UM SETOR, SÓ COM A SAÚDE, SÓ COM A ASSISTENCIA SOCIAL, SÓ COM A EDUCAÇÃO, ENTÃO A GENTE TEM QUE TER VÁRIOS SETORES INTERLIGADOS P GENTE CONSEGUIR A PROMOÇÃO DA SAÚDE.
- Quais os projetos/ políticas públicas saudáveis que durante sua gestão vêm beneficiando a população na perspectiva da promoção da saúde?  
É...AS ACADEMAIS DA TERCEIRA IDADE, AS HORTAS COMUNITÁRIAS, OS ESPAÇOS SAÚDE, QUE SÃO ESPAÇOS ONDE A GENTE TRABALHA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ORIENTAÇÕES COM RELAÇÃO A SAÚDE MESMO. A QUESTÃO...TRABALHAR COM PROFISSIONAIS PARA TRABALHAR COM ADOLESCENTES CONTRA O USO DE DROGAS. NÃO PODERIA DEIXAR DE CITAR O PROJETO DE CONTROLE DE TABAGISMO, MARINGÁ MESMO ANTES DA LEI DE NÃO FUMAR EM AMBIENTES FECHADOS, JÁ TINHAMOS ESSA LEI POR AQUI ENTÃO A GENTE JÁ FAZIA UM TRABALHO COM A COMUNIDADE E COM OS ESTABELECIMENTOS ESTABELECIMENTOS COMERCIAIS, NUMA QUESTÃO QUE BENEFICIA MUITO A POPULAÇÃO.
- Quais as estratégias desenvolvidas pela sua gestão para garantir a sustentabilidade dos projetos/ políticas?  
ENTÃO...O QUE A GENTE VEM TENTANDO FAZER É ENVOLVER OS DIVERSOS SETORES DA SOCIEDADE, COMO EMPRESAS, INSTITUIÇÕES DE ENSINO, ONG'S, DEMAIS ORGÃO PUBLICOS, ASSIM COMO ASSOCIAÇÕES, COMUNIDADE EM GERAL, CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, CONSELHO MUNICIPAL, ENVOLVER ESSAS INSTIITUIÇÕES NOS PROJETOS PARA QUE TENHAMOS A OPORTUNIDADE DE MANTER ESSES PROJETOS VIVOS.
- Quais informações/ dados o(a) Sr.(a) gostaria de obter referente aos projetos/ políticas desenvolvidas?  
AAA...ACHO QUE O MAIS INTERESSANTE, ATÉ MESMO PARA A QUESTÃO DA SUSTENTABILIDADE,NÉ, ASSIM, QUAIS OS BENEFICIOS QUE OS PROJETOS TROUXERAM PARA ESSAS PESSOAS, O QUE MELHOROU NA QUALIDADE DE VIDA DESSAS PESSOAS COM AS ATI, COM AS HORTAS, COM O PROJETO DE CONTROLE DO TABACO. QUAIS OS BENEFICIOS, E TAMBÉM OUTRA QUESTÃO MAIS COMPLICADA QUAL É A ECONOMIA, EM TERMOS DE CUSTOS FINANCEIROS COM ESTAS AÇÕES.

### APÊNDICE 3. Transcrição entrevista 2.



apoio técnico  
QUESTIONÁRIO



- Que avaliação o(a) Sr. (a) faz da adesão de Maringá a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis?

EU ACHO QUE A AVALIAÇÃO É EXTERMAMENTE POSITIVA, PARA NÓS ELA FOI TOTALMENTE FAVORÁVEL, PRIMEIRO PELO APOIO QUE A GENTE TEVE, PELAS ORIENTAÇÕES, PELA SENSIBILIZAÇÃO DE PESSOAS QUE JÁ CONHECIAM, PRINCIPALMENTE DA DRA ANA NÃO TENHA DÚVIDA, VIR SENSIBILIZAR A NOSSA COMUNIDADE E A NOSSA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL. ENTÃO EU ACHO QUE FOI NUM PRIMEIRO MOMENTO, PRINCIPALMENTE, ATÉ DAR A CREDIBILIDADE AOS PROGRAMAS QUE ESTAVAM SENDO INSTALADOS, PRA COLOCAR ASSIM... ISSO NÃO É COISA DE GENTE LOCA, PORQUE TUDO... PRIMEIRO A PROMOÇÃO É ALGO MUITO NOVO, TUDO QUE É MUITO NOVO DA UMA IMPRESSÃO DE LOUCURA. VOCE VAI ENSINAR ESSE POVO A COMER VERDURA, A FALAR QUE ISSO FAZ BEM, SE VC NÃO TIVER ALGUM MODELO, ALGUEM DE FORA PRA FALAR, E AI VEM AQUELA MÁXIMA DE QUE SANTO DE CASA NÃO FAZ MILAGRE, EU ACHO QUE FOI MUITO POSITIVO, SEGUNDO, ALÉM DESSE SUPORTE INTEGRAL A REDE DIVULGOU EXTREMAMENTE TUDO QUE A GENTE FEZ, TAMBÉM TEVE ISSO NÉ, MARINGÁ NÃO FICOU CENTRADO NUM SÓ PROGRAMA, NÓS DIVERSIFICAMOS OS PROGRAMAS SEGUNDO A LÓGICA DA PROMOÇÃO, FOI MUITO POSITIVO ESSA DIVULGAÇÃO, NUM OUTRO OLHAR, PARA QUE AS PESSOAS CONHECESSEM O QUE ESTAVAMOS FAZENDO, A TROCA DE EXPERIENCIAS FOI MUITO IMPORTANTE.

- Qual o papel da intersetorialidade e da participação social no desenvolvimento dos projetos/ políticas implementados, nos últimos 5 anos ?

EU ACHO QUE AQUI DEIXA CLARO O SEGUINTE, PRIMEIRO NA MINHA CONCEPÇÃO, NA CONCEPÇÃO DO NARDI, TODAS AS POLITICAS DEVIAM SER INTERSETORIAIS, POQUE TUDO OQ EU SE FAZ INTERSETORIALMNETE, DESDE QUE AS PESSOAS NÃO FAÇAM PARA APARACEER ELAS DÃO RESULTADOS. E SE VOVE TRABALHAR SAUDE QUE É A NOSSA AREA, VOCE NUNCA VAI TRABALHAR SOZINHO. PRA FAZER SAÚDE VOCE TEM QUE TER A ADEÇÃO INTERSETORIAL, DA EDUCAÇÃO, DA OBRAS PUBLICAS, DE AGUA E ESGOTO, DE MEIO AMBIENTE, DO TRANSITO, ENTÃO EU ACHO QUE TODAS ELAS SÃO EXTREMAMENTE IMPORTANTES E COM O CONTROLE SOCIAL, PORQUE, SÃO OS ATORES PRINCIPAIS PARA QUEM VOCE ESTÁ DESENVOLVENDO, SE ELES NÃO ESTIVEREM ENVOLVIDOS VOCE NÃO TERÁ OS RESULTADOS ESPERADOS, ENTAO PRA MIM ISSO O PAPEL DE SUMA IMPORTANCIA E AINDA NÃO CHEGOU AONDE NOS QUEREMOS, OU MELHOR, AONDE NÓS QUEREMOS NÓS FAZEMOS, AONDE NÓS PRECISAMOS. EU ACHO QUE A QUESTAO INTERSETORIAL EM MARINGÁ JÁ EVOLUIU CONSIDERAVELMENTE, PRIMEIRO COM O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, COM OS CONSELHOS LOCAIS, COM O PMS, COM OS PROGRAMAS DE PROMOCAO, COM NOSSO COMITE INTERSETORIAL, É UMA COISA FANTÁSTICA, NÉ. SEGUNDO, A VONTADE POLÍTICA DO PREFEITO, QUE ABRAÇOU A CAUSA E FEZ COM QUE TODOS SE ENGAJASSEM NISSO COMO UM PROGRAMA DE GOVERNO, E ISSO FOI INDISPENSÁVEL PARA QUE OUTRAS SECRETARIAS, COMO A SEC DA MULHER, DA HABITACAO, DE ACAO SOCIAL, QUE ELA TODAS SE ENGAJASSEM NA CAUSA E TRABALHASSEM EFETIVAMENTE. NÓS JÁ TEMOS ALGUNS OUTROS EXEMPLOS, NÃO FALAMOS SÓ SOBRE O MARINGA SAUDAVEL, O COMITE INTERSETORIAL DE COMBATE A DENGUE E GRIPE A, ONDE ENVOLVEMOS O SETOR RELIGIOSO, IGREJAS CATOLICAS, EVANGELICAS, ESPIRITAS, DE TUDO QUANTO É CRENÇA, ENVOLVIDAS EM CAUSAS COMUNS, O SETOR EMPRESARIAL E COMERCIAL, TUDO QUANTO É EMPRESÁRIO ENTRANDO E ENGAJANDO NAS CAUSAS, SINDICATOS DOS BANCARIOS, COMERCARIOS, DOS PROFESSORES, TODOS ELES NUM ÚNICO COMITE, ENTÃO JÁ SÃO VÁRIOS SEGUIMENTOS AI, PORUQE VC TEM O SINDICAL, O EMPRESARIAL, O RELIGIOSO, ENTÃO VIERAM TODAS AS SECRTEARIAS, AS INTITUIÇÕES, GOVERNO DO ESTUDO, AS UNIVERSIDADEDES, A SEC DE EDUCACAO DO MUNICIOPIO, O NUCLEO REGIONAL DE EDUCACAO, AS UNIVERSIDADES, O SINEP JUNTO, EU ACHO QUE ISSO TUDO MOSTRA COMO FICA MAIS FÁCIL IMPLEMENTAR POLÍTICAS. NÓS CONSEGUIMOS ATÉ ENVOLVER A IMPRENSA, NESSA ULTIMA CAMPANHA CHEGA DE DENGUE AGORA, DENTRO DO COMITE DE MOBILIZAÇÃO COLAR 500 PESSOAS DE REFERENCIA DENTRO DA ASSOCIACAO COMERCIAL DE MARINGÁ, NUM SABADO AS 9 DA MANHA PARA

TRABALHAR NO COMBATE A DENGUE, ONDE ATÉ O ARCEBISTO DE MARINGÁ SAIU NO MEIO DO COMERCIO ENTREGANDO PANFLETO, MOSTRANDO QUE O COMBATE A DENGUE DEPENDE DA AÇÃO DE CADA UM, DE COLOCAR A MÃO NA MASSA MESMO.

- Quais os projetos/ políticas públicas saudáveis que durante sua gestão vêm beneficiando a população na perspectiva da promoção da saúde?

EU ACHO QUE É TUDO ISSO QUE EU JÁ FALEI, ENTÃO É NOS FALAMOS DAS ATIVIDADES, DAS CAMPANHAS DE PREVENÇÃO DE OBESIDADE INFANTIL NAS ESCOLAS, MAS NÃO SÓ NUM DIA OU NUMA SEMANA DE PREVENÇÃO. O CONTROLE DE OBESIDADE, É FAZER DISSO UM EIXO PERMANENTE, ONDE HOJE NA MERENDA ESCOLAR HÁ PRESENÇA DA SEC DE SAÚDE ACOMPANHANDO O CARDÁPIO E VENDO COMO ESTÃO ALIMENTANDO NOSSAS CRIANÇAS PERMANENTEMENTE. TRABALHANDO A MERENDA NO DIA-A-DIA O ANO TODO, FAZENDO PALESTRA PARA OS APIS, OS ESPAÇOS SAUDE, QUE NOS FAZEMOS EM TODAS AS UNIDADES POR 5 ANOS ININTERRUPTOS, AS HORTAS COMUNITARIAS, A LEI ANTI-TABAGISTA, DIA 31 DE MAIO COMEMORAMOS 6 MESES DA LEI ANTI FUMO NO ESTADO DO PARANÁ, ONDE MARINGÁ JÁ PASSA DE 3 ANOS ONDE BARES, RESTAURANTES, LANCHONETES, BOATES COM USO DE SUBSTÂNCIAS TABAGÍSTICAS E AFINS POR USUÁRIOS DOS BARES. ENTÃO EU ACHO QUE ESSAS POLÍTICAS QUE A GENTE IMPLANTOU, A HORTA MEDICINAL, A HORA DO CHÁ, AS UNIDADES AMIGAS DA AMAMENTAÇÃO, INICIAMOS COM 5 UNIDADES E HOJE TEMOS 26 UNIDADES AMIGAS DA AMAMENTAÇÃO, TODAS ELAS PARTICIPARAM DA CAPACITAÇÃO DO SERVENTE AO CARGO MAIS ALTO DA UNIDADE, LEMBRANDO DA IMPORTÂNCIA DE SE AMAR AO PEITO, A CAMPANHA VIVA E DEIXE VIVER, E SE ESTAMOS FALANDO DE POLÍTICAS INTERSETORIAIS, NÃO POSSO FALAR SÓ DA MINHA ÁREA, NO TRANSITO TIVEMOS UMA GRANDE POLÍTICA AÍ, O CONTROLE DE VIOLENCIA À MULHER, A IMPLANTAÇÃO DO PREFEITO DA SEC DA MULHER, SENDO UM DOS PIONEIROS NO INTERIOR DO PARANÁ, OS NÚCLEOS DE VIOLENCIA DE COMBATE A VIOLENCIA, ASSIM TODAS ESSAS AÇÕES SÃO POLÍTICAS DE INTERSETORIALIDADE.

- Quais as estratégias desenvolvidas pela sua gestão para garantir a sustentabilidade dos projetos/ políticas?

EU ACHO QUE O MOVIMENTO INTERSETORIAL E O IMPELIMENTO DO CONTROLE SOCIAL, AQUI EU ACHO QUE A REDE TEVE UM PAPEL ESSENCIAL, NAS PRIMEIRAS SENSIBILIZAÇÕES FOI MUITO IMPORTANTE MOSTRAR A PALAVRA EMPoderAMENTO, NÃO É O PREFEITO, NÃO É O SECRETÁRIO, NÃO É O GERENTE OU O SERVIDOR, PORQUE SOMOS “PASSANTES” E A POPULAÇÃO NÃO. SE UM PROGRAMA DEU CERTO, NÃO É POR CAUSA DE UM PARTIDO POLÍTICO, O PARTIDO PROGRESSISTA, MAS SIM A POPULAÇÃO MARINGAENSE.

- Quais informações/ dados o(a) Sr.(a) gostaria de obter referente aos projetos/ políticas desenvolvidas?

EU ACHO QUE NESSE PROCESSO, AS INFORMAÇÕES SÃO PROJETOS E EXPERIÊNCIAS EXITOSAS INSTAURADAS E INSTALADAS E INICIADAS E DESENVOLVIDAS EM OUTROS MUNICÍPIOS QUE TENHAM DADO TÃO CERTO AQUÍ COMO AS QUE DESENVOLVEMOS AQUI, PARA QUE A GENTE AUMENTE O LEQUE DE OPÇÕES.

E DISCUTIR SIM COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE UM MELHOR FINANCIAMENTO PARA OS PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE QUE SÃO MUITO INCIPIENTES, PORQUE DEPENDEM DA VONTADE DA POLÍTICA. PRECISAMOS QUE ELAS SEJAM INSTALADAS E GARANTIDAS NA COMUNIDADE.

#### APÊNDICE 4. Transcrição entrevista 3.



apoio técnico



### QUESTIONÁRIO

- Que avaliação o(a) Sr. (a) faz da adesão de Maringá a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis?  
FAZER PARTE DE UMA REDE ONDE PESSOAS E INSTITUIÇÕES PENSAM COMO A GENTE SIGNIFICA MULTIPLICAR ESFORÇOS, SIGNIFICA SINERGIA ONDE UM MAIS UM DÁ MAIS QUE DOIS. NÃO APENAS APRENDEMOS COM OS OUTROS COMO NOSSAS EXPERIÊNCIAS PODEM AJUDAR OUTROS A AVANÇAR CADA VEZ MAIS E O OBJETIVO COMUM SER ALCANÇADO MAIS DEPRESSA.
- Qual o papel da intersetorialidade e da participação social no desenvolvimento dos projetos/ políticas implementados, nos últimos 5 anos ?  
FICOU MAIS DO QUE EVIDENTE PARA NÓS QUE TODOS OS SETORES DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA PODEM CONTRIBUIR PARA MELHORAR OU PIORAR AS CONDIÇÕES GERAIS DE SAÚDE OU SALUBRIDADE DE UMA POPULAÇÃO. O ENVOLVIMENTO DE TODAS AS SECRETARIAS NO PROCESSO DE PENSAR SAÚDE NOS ABRIU PORTAS IMPORTANTÍSSIMAS QUE NEM SEQUER TINHAMOS PENSADO E NOS PROPORCIONA CORRIGIR COISAS QUE PODERIAM SER PREJUDICIAIS NO FUTURO. O PLANEJAMENTO URBANO POR EXEMPLO TEM UM PAPEL RELEVANTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.
- Quais os projetos/ políticas públicas saudáveis que durante sua gestão vêm beneficiando a população na perspectiva da promoção da saúde?  
AQUI CHAMAMOS DE MARINGÁ SAUDÁVEL QUE ESTABELECEU MUITAS AÇÕES CRIATIVAS MAS AS MAIS IMPORTANTES FORAM O PROGRAMA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR, DE ATIVIDADE FÍSICA COM AS ATÍ'S ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE E O COMBATE AO TABAGISMO. IDEIAS COMO O ESPAÇO SAÚDE COM DIAS DEDICADOS A PREVENÇÃO NOS POSTOS DE SAÚDE COM CHECK UPS COMPLETOS GRATUITOS E A INFORMATIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE TAMBÉM ESTÃO AJUDANDO MUITO.
- Quais as estratégias desenvolvidas pela sua gestão para garantir a sustentabilidade dos projetos/ políticas?  
PENSO QUE ENVOLVER A CONSCIÊNCIA DAS PESSOAS E MOSTRAR DE FORMA PRÁTICA QUE MELHOR DO QUE TER UM EFICIENTE SISTEMA DE ATENDIMENTO NOS POSTOS E HOSPITAIS É NÃO PRECISAR DELES. É A SATISFAÇÃO E A MELHORIA DE QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO QUE GARANTIRÁ A CONTINUIDADE OU SUSTENTABILIDADE DAS INICIATIVAS.
- Quais informações/ dados o(a) Sr.(a) gostaria de obter referente aos projetos/ políticas desenvolvidas?  
COMPARAR INDICADORES É UM JEITO EFICIENTE DE SABER QUE TIPOS DE DADOS OU INFORMAÇÕES DEVERÍAMOS BUSCAR, POIS CIDADES QUE TEM EVOLUÇÃO EM DETERMINADOS INDICADORES NOS MOSTRAM QUE ENCONTRARAM UMA SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA AQUELE PROBLEMA. TROCAR INDICADORES QUE SEJAM ELABORADOS E LEVANTADOS DE MANEIRA UNIFORME E COPARÁVEL É UMA COISA QUE ACHO MUITO IMPORTANTE PARA QUEM ESTÁ NUMA REDE COMO A NOSSA.

**APÊNDICE 5.** Termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes da Oficina.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SAUDÁVEIS SOBRE A PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DE MARINGÁ-PR.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o processo de implantação de políticas públicas saudáveis desenvolvidas através da perspectiva da promoção da saúde no município de Maringá, após a adesão a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS). Para tanto, será realizada uma oficina com os participantes da Comissão Intersectorial do Programa Maringá Saudável utilizando como instrumento condutor da avaliação o “Guia de Avaliação Rápida em Promoção da Saúde”, para a avaliação da efetividade dos projetos das Academias da terceira Idade, das Hortas Comunitárias e do Projeto de Controle do Tabaco. Essas informações serão mantidas confidenciais e servirão apenas de apoio para o desenvolvimento de uma dissertação de mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas. Assim solicito o preenchimento do presente termo de consentimento.

Eu,

\_\_\_\_\_ ,  
após ter lido e esclarecido todas as minhas dúvidas quanto as condições do estudo, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, a participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sujeito da pesquisa

Local e data:

Eu, Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao participar do projeto.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

1. Larissa Cássia Gruchovski Veríssimo, Rua Arthur Thomas 962, telefone: (44) 3025-2466/ (44) 9132-2200. Qualquer dúvida, reclamações ou denúncia referentes aos aspectos éticos da pesquisa procurar um dos membros da equipe do projeto ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas- - Faculdade de Ciências Médicas- R. Tessália Vieira de Camargo, 126. Telefone: (19) 3521-8936/3521-7187.

**APÊNDICE 6.** Atividades desenvolvidas na Oficina de Avaliação de Efetividade.



apoio técnico



participação



OFICINA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DE EFETIVIDADE:  
PROJETOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ  
PESQUISADORA: Larissa C. G. Veríssimo

AGENDA

- 1- APRESENTAÇÃO DOS PARTICIPANTES.
- 2- CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.
- 3- DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DE AVALIAÇÃO.
- 4- REFLEXÃO SOBRE OS PROJETOS DAS ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE, DAS HORTAS COMUNITÁRIAS E DOS AMBIENTES LIVRES DO TABACO.
- 5- DEFINIÇÃO DOS ASPECTOS QUE GOSTARIAM DE CONHECER PARA AVALIAR O DESEMPENHO DOS PROJETOS.
- 6- IDENTIFICAÇÃO PARTICIPATIVA DAS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO.



apoio técnico



participação



## OFICINA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DE EFETIVIDADE: PROJETOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ

### ATIVIDADE 1

#### REFLEXÕES SOBRE OS PROJETOS:

##### 1. ACADEMAIS DA TERCEIRA IDADE

- QUAIS OS OBJETIVOS PROPOSTOS DURANTE A CRIAÇÃO DO PROJETO?
- COMO FOI O DESENVOLVIMENTO DESSE PROJETO?
- QUAL A PERCEPÇÃO QUE O SR.(A) TEM SOBRE OS RESULTADOS DO PROJETO DAS A.T.I?

##### 2. HORTAS COMUNITÁRIAS

- QUAIS OS OBJETIVOS PROPOSTOS NA CRIAÇÃO DAS HORTAS COMUNITÁRIAS?
- COMO FOI O DESENVOLVIMENTO DESSE PROJETO (QUAL SEU GRAU DE PARTICIPAÇÃO?)
- QUAL A PERCEPÇÃO QUE O SR.(A) TEM SOBRE OS RESULTADOS DO PROJETO DAS HORTAS COMUNITÁRIAS?

##### 3. AMBIENTES LIVRES DO TABACO/ PROJETO CONTROLE DO TABACO

- QUAIS OS OBJETIVOS PROPOSTOS NA CRIAÇÃO DOS AMBIENTES LIVRES DO TABACO?
- COMO FOI O DESENVOLVIMENTO DESSE PROJETO (QUAL SEU GRAU DE PARTICIPAÇÃO?)
- QUAL A PERCEPÇÃO QUE O SR.(A) TEM SOBRE OS RESULTADOS DO PROJETO DOS AMBIENTES LIVRES DO TABACO?

### ATIVIDADE 2

#### DEFINIÇÃO DOS ASPECTOS QUE GOSTARIAM DE CONHECER PARA AVALIAR O DESEMPENHO DOS PROJETOS

##### 1. QUE INFORMAÇÕES VOCÊ GOSTARIA QUE FOSSEM LEVANTADAS/ AVALIADAS DO PROJETO:

- ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE
- HORTAS COMUNITÁRIAS
- PROJETO DE CONTROLE DO TABACO

ATIVIDADE 3  
IDENTIFICAÇÃO PARTICIPATIVA DAS PERGUNTAS DE AVALIAÇÃO

1. DIVIDAM-SE EM GRUPOS DE 4-5 PESSOAS, APRESENTEM AS QUESTÕES LEVANTADAS POR CADA UM E DISCUTAM SOBRE A PERTINÊNCIA E IMPORTÂNCIA DAS QUESTÕES E ESCOLHAM 2 PERGUNTAS DE CADA PROJETO PARA SEREM APRESENTADAS AO GRUPO.

**APÊNDICE 7.** Folha de resposta individual das questões que gostariam de saber.



apoio técnico



participação



**OFICINA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DE EFETIVIDADE:  
PROJETOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE MARINGÁ**

Nome:

Instituição:

Função:

Tempo na função:

**QUAIS INFORMAÇÕES VOCÊ GOSTARIA QUE FOSSEM LEVANTADAS/  
AVALIADAS DO PROJETO ABAIXO:**

ACADEMIAS DA TERCEIRA IDADE	HORTAS COMUNITÁRIAS	PROJETO CONTROLE DO TABACO



