



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

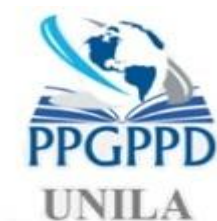
**ÊXITOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MUNICÍPIO DA TRIPLICE FRONTEIRA (BRASIL,
PARAGUAI E ARGENTINA)**

RAFAELLY GOMES VIEIRA

DISSERTAÇÃO

Foz do Iguaçu

2025



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA)
INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO (PPGPPD)**

**ÊXITOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MUNICÍPIO DA TRIPLICE FRONTEIRA (BRASIL,
PARAGUAI E ARGENTINA)**

RAFAELLY GOMES VIEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

Orientador: Prof. Dr. Walfrido Kühn Svoboda
Coorientador: Prof^a. Dr^a. Anália Rosário Lopes

Foz do Iguaçu

2025

RAFAELLY GOMES VIEIRA

**ÊXITOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE
PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL,
PARAGUAI E ARGENTINA)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Walfrido Kühn Svoboda
UNILA

Orientador: Prof^a. Dr^a. Anália Rosário Lopes
UNILA

Prof^a. Dr^a. Maria Geusina da Silva
UNILA

Prof^a. Dr^a Adriana Zilly
UNIOESTE

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de _____.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - CENTRAL

V658

Vieira, Rafaelly Gomes.

Êxitos e desafios na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde em município da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina) / Rafaelly Gomes Vieira. - Foz do Iguaçu, 2025.
99 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política, Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento. Foz do Iguaçu - PR, 2025.

Orientador: Walfrido Kühl Svoboda.

Coorientador: Anália Rosário Lopes.

1. Promoção da Saúde. 2. Gestão municipal - Intersetorialidade. 3. Política Pública - Implementação. 4. Saúde Pública. I. Svoboda, Walfrido Kühl. II. Lopes, Anália Rosário. III. Título.

CDU 614(81:893:82)

Dedico este trabalho a Deus, por tudo que
Ele é.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao meu professor orientador Walfrido e minha co-orientadora, professora Anália, pela orientação neste trabalho.

Aos professores da banca pelas orientações que puderam moldar este trabalho.

Aos colegas de curso, pelo mútuo apoio e amizade sempre bem presente.

À minha mãezinha, Isabel, pelo amor e motivação, e por sempre ser minha maior inspiração. A minha irmã e meu pai pelo incentivo.

Ao meu querido Cesar Airton Schwingel pelo carinho, incentivo e longas conversas.

Aos meus colegas de trabalho e grandes amigos Anderson Becker, Anderson Pedroso Nunes, Rafael de Oliveira, Natalino Acosta e Amanda Karolina pela constante alegria e cumplicidade.

*A pesquisa é a busca da verdade, não a posse dela.
(Bertrand Russell)*

RESUMO

Com o desenvolvimento da presente pesquisa foi possível verificar os principais êxitos e desafios da implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no município de Foz do Iguaçu-PR, com o objetivo de compreender as ações desenvolvidas localmente e a percepção dos gestores sobre essa política. Para isso, adotou-se uma abordagem qualitativa, com delineamento descritivo e exploratório, cujo referencial teórico consiste na fenomenologia, dividida em duas etapas complementares. Na primeira etapa, realizou-se um diagnóstico situacional das ações de promoção da saúde executadas no município, tomando como referência os eixos prioritários e diretrizes da política. Foram levantados e sistematizados os dados institucionais referentes a práticas corporais e atividade física, alimentação saudável, enfrentamento ao tabaco e ao álcool, mobilidade segura, cultura da paz e sustentabilidade, entre outros. Na segunda etapa da pesquisa, foram entrevistados gestores municipais de diversos setores com interface na promoção de saúde; foram aplicadas entrevistas semiestruturadas para captar as percepções dos atores envolvidos. Identificou-se que Foz do Iguaçu desenvolve um número expressivo de ações, especialmente nos eixos de alimentação saudável e atividade física, ações estas, articuladas entre diferentes secretarias; ademais, os setores de saúde, esporte e educação se destacaram em relação à articulação intersetorial. Em relação à fala dos gestores, todos reconhecem a relevância da promoção da saúde, mas apontam limitações na institucionalização da política, como a carência de financiamento específico, a inexistência de um programa contínuo de formação profissional e a falta de espaços formais de governança intersetorial. Os resultados mostram que Foz do Iguaçu possui práticas consistentes de promoção da saúde e experiências exitosas que dialogam com as diretrizes da PNPS; no entanto, evidencia-se a necessidade de fortalecimento da articulação intersetorial, consolidação da política no planejamento municipal e ampliação da educação permanente para os profissionais da rede. Conclui-se, portanto, que o município apresenta potencial para avanços na consolidação da PNPS como eixo estruturante da atenção em saúde, desde que invista em governança, formação e valorização institucional das ações promotoras de saúde.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Intersetorialidade. Política Pública. Implementação. Saúde Pública.

ABSTRACT

This dissertation investigated how the National Health Promotion Policy is implemented in the municipality of Foz do Iguaçu, aiming to understand the locally developed actions and the perceptions of managers regarding this policy. A qualitative approach was adopted, with a descriptive and exploratory design, grounded in phenomenology as theoretical framework, and structured in two complementary stages. In the first stage, a situational diagnosis was conducted on the health promotion actions carried out in the municipality, using the policy's priority axes and guidelines as a reference. Institutional data were collected and systematized regarding physical activity and body practices, healthy eating, prevention of tobacco and alcohol use, safe mobility, culture of peace, sustainability, among others. In the second stage of the research, municipal managers from various sectors involved in health promotion were interviewed. Semi-structured interviews were used to capture the perceptions of the actors involved. The findings revealed that Foz do Iguaçu carries out a significant number of actions, particularly in the areas of healthy eating and physical activity, with initiatives coordinated across different municipal departments. The health, sports, and education sectors stood out in terms of intersectoral collaboration. Regarding the managers' perspectives, all acknowledged the relevance of health promotion but pointed out limitations in the institutionalization of the policy, such as the lack of dedicated funding, the absence of a continuous professional training program, and the lack of formal spaces for intersectoral governance. The results show that Foz do Iguaçu has consistent health promotion practices and successful experiences that align with this policy guidelines. However, there is a clear need to strengthen intersectoral coordination, integrate the policy into municipal planning, and expand continuing education for public health professionals. It is concluded that the municipality has significant potential to advance in consolidating the National Health Promotion Policy as a structuring axis of healthcare delivery, provided it invests in governance, training, and institutional recognition of health promotion actions.

Key words: Health Promotion. Intersectorality. Public Policy. Implementation. Public Health.

RESUMEN

Con el desarrollo de la presente investigación, fue posible verificar los principales éxitos y desafíos de la implementación de la Política Nacional de Promoción de la Salud (PNPS) en el municipio de Foz do Iguaçu – PR, con el objetivo de comprender las acciones desarrolladas localmente y la percepción de los gestores sobre esta política. Para ello, se adoptó un enfoque cualitativo, con un diseño descriptivo y exploratorio, cuyo marco teórico se basa en la fenomenología, dividido en dos etapas complementarias. En la primera etapa, se realizó un diagnóstico situacional de las acciones de promoción de la salud ejecutadas en el municipio, tomando como referencia los ejes prioritarios y directrices de la política. Se recopilaron y sistematizaron los datos institucionales relacionados con prácticas corporales y actividad física, alimentación saludable, lucha contra el tabaco y el alcohol, movilidad segura, cultura de la paz y sostenibilidad, entre otros. En la segunda etapa de la investigación, se entrevistó a gestores municipales de diversos sectores con interfaz en la promoción de la salud; se realizaron entrevistas semiestructuradas para captar las percepciones de los actores involucrados. Se identificó que Foz do Iguaçu desarrolla un número significativo de acciones, especialmente en los ejes de alimentación saludable y actividad física, articuladas entre diferentes secretarías; además, los sectores de salud, deporte y educación se destacaron en relación con la articulación intersectorial. En cuanto a las declaraciones de los gestores, todos reconocen la relevancia de la promoción de la salud, pero señalan limitaciones en la institucionalización de la política, como la falta de financiación específica, la inexistencia de un programa continuo de formación profesional y la ausencia de espacios formales de gobernanza intersectorial. Los resultados muestran que Foz do Iguaçu tiene prácticas consistentes de promoción de la salud y experiencias exitosas que se alinean con las directrices de la PNPS; sin embargo, se evidencia la necesidad de fortalecer la articulación intersectorial, consolidar la política en la planificación municipal y ampliar la educación permanente para los profesionales en la consolidación de la PNPS como eje estructurante de la atención en salud, siempre que se invierta en gobernanza, formación y valorización institucional de las acciones promotoras de salud.

Palabras claves: Promoción de la Salud. Intersectorialidad. Política Pública. Implementación. Salud Pública.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS-AD	Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CPS	Cuidados Primários de Saúde
DCNT's	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIAT	Diretoria de Atenção Primária
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
FOZTRANS	Instituto de Transportes e Trânsito de Foz do Iguaçu
HND	História Natural da Doença
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IRaMuTeQ	Interface de R para Análises Multidimensionais de Textos e Questionários
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PICs	Práticas Integrativas e Complementares
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNCT	Política Nacional de Controle do Tabaco
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPGPPD	Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento
PSF	Programa Saúde da Família
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SMEL	Secretaria Municipal de Esporte e Lazer
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNF	Fundação das Nações Unidas
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
1.1 JUSTIFICATIVA E ADERÊNCIA AO ESCOPO DO PROGRAMA	23
1.2 PROBLEMA.....	24
1.3 PRESSUPOSTOS	25
1.4 OBJETIVOS.....	25
1.4.1 Objetivos Gerais	25
1.4.2 Objetivos Específicos.....	25
1.5 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	26
2 HISTÓRIA DA SAÚDE ATÉ A PROMOÇÃO DE SAÚDE	27
2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE MUNDIAL.....	27
2.2 HISTÓRIA DA SAÚDE NACIONAL.....	35
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	40
2.3.1 Objetivos e Ações Estruturantes.....	42
2.3.2 Temas Prioritários.....	45
3 METODOLOGIA	49
4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU	52
4.1 FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	52
4.2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ADEQUADA	53
4.3 PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA	54
4.4 ENFRENTAMENTO DO USO DE TABACO E SEUS DERIVADOS.....	57
4.5 ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL.....	58
4.6 PROMOÇÃO DA MOBILIDADE SEGURA E SUSTENTÁVEL.....	59
4.7 PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ E DIREITOS HUMANOS	59
4.8 PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL.....	61
5 RESULTADO DAS ENTREVISTAS APLICADAS AOS GESTORES	63
5.1 ENTENDIMENTO DA PNPS.....	63
5.2 PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA INTERSETORIAL	65
5.3 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO	66
5.4 INTERSETORIALIDADE	68
5.5 DESAFIOS ENFRENTADOS.....	69
5.6 ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO.....	70

5.7 ÊXITOS PERCEBIDOS E EXPECTATIVAS FUTURAS.....	72
6 DISCUSSÃO	74
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICES.....	91
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	92
APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTAS.....	93
ANEXOS.....	95
ANEXO 1 – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH... 	96
ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	98

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) está enraizada em uma longa história de iniciativas de saúde pública e transformações sociopolíticas que moldaram o cenário de saúde do país. As origens do sistema de saúde brasileiro remontam ao final do século XIX e início do século XX, marcado por campanhas de vacinação em larga escala, conduzidas pela política sanitária durante um período caracterizado por desafios de saúde pública. A institucionalização da saúde pública teve ampliação significativa durante a ditadura nas décadas de 1930 e 1940, culminando com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953 (Zulliger, 2018; Branco-Pereira, 2024).

Na década de 1980, o Brasil passou da ditadura para a democracia, uma era que influenciou significativamente a política de saúde e o engajamento público em questões de saúde. A Constituição Federal (CF) de 1988 consagrou a saúde como um direito de todos os cidadãos e instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), um marco significativo após mais de uma década de *advocacy* do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este sistema foi concebido para garantir o acesso universal aos cuidados de saúde e integrar vários serviços de saúde, abordando os determinantes sociais de saúde (ACT; NCD Alliance, 2014; Massuda *et al.*, 2018).

A PNPS, introduzida em 2006, baseia-se nessa base, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e reduzir as vulnerabilidades entre as populações. Surgiu em meio a um contexto de crescente conscientização sobre as iniquidades em saúde e a necessidade de abordagens sistêmicas para a promoção da saúde (Machado; Silva, 2019; Ramos *et al.*, 2014). No entanto, a PNPS também reflete as complexidades da implementação da saúde universal em um país marcado por disparidades econômicas e sociais significativas, onde as iniciativas de saúde pública muitas vezes enfrentam desafios de crises políticas e econômicas (Massuda *et al.*, 2018; Pimentel *et al.*, 2023).

A PNPS foi revisada também com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de seus cidadãos, abordando vários desafios sociais e relacionados à saúde (Brasil, 2018). Um de seus principais objetivos é reduzir as vulnerabilidades e os fatores de risco que afetam a saúde da população, particularmente entre os grupos socialmente vulneráveis, incluindo mulheres, afro-brasileiros, indígenas e comunidades rurais (Machado; Silva, 2019; OMS, 2011). A política prioriza a atenção primária à saúde como ponto de entrada essencial para serviços de saúde abrangentes, que incluem prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos. A integração com outros níveis de atenção,

como serviços de emergência e saúde mental também é enfatizada. Além disso, a política exige medidas de emergência para atenção às necessidades de saúde exacerbadas pela pandemia de COVID-19, com foco em áreas críticas como câncer, doenças cardiovasculares e doenças infecciosas (Bortz, 2013).

Essa política possibilita o investimento na prevenção de doenças, ao invés de apenas no tratamento, o que significa a proposição de ações voltadas para educação em saúde, promoção de estilos de vida saudáveis e identificação de fatores de risco. Essa abordagem reduz a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, hipertensão e obesidade, cuja alta prevalência no país impacta negativamente tanto a qualidade de vida da população como a economia e o desenvolvimento social (Malta *et al.*, 2018).

Um aspecto crítico da política é sua ênfase nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). Ao reconhecer que a saúde é influenciada por uma variedade de fatores sociais, a política busca promover estratégias de saúde abrangentes que incorporem educação, condições socioeconômicas e envolvimento da comunidade para melhorar os resultados de saúde (Brasil, 2017; Malta *et al.*, 2018). Isso envolve a defesa de políticas que criem ambientes saudáveis e iniciativas comunitárias (Brasil, 2023; Machado; Silva, 2019).

A política também ressalta a importância da inclusão em sua implementação tendo a participação ativa de diversos grupos comunitários na formulação de políticas e na organização do sistema de saúde (Zulliger, 2018; OMS, 2011). A ênfase na intersetorialidade e na participação social busca contribuir para maior efetividade das ações, promovendo maior responsabilização entre os diferentes atores envolvidos, o fortalecimento de vínculos e melhor gestão de recursos (Nascimento, 2010). Ao facilitar o envolvimento da comunidade, a política visa garantir que as perspectivas e necessidades das populações marginalizadas sejam representadas e abordadas de forma eficaz.

Um dos principais objetivos da PNPS é reduzir as iniquidades em saúde que persistem em diferentes regiões e categorias socioeconômicas no Brasil. A política defende a reorientação dos serviços de saúde para se concentrar nas populações vulneráveis e abordar as desigualdades estruturais que contribuem para as disparidades nos resultados de saúde (Branco-Pereira, 2024; Pimentel *et al.*, 2023).

Prioriza, ainda, ações que integram considerações de saúde em todas as áreas de política, conhecida como a abordagem “Saúde em todas as políticas”. Esta estratégia visa reorientar o setor da saúde para reduzir as iniquidades em saúde e garantir que os grupos vulneráveis recebam atenção e apoio direcionados (Ramos *et al.*, 2014; Brasil, 2009).

Um aspecto significativo da PNPS é prever o aumento de recursos financeiros ao sistema público de saúde, com metas de aumento de financiamento de 4% para 6% do produto interno bruto (PIB) em dez anos. Isso inclui considerações para tributação adicional sobre produtos prejudiciais à saúde, como tabaco, álcool e açúcar. Além disso, os critérios de financiamento estão sendo redefinidos com base nas necessidades da população, dados epidemiológicos e requisitos de infraestrutura de saúde, garantindo que os recursos sejam alocados onde são mais necessários (Brasil, 2015).

A PNPS defende o alinhamento das políticas de saúde e educação para garantir que a força do trabalho em saúde seja adequadamente treinada e equipada para atender às demandas do sistema. Isso inclui o desenvolvimento de habilidades de saúde digital entre os profissionais de saúde e a expansão do uso da tecnologia em ambientes de atendimento, o que é vital para melhorar a prestação de serviços e os resultados (Brasil, 2015).

As estratégias de monitoramento e avaliação são parte integrante da PNPS, fornecendo mecanismos para avaliação contínua das iniciativas de saúde e seus impactos. Isso garante que as políticas possam ser adaptadas com base em sua eficácia e que as lições aprendidas possam informar futuros esforços de promoção da saúde (Brasil, 2009). A ênfase na melhoria contínua reflete o compromisso de enfrentar as ameaças emergentes à saúde pública e adaptar-se às mudanças nas necessidades da população (Brasil, 2015).

A implementação da PNPS no Brasil resultou em melhorias significativas nos indicadores nacionais de saúde nas últimas três décadas. Avanços notáveis incluem maior acesso a intervenções de saúde materno-infantil, reduções substanciais nas taxas de mortalidade materna, infantil e reduções no atraso no crescimento infantil. O programa também contribuiu para a redução das disparidades de saúde em todo o país, cumprindo os principais Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), como a redução de 50% na porcentagem de crianças abaixo do peso e uma redução de dois terços na mortalidade de menores de cinco anos entre 1990 e 2015 (Zulliger, 2018).

Apesar desses resultados positivos, os desafios permanecem no sistema de saúde brasileiro. As crises econômicas e as medidas de austeridade implementadas entre 2016 e 2018 tiveram efeitos adversos em vários indicadores de saúde, suscitando preocupações quanto à sustentabilidade das melhorias na saúde (Branco-Pereira, 2024). Além disso, a necessidade de educação continuada, treinamento e visibilidade para as iniciativas de promoção da saúde tem sido destacada como essencial para

institucionalizar estratégias de saúde bem-sucedidas e garantir seu impacto a longo prazo (Leal, 2024).

A PNPS no Brasil tem enfrentado críticas e controvérsias consideráveis, principalmente relacionadas às desigualdades sistêmicas no sistema de saúde e ao impacto da privatização nos serviços públicos de saúde. Altas incidências de problemas de saúde evitáveis, como mortalidade infantil, tuberculose e diabetes, afeta desproporcionalmente grupos marginalizados, incluindo populações pobres, menos instruídas e não brancas. Essas disparidades de saúde estão enraizadas em arranjos sociais injustos, que a PNPS pretende abordar, mas os desafios permanecem significativos (Pimentel *et al.*, 2023).

Uma área chave de discórdia reside no conflito entre os setores público e privado de saúde. Os protestos destacam a demanda por assistência médica universal e gratuita, enfatizando a necessidade de desenvolver o SUS público para padrões que possam fornecer acesso equitativo a cuidados de qualidade para todos os cidadãos, em vez de priorizar os interesses da elite socioeconômica. Isso reflete uma preocupação mais ampla de que o entrelaçamento de interesses privados com iniciativas de saúde pública resulte em disparidades na qualidade e no acesso aos cuidados (Pimentel *et al.*, 2023; Leal, 2024). Os críticos argumentam que o foco do governo no recrutamento de profissionais de saúde e no aumento do financiamento é insuficiente se não enfrentar as questões estruturais subjacentes que perpetuam as desigualdades em saúde (Pimentel *et al.*, 2023).

Além disso, a PNPS tem sido criticada por sua falta de integração com aspectos não medicalizados da vida que contribuem para os resultados de saúde. Os defensores da promoção da saúde pedem uma abordagem mais ampla que englobe várias dimensões sociais, promovendo a importância de ouvir e valorizar as contribuições da comunidade na formulação de políticas de saúde. Essa perspectiva desafia a idéia de que a promoção da saúde pode servir como uma panacéia para todos os males sociais, defendendo uma abordagem diferenciada e colaborativa das estratégias de saúde (Leal, 2024). Outra controvérsia significativa em torno da PNPS diz respeito à sua evolução histórica. Desde a sua criação, a política passou por várias revisões, especialmente em 2014 com a Portaria nº 2446, que refletiam mudanças nas necessidades da sociedade e nos paradigmas de saúde. Embora o progresso seja reconhecido, as críticas enfatizam a necessidade contínua de melhorias substanciais nas políticas e serviços para reduzir efetivamente as disparidades de saúde e melhorar a qualidade da assistência prestada

pelo SUS (Leal, 2024).

As restrições financeiras e a relação dinâmica entre os setores público e privado complicam ainda mais a implementação da PNPS. Muitos argumentam que o financiamento público nunca foi adequado para apoiar um sistema de saúde verdadeiramente universal, permitindo que o setor privado prosperasse e criando um sistema fragmentado que muitas vezes exclui as populações mais vulneráveis (Branco-Pereira, 2024). A ênfase nas medidas de austeridade durante as últimas administrações governamentais exacerbou essas questões, levando à deterioração dos indicadores de saúde e a uma crescente insatisfação com o sistema de saúde entre a população brasileira (Branco-Pereira, 2024).

No entanto, as limitações na aplicabilidade desta política também devem ser consideradas. Condições como a falta de investimento adequado nas ações de promoção de saúde pode limitar os resultados alcançados. A falta de recursos financeiros, materiais e humanos pode comprometer a implementação das ações propostas. A falta de acesso a serviços de saúde de qualidade e a informação adequada pode comprometer a adesão da continuidade às práticas saudáveis propostas (Malta *et al.*, 2018).

Dessa forma, pode-se perceber que a PNPS apresenta diferentes possibilidades e limitações em sua aplicabilidade. As ações voltadas para prevenção de doenças e a promoção de estilos de vida saudáveis têm o potencial de impactar positivamente a saúde da população. No entanto, é necessário garantir investimentos adequados, bem como considerar as desigualdades regionais e socioeconômicas, a fim de superar as limitações e promover uma aplicação efetiva da PNPS.

1.1 JUSTIFICATIVA E ADERÊNCIA AO ESCOPO DO PROGRAMA

A pesquisa sobre a PNPS se relaciona com a linha de planejamento urbano e desenvolvimento regional de múltiplas maneiras. Primeiramente, o planejamento urbano e regional desempenha um papel determinante na promoção de saúde, uma vez que determina a distribuição de recursos e serviços de saúde, a disponibilidade de espaços verdes, a acessibilidade a instalações esportivas e recreativas, a qualidade do ar e água, e a infraestrutura para transporte e mobilidade. Portanto, compreender a PNPS é essencial para integrar a saúde ao planejamento urbano e regional de forma eficaz.

Além disso, a pesquisa sobre esta política se relaciona ao planejamento urbano e desenvolvimento regional ao passo em que o acesso equitativo à saúde se relaciona

intimamente à distribuição espacial de serviços de saúde e à qualidade do ambiente construído. Estudos sobre a implementação e eficácia de políticas de saúde podem contribuir para a criação de ambientes mais saudáveis e equitativos (Buss, 2000).

Se efetiva, a PNPS traz à sociedade uma série de benefícios, como a melhoria das condições de saúde da população, ao permitir a implementação de estratégias que visam à prevenção de doenças, a promoção de hábitos saudáveis e o acesso a serviços de saúde de qualidade. Gera também a redução de custos com saúde, pois ao realizar investimentos em promoção de saúde, é possível reduzir os gastos com tratamentos médicos e hospitalares, gerando benefícios para o sistema de saúde como um todo. Além disso melhora a qualidade de vida, por proporcionar condições para que as pessoas possam viver de forma saudável e plena, o que inclui acesso a alimentação adequada, prática de atividades físicas, prevenção de violências, entre outros tantos aspectos.

A redução das desigualdades sociais surge como uma das principais conseqüências ao se estudar e implementar a PNPS, pois é possível identificar e combater as desigualdades sociais que afetam a saúde da população, ampliar o acesso a serviços de saúde, a qualidade da educação e o acesso a oportunidades de emprego, fatos que podem impactar diretamente a saúde das pessoas.

Possibilita, ainda, que a sociedade compreenda melhor seus direitos e deveres em relação à saúde, além de incentivar a participação ativa na formulação e implementação de políticas públicas relacionadas à área. Isso fortalece a democracia e contribui para uma sociedade mais engajada e consciente.

Por tais razões, pelos impactos profundos da PNPS sobre diferentes aspectos da vida dos sujeitos, influenciando a sociedade como um todo, identificar os êxitos e desafios da sua aplicabilidade relaciona-se essencialmente com a linha de pesquisa Políticas Públicas e Sociedade, e com o planejamento urbano e desenvolvimento regional.

1.2 PROBLEMA

Considerando a predominância do modelo biomédico no sistema de saúde brasileiro e na cultura de nossa sociedade, é possível observar maior atenção e investimentos sobre ações de tratamento e reabilitação em detrimento de ações de promoção de saúde. Tendo em vista ainda peculiaridades no município de Foz do Iguaçu – PR, quais os principais êxitos e desafios enfrentados na implementação da PNPS?

1.3 PRESSUPOSTOS

- A falta de clareza em relação aos indicadores de saúde utilizados para monitorar e avaliar as ações que demonstrem a efetividade da PNPS em Foz do Iguaçu – PR impacta em sua implementação.

- A mobilidade urbana característica de regiões fronteiriças, dificulta a identificação de determinantes sociais, econômicos e culturais com influência sobre a adesão da população às estratégias de promoção de saúde, bem como sobre a redução das desigualdades em saúde entre os diferentes grupos populacionais de Foz do Iguaçu – PR.

- A articulação e integração das ações de promoção de saúde com outras políticas e setores apresentam-se como limitações para o avanço da PNPS no município de Foz do Iguaçu – PR.

1.4 OBJETIVO(S)

1.4.1 Objetivos Gerais

- Identificar e descrever os êxitos e desafios da implementação da PNPS no município de Foz do Iguaçu.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar as principais ações de saúde utilizadas pelo município de Foz do Iguaçu – PR alinhadas com a PNPS.

- Identificar os resultados alcançados pelo município de Foz do Iguaçu – PR no processo de implementação da PNPS.

- Apresentar e descrever quais os principais desafios enfrentados pelo município de Foz do Iguaçu – PR no processo de implementação da PNPS.

- Analisar quais os principais êxitos e potencialidades do município de Foz do Iguaçu – PR no que tange a implementação da PNPS.

1.5 APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em sete capítulos. O primeiro capítulo apresenta a introdução ao tema, incluindo a justificativa, a delimitação do problema, os pressupostos e os objetivos da pesquisa. No segundo capítulo, é desenvolvido o referencial teórico, que aborda o histórico das políticas de saúde, a trajetória da promoção da saúde no Brasil e no mundo, e os fundamentos da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). O terceiro capítulo descreve a metodologia empregada na pesquisa, com destaque para o tipo de estudo, os procedimentos de coleta e análise de dados. O quarto capítulo caracteriza o município estudado, situado na tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina), e apresenta um diagnóstico situacional acerca das ações de promoção de saúde no município. O quinto capítulo traz os resultados das entrevistas aplicadas aos gestores. O sexto capítulo resgata os resultados apresentados nos capítulos anteriores, a saber, quarto e quinto, e confronta-os com resultados disponíveis na literatura científica. Por fim, o sétimo capítulo apresenta as considerações finais, discutindo os principais êxitos e desafios identificados na implementação da PNPS no contexto local, bem como sugestões para futuras políticas e pesquisas. A dissertação conta ainda com referências bibliográficas, apêndices e anexos que complementam e enriquecem a compreensão do estudo.

2 HISTÓRIA DA SAÚDE ATÉ A PROMOÇÃO DE SAÚDE

A compreensão da promoção da saúde, tal como se configura atualmente nas políticas brasileiras, exige um olhar atento para a trajetória histórica das práticas de cuidado em saúde. Ao longo do tempo, o conceito de saúde evoluiu significativamente, saindo de uma abordagem centrada na ausência da doença para uma visão ampliada, que considera determinantes sociais, qualidade de vida e participação comunitária. Este capítulo percorre os principais marcos da história da saúde, desde os modelos assistenciais tradicionais, até a consolidação da promoção da saúde como estratégia central no SUS, destacando avanços conceituais, normativos e institucionais que sustentem essa perspectiva.

2.1 HISTÓRIA DA SAÚDE MUNDIAL

O conceito de saúde reflete uma série de fatores que dependem do período histórico, do local, da classe social, de valores pessoais como crenças religiosas e filosóficas; depende, portanto, de um conjunto de aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais. A medicina pré-histórica engloba as práticas de cura e usos medicinais das plantas pelos primeiros humanos antes do advento dos registros escritos, estendendo-se de aproximadamente 3,3 milhões de anos atrás com o primeiro uso de ferramentas de pedra até cerca de 5000 anos atrás, marcando o início da história registrada (Hoffmann; Anjos, 2018). A compreensão da saúde durante esse período era muito diferente das noções contemporâneas de medicina, pois as práticas eram frequentemente vinculadas aos costumes e crenças locais, resultando em uma variedade de abordagens em diferentes comunidades (Scliar, 2007).

Evidências arqueológicas sugerem que os primeiros humanos se envolveram em várias atividades relacionadas à saúde, incluindo o uso de plantas psicoativas (Arce; Winkelman, 2021). As práticas de cura entre os neandertais e outras espécies humanas primitivas indicam uma compreensão rudimentar da doença e do bem-estar, embora as especificidades de suas abordagens medicinais permaneçam amplamente especulativas devido à falta de registros escritos (Guimarães, 2024). O surgimento de práticas médicas formais pode ser rastreado até o antigo Egito, onde Imhotep, uma figura proeminente do 3º milênio AC, é reconhecido como um dos primeiros médicos. Mais tarde, ele se

associou ao deus egípcio da medicina e ao deus grego Asclépio (Rhodes *et al.*, 2025). Textos médicos importantes dessa época, como os papiros de Ebers e Edwin Smith, revelam uma compreensão sofisticada de várias doenças e tratamentos. O papiro Ebers serve como um compêndio de remédios muitas vezes acompanhados por feitiços, enquanto o papiro Edwin Smith se concentra em procedimentos cirúrgicos e no tratamento de feridas (Rhodes *et al.*, 2025).

Na China antiga, a Medicina Tradicional Chinesa (MTC) começou a tomar forma em torno da dinastia Zhou, fortemente influenciada pela filosofia taoísta e observações empíricas. Os primeiros escritos, como o Clássico das Mudanças e o Clássico da Poesia, refletem o início de uma abordagem sistemática da saúde (Contatore; Tesser; Barros, 2018). O texto fundamental da MTC, o Huangdi Neijing (ou Cãnone Interno do Imperador Amarelo), remonta entre os séculos 5 e 3 aC, enquanto textos posteriores na dinastia Han desenvolveram ainda mais os princípios da MTC, incluindo acupuntura e fitoterapia (Contatore; Tesser; Barros, 2018). Este sistema médico holístico enfatiza o equilíbrio e a harmonia dentro do corpo e de seu ambiente, baseando-se em crenças filosóficas sobre a ordem natural do universo.

A medicina indiana antiga viu o desenvolvimento do *Ayurveda*, que significa "conhecimento da vida", com textos fundamentais detalhando vários ramos da medicina e métodos de tratamento. Obras importantes, como o Compêndio de Śārṅgadhara e A Iluminação de Bhāva, surgiram durante o início do período moderno e incluíram amplo conhecimento sobre matéria médica, técnicas de diagnóstico e aplicação de várias terapias (Deveza, 2013).

Na Grécia antiga, o conceito de humores - fluidos corporais que se acredita influenciarem a saúde - moldou o pensamento médico. As teorias da saúde durante este período integraram observações da natureza, religião e corpo humano, embora a aplicação prática do conhecimento médico fosse frequentemente prejudicada pela perda de conhecimento e interpretações localizadas (Rezende, 2009). Figuras proeminentes como Hipócrates lançaram as bases para a compreensão da doença e do tratamento de maneira mais sistemática, influenciando as práticas médicas subsequentes ao longo da história. Essas diversas práticas de saúde pré-históricas e antigas refletem a evolução da compreensão da medicina em todas as culturas, impulsionadas por uma combinação de observação empírica, crenças espirituais e tradições comunitárias.

A Idade Média, que vai de 500 a 1500 d.C., foi marcada por desafios significativos nos cuidados de saúde e pela prevalência das principais doenças. Durante este período,

varíola, difteria, tuberculose, febre tifóide, malária e peste bubônica devastaram as populações, com esta última doença dizimando aproximadamente três quartos da população da Europa. A expectativa de vida era notavelmente baixa, variando de 20 a 35 anos, e o estado geral dos cuidados médicos era primitivo, muitas vezes contando com práticas não regulamentadas por leigos e ordens religiosas. Nessa época, os barbeiros frequentemente assumiam o papel de cirurgiões, realizando procedimentos como amputações e sangrias, enquanto as ordens religiosas cuidavam predominantemente dos doentes. As primeiras tentativas de regulamentação e licenciamento para médicos do sexo masculino começaram a surgir, mas a maioria dos cuidadores permaneceu sem treinamento e operou sem supervisão oficial. Os hospitais durante a Idade Média foram encontrados principalmente em áreas urbanas, sofrendo de saneamento e práticas higiênicas precárias, o que contribuiu ainda mais para altas taxas de mortalidade (CCC, [s.d]).

A saúde na Idade Média estava profundamente entrelaçada com as crenças religiosas. As elites católicas estabeleceram hospitais como parte de seu compromisso teológico com as boas obras e a salvação, vendo o cuidado dos doentes como um caminho para a graça (Nunes, 2024). No entanto, a Reforma Protestante trouxe mudanças significativas, levando ao fechamento de muitos conventos e hospitais, pois os reformadores protestantes rejeitaram a prática católica de dotar instituições para a salvação das almas. Como resultado, os governos locais muitas vezes assumiram o controle dos hospitais restantes, que perderam suas afiliações monásticas e se tornaram mais secularizados (Nunes, 2024).

Apesar dos desafios, a Idade Média também lançou as bases para futuros avanços no conhecimento médico. O período viu o estabelecimento de escolas de medicina, com a Universidade de Montpellier, na França, emergindo como um importante centro de educação médica no século (Valier, 2025). Os estudiosos começaram a recuperar e estudar textos antigos de figuras notáveis como Hipócrates e Galeno, particularmente por meio de traduções do mundo islâmico. Esses desenvolvimentos acabariam por levar ao Renascimento e a uma abordagem mais sistemática da ciência médica nos séculos subsequentes (Jacobsen, 1976).

O período renascentista, abrangendo o século XIV ao XVII, marcou uma transformação significativa no pensamento e na prática médica. Esta era foi caracterizada por um renascimento do conhecimento clássico, que levou a avanços na anatomia, cirurgia e compreensão da doença. O Iluminismo subsequente impulsionou ainda mais

esses desenvolvimentos, enfatizando a razão e a evidência empírica na medicina. Durante o Renascimento, houve uma mudança notável nas práticas médicas, à medida que os estudiosos começaram a desafiar as crenças tradicionais. O trabalho de figuras como Andreas Vesalius, que publicou "*De humani corporis fabrica*" em 1543, lançou as bases para a anatomia moderna, defendendo a observação direta e a dissecação de corpos humanos (Tulchinsky, 2018). Neste período também houve surgimento de livros médicos que enfatizavam a observação clínica e o estudo sistemático do corpo humano.

O Iluminismo trouxe a promoção do método científico como uma abordagem fundamental para a compreensão da saúde e da doença e a educação médica passou por uma reforma significativa durante o Renascimento e o Iluminismo, com as universidades se tornando as principais instituições de treinamento de médicos. O estabelecimento de escolas médicas e a publicação de revistas médicas facilitaram a disseminação do conhecimento e a padronização das práticas médicas em toda a Europa (Hemingway, 2004). Além disso, os hospitais começaram a surgir como centros de treinamento clínico e atendimento ao paciente, refletindo uma mudança em direção a sistemas de saúde mais organizados (Pouyan, 2016).

Juntamente com os avanços no conhecimento teórico, também surgiram inovações práticas. As técnicas cirúrgicas melhoraram drasticamente, com a introdução de novos instrumentos e métodos. Por exemplo, o uso de ligaduras para fechamento de feridas e o estabelecimento de práticas assépticas contribuíram para melhores resultados cirúrgicos. O Iluminismo expandiu ainda mais a compreensão da farmacologia, levando ao desenvolvimento de novos medicamentos e protocolos de tratamento derivados de remédios fitoterápicos (Hoffmann; Anjos, 2018).

Os avanços no conhecimento e na prática médica durante o Renascimento e o Iluminismo tiveram profundas implicações para a saúde pública. A crescente ênfase em higiene e saneamento, alimentada pelos ideais iluministas, levou ao estabelecimento de políticas públicas de saúde voltadas para a redução da transmissão de doenças. O reconhecimento da importância da água potável e da gestão de resíduos começou a se enraizar nessa época, preparando o terreno para iniciativas modernas de saúde pública (Jacobsen, 1976; CDC, 2012).

O século XIX marcou um período transformador no campo da medicina, especialmente após a introdução da teoria dos germes por Louis Pasteur, que revolucionou a compreensão da causa e prevenção de doenças. Essa mudança levou a melhorias significativas nas práticas cirúrgicas e a uma melhor abordagem para a

prevenção de doenças no final de 1800 (Tulchinsky, 2018). Antes disso, as teorias médicas predominantes, como o humorismo, lutavam para explicar adequadamente as condições de saúde e doenças, muitas vezes contando com crenças ultrapassadas que dificultavam opções de tratamento eficazes (Rezende, 2009).

A rápida urbanização ocorrida durante esse período exigiu novas medidas de saúde pública para combater os efeitos do aumento da densidade populacional nas cidades. Em 1900, as populações urbanas nos Estados Unidos aumentaram drasticamente, com cerca de 40% vivendo em cidades em comparação com apenas 11% em 1840. Essa transição impulsionou a evolução da assistência médica em direção a uma abordagem mais orientada para a ciência, promovendo o estabelecimento de sistemas de saúde organizados e práticas regulatórias (CCC, [s.d]). À medida que as cidades cresciam, as iniciativas de saúde pública tornaram-se vitais na gestão do saneamento e da prestação de cuidados de saúde, com avanços significativos em higiene e infraestrutura médica após a Lei de Saúde Pública de 1848 no Reino Unido, que visava melhorar o saneamento e reduzir a prevalência de doenças (RSPH, [s.d]).

A epidemiologia começou a desempenhar um papel crucial na saúde pública durante o século 19, influenciando a inovação e as abordagens para o gerenciamento de doenças. Notavelmente, o trabalho inovador de John Snow durante os surtos de cólera em Londres destacou a importância de mapear as ocorrências de doenças e entender os fatores ambientais que afetam a saúde (Tulchinsky, 2018). As más condições nos hospitais urbanos ressaltaram ainda mais a necessidade de reformas sistêmicas, já que muitos hospitais enfrentaram problemas de saneamento precário e pessoal não treinado (Ortiz-Ospina; Roser, 2024).

De meados ao final do século XX representou uma era crucial na evolução da saúde global. Este período foi caracterizado por avanços significativos na prestação de cuidados de saúde, estruturas de políticas e uma maior conscientização sobre questões de saúde pública, que coletivamente remodelaram o cenário das práticas de saúde em todo o mundo. As consequências de crises anteriores de saúde pública, como a Peste Negra, levaram a uma melhor compreensão do controle de infecções e do papel essencial do saneamento na prevenção de surtos de doenças, lançando as bases para a epidemiologia moderna (Valier, 2025).

Uma das conquistas marcantes desse período foi a fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948. A OMS foi criada com a missão de coordenar e orientar os esforços internacionais de saúde, com o objetivo de melhorar os resultados de

saúde globalmente e responder de forma eficaz às crises de saúde (Moreira; Santos; Sousa, 2020). Também divulgou uma definição de saúde, sendo esta o “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades”. O estabelecimento da OMS marcou uma nova era na colaboração internacional em saúde pública, com foco em várias iniciativas que abordavam doenças infecciosas e não transmissíveis. A partir deste ponto, diversos marcos se seguiram até o cenário e a compreensão atual da saúde (Sciliar, 2007).

Um desses marcos foi o Relatório Lalonde, publicado no ano de 1974 no Canadá e considerado o primeiro relatório governamental a desafiar o modelo biomédico tradicional. Com o título “Uma Nova Perspectiva Sobre a Saúde dos Canadianos”, constituiu-se como um esforço pioneiro que buscou focar a saúde não apenas como a ausência de doença, mas seguindo o conceito estabelecido pela OMS. Encomendado pelo então Ministro de Saúde do Canadá, Marc Lalonde, e preparado por um comitê de especialistas que incluía médicos, economistas, sociólogos e especialistas em políticas de saúde, teve como objetivo fornecer uma análise abrangente dos determinantes da saúde e propor políticas capazes de melhorar a saúde da população (Arouca, 2023).

Uma das principais contribuições do Relatório Lalonde foi a introdução do conceito de determinantes da saúde, e foram identificados quatro determinantes principais: biologia humana, ambiente, estilo de vida e sistema de saúde. Esta abordagem revolucionária reconhecia que fatores como renda, educação, habitação, acesso a serviços de saúde e estilo de vida desempenham um papel significativo na saúde das pessoas (Vasconcelos; Schmaller, 2011).

Além disso, o relatório destacou a importância da prevenção e promoção da saúde, em oposição ao foco tradicional no tratamento de doenças. Segundo o documento, investir em políticas que promovam hábitos saudáveis, previnam doenças e melhorem as condições de vida, teria um impacto muito mais significativo na saúde da população do que simplesmente tratar as doenças depois de já instaladas. Essa visão influenciou fortemente a forma como as políticas de saúde foram desenvolvidas no Canadá e em todo o mundo. Outro aspecto fundamental deste documento foi a ênfase na participação da comunidade na promoção da saúde; neste aspecto, reconhecia um papel ativo dos indivíduos na manutenção de sua própria saúde e que as políticas de saúde devem ser desenvolvidas com a participação ativa da comunidade. Isso levou a um aumento do envolvimento da sociedade civil e de organizações comunitárias na formulação e implementação de políticas de saúde, e é um legado duradouro do Relatório Lalonde

(Arouca, 2023).

Teve impacto amplo e duradouro, tendo em vista a influência que exerceu não apenas sobre as políticas de saúde do Canadá, mas também sobre as políticas globais, alterando a forma como gestores e profissionais abordam a saúde pública; foi também pioneiro no reconhecimento da importância dos determinantes sociais de saúde, o que levou a um aumento do investimento em políticas que visam abordar as desigualdades sociais e econômicas que afetam a saúde das pessoas (Westphal, 2006).

Outro momento crucial foi a Conferência sobre Cuidados Primários de Saúde (CPS), no Cazaquistão, organizada pela OMS e pela Fundação das Nações Unidas (UNF). Com a participação de mais de 130 países discutindo os cuidados primários de saúde como estratégia de ampliação de acesso, o evento resultou na Declaração de Alma-Ata, em 1978, assinada por todos os participantes e que estabeleceu a saúde como direito fundamental e a importância da adequação de todos os governos, organizações e comunidades para concentrarem seus esforços em uma promoção de saúde mundial (Brasil, 2002).

A conferência foi organizada em um momento crucial da história, onde o mundo enfrentava desafios significativos na área da saúde, como a pobreza, a desigualdade, a falta de acesso a serviços básicos e a alta incidência de doenças infecciosas; frete à este contexto, o documento estabeleceu diretrizes e compromissos para o enfrentamento aos desafios e para a garantia do direito à saúde para todos, através de uma série de estratégias propostas, como a implementação de sistemas de saúde primários efetivos, a promoção da equidade e da justiça social, a participação ativa da comunidade, a cooperação internacional e a ação intersetorial; propostas que foram fundamentais para orientar as políticas e práticas de saúde em todo o mundo e contribuíam para a consolidação do movimento de saúde global (Mendes, 2004).

Os cuidados primários em saúde (CPS) foram definidos como chave para atingir esta meta e caracterizados como cuidados essenciais de saúde colocados ao alcance universal dos indivíduos; representa o primeiro nível de contato entre estes e o sistema nacional de saúde, possibilitando que os governos direcionem recursos e equipes ao mais próximo possível dos cidadãos. Estabeleceu-se, portanto, as bases para uma abordagem mais ampla e integrada da saúde pública, que a reconhece como direito humano fundamental e que devem desta forma, ser alcançada por meio da cooperação internacional e do compromisso político (Mendes, 2004).

Além disso, a conferência de Alma-Ata e a Declaração resultante tiveram um

impacto significativo na agenda global de saúde, influenciando a criação de estruturas e iniciativas internacionais, como a Organização Mundial da Saúde, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e o Fundo Mundial de Luta contra a Aids, Tuberculose e Malária (Pinto *et al.*, 2020).

Um dos aspectos mais inovadores desta declaração foi a definição de um conceito abrangente de saúde, que não se limita apenas à ausência de doenças, mas engloba o bem-estar físico, mental e social, reconhecendo a importância da participação ativa da comunidade na promoção da saúde, bem como o papel fundamental dos sistemas de saúde primários para a garantia do acesso universal aos serviços de saúde (Mendes, 2004).

Um outro marco e um dos momentos cruciais que moldou a forma como se entende promoção de saúde aconteceu em 1986, quando a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, deu origem à Carta de Ottawa. Esse documento, elaborado como objetivo de contribuir com as políticas de saúde de maneira equânime e universal, trazia uma visão inovadora sobre o papel da saúde pública. A Carta destacou que promoção de saúde não se limita a ações isoladas no setor da saúde, mas ressalta a influência dos aspectos sociais sobre a saúde da população, caracterizando a promoção de saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”, ou seja, a saúde passou a ser estruturada pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela competência de tomar decisões e de ter controle sobre as situações da própria vida e pela batalha para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus integrantes (Carta de Ottawa, 1986; Brasil, 2002).

Esta carta trouxe a visão de saúde e bem-estar a todos, através do letramento e do empoderamento das pessoas e comunidades, condição indispensável para que estas sejam capazes de agir, de modo consciente e informado, sobre os fatores determinantes da saúde. O trabalho intersetorial tem seu destaque ao se tornar fundamental para o alcance de ganhos em saúde para toda a população, considerando a criação de condições ambientais e sociais facilitadoras de escolhas saudáveis e a redução das desigualdades sociais (Nunes, 2011).

Outro avanço crítico durante o século 20 foi o desenvolvimento e implementação de programas de vacinação em massa. Essas iniciativas desempenharam um papel

crucial no controle e, em alguns casos, na erradicação de doenças mortais, como varíola e poliomielite. A adoção generalizada de vacinas demonstrou a eficácia da imunização como ferramenta de saúde pública e contribuiu significativamente para o aumento da expectativa de vida e melhores resultados de saúde em todas as populações (Barbieri; Martins; Pamplona, 2021).

A introdução de métodos matemáticos na epidemiologia no início do século 20 revolucionou ainda mais as práticas de saúde pública. Pioneiros como Ronald Ross e Janet Lane-Claypon introduziram abordagens estatísticas que permitiram uma investigação mais sistemática dos padrões de doenças, o que se mostrou essencial no tratamento de doenças infecciosas e crônicas (Silva, 2022). A convergência da geografia e da epidemiologia durante esse período permitiu uma compreensão mais profunda do impacto dos fatores ambientais na saúde, informando estratégias e intervenções de saúde pública (Czeresnia; Ribeiro, 2000).

As conquistas do século 20 estabeleceram uma base sólida para soluções de saúde contemporâneas e iniciativas contínuas de saúde pública. Os avanços na vacinação, o estabelecimento de organizações globais de saúde e a integração de tecnologia e métodos estatísticos na saúde pública transformaram coletivamente a forma como as questões de saúde são abordadas, monitoradas e gerenciadas. Esses movimentos não apenas abordaram os desafios imediatos da saúde, mas também prepararam o terreno para futuras inovações no campo da saúde pública, continuando a moldar as políticas e práticas globais de saúde no século 21 (Ruger; Yach, 2014).

2.2 HISTÓRIA DA SAÚDE NACIONAL

A história da saúde no Brasil é marcada por transformações significativas moldadas por fatores sociais, políticos e ambientais, influenciando os resultados de saúde de suas diversas populações. Antes da chegada dos colonizadores europeus, o Brasil era habitado por diversos povos indígenas que estabeleceram intrincadas estruturas sociais, práticas culturais e sistemas de saúde adaptados aos seus ambientes. Essas sociedades dependiam fortemente de práticas tradicionais de cura, utilizando plantas locais e rituais espirituais para tratar doenças e manter a saúde. Os curandeiros indígenas, incluindo xamãs e parteiras, desempenharam papéis cruciais nessas comunidades, possuindo amplo conhecimento de plantas medicinais e abordagens holísticas de saúde que eram essenciais para sua identidade cultural e bem-estar da comunidade (Jardim *et al.*, 2023).

A chegada dos portugueses no início do século 16 marcou um ponto de virada significativo para a saúde e o bem-estar indígenas. O período colonial iniciou uma profunda transformação, rompendo com os modos de vida tradicionais e levando à marginalização das práticas de saúde indígenas. As doenças europeias, às quais as populações indígenas não tinham imunidade, dizimaram muitas comunidades, alterando significativamente a paisagem demográfica da região. (UNESCO, 2024; Santos *et al.*, 2022; Peters; Peres; D'Antonio, 2020). Este período de colonização não apenas introduziu novos desafios de saúde, mas também minou os direitos indígenas e a autonomia sobre suas terras e sistemas de saúde, levando a um legado de exploração e resistência (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013; Santos *et al.*, 2022).

À medida que o colonialismo progredia, os povos indígenas enfrentavam invasões crescentes de seus territórios e recursos, levando a movimentos organizados com o objetivo de reivindicar seus direitos e afirmar a autodeterminação. As mulheres indígenas emergiram como figuras centrais nesses movimentos, utilizando suas habilidades de liderança e conhecimento ancestral para defender a preservação de suas práticas culturais e sistemas de saúde (Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013; Santos *et al.*, 2022). A resistência contra as potências coloniais lançou as bases para as lutas contínuas pelos direitos indígenas e autonomia da saúde que persistem nos tempos modernos, destacando as conexões duradouras entre as práticas de saúde pré-coloniais e as questões contemporâneas de saúde indígena no Brasil. (Viana *et al.*, 2022; Chalhoub, 2020).

A era colonial no Brasil, de 1500 a 1822, moldou significativamente o cenário econômico e de saúde pública do país. A chegada dos colonizadores europeus iniciou profundas mudanças, particularmente na região Nordeste, que foi a primeira área a experimentar os impactos do colonialismo. Esta região continua a apresentar uma presença vibrante de povos indígenas, cujas histórias são caracterizadas pela resistência contra a invasão do capitalismo que dependia fortemente da exploração de populações indígenas e negras, bem como da usurpação de suas terras e recursos (UNESCO, 2024; Gragnotati; Lindelow; Couttolenc, 2013).

Ao longo desse período colonial, as comunidades indígenas enfrentaram severa marginalização e violência, o que teve efeitos duradouros em sua saúde e bem-estar. O legado do colonialismo contribuiu para as disparidades contínuas nos resultados de saúde, com os povos indígenas no Brasil experimentando taxas mais altas de doenças crônicas, problemas de saúde mental e expectativas de vida mais curtas em comparação

com as populações não indígenas (Martins *et al.*, 2024; Ortega; Pele, 2023). A negação sistemática de direitos, particularmente durante a ditadura militar de 1964 a 1985, exacerbou essas questões. No entanto, a Constituição brasileira de 1988 marcou um momento crucial ao reconhecer os direitos indígenas à terra, à cultura e a proteções legais específicas (Santos *et al.*, 2022).

O período colonial estabeleceu dinâmicas de saúde que persistiram no Brasil contemporâneo. O foco inicial da saúde pública era predominantemente centrado na doença, muitas vezes negligenciando os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde (Martins *et al.*, 2024).

Iniciativas recentes têm como objetivo redefinir a saúde para abranger questões mais amplas, como acesso a alimentos, moradia e participação da comunidade nas políticas de saúde, que são vitais para atender às necessidades das populações indígenas (Teixeira, [s.d]).

Além disso, a luta pela equidade em saúde entre as comunidades indígenas tem estado intimamente ligada aos seus direitos territoriais. Pesquisas indicam que as disparidades de saúde são amplificadas pela contínua invasão do agronegócio e atividades ilegais em territórios indígenas, ameaçando sua integridade cultural e física (Teixeira, [s.d]; Jardim *et al.*, 2023). Ativistas, incluindo líderes de organizações indígenas, têm sido cruciais na defesa de direitos que garantam a preservação cultural e melhores resultados de saúde (Gragnolati; Lindelow; Couttolenc, 2013). Hoje, a saúde dos povos indígenas no Brasil continua refletindo os impactos adversos de uma história de cinco séculos marcada pela colonização, racismo sistêmico e governança inadequada do sistema de saúde (Carvalho; Westphal; Lima, 2007; Martins *et al.*, 2024). A pandemia de COVID-19 destacou ainda mais essas vulnerabilidades, com as comunidades indígenas experimentando taxas significativas de infecção e mortalidade, atribuídas à negligência de longa data e às desigualdades sistêmicas (Teixeira, [s.d]). Os esforços para proteger essas populações de tratamento desumano e garantir seus direitos à saúde e à integridade cultural continuam sendo desafios contínuos (Santos *et al.*, 2022; Teixeira, [s.d]).

O século XIX foi um período crucial na história da saúde no Brasil, marcado por importantes desafios e transformações na saúde pública e na higiene. O país enfrentou inúmeras epidemias, incluindo varíola, tuberculose, tifo e gripe espanhola, exacerbadas por más condições sanitárias e práticas de higiene prevalentes nas áreas urbanas (Hochman; Pimenta; Freitas, 2022).

À medida que a capital, o Rio de Janeiro, enfrentava graves crises de saúde pública, ficou claro que abordar essas questões era essencial para o desenvolvimento econômico da república recém-criada (Rezende; Moraes; Perini, 2018).

A resposta governamental às crises de saúde no século 19 começou a tomar forma por meio da implementação de medidas de saúde pública. O governo brasileiro reconheceu a necessidade de abordagens sistemáticas para combater doenças infecciosas, particularmente no contexto de urbanização e rápido crescimento populacional. As autoridades visaram bairros empobrecidos, muitas vezes vistos como criadouros de doenças, para conter epidemias e promover condições de vida mais saudáveis (Hochman; Pimenta; Freitas, 2022; Rezende; Moraes; Perini, 2018). Essas intervenções muitas vezes envolveram medidas severas, incluindo a demolição de moradias precárias sem alternativas adequadas, destacando as disparidades socioeconômicas no acesso e nos cuidados de saúde (Endresen, 2021).

As bases do sistema público de saúde do Brasil foram lançadas durante este século, influenciadas por ideais positivistas que priorizavam o conhecimento científico e a perícia médica em detrimento das práticas tradicionais (Hochman; Pimenta; Freitas, 2022). O estabelecimento de instituições de saúde pública teve como objetivo mapear as condições de saúde do país e propor soluções para melhorar o bem-estar geral. Expedições científicas realizadas no interior durante o início do século 20 ilustraram ainda mais esse compromisso, pois os relatórios documentaram questões de saúde rural e defenderam estratégias nacionais de saúde (Rezende; Moraes; Perini, 2018).

A saúde pública no Brasil durante o século XIX não era apenas uma questão de medicina, mas também emaranhada com dinâmicas políticas. O governo muitas vezes alavancou as iniciativas de saúde como ferramentas de manobra política, exacerbando as tensões entre diferentes facções. Por exemplo, durante a campanha de vacinação contra a varíola liderada pelo presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves, os esforços de saúde pública foram politizados, pois os oponentes políticos usaram a controvérsia em torno da vacinação para minar a confiança na autoridade governamental (Rezende; Moraes; Perini, 2018).

À medida que a política de saúde pública evoluiu, ela começou a considerar os determinantes sociais que influenciaram os resultados de saúde. O entendimento de que fatores como moradia, nutrição e status socioeconômico desempenhavam papéis críticos nas disparidades de saúde estava surgindo durante esse período (Massuda *et al.*, 2018; Martins *et al.*, 2024). No entanto, os esforços para integrar esses fatores nas políticas de

saúde permaneceram limitados, muitas vezes resultando em medidas de saúde pública que afetaram desproporcionalmente os segmentos mais pobres da sociedade, que continuaram a enfrentar desafios significativos de saúde ao longo do século (Massuda *et al.*, 2018).

O início do século XX no Brasil marcou uma evolução significativa nas políticas públicas de saúde, em grande parte influenciada por fatores sociopolíticos. Após o estabelecimento da República, as políticas de saúde foram cada vez mais moldadas por interesses econômicos e políticos, e não por preocupações puramente de saúde pública (Pimentel *et al.*, 2023). O legado da era colonial, caracterizado por desigualdades e exploração, continuou a afetar as iniciativas de saúde pública (UNESCO, 2024). Em 1925, um marco notável ocorreu com a introdução de um curso de saúde pública e higiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que mais tarde influenciou a Escola Nacional de Saúde Pública, criada em 1954 (Rezende; Moraes; Perini, 2018). No governo do presidente Getúlio Vargas (1930-1945), a profissionalização da saúde pública passou a fazer parte da agenda política mais ampla, levando à nomeação de graduados em saúde para cargos federais sem concurso (Rezende; Moraes; Perini, 2018). O curso de Educação Sanitária da Universidade de São Paulo (FSP/USP) exemplificou ainda mais a inclusão de profissionais não médicos, principalmente mulheres, na força de trabalho da saúde pública, com foco na educação em saúde e higiene (Rezende; Moraes; Perini, 2018).

Em meados do século 20, surgiu um novo paradigma na saúde pública conhecido como Saúde Coletiva. Esse movimento surgiu como resposta às críticas ao modelo tradicional de Medicina Preventiva e Social, que era visto como muito focado em abordagens positivistas e inadequado para abordar os determinantes sociais da saúde. O referencial da Saúde Coletiva ganhou força durante a luta pela democracia no Brasil, particularmente no contexto da ditadura militar de 1964 a 1985, e buscou reformular práticas e políticas de saúde para alinhá-las aos princípios democráticos e à equidade social (Rezende; Moraes; Perini, 2018).

Campanhas de saúde, como os esforços de vacinação contra a varíola iniciados pelo presidente Francisco de Paula Rodrigues Alves, ilustram as tensões entre as iniciativas de saúde pública e a resistência da sociedade. A campanha de vacinação contra a varíola de 1904 enfrentou uma reação pública significativa, enraizada no ceticismo sobre a eficácia e segurança das vacinas, agravada por queixas sociais e econômicas contra as políticas governamentais (Endresen, 2021). A oposição surgiu de

uma mistura de crenças filosóficas, como as enraizadas no positivismo, e das experiências vividas por comunidades que enfrentaram crises históricas de saúde, incluindo febre amarela e tuberculose (Endresen, 2021). Apesar da resistência, essas campanhas marcaram uma importante transição na saúde pública no Brasil, enfatizando a necessidade de intervenção estatal e o papel da saúde pública no atendimento às necessidades da comunidade. O governo federal começou a reconhecer a importância da habitação e das condições urbanas na prevenção de epidemias, embora a implementação dessas políticas muitas vezes ficasse aquém das recomendações de saúde pública (Endresen, 2021).

As bases para a saúde moderna no Brasil foram lançadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consagrou a saúde como um direito constitucional de todos os cidadãos. Esse marco estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS), que visava proporcionar acesso universal e gratuito aos serviços de saúde (Brasil, 2018). A Constituição também determinou a participação pública na formulação de políticas de saúde, refletindo um crescente reconhecimento da necessidade de envolver os cidadãos no atendimento de suas necessidades de saúde, particularmente entre populações marginalizadas, como comunidades indígenas (Chalhoub, 2020). Por meio desses desenvolvimentos, o século 20 foi um período transformador para a saúde pública no Brasil, preparando o terreno para as reformas em andamento e a evolução contínua dos direitos à saúde como um aspecto crítico da democracia brasileira.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE

Com a descoberta dos microorganismos por pesquisadores como Koch e Pasteur, o modelo unicausal do adoecimento foi consolidado, a partir do entendimento de que para cada doença haveria um agente causador específico; o paradigma bacteriológico teve sua hegemonia instaurada por volta do século XIX (Buss; Pelegrini Filho, 2017). Foi apenas em 1936 que John Ryle, médico e epidemiologista britânico, retomou conceitos apresentados por Virchow, Neumann e Rumsay entre os séculos XVIII e XIX, sobre a promoção de saúde, como argumento para explicar as insuficiências das reformas sanitárias; surgiu então a teoria da História Natural da Doença (HND), onde há relação causal da teoria microbiana somando-se a fatores ambientais (Silva; Baptista, 2015).

Leavell e Clark revisitaram a teoria da HND, já em 1958, considerando a

importância do enfoque tanto no indivíduo quanto no contexto e, a partir disso, apontando para diferentes métodos de prevenção e controle de doenças. Neste momento, a prevenção passou a ser compreendida como forma de antecipar ou anular uma doença ainda no período pré-patogênico, estando inserida na prevenção primária. A partir desse ponto a promoção de saúde adquiriu maior especificidade e passou a ser a base da medicina preventiva que reforça o entendimento e intervenções nas relações mais diretas de causalidade, mas apenas na década de 1970 ganharam destaque os debates sobre a promoção de saúde como estratégia para enfrentamento de questões de saúde pública, bem como a participação do Estado (Silva; Baptista, 2015).

A partir da década de 1980 esse movimento ganhou ainda mais destaque, com marcos históricos como a conferência realizada em Ottawa, que trouxe os olhares sobre os DSS. Na década de 1980, com a maior divulgação desse movimento, no Brasil se iniciaram debates acerca das limitações do modelo “preventivista”, considerado por alguns uma simplificação da realidade; simultaneamente, se ampliaram os debates acerca das políticas de proteção adotadas pelo Estado, havendo uma importante tensão entre políticas social e política econômica. Mas foi apenas a partir da década de 1990 que a promoção de saúde passou a ocupar um espaço no debate público brasileiro e, no final dessa mesma década, inicia-se um processo de institucionalização da promoção de saúde, neste momento como uma política nacional, com a cooperação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (Buss; Carvalho, 2009).

A PNPS teve seu primeiro documento apresentado em 2002, foi institucionalizada em 2006 e revisada em 2016. Esta política se refere ao conjunto de ações, diretrizes e estratégias adotadas pelo Estado para promover a saúde e prevenir doenças na população; tem evoluído ao longo do tempo em resposta aos desafios e necessidades sociais e seu histórico pode ser melhor compreendido à partir da perspectiva dos marcos temporais e legais como programas e ações implementadas (Silva; Baptista, 2015).

No entanto, essa política também enfrenta críticas e desafios, tanto referentes a sua formulação quanto a sua implementação. As principais tangenciam questões como a falta de clareza e coerência entre os conceitos, princípios e estratégias da mesma, a fragilidade das articulações intersetoriais e a participação social, a escassez de recursos financeiros e seus impactos sobre a escassez de recursos humanos e materiais adequados para sua implementação, a dificuldade em avaliar os resultados e impactos por uma carência de indicadores e métodos adequados às especificidades e complexidades da promoção da saúde, além da resistência de determinados atores e

setores. Tais críticas apontam para a necessidade de aprimorar a PNPS e de fortalecer seu marco teórico, além de ampliar os diálogos e a articulação com diversos atores sociais, de garantir o seu financiamento e a sua gestão participativa, de desenvolver a sua capacidade de monitoramento e avaliação e de enfrentar as resistências e os conflitos que emergem na sua implementação (Albuquerque *et al.*, 2016; Carvalho *et al.*, 2023).

Cabe destacar que a PNPS se fundamenta no Conceito Ampliado de Saúde, estabelecido pela OMS em 1948, que envolve uma compreensão que rompe com a visão biologicista e curativista e envolve dimensões sociais, econômicas, culturais e ambientais como determinantes do processo saúde-doença. A Conferência de Ottawa, realizada em 1986, reforçou essa perspectiva. A nível nacional, a PNPS apresenta intrínseca relação com o conceito ampliado, especialmente ao enfatizar estratégias intersetoriais e participativas que consideram os DSS (Rosário *et al.*, 2020).

2.3.1 Objetivos e Ações Estruturantes

No ano de 2002 os objetivos da PNPS eram três, o primeiro voltado à melhora do cenário político, econômico, social, cultural e ambiental, tornando-o mais favorável à saúde dos indivíduos e comunidades, o segundo voltado à redução das desigualdades e das diferenças de acesso às oportunidades e, o terceiro, voltado à redução das desigualdades e das diferenças de acesso às oportunidades e, o terceiro, a qualificação do SUS no âmbito da promoção de saúde. Em sua versão de 2006, esta política apresentava um objetivo geral voltado a promoção de melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados com seus determinantes e condicionantes (Silva; Baptista, 2015).

O objetivo geral da PNPS, estabelecido em 2014, se volta a promoção da equidade e melhoria das condições de vida, com ampliação das potencialidades tanto inerentes à saúde individual como coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos; pode-se compreender que esta política intenciona ampliar e promover mais oferta de serviços de saúde pública no país, o que impacta na redução de desigualdades e riscos inerentes à saúde causados por influências socioeconômicas, políticas, culturais e ambientais; busca também a definição da condução dos processos de implementação da política em diferentes secretarias e sua integração com os diversos âmbitos e ações do SUS (Brasil, 2014).

Existem ainda treze (13) objetivos específicos, que envolvem: o estímulo a promoção de saúde como parte da integralidade na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e

em articulação com a proteção social; a adoção de práticas sociais e de saúde com base na equidade, na participação e no controle social; o favorecimento da mobilidade urbana e da acessibilidade; a promoção da cultura da paz; o desenvolvimento de espaços de produção social e ambientes mais saudáveis; a valorização de saberes populares e das práticas integrativas e complementares (PICs); a promoção da autonomia dos sujeitos e das coletividades; a promoção de educação e capacitação específicos em promoção de saúde; o estímulo à pesquisa e a difusão do conhecimento, bem como de estratégias inovadoras; a qualificação dos registros das ações de promoção da saúde para melhoria das análises, monitoramento, avaliação e financiamento dessas ações; o fomento à discussões sobre modos de consumo e a articulação de políticas públicas com agendas nacionais e internacionais (Brasil, 2018).

Sua importância não se limita a ampliar o acesso a todas as questões básicas que impactam na saúde da população, mas rompe barreiras ao garantir a coordenação e a cooperação de diferentes setores, consolidando um modelo de gestão democrático. É, portanto, um conjunto de estratégias para garantia de acesso amplo, equitativo e transversal à saúde. Para o alcance destes objetivos são aplicadas ações estruturantes, também descritas no texto da política; são ações que estabelecem a base para sua implementação efetiva, sendo fundamentais para transformação dos sistemas, processos e estrutura presentes em vários setores e níveis organizacionais, e são projetadas para que seu impacto seja efetivo e duradouro. Inclui-se a governança, o planejamento intersetorial e a participação social, a organização do cuidado e gestão do trabalho na APS, a educação permanente, pesquisa e integração ensino-serviço, e a educação em saúde e comunicação (Brasil, 2018).

Governança, planejamento intersetorial e participação social são três pilares fundamentais para a implementação efetiva de políticas públicas, como a PNPS. Governança se refere à forma como as decisões são tomadas e implementadas; nesse contexto, envolve a coordenação e a supervisão das ações de promoção da saúde em todos os níveis do sistema de saúde. Planejamento intersetorial, por sua vez, consiste na prática de integrar diferentes setores na formulação e implementação de políticas, tem sua importância no fato de que a promoção de saúde não é apenas uma responsabilidade do setor de saúde, mas envolve outros setores, como educação, meio ambiente, planejamento urbano, segurança pública, entre outros, por abordar os DSS em toda sua abrangência. Participação social é a inclusão de diferentes grupos da sociedade na tomada de decisão, de forma que os cidadãos, as comunidades e as organizações da

sociedade civil tenham um papel ativo na formulação, implementação e avaliação das ações de promoção de saúde, garantindo que as ações desenvolvidas sejam relevantes e adequadas às necessidades e prioridades das comunidades (Souza; Machado, 2018).

A organização do cuidado e a gestão do trabalho na APS são componentes essenciais para a efetividade do sistema de saúde por envolver a estruturação dos serviços de saúde, garantindo que os cuidados sejam prestados de forma eficiente, eficaz e centrada no paciente, incluindo a coordenação do cuidado, a integração dos serviços de saúde e a garantia de que os cuidados sejam contínuos, abrangentes e coordenados, e a organização do cuidado, que envolve a implementação de práticas baseadas em evidências para garantia da qualidade do cuidado. A gestão do trabalho propriamente dita se refere à administração e ao gerenciamento dos recursos humanos na saúde. O que inclui o recrutamento, a formação, a retenção e a motivação dos profissionais de saúde, além de envolver a definição de papéis e responsabilidades, avaliação do desempenho e a promoção do desenvolvimento profissional contínuo. Ambos são fundamentais para a garantia de que a APS possa cumprir seu papel de porta de entrada para o sistema de saúde, fornecendo cuidados de saúde acessíveis, abrangentes, coordenados, contínuos e centrados no paciente, tanto quanto são essenciais para a garantia de que se possa responder efetivamente às necessidades de saúde da população (Ouverney; Noronha, 2013).

A educação permanente, a pesquisa e a integração ensino-serviço são essenciais para o preparo e a atuação dos profissionais de saúde, de forma que a prática clínica e a saúde pública sejam baseadas em evidências e que a educação e a prática estejam integradas para o benefício mútuo dos estudantes e profissionais de saúde, sendo, portanto, componentes fundamentais para a melhoria contínua da qualidade e eficácia dos serviços de saúde. Educação permanente pode ser descrita como um processo contínuo de aprendizado e desenvolvimento profissional, o que significa que os profissionais de saúde devem permanecer constantemente atualizando seus conhecimentos e habilidades para que possam acompanhar os avanços nas ciências e na saúde pública. Já a pesquisa se mostra como a base para a melhoria contínua da prática clínica e da saúde pública, através da qual se pode descobrir novas formas de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como auxiliar na compreensão dos DSS e no desenvolvimento de estratégias eficazes para promoção de saúde. A integração ensino-serviço tem ênfase nesse contexto, tendo em vista significar uma cooperação mútua entre acadêmicos e profissionais de saúde, permitindo tanto o aprendizado em um ambiente

prático e aplicado, como a atualização profissional (Brasil, 2004; Brasil, 2023).

Por fim, a educação em saúde e a compreendem elementos cruciais para a promoção de saúde e o bem-estar das comunidades. O primeiro é um processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para decisões acerca da saúde e pode ocorrer em uma variedade de contextos, incluindo escolas, locais de trabalho, comunidades e serviços de saúde. O seguinte se trata de uma ferramenta essencial para a educação em saúde ao envolver a disseminação de informações de maneira clara, acessível e culturalmente apropriada, auxiliando na garantia de que as informações de saúde sejam compreendidas e utilizadas pelos indivíduos e comunidades através de diversos métodos, incluindo conversas individuais, *workshops*, materiais impressos, mídia digital e campanhas de saúde pública (Brasil, 2014).

2.3.2 Temas Prioritários

Os temas prioritários da PNPS partem da sua publicação revisada no ano de 2014, sendo dispositivo para a programação de ações em todas as esferas do SUS. Tais temas partiram da identificação de causas de morbimortalidade, buscando a transcendência de setores e a atuação intersetorial com a conseqüente efetivação de práticas. São estes: a formação e educação permanente, alimentação saudável e adequada, práticas corporais e atividade física, enfrentamento do uso de tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso de álcool, promoção da mobilidade segura e sustentável, promoção da cultura da paz e de direitos humanos e a promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2014).

Formação e educação permanente, o primeiro tema proposto, são conceitos essenciais e se relacionam com a promoção de saúde no sentido de qualificar e transformar práticas através da aprendizagem contínua; segundo a OMS, se trata de um processo dinâmico com vistas ao desenvolvimento contínuo de conhecimento, habilidades e atitudes dos profissionais de saúde, de forma a garantir a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Esta reconhece o cotidiano como lugar de articulação e integração dos conhecimentos com o serviço e através de programas específicos, os profissionais têm a oportunidade de atualizar conhecimentos científicos e tecnológicos, além de habilidades clínicas e de comunicação. Para isso, a estratégia mais adotada tem sido a realização de cursos presenciais, seminários, debates, reuniões técnicas e capacitações, além de cursos *online* (Brasil, 2004; Brasil, 2023).

Alimentação saudável e adequada, além de um tema prioritário, é também um

condicionante da saúde, sendo, além disso, um direito fundamental de todos e, portanto, um dos pilares da promoção de saúde. Consiste na educação e incentivo ao consumo de alimentos variados, de qualidade, em quantidade suficiente e de forma equilibrada, respeitando as características culturais, sociais e ambientais de cada indivíduo e comunidade. Esta é, além de um dos principais eixos estratégicos da PNPS, uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que visa apoiar os estados e municípios brasileiros no desenvolvimento de ações intersetoriais, participativas e sustentáveis, que favoreçam o acesso e o consumo de alimentos saudáveis e seguros, bem como a educação alimentar e nutricional da população, além de proteger e valorizar a diversidade e a cultura alimentar brasileira, estimulando a produção e o consumo de alimentos locais, regionais e tradicionais, livres de agrotóxicos e transgênicos (Martinelli; Cavalli, 2019; Pereira, 2022).

As práticas corporais e atividades físicas são formas de cuidado que envolvem o movimento do corpo, a expressão, a cultura e a saúde. Podem contribuir para a promoção de saúde, que visa melhorar as condições de vida, de trabalho e de ambiente as pessoas e comunidades. Na PNPS tem seu destaque como estratégia para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's), para a redução das desigualdades em saúde e para o fortalecimento da participação social; a partir disso diferentes ações e estratégias podem ser utilizadas, como o Programa Academia da Saúde, que consiste na implantação de espaços públicos equipados para a prática de atividades físicas orientadas por profissionais de saúde, integrados à APS e articulados com as políticas de educação, cultura, esporte e lazer; a implantação dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), equipes multiprofissionais que apoiam as equipes de saúde da família na oferta de ações de promoção da saúde; o Programa Saúde na Escola (PSE), que visa a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de saúde e educação também enfatiza a realização de práticas corporais para promoção de saúde (Carvalho; Nogueira, 2016).

O uso do tabaco e seus derivados pode ser citado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT's, como câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, responsáveis por mais de 70% dos óbitos no Brasil. O enfrentamento desta situação surge na PNPS como complemento à Política Nacional e Controle do Tabaco (PNCT), orientada pela Convenção-Quadro da OMS para o controle do tabaco. Algumas estratégias como restrição à propaganda, à publicidade e ao patrocínio de produtos derivados do tabaco, bem como a proibição da exposição desses

produtos nos pontos de venda, a proibição do uso de aditivos que aumentem a atratividade aos produtos especialmente para crianças e adolescentes, a implementação de ambientes 100% livres do fumo, a adoção de medidas tributárias e de preços que desestimulem o consumo e a oferta de tratamento gratuito e qualificado para quem deseja parar de fumar, por meio do PNCT que articula a RAS em prol da oferta de abordagens farmacológicas e comportamentais tem se mostrado efetivas na redução do tabagismo na população em geral. Já a realização de campanhas e ações educativas vem ganhando espaço, além da sua articulação com o Programa Nacional de Diversificação em Áreas Cultivadas com Tabaco, que proporciona alternativas sustentáveis de produção e renda para os agricultores de cultivam tabaco (Martinelli; Cavalli, 2019; Brasil, 2022).

O uso do álcool também pode ser citado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT's e para seu enfrentamento adotou-se medidas como a Política Nacional sobre o Álcool, atualmente inserida na PNPS, com ações voltadas à restrição à propaganda, à publicidade e ao patrocínio de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos e em determinados locais e horários, como rodovias, postos de gasolina e escolas, a adição de medidas tributárias e de preços que desestimulem o consumo de bebidas alcoólicas, considerando seu custo social e sanitário, a oferta de tratamento gratuito e qualificado para os dependentes de álcool, por meio da rede de atenção psicossocial do SUS, que inclui os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), as Unidades de Acolhimento e as Comunidades Terapêuticas. A realização de campanhas e ações educativa que informem e conscientizem a população sobre os riscos e as conseqüências do uso do álcool, bem como sobre os benefícios de uma vida sem álcool e a promoção de alternativas saudáveis de lazer e convivência, que valorizem a cultura, o esporte, a arte e a cidadania, sem a associação ao consumo de álcool também são iniciativas que buscam reduzir o número de consumidores e dependentes de álcool no Brasil (Mangueira *et al.*, 2015).

Outro tema prioritário da PNPS é a promoção da mobilidade segura e sustentável, que visa melhorar as condições de vida das pessoas e comunidades; no tocante a este aspecto, sabe-se que o deslocamento acessível, inclusivo e equânime se faz fundamental, acrescido a isto, a necessidade da redução de danos ambientais. Para isto é necessária a integração de diferentes estratégias, como o incentivo a meios de transporte ativos, como caminhadas, ciclismo, entre outros, a implementação de medidas de segurança como sinalização, iluminação e infraestrutura adequada, e o aumento da participação social nas tomadas de decisão (Rodrigues *et al.*, 2022).

O penúltimo tema prioritário apresentado pela PNPS, porém não menos importante, se trata da promoção da cultura da paz e direitos humanos, no que se refere à valorização da diversidade, da cooperação, do diálogo, da solidariedade, da justiça e da democracia, como forma de prevenir conflitos, violências e violações de direitos. Para tal, estratégias como a formação e a educação permanente voltada ao desenvolvimento de competências, a implementação de PIC's que contribuem para o autocuidado e gestão das emoções, campanhas informativas e educativas e a promoção de espaços de participação e controle social tem sido desenvolvidas (Brasil, 2022).

Por fim, alinhado à agenda 2030, a promoção do desenvolvimento sustentável se encontra entre as prioridades da PNPS; busca-se o equilíbrio entre o crescimento econômico, a preservação ambiental e a justiça social, para que se garanta o suprimento de necessidades desta e das próximas gerações. Relaciona-se intimamente aos DSS e, para tal, surge a importância da articulação com outras políticas como a Política Nacional de Educação Ambiental, a Política Nacional de Resíduos Sólidos e a PNAN (Brasil, 2022).

3 METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza como uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, tendo como fundamentação teórica a fenomenologia. A pesquisa descritiva é uma categoria de pesquisa científica que tem como objetivo principal a descrição das características de determinado fenômeno ou a relação entre variáveis. Trata-se de um estilo de pesquisa utilizado em diversas áreas do conhecimento e que tem como principal característica a não interferência do pesquisador no ambiente ou nos sujeitos da pesquisa, permitindo, assim, a descrição da realidade de forma precisa e sistemática, entretanto, impossibilita que se estabeleça conclusões causais (Creswell, 2010).

A pesquisa qualitativa teve seu destaque por apresentar uma abordagem avaliativa frente à aspectos subjetivos dos fenômenos sociais e humanos, tendo como uma de suas características a heterodoxia na análise de dados, por ser possível uma grande variedade de dados obtidos (Martins, 2004). Neste sentido, esta pesquisa buscou descrever as interfaces práticas da implementação da PNPS no município de Foz do Iguaçu. A metodologia foi orientada pela *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) (ANEXO A), guia internacional para a transparência e qualidade na divulgação de pesquisas qualitativas (Souza *et al.*, 2021), e contemplou os três domínios do *checklist*.

Após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob parecer de número 7.322.679 (ANEXO B), a coleta de dados foi conduzida entre janeiro e maio de 2025, em duas etapas, realizadas de forma concomitante: diagnóstico situacional, com análise documental de ações de promoção de saúde, com base em dados públicos veiculados nas redes sociais da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu e em materiais informativos expostos em equipamentos públicos de saúde, educação, transporte e assistência social, bem como em relatórios informados à órgãos como o Conselho Municipal de Saúde (COMUS); e entrevistas em profundidade, com utilização de base um roteiro composto por 14 (quatorze) questões norteadoras (APÊNDICE B), relativos a temas como o perfil profissional dos gestores, o entendimento e a percepção individual da PNPS e acerca dos êxitos e desafios da implementação dessa política no município de Foz do Iguaçu. Esse roteiro de entrevista foi testado, previamente em dois participantes da área da saúde e do esporte (pré-teste), com o intuito de avaliar clareza e aplicabilidade, o qual manteve-se a estrutura e questões elaboradas.

A amostragem foi intencional, por conveniência, considerando gestores com expertise ou vínculo direto com políticas relacionadas à promoção de saúde. Foram

convidados, por contato telefônico, 16 gestores, vinculados às seguintes Secretarias: Saúde (SMSA), Educação (SMED), Esporte e Lazer (SMEL), Assistência Social (SMAS), Obras, Segurança Pública, Meio Ambiente (SMMA), Direitos Humanos e Foztrans. Dois convidados recusaram participação devido à sobrecarga de agenda, totalizando 14 participantes que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), nomeados com g01 a g14, a fim de preservar seu anonimato.

As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora do sexo feminino, fisioterapeuta e mestrande em políticas públicas e desenvolvimento, com experiência prévia em condução de entrevistas qualitativas. As entrevistas ocorreram nos locais de trabalho dos gestores, em ambiente reservado, com duração média de 35 minutos. A pesquisadora possuía vínculo profissional com alguns dos participantes, por ser fisioterapeuta estatutária da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu, atuante na Secretaria Municipal de Saúde.

As entrevistas foram gravadas em áudio, com autorização prévia dos participantes, e transcritas manualmente pela própria pesquisadora, o que garantiu fidelidade ao conteúdo narrado. As transcrições foram devolvidas por aplicativo de mensagens instantâneas (*whatsapp*) aos respectivos participantes para validação e eventuais correções. Não houve saturação de dados, tendo em vista que a amostra intencional foi composta por gestores de diferentes setores, com diferentes perspectivas e abordagem da política.

Para tratamento dos dados obtidos foi empregada a técnica de Análise de Conteúdo, em abordagem apriorística. O processo envolveu leitura flutuante, seleção de unidades de análise com base nos temas do roteiro, categorização e subcategorização temática (Campos, 2004; Bardin, 1977; Downe-Wamboldt, 1992). A codificação dos dados foi realizada com base em categorias pré-definidas a partir dos objetivos da pesquisa e do roteiro de entrevistas e foi utilizado o *software ATLAS.ti* para análise complementar dos dados textuais.

Os participantes não foram envolvidos na revisão ou interpretação das categorias analíticas resultantes da análise, não sendo realizada a etapa de *feedback* formal sobre os achados.

As limitações envolveram a indisponibilidade de alguns gestores devido ao acúmulo de demandas, e a mudança recente transição da gestão pública municipal, que impactou a profundidade das informações prestadas por alguns entrevistados.

Os capítulos subsequentes desta dissertação apresentam o Diagnóstico Situacional de ações atreladas à PNPS no município de Foz do Iguaçu e os resultados das entrevistas aplicadas aos gestores, respectivamente. Desta forma, identifica-se as principais ações em saúde realizadas pelo município na aplicação e monitoramento da PNPS, identifica-se também os principais resultados alcançados pelo município no que tange à esta política, apresenta-se e descrevem-se os desafios enfrentados no processo de implementação da PNPS e analisa os principais êxitos e potencialidades no município atrelados à implementação desta política.

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM FOZ DO IGUAÇU

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um diagnóstico situacional das ações desenvolvidas na cidade de Foz do Iguaçu, à luz da PNPS. Para isso, as ações foram agrupadas conforme os eixos estruturantes da política, organizados em oito temas centrais que orientam as diretrizes e estratégias dessa política pública. Essa sistematização permite uma visão mais clara e objetiva das iniciativas existentes, bem como das lacunas e potencialidades observadas no contexto local.

A análise será apresentada de forma sequencial, iniciando-se pela formação e educação permanente em saúde, por se tratar de um pilar essencial para o fortalecimento das demais ações. Em seguida, serão abordadas as iniciativas voltadas à alimentação adequada e saudável e às práticas corporais e atividade física. Na sequência, serão analisadas as estratégias voltadas ao enfrentamento do uso de tabaco e seus derivados, ao enfrentamento do uso abusivo de álcool e à promoção da mobilidade sustentável. Por fim, com igual importância, serão apresentadas as ações relacionadas à promoção da cultura da paz e dos direitos humanos e à promoção do desenvolvimento sustentável, consolidando uma abordagem integral e intersetorial da promoção da saúde.

4.1 FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PERMANENTE

Não foram identificadas ações formativas contínuas voltadas à capacitação técnica de profissionais intrasetoriais nem intersetoriais no âmbito da saúde, da educação, assistência social, mobilidade urbana e segurança pública. Entretanto, foram identificadas ações pontuais de treinamento institucional, capacitações relativas à protocolos e fluxos institucionais e saúde do trabalhador no âmbito das diferentes secretarias.

A Secretaria Municipal de Educação (SMED) se destacou em relação aos treinamentos destinados à coordenação pedagógica das escolas municipais e destinados aos professores do ensino fundamental.

Já a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer (SMEL) teve seu destaque nos treinamentos de primeiros socorros aos educadores físicos atuantes com a juventude e a melhor idade. Houve também treinamentos pontuais relacionados a técnicas esportivas.

Algumas das ações promovidas pela SMEL tiveram articulação o programa de mestrado de Saúde Pública em Região de Fronteira da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste).

4.2 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ADEQUADA

No município de Foz do Iguaçu, os grupos voltados à promoção da alimentação saudável e adequada estão distribuídos nos cinco distritos sanitários e representam uma estratégia relevante para a mudança de hábitos alimentares da população, especialmente no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis. Cada distrito organiza seus grupos de forma diferenciada, conforme a disponibilidade de recursos humanos, estrutura física e perfil da população atendida. A seguir, apresenta-se uma breve descrição de cada grupo em funcionamento, destacando suas características, objetivos e formas de organização.

No Distrito Sanitário Norte, o grupo “Mudança de Hábito” tem como foco principal a mudança no estilo de vida, com ênfase na reeducação alimentar. Trata-se de um grupo fechado, cujas vagas são preenchidas conforme a fila de espera da nutrição na Atenção Primária à Saúde. A organização é conduzida por profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF) e das Equipes Multiprofissionais (E-Multi) da Secretaria Municipal de Saúde. Os encontros ocorrem semanalmente, com duração de 12 (doze) semanas.

No Distrito Sanitário Nordeste, o grupo “Estilo de Vida” se realiza em parceria entre nutricionistas e psicólogos, com frequência semanal e modelo “porta aberta”, sem exigência de encaminhamento formal. O mesmo modelo acontece no Distrito Sanitário Sul, onde o grupo “Estilo de Vida” tem frequência semanal e conta com a parceria de nutricionistas e psicólogos, contanto com a participação pontual de fisioterapeutas.

O Distrito Sanitário Leste apresenta o grupo “Vida Mais Leve”, que possui aproximadamente uma década de existência e passou por recentes reformulações. Inicialmente voltado ao emagrecimento saudável, o grupo evoluiu para uma proposta mais ampla de mudança do estilo de vida, mantendo a participação da equipe multiprofissional (incluindo psicóloga, fisioterapeuta e assistente social), e ampliando a atuação para profissionais da eSF, como médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Para participação no grupo é necessário um encaminhamento; e é realizado em dois formatos: presencialmente e on-line, com duração de 12 encontros.

Essas experiências, alinhadas à PNPS, encontram-se descritas no quadro 1, a

seguir:

Quadro 1 – Ações realizadas no município de Foz do Iguaçu relacionadas à alimentação saudável e adequada.

Distrito Sanitário	Nome do Grupo	Objetivo	Público Alvo	Organização
Norte	Mudança de Hábito	Mudança de Estilo de Vida	Pessoas com DCNT	SMSA – Equipe Multi e eSF
Nordeste	Estilo de Vida	Mudança de Estilo de Vida	Grupo aberto	SMSA – Equipe Multi
Sul	Estilo de Vida	Mudança de Estilo de Vida	Grupo aberto	SMSA – Equipe Multi
Leste	Vida Mais Leve	Mudança de Estilo de Vida	Pessoas com DCNT	SMSA – Equipe Multi
Oeste	Mudança de Hábitos	Reeducação alimentar e mudança de estilo de vida	Pessoas com DCNT	SMSA – Equipe Multi
Oeste	Hiperdia	Educação alimentar e incentivo à atividade física	Grupo aberto	SMSA – Equipe Multi

Fonte: RAG, 2024.

4.3 PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA

No município de Foz do Iguaçu as ações relacionadas às práticas corporais e atividades físicas são organizadas por distritos sanitários e envolvem múltiplas parcerias entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Municipal de Esporte e Lazer e Entidades da Sociedade Civil.

O levantamento das práticas ofertadas demonstra uma ampla diversidade de grupos e modalidades voltadas à integração social, reabilitação funcional e incentivo à adoção de hábitos saudáveis. Tais grupos são distribuídos nos Distritos Sanitários Norte, Sul, Leste, Oeste e Nordeste, com organização e frequência variáveis conforme a modalidade e o público-alvo.

No Distrito Norte, destaca-se a oferta de atividades como ballet, judô, badminton e

capoeira, todas com enfoque na integração e no movimento corporal, organizadas de forma fechada e vinculadas ao Conselho Comunitário da Vila C, com a participação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e da sociedade civil.

Nos demais distritos, ocorre maior incidência de atividades voltadas à reabilitação, como pilates clínico, fisioterapia preventiva, fisioterapia pélvica, e à prevenção de doenças, como a ginástica comunitária e a caminhada comunitária. A frequência das atividades é predominantemente semanal, sendo realizadas em unidades de saúde, igrejas, associações de moradores e centros de convivência.

As atividades estão distribuídas em faixas etárias amplas, com predominância de participação por mulheres e pessoas idosas.

Em relação às atividades promovidas pela SMSA, por meio das equipes multiprofissionais, são ao todo 15 modelos de atividade, realizadas em 3 (três) distritos sanitários. Já a secretaria municipal de esportes realiza 496 atividades, distribuídas em 26 bairros. A tabela e os gráficos a seguir apresentam, de forma sistematizada, os grupos existentes, seus objetivos, formas de organização, frequência e abrangência territorial, permitindo uma visão ampla da oferta municipal de práticas corporais no âmbito da atenção primária à saúde (Quadro 2).

Quadro 2 – Ações realizadas no município de Foz do Iguaçu relacionadas à práticas corporais e atividades físicas pela SMSA.


Distrito Sanitário	Nome do Grupo	Objetivo	Acesso da população	Organização
Norte	Ballet	Integração e movimento	Fechado	Organização da Sociedade Civil
Norte	Judô	Integração e movimento	Fechado	Organização da Sociedade Civil
Norte	Badminton	Integração e movimento	Fechado	Organização da Sociedade Civil
Norte	Capoeira	Integração e movimento	Fechado	Organização da Sociedade Civil
Sul	Pilates Clínico	Promoção à saúde e reabilitação	Aberto	Secretaria de Saúde - Equipe Multi
Sul	Fisioterapia preventiva	Promoção à saúde e reabilitação	Aberto	Secretaria de Saúde - Equipe Multi
Sul	Fisioterapia pélvica	Promoção à saúde e reabilitação	Fechado	Secretaria de Saúde - Fisioterapia
Sul	Grupo pós-AVE	Promoção à saúde e reabilitação	Fechado	Secretaria de Saúde - Fisioterapia
Sul	Reabilita Mais	Promoção à	Aberto	Secretaria de

		saúde e reabilitação		Saúde - Equipe Multi
Sul	Caminhada	Promoção à saúde e reabilitação	Aberto	Secretaria de Saúde - ACS
Sul	Treino Funcional	Promoção à saúde e reabilitação	Aberto	Secretaria de Educação
Leste	Turma da Coluna	Práticas corporais e reabilitação	Aberto	Secretaria de Saúde - Equipe Multi
Leste	Fisioterapia pélvica	Reabilitação pélvica para mulheres	Fechado	Secretaria de Saúde - Equipe Multi
Leste	Grupo pós-AVE	Prevenção e reabilitação pós-AVE	Aberto	Secretaria de Saúde - Equipe Multi
Leste	Ginástica Comunitária	Atividade física para todas as idades	Aberto	Secretaria de Esporte

Fonte: RAG, 2024.

As figuras 1, 2 e 3 se referem à página da SMEL acerca das atividades físicas disponibilizadas no município, com informações como local, horário, modalidade, e público-alvo.




Figura 1 – Ações realizadas em praças pela SMEL.



PREFEITURA
FOZ DE IGUAÇU
Secretaria de Esporte, Lazer, Juventude e Melhor Idade
Cidade que inspira e trabalha

Praças com Equipamentos

API - ATI - Calistenia - Playground

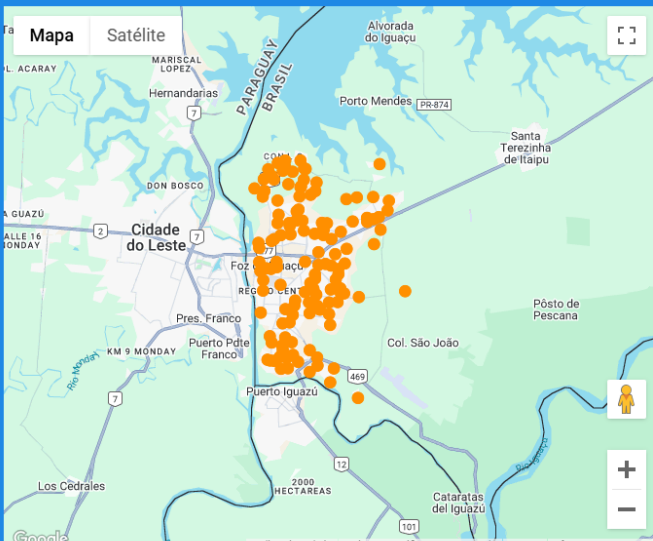
@smelfozoficial
(45) 3521-1200

Redefinir Filtros

Bairro

Record Count
130

#	Bairro	Endereço	Equipamentos	Local (referência)
123.	Vila São Sebastião	Av. Fiorino Brol, 755 - Vila Sao Sebastiao, Foz do Iguaçu - PR	API, ATI, Playground e Calistenia	Quadra Sintética
124.	Vila São Sebastião	R. São Marcos, 269 - Vila Sao Joao, Foz do Iguaçu - PR, 85862-376	ATI e Playground	
125.	Vila São Sebastião	R. Horácio Soares Trindade, 234 - Vila Sao Sebastiao, Foz do Iguaçu - PR, 85870-510	Playground	
126.	Vila Yolanda	Av. Felipe Wandscheer, 885 - Vila Yolanda, Foz do Iguaçu - PR, 85853-430	API, ATI, Playground e Calistenia	
127.	Vila Yolanda	Av. das Cataratas, 1690 - Vila Yolanda, Foz do Iguaçu - PR	Playground	Shopping Catuaí
128.	Vila Yolanda	R. Othon Maeder, 125 - Vila Yolanda, Foz do Iguaçu - PR, 85853-520	ATI e Playground	
129.	Vila Yolanda	Av. das Cataratas, 1 - Vila Yolanda, Foz do Iguaçu - PR	ATI	Churrascaria Rafain
130.	Vila Yolanda	Av. das Cataratas, 1053 - Vila Yolanda, Foz do Iguaçu - PR, 85853-883	API, ATI, Playground e Calistenia	Praça Uniamérica




Fonte: SMEL, 2025.

Figura 2 – Mapa das atividades da SMEL.



PREFEITURA
FOZ DE IGUAÇU
Secretaria de Esporte,
Lazer, Juventude e Melhor Idade
Cidade que inspira e trabalha

NAVEGUE NOS FILTROS
E ENCONTRE A MELHOR ATIVIDADE PARA SUA
ROTINA DE EXERCÍCIOS





@smelfozoficial
(45) 3521-1200

Modalidade
Gênero
Faixa etária
Local
Bairro

Redefinir Filtros
Endereço
Dia
Horário



	1.	2.	3.	4.	5.	6.
Modalidade			Academia	Alongamento	Alongamento	Atividi man
Gênero			Misto	Misto	Misto	Mis
Faixa etária			18 anos+	40 anos +	60 anos +	19 an
Local			Centro da Juventude Jardim Naipi	CEB Darci Zanata	Centro de Convivência Lesnei de Moura Brizola	EMEF A Isidoro D
Endereço			Rua Otto Ernesto Gottlieb, 410 - Jardim Naipi, Foz do Iguaçu - PR, 85833-560	R. Pompéu de Toledo, 773 - Morumbi I, Foz do Iguaçu - PR, 85858-492	R. Mundau - Três Lagoas, Foz do Iguaçu - PR, 85862-430	R. D (V 520 - Ci Foz do Ig PF
Bairro			Jardim Naipi	Bairro Morumbi	Bairro Três Lagoas	Bairro Ita
Região			Centro	São Francisco	Três Lagoas	Vila
Dia			Terça e Quinta.	Ter/Qui	Terças e quintas	Seg, Qua
Horário			09h as 11:30h	18:30 as 19:30	07:45	18h às
Servidor			AGNALDO GONCALVES MARRINHEFI	DIEGO GOMES SATO	ENDIANARA DOS SANTOS	Eliane F Schei

Fonte: SMEL, 2025.

Figura 3 – Mapa das atividades da SMEL.



PREFEITURA
FOZ DE IGUAÇU
Secretaria de Esporte,
Lazer, Juventude e Melhor Idade
Cidade que inspira e trabalha

NAVEGUE NOS FILTROS
E ENCONTRE A MELHOR ATIVIDADE PARA SUA
ROTINA DE EXERCÍCIOS





@smelfozoficial
(45) 3521-1200

Modalidade
Gênero
Faixa etária
Local
Bairro

Redefinir Filtros
Endereço
Dia
Horário

MODALIDADE (Atividade)	Gênero	Tipo	Faixa etária	Local	Endereço	Bairro	Região	Dia	Horário	Servidor	
492.	Xadrez	Misto	Excelência Esportiva	Sub-18	Mariano C Paganoto, C E Prof-Éf M	R. Gáspar, 447 - Jardim Petrópolis, Foz do Iguaçu - PR, 85868-250	Bairro KLP	KLP	Sexta	14h às 18h	Hugo Zanotti Mendonça Caetano
493.	Xadrez	Misto	Excelência Esportiva	8 anos +	CPM Colégio da Polícia Militar de Foz do Iguaçu-PR	Av. Jorge Schimmlerpfeng, 351 - Centro, Foz do Iguaçu - PR, 85851-110	Centro	Centro	Quarta	18h às 20h	Hugo Zanotti Mendonça Caetano
494.	Xadrez	Misto	Excelência Esportiva	8 anos +	Mariano C Paganoto, C E Prof-Éf M	R. Gáspar, 447 - Jardim Petrópolis, Foz do Iguaçu - PR, 85868-250	Bairro KLP	KLP	Sexta	8h às 12h	Hugo Zanotti Mendonça Caetano
495.	Xadrez	Misto	Excelência Esportiva	8 anos +	CAIA- CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE	Av. Morenitas, 2195 - Jardim das Flores, Foz do Iguaçu - PR, 85835-190	Bairro Bourbon	Porto Meira	Sábado	8h às 12h	Hugo Zanotti Mendonça Caetano
496.	Xadrez	Misto	Formação Esportiva	Sub-16	Projeto Amigos	Rua Beija-Flor, 254, Foz do Iguaçu - PR	Bairro Portal Da Foz	São Francisco	Ter e Qui	13h30 às 17h00	Chanderson dos Santos Macedo

MODALIDADE (Atividade)
Não há dados

Endereço
Não há dados

Local
Não há dados

Faixa etária
Não há dados

Dia
Não há dados

Horário
Não há dados

Bairro
Não há dados

Técnicos Responsáveis
Não há dados

Fonte: SMEL, 2025.

4.4 ENFRENTAMENTO DO USO DO TABACO E SEUS DERIVADOS

Em Foz do Iguaçu, a execução das ações de prevenção e cessação do tabagismo

é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, alinhadas ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, coordenado pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes Silva (INCA).

O programa de cessação de tabagismo visa apoiar os usuários na interrupção do uso de produtos derivados do tabaco, reduzir os agravos relacionados ao tabagismo na população, promover ações educativas e preventivas no território e articular estratégias intersetoriais de enfrentamento ao uso do tabaco. As ações são realizadas em Unidades de Saúde da Família (USF) referenciadas nos distritos sanitários; são conduzidos por profissionais da Atenção Primária capacitados em abordagem intensiva ao tabagista, seguindo o protocolo adotado pelo INCA, que contempla avaliação clínica e motivacional, encontros em grupo com abordagem cognitivo-comportamental, prescrição de medicamentos auxiliares e monitoramento do processo de cessação e suporte pós-abandono. Esses atendimentos ocorrem por demanda espontânea ou encaminhamento por profissionais de saúde.

Ocorre atualmente em todos os 5 (cinco) distritos sanitários do município. No distrito norte ocorre na USF AKLP; no distrito sul nas USF Carimã, Profilurb 1 e Profilurb 2, no distrito leste na USF São Roque; no distrito nordeste na USF Três Bandeiras e no distrito oeste na USF Vila Yolanda.

No âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), o combate ao tabagismo é trabalhado como uma das ações estratégicas prioritárias voltadas à prevenção de agravos e à promoção de hábitos de vida saudáveis entre crianças adolescentes e jovens. As atividades incluem rodas de conversa, oficinas educativas, exibição de vídeos, materiais lúdicos e campanhas de conscientização sobre os malefícios do tabaco e seus derivados, incluindo os dispositivos eletrônicos para fumar (DEFs) como cigarros eletrônicos. Essas ações são realizadas em conjunto pelas equipes das escolas e da Atenção Primária.

4.5 ENFRENTAMENTO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL

No município de Foz do Iguaçu as ações de prevenção, cuidado e reinserção social de pessoas em situação de uso abusivo de álcool estão organizadas em articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS), os equipamentos sociais educacionais e, de forma central, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na atenção especializada.

O CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), atua como serviço de referência territorial

para acolhimento e acompanhamento terapêutico e reabilitação psicossocial de pessoas em uso nocivo de substâncias, incluindo o álcool. As pessoas que buscam esse serviço são atendidas por uma equipe multiprofissional, composta por médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e técnicos em saúde que desenvolvem atendimentos individualizados, atendimentos em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e ações comunitárias. Os atendimentos são contínuos e o equipamento funciona diariamente.

4.6 PROMOÇÃO DA MOBILIDADE SEGURA E SUSTENTÁVEL

Em Foz do Iguaçu a promoção da mobilidade segura e sustentável se apresenta como uma estratégia transversal, que envolve não apenas o planejamento urbano e a engenharia de tráfego, mas a educação para o trânsito. Essa abordagem é materializada por meio de ações intersetoriais, com envolvimento da SMED, tendo destaque para a atuação da Escola de Trânsito da Foztrans, órgão vinculado à gestão municipal de transporte e mobilidade urbana.

A Escola de Trânsito desenvolve atividades educativas permanentes voltadas a diferentes públicos, como estudantes da rede básica de ensino, trabalhadores do transporte, ciclistas e pedestres, com o objetivo de estimular comportamentos seguros e responsáveis no trânsito. As ações incluem palestras, campanhas temáticas, dinâmicas com recursos lúdicos, apresentações teatrais e itinerários educativos com o uso de um circuito móvel simulado de trânsito.

Além as atividades realizadas nas escolas em parceria com a SMED, a Foztrans também promove eventos comunitários e campanhas como o Maio Amarelo, a Semana Nacional de Trânsito e ações integradas com outras secretarias, como a SMSA, em campanhas como o Setembro Amarelo.

Outras ações relevantes incluem a atuação da Guarda Municipal em projetos de segurança no entorno das unidades escolares, a criação de rotas seguras para ciclistas e pedestres, e a realização periódica de *blits* educativas.

4.7 PROMOÇÃO DA CULTURA DA PAZ E DE DIREITOS HUMANOS

A promoção da cultura da paz e a defesa dos direitos humanos constituem

diretrizes fundamentais das políticas públicas voltadas à saúde, à educação e ao desenvolvimento social. No município de Foz do Iguaçu, essas ações vêm sendo fortalecidas por meio de iniciativas intersetoriais que articulam o trabalho de diferentes secretarias e conselhos municipais, com o objetivo de fomentar o respeito à diversidade, a prevenção das violências e a construção de ambientes escolares e comunitários mais seguros, inclusivos e acolhedores.

Uma das ações desenvolvidas é realizada nas escolas, por meio do PSE, que inclui rodas e conversa, oficinas sobre a resolução não violenta de conflitos, campanhas contra o *bullying*, valorização da diversidade cultural e étnica e debates sobre equidade de gênero.

Para além das ações educativas pontuais, o município de Foz do Iguaçu promove estratégias sistematizadas de promoção da cultura da paz e dos direitos humanos por meio de grupos temáticos e atividades regulares conduzidas nos territórios. Essas ações têm como foco o fortalecimento dos vínculos comunitários, o acolhimento das diversidades, a escuta qualificada e a prevenção das violências. Os grupos são organizados nas USF, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) Organizações da Sociedade Civil (OSCs) e espaços comunitários, com a participação de psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. O quadro a seguir sistematiza essas experiências em cada distrito sanitário, apresentando os objetivos, a frequência, os públicos atendidos e os responsáveis pela condução das atividades (Quadro 3)

Quadro 3 – Ações de promoção da cultura da paz e direitos humanos nos territórios.

Distrito Sanitário	Nome do Grupo	Objetivo	Característica	Organização
Norte	Grupo de Mulheres	Diálogo com mulheres sobre gênero e saúde mental	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Norte	Grupo de Homens	Diálogo com homens sobre masculinidades e saúde	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Norte	Grupo Conviver	Convivência comunitária e educação em saúde	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Norte	Grupo Acolhidas	Orientação sobre os serviços do CRAS	Fechado	Equipe Cras
Norte	Grupo de Fortalecimento	Fortalecer vínculo com crianças e	Fechado	Equipe Cras / OSCs

	de vínculo	adolescentes		
Sul	Grupo de gestantes	Apoio às gestantes	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Sul	Clube de mães	Apoio à comunidade com artesanatos	Aberto	Comunidade
Sul	Clube de mães Bubas	Aulas de biscoit	Aberto	Comunidade
Sul	Grupo de dor crônica	Apoio à comunidade e construção de rede de apoio	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Sul	Grupo de ansiedade	Apoio à pessoas com ansiedade	Fechado	Equipe Multi (SMSA)
Sul	Grupo de Fortalecimento de vínculo	Fortalecer vínculo com crianças e adolescentes	Fechado	Equipe Cras / OSCs
Leste	Gestar	Apoio às gestantes	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Leste	Primeiros Passos	Apoio à puérperas e responsáveis por recém-nascidos	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Leste	Cuide-se	Apoio à saúde mental de adultos	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Leste	Saudável-Mente	Apoio à saúde mental de adolescentes	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Leste	Universo Infantil	Apoio ao desenvolvimento infantil	Fechado	Equipe Multi (SMSA)
Oeste	Grupo de Gestantes	Apoio às gestantes	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Oeste	Grupo de Luto	Apoio às pessoas enlutadas	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Oeste	Grupo de pais	Apoio a pais e mães	Aberto	Equipe Multi (SMSA)
Oeste	Grupo de Ansiedade	Apoio às pessoas com ansiedade	Aberto	Equipe Multi (SMSA)

Fonte: RAG, 2024. Nota: Organização da Sociedade Civil (OSC); Secretaria Municipal de Saúde (SMSA).

4.8 PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

A promoção do desenvolvimento sustentável tem sido desenvolvida por ações intersetoriais, com objetivo de integrar práticas sustentáveis às políticas e serviços de saúde, educação, mobilidade urbana, gestão de resíduos e segurança alimentar, e alinhamento com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS).

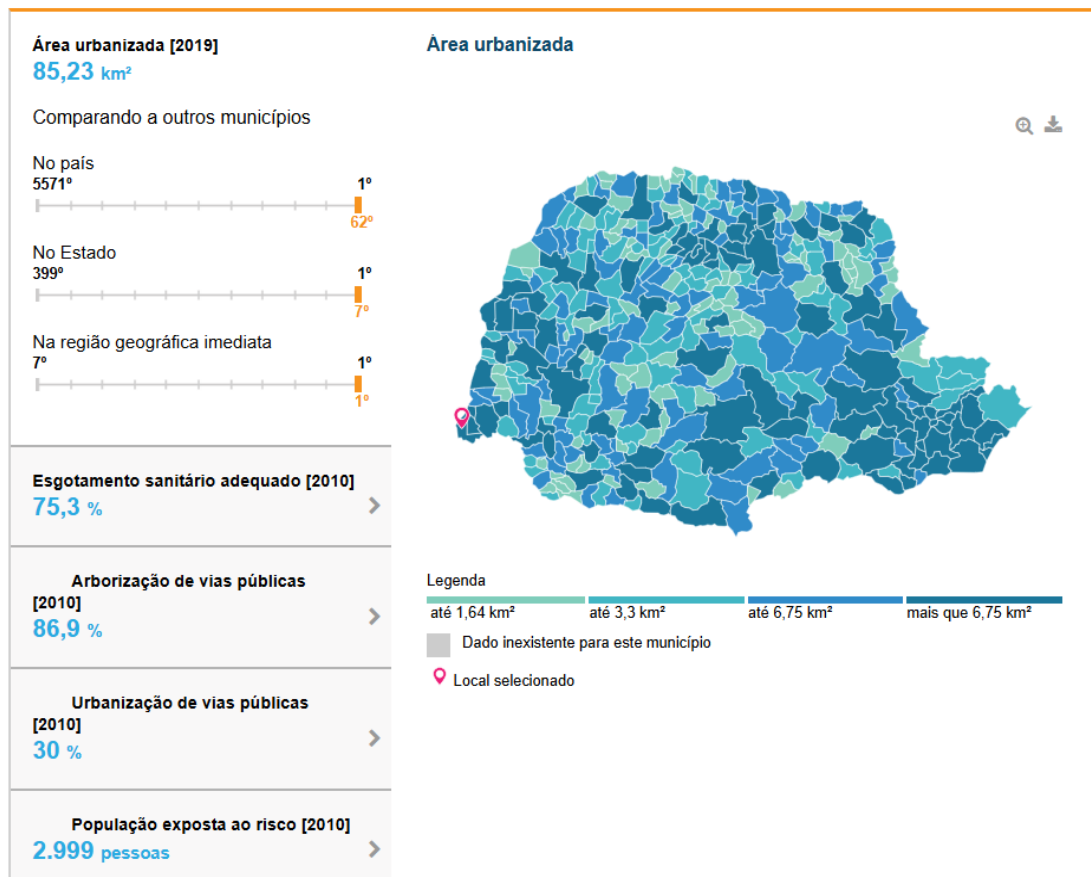
Destacam-se iniciativas como a inserção de práticas ecológicas nas USF, o programa de coleta seletiva de resíduos e o estímulo ao uso racional de energia.

A Secretaria Municipal de Meio Ambiente, em articulação com setores como a

Foztrans, tem promovido mutirões de limpeza; e em parceria com o PSE tem promovido trilhas educativas, plantio de hortas e ações de educação ambiental.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente o município apresenta 75,3% de domicílios com esgoto sanitário adequado, 86,9% dos domicílios em vias públicas com arborização e 30% dos domicílios em vias com presença de bueiros, calçadas, pavimentação e meio-fio, conforme apresenta a Figura 4.

Figura 4 – Características do território e do Meio Ambiente em Foz do Iguaçu.



Fonte: IBGE, 2025.

O PIB per capita em Foz do Iguaçu era de R\$ 73.534,49 no ano de 2021, o que classificava o município na posição 29 entre os 339 municípios do Paraná; o percentual de receitas externas era de 45,47%, sendo a posição 373 de 399 entre os municípios do estado. Já em 2024, o total de receitas realizadas foi de R\$ 2.047.585.291,54 e o total de despesas foi de R\$ 2.037.545.310,27, o que coloca o município nas posições 6 e 5 de 399 municípios do estado (IBGE, 2024).

5 RESULTADO DAS ENTREVISTAS APLICADAS AOS GESTORES

Foram entrevistados 14 gestores, majoritariamente do sexo feminino, sendo nove do mulheres e cinco homens, com faixa etária entre 26 e 47 anos. Os participantes apresentavam formações acadêmicas diversas, com predomínio das áreas da saúde, educação e gestão pública, e a maioria possuía especialização ou pós-graduação *lato sensu*. A experiência profissional variava de cinco a mais 20 anos no serviço público e entre dois meses a seis anos em funções de coordenação, supervisão ou direção de serviços vinculados às políticas públicas intersetoriais, especialmente aquelas relacionadas à promoção de saúde.

A partir da leitura flutuante, codificação e categorização dos dados, emergiram sete categorias temáticas que refletem as percepções e experiências dos gestores entrevistados quanto à implementação da PNPS no município de Foz do Iguaçu. As categorias contemplam aspectos do entendimento da PNPS, planejamento e governança intersetorial, estratégias de implementação, intersetorialidade, desafios enfrentados, estratégias de superação, êxitos percebidos e expectativas futuras.

Entre todos os gestores entrevistados, apenas 3 não conheciam em nenhuma medida a política, tendo sido um gestor da área da saúde, um gestor da área do meio ambiente e um gestor da Foztrans.

5.1 ENTENDIMENTO DA PNPS

A análise das falas dos gestores revelou diversas percepções acerca da PNPS, com variações que refletem o nível de proximidade dos profissionais com a temática e o lugar que a promoção de saúde ocupa dentro das atribuições institucionais de cada setor. De modo geral, os participantes demonstraram reconhecer a PNPS como uma política voltada à indução de práticas saudáveis, à prevenção de agravos e ao fortalecimento da corresponsabilidade entre Estado e sociedade na produção do cuidado. Muitos a associam diretamente à Atenção Primária à Saúde, à intersetorialidade e às ações educativas, embora nem sempre tivessem clareza sobre seus eixos estruturantes.

Entre os entrevistados com maior vínculo, a área da saúde apresentou entendimento mais aprofundado e técnico da política, com menções específicas a componentes como alimentação saudável, práticas corporais, cultura da paz,

enfrentamento ao uso de álcool e tabaco, além do desenvolvimento sustentável. Esses profissionais enfatizaram a PNPS como uma política transversal, que vai além do setor saúde e requer articulação constante com áreas como educação, assistência social, cultura, mobilidade urbana e meio ambiente.

“A PNPS está organizada principalmente dentro da estrutura da DIAT e é desenvolvida através das linhas de cuidado da assistência da saúde, mas também ocorre de forma secundária dentro dos equipamentos que prestam cuidados secundários especializados e de reabilitação [...] inclusive, a saúde mental e os hábitos saudáveis de vida são, sem dúvidas, os temas mais relevantes dentro das demandas de saúde [...]” (G 01, gestor da área da saúde).

Além disso, destacaram a relevância da PNPS no enfrentamento das desigualdades em saúde e na transformação dos determinantes sociais que impactam o adoecimento da população.

Por outro lado, entre os gestores de áreas tradicionalmente não vinculadas à saúde, como obras e segurança pública, a política foi compreendida de forma mais restrita, com ênfase em ações pontuais, muitas vezes desarticuladas do marco conceitual da promoção de saúde. Alguns entrevistados relatam que já realizam práticas consideradas “de promoção”, como a oferta de espaços públicos para lazer ou ações educativas nas escolas, mas sem a vinculação direta com a PNPS ou sem o reconhecimento institucional desta vinculação.

Ainda que todos tenham reconhecido a importância da promoção da saúde como um componente essencial para melhoria da qualidade de vida da população, a maioria dos gestores indicou que a PNPS não é amplamente discutida em suas rotinas administrativas, tampouco figura como prioridade nas agendas de planejamento financeiro.

“ [...] a gente entende, entende mesmo, o que é e a importância disso, mas sinceramente, nunca vi essa política discutida de forma direta dentro da nossa secretaria. Até fazemos ações educativas, a gente faz campanhas nas escolas, principalmente de prevenção de

violência, violência contra a mulher, mas não sei se é bem isso dentro dessa política". (G 06, gestor da área de segurança pública)

5.2 PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA INTERSETORIAL

As entrevistas evidenciaram que o planejamento e a governança intersetorial no âmbito da Promoção de Saúde ainda enfrentam desafios importantes no município. Embora a maioria dos gestores reconheça a necessidade de articulação entre diferentes setores para efetivar as ações da PNPS, há uma percepção recorrente de que as iniciativas intersetoriais ocorrem de forma esporádica, muitas vezes motivadas por eventos pontuais, editais específicos ou necessidades imediatas.

Alguns participantes relataram que o planejamento das ações de promoção da saúde nem sempre é incorporado às ferramentas formais de gestão, como os planos municipais, programas de governo ou instrumentos de monitoramento e avaliação. A ausência de uma instância deliberativa ou técnica claramente dedicada à coordenação intersetorial da PNPS foi mencionada como um entrave à institucionalização da política e à consolidação de parcerias permanentes entre secretarias.

"A gente participa de algumas ações conjuntas, mas não existe um fórum específico onde a gente discuta a promoção da saúde de forma sistemática. A articulação acontece mais por iniciativa das equipes ou de gestores que têm interesse, mas falta algo mais estruturado, mais permanente." (G 08, gestor da área da educação)

Apesar disso, foram mencionadas experiências positivas de articulação entre setores, especialmente entre saúde, educação e assistência social, em campanhas de prevenção, ações comunitárias e projetos desenvolvidos nos territórios. Nessas experiências, a governança se deu com base em redes informais de colaboração, construídas a partir da confiança e do engajamento de profissionais que reconhecem a interdependência entre as políticas públicas.

Um ponto destacado por diversos entrevistados foi a importância de retomar e

fortalecer espaços de planejamento intersetorial, como conselhos, comitês e câmaras técnicas, que possibilitem o diálogo contínuo, a definição de metas conjuntas e a pactuação de responsabilidades entre os diferentes atores envolvidos na promoção da saúde.

“Tem coisas que funcionam quando tem alguém puxando, alguém que acredita na ideia. Já tivemos projetos muito bons entre a saúde e o esporte, por exemplo, mas quando se perde a pessoa que articulava, aí acaba tudo. Falta uma estrutura que dê continuidade”.
(G 03, gestor da área da saúde).

“Eu acho que falta um lugar onde a gente possa se encontrar de forma regular, discutir o que cada setor está fazendo, planejar junto. Muitas vezes a gente acaba descobrindo que está trabalhando os mesmos temas, só que cada um do seu jeito, sem articulação.”
(G 11, gestor da área da assistência social)

Além disso, foi apontada a necessidade de maior apoio técnico e político por parte da gestão municipal para garantia da integração entre as ações, os diferentes saberes e o alinhamento à PNPS. Isso inclui não apenas a formalização de espaços de governança, mas também o investimento em formação, comunicação interna e disponibilidade de dados que subsidiem o planejamento compartilhado.

5.3 ESTRATÉGIAS DE IMPLEMENTAÇÃO

Ficou evidente que a implantação da PNPS em Foz do Iguaçu tem ocorrido de maneira fragmentada, com distintos níveis de institucionalização entre os setores e serviços municipais. As estratégias adotadas variam de acordo com a área de atuação, o nível de conhecimento técnico sobre a política e o grau de prioridade atribuído à promoção da saúde nas agendas institucionais. De forma geral, as iniciativas identificadas demonstram esforços pontuais e iniciativas locais relevantes, mas carecem de integração sistêmicas, continuidade e respaldo político administrativo.

Entre os gestores da área da saúde, especialmente aqueles vinculados à APS, foi possível identificar ações mais próximas aos eixos estruturantes da PNPS, ainda que nem sempre nomeadas dessa forma. Foram citadas como estratégias de promoção da saúde: a organização de grupos de educação em saúde, atividades de incentivo à prática de exercícios físicos em espaços públicos, campanhas de alimentação saudável, projetos voltados à prevenção do tabagismo e do consumo do uso abusivo do álcool, além da valorização das PIC's.

“A gente desenvolve ações regulares nas unidades, como grupos de hipertensos, rodas de conversa sobre alimentação e autocuidado, caminhadas com os usuários. Também já fizemos ações em praças com práticas corporais e aferição de pressão. Tudo isso é promoção de saúde [...]”. (G 02, gestor da área da saúde)

Contudo, mesmo dentro do setor saúde, a PNPS ainda é pouco referida como marco normativo e orientador das práticas. As ações são frequentemente desenvolvidas com base na experiência das equipes ou pela demanda espontânea da comunidade, sem um planejamento estratégico vinculado diretamente à política. Isso revela a fragilidade da institucionalização da PNPS como estruturante da atenção à saúde, especialmente no que tange a seu caráter transversal e intersetorial.

Nos setores fora da saúde, como meio ambiente, esporte, educação, e segurança pública, os gestores relataram a existência de ações com forte potencial de promoção da saúde, mas com baixa articulação com a PNPS. Entre os exemplos citados estão projetos culturais e esportivos com jovens, atividades de lazer em bairros vulneráveis, campanhas educativas sobre prevenção da violência e oficinas sobre meio ambiente nas escolas. Essas ações ocorrem de forma descentralizada e, muitas vezes, isolada, com pouca comunicação entre as secretarias e ausência de indicadores comuns de monitoramento.

“A gente trabalha muito com adolescentes e jovens, tem várias oficinas, momento pra conversas, já até tivemos conversas sobre como isso se conecta com a saúde. Parece que são mundos diferentes, mas o objetivo final é muito parecido.” (G 07, gestor da área do esporte).

Outro aspecto relevante identificado foi a dependência de projetos vinculados a editais, convênios ou financiamentos externos, como os oriundos do governo federal, da Itaipu Binacional ou de organizações não governamentais. Quando esses recursos estão disponíveis, as secretarias conseguem estruturar ações inovadoras e intersetoriais, mas, na ausência de financiamento, muitas iniciativas são descontinuadas. Esse padrão revela a fragilidade das estratégias de promoção da saúde no nível local e a dificuldade em incorporá-las de forma perene ao orçamento público municipal.

“Uma vez aconteceu um projeto excelente para adolescentes em situação de vulnerabilidade, tinha oficinas, visitas domiciliares, várias coisas, mas tudo com verba externa. Quando o recurso acabou não teve como manter. Mas a gente corre atrás, principalmente dessas verbas impositivas.” (G 09, gestor da área da assistência social)

Além disso, os gestores relatam como estratégias de implementação da promoção da saúde as parcerias com instituições de ensino superior, especialmente nos territórios onde há presença de estagiários, projetos de extensão ou pesquisa aplicada. Essas parcerias foram vistas como oportunidades importantes de qualificação das ações e ampliação do repertório técnico das equipes, embora também tenham limitações relacionadas à rotatividade de alunos e à continuidade das intervenções.

5.4 INTERSETORIALIDADE

A intersetorialidade emergiu nas entrevistas como um dos pilares centrais para a efetiva implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) no município de Foz do Iguaçu. Os gestores destacaram que a articulação entre diferentes setores da administração pública é condição indispensável para ações integradas e sustentáveis, especialmente em territórios marcados por desigualdades sociais e múltiplas vulnerabilidades.

Entretanto, a análise revelou que, apesar do reconhecimento da importância da

intersetorialidade, sua materialização ainda encontra obstáculos significativos no cotidiano da gestão. Muitos entrevistados relataram que as iniciativas intersetoriais ocorrem de maneira pontual, frequentemente motivadas por projetos específicos com financiamento externo ou por afinidade entre gestores, ao invés de serem resultado de uma estratégia institucionalizada e permanente.

As parcerias com setores como educação, esporte, meio ambiente e assistência social citadas como exemplos de experiências intersetoriais que contribuíram para a promoção da saúde nos territórios, com destaque para ações como oficinas educativas em escolas, atividades físicas em espaços públicos e campanhas ambientais com enfoque em saúde. Contudo, a fragilidade da comunicação entre secretarias e a ausência de espaços formais de planejamento conjunto foram apontadas como barreiras à consolidação dessas ações como políticas públicas duradouras.

Além disso, os gestores ressaltam a dependência de recursos oriundos de editais, convênios e parcerias com instituições como Itaipu Binacional e universidades, o que compromete a continuidade das iniciativas quando os financiamentos se encerram. A rotatividade de profissionais, especialmente em cargos comissionados, também foi mencionada como um fator que dificulta a continuidade das articulações intersetoriais.

Por outro lado, foram mencionadas experiências exitosas nos territórios onde há presença de estágios e projetos de extensão universitária, considerados como elementos facilitadores para a construção de redes e práticas intersetoriais. A atuação de estudantes e pesquisadores contribuiu para qualificar tecnicamente as ações e para ampliar o olhar sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

5.5 DESAFIOS ENFRENTADOS

A implementação da PNPS no município de Fo do Iguaçu enfrenta desafios estruturais, políticos e operacionais que comprometem sua efetividade e sustentabilidade. Entre os principais obstáculos apontados pelos gestores entrevistados, destacam-se a ausência de institucionalização da política nas rotinas administrativas, a descontinuidade das ações por falta de financiamento estável, a fragilidade da articulação intersetorial e a baixa visibilidade da PNPS fora do setor saúde.

Diversos participantes evidenciaram que, apesar de reconhecerem a importância

da promoção da saúde, a política não está incorporada de maneira sistemática nos processos de planejamento das secretarias. Como relatou um gestor da área de obras:

“Já ouvi falar bastante até e sinceramente acho bem interessante essa política, mas parece que é mais da saúde mesmo.” (G 10, gestor da área de obras)

Outro desafio apontado foi a falta de profissionais alocados nos equipamentos da Atenção Primária à Saúde para o desenvolvimento de ações pautadas na PNPS, uma vez que atualmente se encontra organizada principalmente dentro da estrutura da Diretoria de Atenção (DIAT), e desenvolvida através das linhas de cuidado da assistência à saúde. Adicionalmente, não há recursos financeiros suficientes para novas contratações, uma vez que esse nível profissional impacta diretamente no índice prudencial da prefeitura.

A análise das falas relacionadas aos desafios enfrentados destacou a intersectorialidade e a fragmentação, conforme apresentado na figura 5.

Figura 5 – Nuvem de palavras sobre os desafios enfrentados na implementação da PNPS



5.6 ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO

Diante das dificuldades apontadas pelos gestores na implementação da PNPS em

Foz do Iguaçu, diversas estratégias foram sugeridas com o intuito de superar as barreiras existentes e fortalecer as ações voltadas à promoção da saúde no território. Tais estratégias revelam uma percepção crítica e, ao mesmo tempo, propositiva por parte dos profissionais entrevistados, indicando caminhos possíveis para a qualificação da aplicabilidade da política.

Uma das estratégias mais mencionadas refere-se à necessidade de institucionalizar espaços intersetoriais de articulação e planejamento. A ausência de fóruns permanentes e formalizados tem dificultado a construção de metas compartilhadas e a integração de ações entre diferentes secretarias. Para os entrevistados, a criação de um comitê intersetorial específico para a promoção da saúde, com reuniões regulares e representação de todos os setores envolvidos, seria fundamental para garantir continuidade e coerência nas ações.

Além disso, os gestores apontaram que a formação continuada dos profissionais envolvidos nas políticas públicas é uma ferramenta estratégica para ampliar a compreensão sobre a PNPS e fortalecer seu protagonismo dentro e fora da saúde. Há um entendimento de que a promoção da saúde ainda é vista, por muitos, como responsabilidade exclusiva da Secretaria de Saúde, o que dificulta a corresponsabilização de outras áreas. Nesse sentido, a oferta de espaços formativos intersetoriais, que envolvem desde gestores até profissionais da ponta, é vista como medida central para fomentar uma cultura de promoção da saúde.

A aproximação com instituições de ensino superior também foi reconhecida como uma prática com grande potencial transformador. Parcerias com universidades e centros de pesquisa têm possibilitado o desenvolvimento de projetos inovadores, ao mesmo tempo em que qualificam tecnicamente as intervenções no território. Estágios, pesquisas aplicadas e ações de extensão são compreendidos como pontes para a produção de conhecimento, fortalecimento da gestão e valorização das práticas existentes.

Outro ponto amplamente debatido foi a importância da PNPS ser reconhecida nos instrumentos oficiais de planejamento e orçamento do município, como o Plano Plurianual (PPA) e os planos setoriais. Muitos gestores relataram que, apesar das ações promotoras de saúde existirem, elas não são devidamente identificadas como parte da PNPS, o que contribui para sua invisibilidade institucional e fragilidade financeira. Nesse contexto, incluir metas, indicadores e recursos específicos para a promoção de saúde é visto como essencial para garantir sua sustentabilidade.

Como sintetizou um gestor da área de direitos humanos:

“Se a gente conseguir incluir a promoção da saúde no planejamento oficial, com meta, com recurso, aí muda tudo. Hoje está fora das prioridades.” (G 13, gestor da área de direitos humanos)

Por fim, os entrevistados sugerem que o mapeamento e a divulgação das ações já existentes no município poderiam servir como estratégia de fortalecimento da política, ao permitir a troca de experiências, o reconhecimento de boas práticas e o estímulo a novas iniciativas. Essa visibilidade contribuiria também para o engajamento dos profissionais e para o envolvimento da comunidade nas ações, reforçando a dimensão participativa da PNPS.

Nesse sentido, um gestor da área da saúde ressaltou:

“Tem muita coisa acontecendo, mas parece que ninguém sabe. Se a gente mostrar o que já está sendo feito, talvez as pessoas se animem a fazer também.” (G 04, gestor da área da saúde)

Essas estratégias, quando articuladas e sustentadas por uma vontade política clara, podem contribuir significativamente para a superação dos desafios enfrentados pelo município e para a consolidação da promoção da saúde como um eixo estruturante das políticas públicas.

5.7 ÊXITOS PERCEBIDOS E EXPECTATIVAS FUTURAS

Mesmo com dificuldades no processo de implementação da PNPS no município de Foz do Iguaçu, os entrevistados reconheceram avanços significativos e conquistas relevantes. Entre os êxitos pode-se citar a incorporação gradual da lógica da promoção de saúde em diversas políticas públicas, ainda que de forma fragmentada. A existência de ações nos territórios, voltadas à alimentação saudável e a prática de atividades físicas

pode ser reconhecida como resultado direto da PNPS.

Outro ponto considerado positivo foi o fortalecimento de parcerias com as universidades e organizações da sociedade civil; tais articulações tem contribuído para a ampliação de estratégias de promoção de saúde com a oferta de apoio técnico e financiamento complementar à ações locais.

A articulação com programas como o PSE pode ser destacada como estratégia concreta para inserir a promoção da saúde nas práticas cotidianas da APS, o que demonstra integração dessa política com outras estratégias do SUS.

Quanto às expectativas futuras, os gestores expressaram a esperança de que a promoção da saúde seja mais bem compreendida como uma política estruturante e transversal. Espera-se que a PNPS seja fortalecida nos instrumentos de planejamento e orçamento, com maior alocação de recursos financeiros e humanos, além de maior valorização política por parte das gestões municipais.

A construção de espaços formais e permanentes de articulação intersetorial também aparece como uma expectativa recorrente, junto à ampliação de processos formativos que envolvam profissionais de diferentes áreas. Os entrevistados também vislumbram a possibilidade de um maior protagonismo das comunidades na formulação e avaliação das ações de promoção da saúde, de modo a fortalecer os vínculos com os territórios e promover maior corresponsabilidade.

6 DISCUSSÃO

Em relação aos dados apresentados no Capítulo 4 deste estudo, à saber, o diagnóstico situacional das ações de promoção à saúde do município, cabe destacar que a PNPS se estrutura a partir de eixos orientadores e temas prioritários que visam a efetivação do direito à saúde, articulando-se às redes de atenção à saúde, aos determinantes de saúde e à intersectorialidade. No que se refere à formação e educação permanente observou-se que Foz do Iguaçu realiza capacitações pontuais e eventos educativos promovidos por secretarias como SMED e SMEL, além de parcerias com instituições de ensino superior. Entretanto, não se identificou um programa estruturado de formação continuada em promoção da saúde, o que revela fragilidade na institucionalização dessa diretriz da PNPS. Isso está em desacordo com as diretrizes destacadas por Malta *et al.* (2014), que apontam para a necessidade de qualificação sistemáticas da força de trabalho e desenvolvimento de cursos de educação a distância com abrangência nacional.

Em relação à promoção da alimentação adequada e saudável, as ações são bem estruturadas e alinhadas às recomendações de operacionalização da PNPS (Brasil, 2021), com ações bem planejadas e amplamente disseminadas pelos cinco distritos sanitários. Grupos multiprofissionais consideram as diretrizes da PNPS e da PNAN. Tal prática também encontra respaldo nas diretrizes nacionais, que reforçam a importância de estratégias como o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014).

O eixo, práticas corporais e atividades físicas, é um dos mais consolidados no município; com mais de 400 atividades desenvolvidas pela SMEL e outras ações promovidas pela SMSA e SUAS. Observa-se uma oferta diversificada e acessível, incluindo modalidades como caminhada, hidroginástica, funcional, judô, entre outras; tal dinamismo traduz forte alinhamento à PNPS, especialmente no que tange à territorialização e à intersectorialidade. De acordo com Malta *et al.* (2014), programas como a Academia da Saúde e as ações locais de atividade física são essenciais na indução de hábitos saudáveis e devem contar com financiamento e avaliação sistemática.

No campo do enfrentamento ao uso abusivo de tabaco e álcool, o município demonstra aderência às diretrizes nacionais ao ofertar grupos de cessação ao tabagismo em unidades de saúde da família, com protocolos alinhados ao INCA. No caso do álcool, destaca-se a atuação do CAPS-AD; contudo se nota a ausência de estratégias mais amplas de prevenção comunitária, principalmente na APS e de articulação com áreas

como cultura, juventude e segurança. Malta *et al.* (2014) destacam a importância de ações regulatórias e educativas contínuas, como ambientes livres de tabaco e leis de controle do consumo de álcool, que devem ser acompanhadas por estratégias de mobilização social.

Quanto à promoção de mobilidade segura, Foz do Iguaçu possui iniciativas alinhadas às recomendações de operacionalização da PNPS (Brasil, 2021), conduzidas pela Escola Pública de Trânsito da Foztrans, voltadas para educação de trânsito em escolas e campanhas intersetoriais. Ainda que positivas, estas iniciativas concentram-se no aspecto educativo, sendo limitadas em ações estruturantes de urbanismo e transportes atreladas à saúde. O artigo de Malta *et al.* (2014) aponta para a necessidade de ações integradas e sustentáveis no campo da mobilidade, citando o Projeto Vida no Trânsito como exemplo de articulação intersetorial com impacto comprovado na redução da morbimortalidade. Filardi *et al.*, (2023) reforçam a necessidade de sinergia entre entidades governamentais, privadas, associativas e outros entes, para a efetividade das intervenções com foco na redução de sinistros de trânsito.

Já o eixo de promoção da cultura da paz e dos direitos humanos é contemplado por grupos de apoio psicossocial para diversos públicos (gestantes, adolescentes, enlutados), demonstrando sensibilidade às necessidades emocionais da população. Ainda assim, tais práticas carecem de institucionalização e de maior articulação com as políticas de segurança, educação e assistência social.

No campo da sustentabilidade e meio ambiente, o município apresenta boas práticas, como hortas comunitárias, coleta seletiva e trilhas educativas. Tais ações se articulam com a PNPS ao promover ambientes saudáveis e a educação ambiental, com participação de secretarias como Meio Ambiente e Educação.

A comunicação das ações de promoção da saúde é pouco explorada. A baixa visibilidade das atividades dificulta o engajamento comunitário e a valorização institucional das mesmas. As estratégias de comunicação em saúde precisam ser fortalecidas como ferramenta de empoderamento e adesão.

Observa-se que o município demonstra importantes avanços na incorporação dos eixos prioritários da PNPS, mesmo diante de um cenário nacional adverso marcado por restrições orçamentárias e desafios institucionais. Conforme discutido por Malta *et al.* (2018), a PNPS representa um marco estratégico para a qualificação do SUS ao enfatizar os Determinantes Sociais da Saúde, a intersectorialidade e a corresponsabilidade entre gestores, profissionais e sociedade. A experiência de Foz do Iguaçu reflete esses

princípios ao apresentar iniciativas consolidadas em temas como alimentação saudável, práticas corporais e mobilidade segura, envolvendo diferentes setores da gestão pública.

A diversidade de ações desenvolvidas nos distritos sanitários pela SMEL, pela SMED e por instituições parceiras evidencia um compromisso local com a promoção de ambientes saudáveis e com o fortalecimento da equidade em saúde. Tal dinamismo se alinha à recomendação dos autores quanto à necessidade de ações territoriais sustentáveis, com enfoque em redes de cuidado e participação social. A presença de campanhas educativas, atividades físicas em larga escala e projetos de educação alimentar são exemplos de boas práticas que ilustram o potencial de resposta do município às diretrizes da PNPS, inclusive em um contexto de austeridade fiscal.

Outro ponto positivo a ser destacado é a valorização da atenção psicossocial e da escuta qualificada as ações voltadas à promoção da cultura da paz e aos direitos humanos, com grupos de apoio voltados a públicos específicos como adolescentes, gestantes e pessoas enlutadas. Essas ações dialogam com o que Assis e Avanci (2009) identificam como avanço da política nacional: a estruturação de iniciativas voltadas ao cuidado integral.

Nesse contexto, as experiências documentadas pelo Ministério da Saúde, por meio da publicação de Relatos de Experiências da Política Nacional de Promoção da Saúde, fortalecem a compreensão de que os avanços observados em Foz do Iguaçu, como a articulação entre setores, a diversificação das práticas e o uso do território como base organizadora das ações, estão em consonância com tendências nacionais bem-sucedidas. Municípios como Jacareí – SP e o estado de Minas Gerais, estruturaram políticas próprias de promoção da saúde com base em comitês intersetoriais, indicadores de monitoramento e ações integradas nos territórios, demonstrando que a institucionalização da PNPS é possível mesmo diante de adversidades, desde que haja compromisso político, planejamento participativo e articulação técnica consistente (Brasil, 2024).

Foz do Iguaçu apresenta elementos que apontam nessa direção, como a realização de ações intersetoriais lideradas pelas secretarias de saúde e esporte, além da valorização de práticas coletivas e comunitárias como hortas urbanas, trilhas educativas e grupos de atividade física. Assim como nos relatos analisados, o município demonstra que, mesmo sem um financiamento exclusivo para promoção da saúde, é possível alcançar capilaridade e impacto por meio do engajamento técnico, do trabalho em rede e da apropriação das diretrizes da PNPS pelas equipes locais.

A prática local também revela avanços no campo da cultura da paz e dos direitos humanos, com grupos de apoio psicossocial e estratégias de acolhimento em unidades de saúde. Tais ações se assemelham às expertises descritas no Relato de Jacareí, onde a criação de comitês municipais e a escuta das comunidades deram base à criação de políticas de trabalho legitimadas socialmente. Esse alinhamento reforça que o Foz do Iguaçu possui uma base sólida para aprofundar sua política municipal de promoção da saúde, desde que haja investimento em mecanismos permanentes de governança, planejamento integrado e monitoramento (Brasil, 2024).

Nesse sentido, tanto Malta *et al.* (2018) quanto os relatos do Ministério da Saúde (2024) reforçam que o desafio não reside apenas na execução de ações pontuais, mas na institucionalização da promoção de saúde como eixo estruturante do SUS local, com financiamento adequado, engajamento político e avaliação sistemática dos resultados. O município demonstra ter práticas consolidadas e potencial de avanço, sendo recomendável que prossiga com a construção de instrumentos normativos locais (como uma política municipal de promoção da saúde), amplie seus processos formativos e fortaleça os espaços de participação social para consolidar os ganhos já alcançados.

Em relação à análise das entrevistas com gestores municipais de Foz do Iguaçu, notou-se um panorama multifacetado da implementação da PNPS, caracterizada por avanços pontuais e desafios estruturais. Esses achados dialogam com a literatura científica nacional, que aponta para a complexidade inerente à operacionalização de políticas de promoção da saúde em contextos locais diversos. Dias *et al.* (2018) relata que as interfaces da PNPS com outras políticas e projetos poderia, por vezes contribuir para uma visão reducionista da promoção de saúde, ao mesmo tempo em que a identificação das interfaces da PNPS poderia torná-la um orientador da política nacional de saúde. Sugere ainda que a estrutura da última revisão da PNPS amplie suas possibilidades de interação com os determinantes de saúde e para a tomada de decisões com base em contextos territoriais.

Neste estudo, tanto gestores da saúde como de outras áreas revelaram percepções múltiplas e experiências distintas em relação à implementação da PNPS em Foz do Iguaçu. A análise demonstra que, embora exista o reconhecimento da importância da promoção da saúde e diversas ações estejam em curso no município, ainda prevalece uma compreensão fragmentada da política, com baixa institucionalização e integração entre setores. Esse achado dialoga diretamente com as considerações de Melo *et al.* (2025), que apontam como uma das principais limitações da PNPS a dificuldade de

transposição de uma teoria normativa para a prática cotidiana da gestão pública, especialmente nos níveis locais.

Os entrevistados demonstraram uma compreensão heterogênea da PNPS, com maior domínio conceitual por parte dos profissionais da área da saúde. Essa constatação corrobora os achados de Carvalho *et al.* (2009), que identificaram a persistente fragmentação na apropriação da PNPS entre setores, sugerindo que sua efetiva institucionalização ainda enfrenta barreiras epistemológicas e organizacionais.

A intersectorialidade, embora reconhecida como essencial pelos gestores, não se configura como uma prática consolidada, mas sim como um esforço isolado de atores engajados. Alguns estudos destacam a intersectorialidade como um princípio orientador da PNPS, mas sua operacionalização requer estruturas de governança que promovam a cooperação entre diferentes setores e níveis de governo (Rocha *et al.*,2014; Silva *et al.*,2014). Em Foz do Iguaçu, a ausência de espaços formais e regulares de planejamento intersectorial reflete uma limitação estrutural comum a diversos municípios brasileiros.

Nota-se, portanto, que de acordo com os gestores entrevistados, muitas ações consideradas promotoras de saúde são executadas de forma setorial, sem necessariamente estarem vinculadas a um plano estruturado da PNPS. Essa realidade, embora revele riqueza de iniciativas locais, também evidencia uma lacuna organizacional em que as diretrizes da política não estão claramente incorporadas aos instrumentos de gestão como os planos municipais de saúde, o plano plurianual ou os protocolos intersectoriais. Essa situação é coerente com o que apontam Melo *et al.* (2025) ao analisar a trajetória da PNPS, na qual, embora a política tenha sido formalmente consolidada, a falta de mecanismos efetivos de governança, de financiamento específico e de responsabilização intergovernamental ainda compromete sua implementação plena. Os autores reforçam que a ausência de estrutura técnica e orçamentária específica dificulta a consolidação da promoção da saúde como eixo estruturante do SUS, relegando-a muitas vezes a um plano secundário frente às ações assistenciais. Entretanto, um ponto importante identificado nas entrevistas foi o reconhecimento, por parte dos gestores, de que a promoção de saúde depende diretamente da articulação intersectorial e da participação comunitária, ainda que não existam espaços formais de articulação intersectorial como comitês, fóruns ou grupos de trabalho em Foz do Iguaçu.

A dependência de recursos externos para viabilizar ações promotoras de saúde, como observado no estudo, é outro ponto amplamente documentado na literatura. Autores alertam acerca da escassez de financiamento próprio e contínuo para a PNPS, e

relacionam tal fato à comprometimentos acerca de sua sustentabilidade, e tornando as iniciativas vulneráveis à descontinuidade. Este dado corrobora o relato de gestores acerca da interrupção de projetos bem-sucedidos após o término de convênios ou editais específicos, evidenciando a ausência de integração orçamentária da promoção de saúde no planejamento municipal.

A valorização da formação continuada e o fortalecimento de parcerias com instituições de ensino foram identificados como estratégias de superação dos desafios na implementação na PNPS. A literatura enfatiza a importância da capacitação técnica e da pesquisa aplicada na qualificação das práticas de saúde. Além disso, a promoção da saúde nos instrumentos oficiais de planejamento público, como o Plano Plurianual (PPA) e os planos setoriais reforçam a necessidade de institucionalizar essa política como eixo transversal da gestão.

A invisibilidade das ações já em curso e a ausência de mecanismos de comunicação e divulgação foram destacadas pelos gestores como obstáculos à participação social e ao engajamento intersetorial. Discute-se a importância da comunicação estratégica como ferramenta de mobilização e democratização da gestão em saúde, ressaltando que a transparência e a disseminação de informações são fundamentais para o fortalecimento da PNPS.

Entretanto, apesar dos desafios, houve a identificação de práticas exitosas, especialmente aquelas desenvolvidas pela APS e pela SMEL, que envolvem práticas educativas, grupos de promoção do autocuidado e ações integradas com a comunidade. Parcerias com instituições de ensino e projetos com financiamento externo também se destacam como estratégias que ampliem o alcance e a qualidade das ações, ainda que com limitações quanto à continuidade.

Desse modo, tanto as entrevistas quanto a análise teórica apontam para possibilidades concretas de avanço. Como destacam Melo *et al.* (2025), a PNPS segue sendo uma política em construção, com avanços normativos significativos, mas que exige investimento político, capacitação técnica e envolvimento comunitário

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação teve como objetivo principal identificar e descrever os êxitos e desafios da implementação da PNPS no município de Foz do Iguaçu – PR, considerando suas peculiaridades territoriais e institucionais. Por meio da análise documental e da realização de entrevistas com gestores de diferentes setores, foi possível obter uma visão abrangente sobre o estado atual da política no território, suas potencialidades e os obstáculos enfrentados.

Os achados revelam que existem desafios relacionados à PNPS, especialmente em relação à fragmentação da institucionalização desta política, sendo que a intersetorialidade, apesar de reconhecida como essencial pelos gestores, se configura majoritariamente como um esforço isolado de atores engajados; destaca-se a ausência de um planejamento intersetorial estruturado, a frágil articulação entre as secretarias e a descontinuidade de ações em decorrência da interrupção de recursos externos.

Entretanto foram identificadas experiências exitosas, especialmente aquelas desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, que envolvem práticas educativas, grupos de promoção do autocuidado e ações integradas com a comunidade. Parcerias com instituições de ensino e projetos com financiamento externo também se destacaram como estratégias que ampliaram o alcance e a qualidade das ações.

Esta pesquisa evidenciou, portanto, que a implementação da PNPS em Foz do Iguaçu requer não apenas vontade política e disponibilidade de recursos, mas também a criação de espaços permanentes de governança intersetorial, investimento em formação técnica e definição clara de metas e indicadores de acompanhamento.

Conclui-se, portanto, que a promoção da saúde, enquanto política pública transversal, demanda um redesenho das práticas institucionais e o fortalecimento da corresponsabilidade entre os diversos setores do poder público. Espera-se que este estudo contribua para fomentar reflexões críticas sobre o tema e inspire gestores e pesquisadores a atuarem em prol da consolidação da PNPS e outras políticas promotoras de saúde, que sejam mais equitativas, mais sustentáveis e integradas às demandas da população.

REFERÊNCIAS

- ACT; NCD Alliance. **Relatório da Sociedade Civil sobre a situação das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil**. 2014. Disponível em: <https://www.actbr.org.br/uploads/arquivo/949_SombraDCNT2014.pdf>. Acesso em 08 de maio de 2025.
- ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz; FRANCO DE SÁ, Ronice Maria Pereira; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Correia de. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1695-1706, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PVfVm6DR7FJQxHNnMYxDmSF/>>. Acesso em 02 de julho de 2024.
- ARCE, José; WINKELMAN, Michael. Psychedelics, sociality, and human evolution. **Frontiers in Psychology**, v. 12, art. 729425, 2021. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8514078/>>. Acesso em: 15 maio 2025.
- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/q7gtd/pdf/arouca-9788575416105-03.pdf>>. Acesso em: 01 de junho de 2024.
- ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Jovina Quintes. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde. In: NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia; AVANCI, Jovina Quintes. (Org.). Impactos da violência na saúde. 2. Ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. 380 p. Disponível em: <[\(PDF\) É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde](#)>. Acesso em 07 de agosto de 2025.
- BARBIERI, Carolina; MARTINS, Lourdes; PAMPLONA, Ysabely (org.). **Imunização e cobertura vacinal: passado, presente e futuro**. Santos: Editora Universitária Leopoldianum, 2021. Disponível em: <<https://www.unisantos.br/wp-content/uploads/2021/05/IMUNIZA%C3%87%C3%83O.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2025.
- BORTZ, Martin. **Analyzing Public Health in Brazil**. RioOnWatch. 2013. Disponível em: <<https://rioonwatch.org/?p=9941>>. Acesso em 08 de maio de 2025.
- BRANCO-PEREIRA, Alexandre. **Migrants in Brazil mobilize for health policies**. Latinoamerica21 One region, all voices, 29 de abril 2024, Disponível em <<https://latinoamerica21.com/es/los-migrantes-se-movilizan-por-politicas-de-salud-en-brasil/>>. Acesso em 08 de maio de 2025.
- BRASIL; Conselho Nacional de Secretários De Saúde (CONASS). **Coletânea Direito à Saúde: Institucionalização**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2018. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coletanea_direito_saude_institucionalizacao_v1.pdf>. Acesso em: 27 maio 2025.
- BRASIL; Fundação Getulio Vargas (FGV). **Study presents public policy**

recommendations to strengthen Brazilian health system. FGV. 2023. Disponível em: <<https://portal.fgv.br/en/news/study-presents-public-policy-recommendations-strengthen-brazilian-health-system>>. Acesso em 08 de maio de 2025.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística (IBGE). Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/foz-do-iguacu/panorama>>. Acesso em: 08 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno temático do Programa Saúde na Escola: Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_cultura_paz.pdf>. Acesso em: 01 de abril de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde.** Biblioteca Virtual em Saúde MS. 2014. Disponível em: BRASIL. Ministério da Saúde. **Educação Permanente em Saúde.** Biblioteca Virtual em Saúde MS. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/educacao_permanente_saude.pdf> Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde:** Portaria Nº 198/GM/MS. Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>>. Acesso em 05 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS):** Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde. Brasília, 2018. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 03 de março de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 22 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: 2002. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2024.

BRASIL; Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnps_revisao_portaria_687.pdf>. Acesso em 08 de maio de 2025.

BRASIL; Ministério da Saúde. The Brazilian Commission on Social Determinants of

Health: next steps. **IUHPE– Global Health Promotion**, Supp(1). 2009. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1757975909103750>>. Acesso em 08 de maio de 2025.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo**. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo#:~:text=Para%20tanto%2C%20segue%20um%20modelo%20%C3%B3gico%20no%20qual>> . Acesso em: 22 dez. 2023.

BRASIL; Secretaria de Comunicação Social (SECOM) da Bahia. **Improving Access to Public Services for Vulnerable Groups in Bahia, Brazil**. World Bank Group 2017. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/en/results/2017/12/04/improving-access-public-services-vulnerable-groups-bahia-brazil>>. Acesso em 08 de maio de 2025.

BUSS, Paulo Marchiori.; CARVALHO, Antônio Ivo. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2.305-2.316, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/D65mRPV5fD5yGcMswW4dszQ/>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2025.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 23 de maio de 2025.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf> . Acesso em: 22 dez. 2023.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; AKERMAN, Marco; COHEN, Simone Cynamon. A promoção da saúde na atenção básica: o papel do setor saúde, a mudança comportamental e a abordagem individual. **Estudos Avançados**, v. 37, p. 89-104, 2023. Disponível em: <<https://revistas.usp.br/eav/article/view/219650>>. Acesso em: 20 de maio de 2025.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1829-1838, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/CTg65zvsnsFwJR5YJyrSWXw/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 23 de maio de 2025.

CARVALHO, Antonio; WESTPHAL, Marcia; LIMA, Vera. Health promotion in Brazil. **IUHPE – PROMOTION & EDUCATION SUPPLEMENT 1**, 2007. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823070140010201x>>. Acesso em: 23 maio 2025.

Clinton Community College (CCC). **Medicine in Ancient Times**. Lumen Learning. [s.d]. Disponível em: <<https://courses.lumenlearning.com/atd-clinton-hsm111/chapter/history-of->

[health-care-in-the-us/](#)>. Acesso em: 15 maio 2025.

Centers For Disease Control And Prevention (CDC). Principles of Epidemiology | Lesson 1 - Section 2. CDC Archive. 2012. Disponível em:

<https://archive.cdc.gov/www_cdc_gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section2.html>.

Acesso em: 15 maio 2025.

CHALHOUB, Sidney. **Revisiting Brazil's public health rebellion (a century before Bolsonaro)**. Americas Quarterly. 2020. Disponível em:

<https://www.americasquarterly.org/article/revisiting-brazils-public-health-rebellion-a-century-before-bolsonaro/>. Acesso em: 23 maio 2025.

CONTATORE, Octávio; TESSER, Charles; BARROS, Nelson. Medicina chinesa/acupuntura: apontamentos históricos sobre a colonização de um saber. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, jul.-set. 2018, p.841-858. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/qWZM6yqK9cp46znJR9LXPVp/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em: 15 maio 2025.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Disponível em:

<<https://periodicos.unb.br/index.php/les/article/view/11610>>. Acesso em: 05 de março de 2025.

CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595–617, jul.-set. 2000. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/MgF5PbP7fM5DKVdSzc33kSG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 maio 2025.

DEVEZA, Antonio. Ayurveda – a medicina clássica indiana. **Revista de Medicina**, São Paulo, Brasil, v. 92, n. 3, p. 156–165, 2013. Disponível em:

<<https://revistas.usp.br/revistadc/article/view/79996>>. Acesso em: 15 maio. 2025.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; OLIVEIRA, Irlanda Pontes de; SILVA, Lucilane Maria Sales da; VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; FORTE, Franklin Delano Soares; SILVA, Lielma Carla Chagas da. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 103-114. 2018. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/Gw8WCj845gwcQvnHKK6qKQJ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

ENDRESEN, Janice. **Brazil's healthcare system: A slow march towards progress**. Cornell SC Johnson College of Business, 2021. Disponível em:

<https://business.cornell.edu/hub/2021/06/07/brazils-healthcare-system-slow-march-towards-progress/>. Acesso em: 27 maio 2025.

FOZ DO IGUAÇU, Relatório Anual de Gestão (RAG), 2024. Disponível em:

<www5.pmfi.pr.gov.br/pdf-5002&publicacao>. Acesso em 01 de abril de 2025.

GRAGNOLATI, Michele; LINDELOW, Magnus; COUTTOLENC, Bernard. **Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde**. The World Bank. Washington, D.C., 2013. DOI: [10.1596/978-0-8213-9843-2](https://doi.org/10.1596/978-0-8213-9843-2). Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/909701468020377135/pdf/786820PUB0EP110Box0377351B00PUBLIC0.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2025.

GUIMARÃES, Maria. Doenças mataram os neandertais?. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, n. 341, p. 64–65, jul. 2024. Disponível em: https://revistapesquisa.fapesp.br/wp-content/uploads/2024/05/064-065-virus-neandertal_341.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.

HEMINGWAY, Colette. Timeline of Art History: Medicine in Classical Antiquity. The Met. 2004. Disponível em: http://www.metmuseum.org/toah/hd/medi/hd_medi.htm>. Acesso em: 15 maio 2025.

HOCHMAN, Gilberto; PIMENTA, Tânia; FREITAS, Ricardo. Da Independência ao Império: saúde e doença no Brasil do século XIX. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(9): P 3375-3377, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YPnvJc5qgrgbDwHRpSJWmyN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 maio 2025.

HOFFMANN, Roney; ANJOS, Mônica. Construção histórica do uso de plantas medicinais e sua interferência na socialização do saber popular. **Guaju: Revista Brasileira de Desenvolvimento Territorial Sustentável**, v. 4, n. 2, p. 142–163, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/guaju/article/view/58151>>. Acesso em: 15 maio. 2025.

JACOBSEN, Thorkild. Mesopotamian religion. Enciclopédia Britânica. 1976. Disponível em: <https://www.britannica.com/topic/Mesopotamian-religion>>. Acesso em: 15 maio 2025.

JARDIM, Paulo *et al.* Co-development of a health promotion programme for indigenous youths in Brazil: A concept mapping report. **PLoS ONE**, 18(2) e0269653, 2023. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0269653>>. Acesso em: 23 maio 2025.

LEAL, Daniela. Public Policies for Health Promotion in Brazil: A Look at Dengue Control. **Journal of Quality in Health care & Economics**, 2024. Disponível em: <https://www.medwinpublishers.com/JQHE/public-policies-for-health-promotion-in-brazil-a-look-at-dengue-control.pdf>>. Acesso em 08 de maio de 2025.

MACHADO, Cristiani; SILVA, Gulnar. Political struggles for a universal health system in Brazil: successes and limits in the reduction of inequalities. **Globalization and Health** V 15 (Suppl 1): p.12, 2019. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0523-5>>. Acesso em 08 de maio de 2025.

MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Ademar Arthur dos; JAIME, Patrícia Constante; MORAIS NETO, Otaliba Libanio de; SILVA, Marta Maria Alves da; AKERMAN, Marco. Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1799-1809, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1799-1809/en>>.

Acesso em 08 de maio de 2025.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; ALBUQUERQUE, Geórgia Maria; LIMA, Cheila Maria de; CAVALCANTE, Tania; JAIME, Patrícia Constante; SILVA JÚNIO, Jarbas Barbosa da. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4301-4311. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/6CwVSjyyxwQhj8SMvYNrs9h/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 01 de junho de 2025.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira; GUIMARÃES, Fernanda Jorge; MANGUEIRA, Jorgiana de Oliveira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & sociedade**, v. 27, p. 157-168, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/psoc/a/4MKjimpvwp9NfQQ3sdDwLxL/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 01 de junho de 2024.

MARTINELLI, Suellen Secchi; CAVALLI, Suzi Barletto. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 4251-4262, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/z76hs5QXmyTVZDdBDJXHTwz/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 05 de março de 2025.

MARTINS, Beatriz; SANTOS, Eliane ; FONSECA, Felipe; WILLIAM JR, William; OLIVEIRA, Thiago; MARTA, Gustavo; CHAVES, Aline; PRADO-RIBEIRO, Ana; AYO-YUSUF, Olalekan; CURADO, Maria; SAES, Alexandre; KOWALSKI, Luiz; SANTOS-SILVA, Alan. The impact of colonialism on head and neck cancer in Brazil: a historical essay focussing on tobacco, alcohol and slavery. **Personal View**, v. 31, 100690, fev. 2024. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10873724/pdf/main.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2025.

MARTINS, Heloísa Helena T. de Souza. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 287-298, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ep/a/4jbGxKMDjKq79VqwQ6t6Ppp/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 28 de março de 2025.

MASSUDA, Adriano; HONE, Thomas; LELES, Fernando; CASTRO, Marcia ; ATUN, Rifat. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Global Health**, v. 3, n. 4, e000829, 2018. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/3/4/e000829>. Acesso em: 27 maio 2025.

MELO, Angelle Matias; BRAGA, Jociéle Moura dos Santos; SILVA, Temístocles Damaceno; VILELA, Alba Benemérita Alves; MARTINS FILHO, Isma Eduardo. Análise da Política Nacional de Promoção da Saúde: possibilidades e limitações. **Rev. Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 18, n. 4. 2025. Disponível em: <<https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/16780>>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

MOREIRA, Rafael; SANTOS, Lucas; SOUSA, Marcos. Organização Mundial da Saúde: origem, políticas, percurso histórico e ações frente à pandemia da Covid-19. **Estudos**

Universitários: Revista de Cultura, v. 37, n. 1 e 2, p. 111–135, dez. 2020. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/uploads/Arquivos/eebeeaf9-828f-4e3a-9202-bdcc7794fdbd.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, p. 95-120, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/TDCqtLhvDvRnRmDXhtTBHZK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 de maio de 2025.

NUNES, Ana. **Como era a saúde na Idade Média**. Even3 Publicações, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.even3.com.br/book/como-era-a-saude-na-idade-media-4200345>. Acesso em: 15 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE(OMS). **Declaração de Adelaide sobre Saúde em Todas as Políticas**, 2010. Disponível em: https://www.bing.com/search?pglt=41&q=declaração+de+adelaide+sobre+saúde+em+to+das+as+políticas&cvid=f6dd231f120d4683b799751ac8ad08f6&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOdIBCTEwNjQ2ajBqMagCALACAA&FORM=ANNTA1&PC=U531. Acesso em: 28 de junho de 2024

ORTEGA, Francisco; PELE, Antonio. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. **COMMENT**, v. 28, 100631, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10682286/>. Acesso em: 23 maio 2025.

ORTIZ-OSPINA, Esteban; ROSER, Max. **Health meta**. Our World in Data. 2024. Disponível em: <https://ourworldindata.org/health-meta>. Acesso em: 15 maio 2025.

OUPERNEY, Assis Maffort; NORONHA, José Carvalho de; **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais**. Fundação Oswaldo Cruz, 2013. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-97885811073-06.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

PEREIRA, Tatiane Nunes et al. Medidas regulatórias de proteção da alimentação adequada e saudável no Brasil: uma análise de 20 anos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00153120, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y4DjrLsNRnNCKJLxw4zmWRs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

PETERS, Angela; PERES, Maria; D'ANTONIO, Patricia. Influences of the Anglo-American Teaching System in Brazil: Contributions by the Parsons Mission (1921-1925). **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**, v. 25, n. 2, 2020. Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-25-2020/number-2-may-2020/influences-of-the-anglo-american-teaching-system-in-brazil-contributions-by-the-parsons-mission-19/>. Acesso em: 23 maio 2025.

PIMENTEL, Felipe; BUCHWEITZ, Claudia; CAMPOS, Rosana; HALLAL, Pedro; MASSUDA, Adriano; KIELING, Christian. Realising the future: health challenges and achievements in Brazil. **SSM - Mental Health**, v. 4, 100250, 2023. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666560323000658>. Acesso em: 27 maio 2025.

PINTO, Luiz Felipe; SORANZ, Daniel; PONKA, David; PISCO, Luís Augusto; HARTZ, Zulmira Maria 40 anos de Alma-Ata: desafios da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo. **Ciência e saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1178-1178. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/8tB3rzKtHtQncXwrgsdR8gh/>>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

POUYAN, Nasser. Mesopotamia, the cradle of civilization and medicine. *World Journal of Pharmaceutical Research*, vol 5, Issue 4, p.192- 225. 2016. Disponível em:< https://www.wisdomlib.org/uploads/journals/wjpr/volume-5,-april-issue-4_4857.pdf>. . Acesso em: 15 maio 2025.

RAMOS, Luiz *et al.* Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 5, p.837-844. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/vT7pyqGP7Ncb3KJWKhHBCdR/?format=pdf&lang=en>>. Acesso em 08 de maio de 2025.

REZENDE, Joffre. **Dos quatro humores às quatro bases**. In: REZENDE, Joffre. *À sombra do plátano: crônicas de história da medicina*. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. v. 2, p. 49–53. (Série História da Medicina). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/8kf92/pdf/rezende-9788561673635-05.pdf>. Acesso em: 15 maio 2025.

REZENDE, Joffre; MORAES, Vardeli; PERINI, Gil Eduardo (org.). **Seara de Asclépio: uma visão diacrônica da medicina**. 2. ed. Goiânia: Editora UFG, 2018. 552 p. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/688/o/ebook_visao_diacronica.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

RHODES, Philio *et al.* **History of medicine**. Enciclopédia Britânica, 25 de abril de 2025. Disponível em:<<https://www.britannica.com/science/history-of-medicine>>. Acesso em: 15 maio 2025.

ROCHA, Dais Gonçalves; ALEXANDRE, Veruska Prado; MARCELO, Vânia Cristina; REZENDE, Regiane; NOGUEIRA, Júlia Devidé; SÁ, Ronice Franco de. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4313 – 4322. Disponível em: <scielo.br/j/csc/a/gLQPn7k3vmhmgNQZsmKDrYM/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 07 de agosto de 2025.

RODRIGUES, Livia Ferreira Velho; MAIA, Alexandre Gori; CARVALHO, Cristiane Silva de. Políticas públicas e mobilidade urbana sustentável: análise comparativa entre Groningen e Campinas. **Cadernos Metrópole**, v. 24, p. 1143-1161, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cm/a/V3hHpHQcsBcsFL6mjcyKM5k/>>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; MALTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHzYYd7CwZfnsVnTQp/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em 23 de julho de 2025.

ROYAL SOCIETY FOR PUBLIC HEALTH (RSPH). **Top 20 public health achievements of the 21st century**. RSPH. [s.d]. Disponível em: <<https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/top-20-public-health-achievements-of-the-21st-century.html>> . Acesso em: 15 maio 2025.

RUGER, Jennifer; YACH, Derek. The Global Role of the World Health Organization. **Glob Health Gov**. 2009 ;2(2):1-11. Disponível em: <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3981564https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3981564/pdf/nihms559045.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2025.

SANTOS, Ricardo *et al.* Saúde dos povos indígenas no Brasil: desigualdades e a trajetória desigual das políticas públicas. **Oxford Research Encyclopedias of Global Public Health**, Oxford, 2022. Disponível em: <<https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/678f3086-895b-4799-8523-1d934e16dbe9/content>>. Acesso em: 23 maio 2025.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 15 maio 2025.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Marco Akerman; BELGA, Stephanie Marques Moura; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4361-4370, 2014. Disponível em: <[SciELO Brasil - Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde](https://scielo.br/j/csc/a/WNtwLvWQRFbscbzCywV9wGg/?format=pdf&lang=pt)>. Acesso em: 07 de agosto de 2025.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde em debate**, v. 39, p. 91-104, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZLXXFnLk8zfzPkm8VYd8zMm/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

SILVA, Maria. **Análise matemática de modelos epidemiológicos: SIR e SIS**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Licenciatura em Matemática) – Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Exatas e da Natureza. Orientador: Flank David Morais Bezerra. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/23663/1/MAJS20072022.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2025.

SOUZA, Michele Souza; MACHADO, Cristiani Vieira. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 3189-3200, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/BjddmZJmvfkYQvKZ5sS9Y4Q/>>. Acesso em: 30 de maio de 2025.

SOUZA, Virgínia Ramos dos Santos; MARIALE, Maria Helena Palucci; SILVA, Gilberto

Tadeu Reis; NASCIMENTO, Paula Lima. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. eAPE02631, 2021. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>

TEIXEIRA, Melissa. **Health care as a human right: reflections on brazil's 1988 constitution during a pandemic**. Harvard university. [s.d]. Disponível em: [_<https://histecon.fas.harvard.edu/climate-loss/brazil/index.html>](https://histecon.fas.harvard.edu/climate-loss/brazil/index.html). Acesso em: 23 maio 2025.

TULCHINSKY, Theodore. John Snow, Cholera, the Broad Street Pump; Waterborne Diseases Then and Now. **Case Studies in Public Health**. 2018, p 77-99. Disponível em: [_<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7150208/>](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7150208/) . Acesso em: 15 maio 2025.

UNESCO. **UNESCO Brazil's Initiative for Indigenous Linguistic Diversity in Health Education**. Unesco. 2024. Disponível em: [_<https://www.unesco.org/en/articles/unesco-brazils-initiative-indigenous-linguistic-diversity-health-education>](https://www.unesco.org/en/articles/unesco-brazils-initiative-indigenous-linguistic-diversity-health-education). Acesso em: 23 maio 2025.

VALIER H. Lessons From the Political History of Epidemiology for Divisive Times. **AMA J Ethics**. 2025;27(1):E58-E63. 2025. Disponível em: [_<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39745915/>](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39745915/). Acesso em: 15 maio 2025.

VASCONCELOS, Katleen Elane Leal; SCHMALLER, Valdirene Viana. Estratégia Saúde da Família: foco da disputa entre projetos sanitários no Brasil. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v.17, n.1, p. 89-118, Jan.-Jun. 2011. Disponível em: [_<https://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/686>](https://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/view/686). Acesso em 30 de maio de 2025.

VIANA, Jussara; GUSMÃO, João; MARQUES, Maria; CASTELLANOS, Marcelo; LOUVISON, Marília; AKERMAN, Marco. Public health educational projects in Brazil: revealing the influence of contexts – social, political and of the world of work – over time. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 46, n. 134, p. 710–720, jul.-set. 2022. DOI: [_10.1590/0103-1104202213408](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HSYhVGJdSs6tS8JbSLpfY4n/?format=pdf&lang=en). Disponível em: [_<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HSYhVGJdSs6tS8JbSLpfY4n/?format=pdf&lang=en>](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HSYhVGJdSs6tS8JbSLpfY4n/?format=pdf&lang=en). Acesso em: 23 maio 2025.

WESTPHAL, Marcia Faria. **Promoção da Saúde e prevenção de doenças**. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *etal* (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006 Disponível em: [_<https://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf>](https://professor-ruas.yolasite.com/resources/Tratado%20de%20Saude%20Coletiva.pdf). Acesso em 25 de novembro de 2024.

ZULLIGER, Rose. **The Community Health Agent Program of Brazil**. A global resource for and About Community Health Workes (CHW Central), 2018. Disponível em [_<https://chwcentral.org/the-community-health-agent-program-of-brazil/>](https://chwcentral.org/the-community-health-agent-program-of-brazil/). Acesso em 08 de maio de 2025.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto **ÊXITOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE EM MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)**, sob a responsabilidade do pesquisador Rafaelly Gomes Vieira. O nosso objetivo é identificar os êxitos e desafios na implementação da PNPS neste município. O (A) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação será através de uma entrevista, a ser aplicada pela pesquisadora responsável, em um local de sua escolha, durante cerca de 60 minutos. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são relativos a não tem crase constrangimentos. Se o senhor (a) aceitar participar, estará contribuindo para a adequação dos processos de implementação da PNPS. O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio da publicização deste trabalho na biblioteca da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Rafaelly Gomes Vieira, no telefone: (45)999729339, em qualquer horário, disponível inclusive para ligação a cobrar. Pode também entrar em contato através do e-mail: raffyfisio@outlook.com. Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, órgão composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O senhor (a) receberá uma via deste termo assinado onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Foz do Iguaçu, ___ de _____ de 2025.

Rafaelly Gomes Vieira

Pesquisador Responsável

Rafaelly Gomes Vieira

Rua Hárpia, nº 270, Vila A, CEP 858666-350 Telefone: (45) 999729339

Eu, _____ Dec

laro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da participação na pesquisa e concordo como a publicação conforme descrito neste termo.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Participante/Cargo: _____

Sexo () Masculino () Feminino Data de Nascimento ____/____/_____.

1. **Experiência Profissional**

- Há quanto tempo você ocupa o cargo atual?
- Poderia compartilhar sua ocupação anterior e sua experiência em gestão?
- Qual é a sua formação acadêmica (graduação, especialização, mestrado, doutorado)?

2. **Atribuições e Ações**

- Quais são suas principais atribuições no cargo atual?
- Em quais ações você tem estado mais envolvido(a) recentemente?

3. **Entendimento da PNPS**

- Como você descreveria a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS)?

4. **Intersectorialidade**

- Como você vê a relação da sua pasta com a PNPS?

5. **Planejamento e Gestão**

- De que forma o planejamento e a gestão intersectorial têm sido abordados na implementação da PNPS em Foz do Iguaçu?
- Quais são suas percepções sobre a efetividade da implementação da PNPS no município?

6. **Governança da PNPS**

- Como a governança e a coordenação da PNPS foram estruturadas no município?

7. **Temas Prioritários**

- Quais temas prioritários da PNPS você considera mais relevantes para o contexto de Foz do Iguaçu?

8. **Estratégias de Implementação**

- Que estratégias têm sido empregadas para implementar a PNPS em Foz do Iguaçu?

9. **Desafios na Implementação**

- Quais desafios você tem observado na implementação das ações relacionadas à PNPS?

10. Superação de Desafios

- Que medidas têm sido adotadas para enfrentar esses desafios?

11. Êxitos da Implementação

- Quais são, na sua perspectiva, os principais êxitos da implementação da PNPS na sua área até agora?

12. Resultados Mensuráveis

- Existem resultados que você considera significativos em relação à implementação da PNPS?

13. Articulação Intersetorial

- Como ocorre a articulação com outros setores, como educação, esportes e lazer, cultura e planejamento urbano?

14. Próximos Passos

- Quais são as suas expectativas para o fortalecimento da promoção da saúde em Foz do Iguaçu no futuro?

ANEXOS

**ANEXO A – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH
(COREQ)**

CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ) - VERSÃO EM PORTUGUÊS FALADO NO BRASIL (SOUZA, MARZIALE, SILVA, NASCIMENTO, 2021) *

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade			
Características pessoais			
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal?	
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico.	
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo?	
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino?	
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador?	
Relacionamento com os participantes			
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo?	
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa.	
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.	
Domínio 2: Conceito do estudo			
Estrutura teórica			
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo.	
Seleção de participantes			
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve.	
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail.	
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo?	
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos?	
Cenário			
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho.	
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores?	
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta.	
Coleta de dados			
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto?	
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas?	
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados?	
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal?	
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal?	
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida?	

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa			
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia	Pag.
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção?	
Domínio 3: Análise e resultados			
	Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados?	
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação?	
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados?	
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados?	
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados?	
	Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante.	
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados?	
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados?	
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários?	

Extraído de:

***Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao02631>**

Fonte: (Souza et al., 2021)

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CENTRO UNIVERSITÁRIO
DINÂMICA DAS CATARATAS -
UDC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ÊXITOS E DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MUNICÍPIO DA TRÍPLICE FRONTEIRA (BRASIL, PARAGUAI E ARGENTINA)

Pesquisador: rafaelly Gomes Vieira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85186424.6.0000.8527

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.322.679

Apresentação do Projeto:

"Reavaliação".

Objetivo da Pesquisa:

"Reavaliação".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Reavaliação".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Reavaliação".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

"Reavaliação".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências apontadas no parecer consubstanciado sob número 7.290.345 foram atendidas na sua plenitude. Nesses termos, considera-se o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Paraná 5661 Vila A.

Bairro: JARDIM DAS LARANJEIRAS

CEP: 85.868-030

UF: PR

Município: FOZ DO IGUAÇU

Telefone: (45)3028-3232

E-mail: cepudc@udc.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
DINÂMICA DAS CATARATAS -
UDC**



Continuação do Parecer: 7.322.679

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2438306.pdf	30/12/2024 14:05:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Corrigido.pdf	30/12/2024 14:05:11	rafaelly Gomes Vieira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/12/2024 13:57:27	rafaelly Gomes Vieira	Aceito
Declaração de concordância	anuencia.pdf	30/12/2024 13:44:52	rafaelly Gomes Vieira	Aceito
Outros	Carta_ao_CEP.pdf	30/12/2024 13:43:16	rafaelly Gomes Vieira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisadores.pdf	29/11/2024 07:31:53	rafaelly Gomes Vieira	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderostoatualizada.pdf	29/11/2024 07:29:55	rafaelly Gomes Vieira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FOZ DO IGUACU, 02 de Janeiro de 2025

**Assinado por:
Ivaneliza Simionato de Assis
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Paraná 5661 Vila A.
Bairro: JARDIM DAS LARANJEIRAS **CEP:** 85.868-030
UF: PR **Município:** FOZ DO IGUACU
Telefone: (45)3028-3232 **E-mail:** cepudc@udc.edu.br