



This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 jan. 2018.

REFERÊNCIA

MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 jan. 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>.

Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção

National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction

Deborah Carvalho Malta¹
 Otaliba Libanio Morais Neto²
 Marta Maria Alves da Silva¹
 Dais Rocha³
 Adriana Miranda de Castro⁴
 Ademar Arthur Chioro dos Reis⁵
 Marco Akerman⁶

Abstract Health is a fundamental human right, according to the global commitment to the Universal Declaration of Human Rights. Health is a public good socially produced by and within social networks and disputes among subjects that seek to place certain interests and needs on the agenda of public policies. Health Promotion, as a set of strategies and forms of producing health, both individual and collective, aiming to meet the social needs of health and to assure better quality of life of the population, emerges intrinsically marked by tensions inherent to the defense of the right to health. The present article intends to detail a certain pathway of Health Promotion at SUS, telling the history of its affirmation as a National Policy and the possibilities that were produced therein to amplify the completeness of healthcare. The authors, totally involved in the preparation, implementation, and revision of the National Health Promotion Policy (PNPS), classified the journey into three chapters: (1) 1998/2004 – Embryo of a PNPS; (2) 2005/2013 – Birth, growth, and development of a PNPS; (3) 2013-2015 – Revision, expansion and dissemination of the PNPS. In addition to the narrative of a history, the cycle analysis of a policy, or balance of advancements, there is an attempt to restore contexts, texts, speeches, and tensions in the PNPS trajectory. The next chapters are still ongoing, and announce paths and possibilities on how to ensure that a Policy is kept alive.

Key words Health promotion, National health promotion policy, Public policy, Policy analysis

Resumo A saúde faz-se um bem público produzido pelas e nas redes de relação e disputas de sujeitos que almejam colocar determinados interesses e necessidades na agenda das políticas públicas. A Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população, emerge marcada pelas tensões próprias à defesa do direito à saúde. O artigo pretende explicitar certo percurso da Promoção da Saúde no SUS, contando a história de sua afirmação como Política Nacional e as possibilidades que aí se produziram para ampliar a integralidade do cuidado em saúde. Os autores, totalmente implicados na formulação, implementação e revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sistematizam a caminhada em três capítulos: 1998/2004 – Embrião de uma PNPS; 2005/2013 – Nasce, cresce e se desenvolve uma PNPS; 2013-2015 – Revisando, ampliando e divulgando a PNPS. Para além da narrativa de uma história, análise de ciclo de uma política, ou balanço de avanços tenta-se resgatar contextos, textos, discursos, tensões na trajetória da PNPS. Os próximos capítulos são uma obra em aberto e anunciam caminhos.

Palavras-chave Promoção da saúde, Política nacional de promoção da saúde, Política pública, Análise de políticas

¹ Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Prof. Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil.

dcmalta@uol.com.br

² Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

³ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Brasília DF Brasil.

⁴ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁵ Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (USP). São Paulo SP Brasil.

⁶ Departamento de Prática em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo SP Brasil.

Introdução

A saúde é um direito humano fundamental inscrito na carta de fundação da OMS, em 1948, seguindo o compromisso mundial com a Declaração Universal dos Direitos do Homem¹. Ao mesmo tempo, a saúde faz-se um bem público, um efeito socialmente produzido pelas e nas redes de relação e disputas de sujeitos que almejam colocar determinados interesses e necessidades na agenda das políticas públicas².

A Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população, emerge intrinsecamente marcada pelas tensões próprias à defesa do direito à saúde^{3,4}.

No Brasil, a luta pelo direito à saúde é imamente à luta pela democracia e pela garantia constitucional dos direitos humanos^{5,6}. O Sistema Único de Saúde (SUS) é efeito da articulação de uma série de forças sociais e políticas em defesa da saúde como bem público e, ao mesmo tempo, é a forma como o Estado brasileiro se organizou para efetivar as políticas de saúde no país⁷.

À medida que o SUS adota uma compreensão ampliada de saúde, objetivando superar a perspectiva hegemônica desta como ausência de doença, com foco na análise dos efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e bioecológicos⁷ e, concomitante, articulação intersectorial e com a sociedade para a redução de vulnerabilidades e riscos, se compromete com a Promoção da Saúde⁸.

A Promoção da Saúde, compromisso constitucional do SUS⁹, vincula-se à concepção expressa na Carta de Ottawa, documento em que 35 países ratificaram como ações de saúde aquelas que objetivem *a redução das iniquidades em saúde, garantindo oportunidade a todos os cidadãos para fazer escolhas que sejam mais favoráveis à saúde e serem, portanto, protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida*¹⁰.

O presente artigo pretende explicitar certo percurso da Promoção da Saúde no SUS, contando a história de sua afirmação como Política Nacional e as possibilidades que aí se produziram para ampliar a integralidade do cuidado⁵.

Nesse sentido, os autores, totalmente implicados na formulação, implementação e revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), sistematizam a caminhada em três capítulos: (1) 1998/2004 – Embrião de uma PNPS; (2) 2005/2013 – Nasce, cresce e se desenvolve

uma PNPS; (3) 2013-2015 – Revisando, ampliando e divulgando a PNPS.

No primeiro período, procura-se resgatar o processo inicial de formulação e institucionalização da PNPS, os atores envolvidos e as principais estratégias desenvolvidas. No segundo, são apresentadas as mudanças no arranjo institucional e analisadas as ações estruturantes da PNPS, bem como um balanço a partir dos eixos prioritários da Agenda da PNPS. No terceiro, discute-se as mudanças empreendidas na política a partir das novas agendas e desafios colocados para a PNPS.

Para além da narrativa de uma história, análise de ciclo de uma política ou balanço de avanços, o artigo tenta resgatar contextos, textos, discursos e tensões na trajetória da PNPS.

Foram revisitadas informações contidas em portarias do governo Federal, documentos e publicações institucionais do Ministério da Saúde, consultas ao *site* do Ministério da Saúde, livros e artigos científicos relacionados ao tema da Política de Promoção da Saúde e suas prioridades.

Ao final, anunciamos que a PNPS é uma obra ainda em aberto, indicando alguns caminhos e possibilidades sobre como manter viva uma Política, trazendo a contribuição de Stephen Ball, pesquisador inglês, interessado na análise de ciclos de políticas.

“Primeiro capítulo”: 1998/2004 – Embrião de uma PNPS

Se no texto da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, a Promoção da Saúde foi enunciada, levou um pouco mais de tempo para que ganhasse alguma institucionalidade no Ministério da Saúde (MS)⁷.

Foi em 1998/1999 que o MS, através da Secretaria de Políticas de Saúde, formalizou em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento o projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, visando à elaboração da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que operaria na disseminação de outro modo de conceber políticas públicas e no fomento da construção de parcerias fora do setor sanitário, ampliando a discussão dos determinantes sociais^{11,12}.

Os primeiros movimentos nesse período investiram em colocar a Promoção em debate no país, difundindo os seus princípios com a publicação da tradução das Cartas da Promoção da Saúde e levantando, sistematizando e visibilizando experiências já existentes no país, com o lançamento da Revista Promoção da Saúde, que teve sete números editados até 2002¹².

Nesta época, várias iniciativas nacionais e internacionais associadas à redução das principais causas de morbimortalidade, já ocupavam a agenda política em saúde. Nesse contexto, elaboraram-se documentos e projetos sob o marco da Promoção da Saúde no SUS, principalmente nas áreas de alimentação saudável, atividade física, violência no trânsito e promoção da saúde nas escolas, cidades/municípios, comunidades saudáveis e desenvolvimento local integrado e sustentável.

O movimento de cidades/municípios foi um das principais estratégias de difusão e operacionalização dos princípios e estratégia de promoção da saúde neste período. Em 1998, em Sobral-Ceará foi realizado o primeiro Encontro de Municípios Saudáveis, que produziu a Declaração de Sobral. Esta recomenda “a iniciativa de uma articulação de uma rede brasileira de cidades e municípios saudáveis a partir do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)”.

O CONASEMS realiza então, em parceria com o Ministério de Saúde, a I Oficina de Promoção da Saúde no SUS, no dia 17 de maio de 2000, em Brasília. Além de debaterem Municípios Saudáveis e Atenção Básica e a Promoção da Saúde, foi apresentada formalmente a proposta de Indústria Saudável. Esta iniciativa resultou de uma parceria entre o SESI, Ministério da Saúde, mediada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que pretendia, inclusive, conferir um “Selo de Qualidade” às empresas que a ele aderissem.

O período é marcado, ainda, pelo destaque alcançado pelo Brasil na elaboração do Tratado

Internacional para o Controle do Tabaco, desenvolvido no âmbito da OMS, que culminou com a aprovação da Convenção Quadro pela 56ª Assembleia Mundial de Saúde em 2003^{8,12}.

Quanto à formalização de uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foram feitos vários esforços pela então existente Secretária de Políticas de Saúde do MS, que se materializaram no “Documento para Discussão”, publicado em 2002, o qual se anunciava com a seguinte intenção:

*Este documento se insere neste processo dialógico de teoria/prática, refletir/agir para a construção de uma política nacional de promoção da saúde que amplie nossa capacidade de gestão, atenção e parcerias, pautadas por um compromisso ético em defesa da vida*¹³.

O processo dialógico aí enunciado, entretanto, não ultrapassou as fronteiras da relação entre Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e alguns membros da academia, mas contribuiu para a análise da situação de saúde do Brasil, para a sistematização de boas práticas em Promoção da Saúde no SUS¹³ e, fundamentalmente, avançou no delineamento de sete “estratégias” para impulsionar a Política e que estão dispostas no Quadro 1.

No entanto, entre 1999 e 2003, verificou-se uma série de dificuldades em articular as tensões entre o paradigma biomédico e o promotor da saúde, as diferentes concepções teórico-conceituais do campo promocional e a gestão da Promoção da Saúde no próprio Ministério, cuja mudança de liderança por sete vezes produziu uma descontinuidade importante¹⁴. Tais dificuldades de composição implicaram num modo fragmen-

Quadro 1. Estratégias para impulsionar a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis.
Capacidade de regulação dos Estados e municípios sobre os fatores de proteção e promoção da saúde.
Reforçar os processos de participação comunitária no diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras.
Promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo à alimentação saudável, atividade física, comportamentos seguros e combate ao tabagismo.
Promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase no trabalho com escolas comunidades.
Reforço à reorientação das práticas dos serviços dentro do conceito positivo de saúde, atenção integral e qualidade, tendo a promoção como enfoque transversal das políticas, programas, projetos e ações, com prioridade para a atenção básica e o Programa de Saúde da Família.
Reorientação do cuidado na perspectiva do respeito à autonomia, à cultura, numa interação do cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender, aberto à incorporação de outras práticas e racionalidades

tado de operação do Projeto e, ao mesmo tempo, adiou a pactuação e a implementação de uma PNPS¹¹.

Entre 2003 e 2004, coube à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde a gestão do processo da promoção da Saúde, realizando o mapeamento das principais iniciativas e experiências em curso no país, realização de oficinas de trabalho para o debate e a elaboração da PNPS junto às instituições de ensino e pesquisa e aos gestores da saúde, bem como a constituição do primeiro Grupo Redator da Política, formado por representantes do MS, da OPAS, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e de gestores municipais de experiências bem sucedidas^{11,15}.

No final de 2004, com as mudanças na gestão do MS, a PNPS deslocou-se para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS).

Desse período inicial de institucionalização da Promoção da Saúde, em que pesem as acelerações e desacelerações do processo de elaboração da Política, houve uma articulação importante com as instituições de ensino e pesquisa dedicadas ao tema, uma ampliação do debate com gestores estaduais e municipais do sistema de saúde e, principalmente, a defesa radical de princípios “pétreos” da Promoção da Saúde no SUS: autonomia, equidade, integralidade, intersetorialidade, cogestão no processo de trabalho e participação social.

“Segundo capítulo”: 2005-2013

– Nasce, cresce e se desenvolve uma PNPS

Em 2005, a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), assumiu a coordenação do processo e constituiu em seu bojo uma área técnica que tinha como responsabilidade construir uma Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a partir do marco teórico do período anterior, mas com a preocupação de produzir intervenções de Promoção da Saúde no âmbito das três esferas de governo.

Para isso foi produzida uma versão inicial da PNPS que foi submetida à avaliação de um Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde (GTVS), de caráter tripartite, constituído por representantes do MS, do CONASEMS e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

Ainda em 2005, foi criado o Comitê Gestor da Política de Promoção à Saúde (CGPNPS),

coordenado pela CGDANT e constituído por representantes de vários departamentos e órgãos do Ministério da Saúde. Em 2007, o CGPNPS teve sua composição ampliada, com a inserção da representação do CONASS e CONASEMS. Desde então manteve o seu funcionamento regular, contando com a participação, ainda, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO^{16,17}. Dentre suas atribuições, destacam-se: coordenar a implantação da PNPS; incentivar Estados e Municípios a elaborar Planos de Promoção da Saúde; articular e integrar ações de Promoção da Saúde no SUS; monitorar e avaliar a implementação da PNPS.

Em 2006, o MS, o CONASS e o CONASEMS aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde, concebida na perspectiva de operar transversalmente, produzindo uma rede de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida, reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, contribuindo com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorporando a promoção à saúde¹⁰. Agregou-se à PNPS uma Agenda Nacional de Promoção da Saúde para o biênio 2007/2008¹⁸. Nos anos seguintes a promoção da saúde foi incluída na Agenda de Compromissos pela Saúde, nos Pactos em Defesa do SUS, em Defesa da Vida e de Gestão e foi inserida na agenda estratégica do MS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes^{10,18}.

1. Ações estruturantes para institucionalização da PNPS no âmbito Federal

Em 2006, passos importantes foram dados na institucionalização da PNPS no SUS, como a sua aprovação na CIT, a criação de linha de programação orçamentária específica para Promoção da Saúde no Plano Plurianual e sua inserção no Plano Nacional de Saúde¹⁰.

Entre 2008 e 2011, a PNPS foi incluída na agenda interfederativa por meio do Pacto Pela Vida, sendo monitorados indicadores sobre a redução da prevalência de sedentarismo e tabagismo nas capitais, a implantação dos núcleos de prevenção de violências e promoção da saúde¹⁰. A partir de 2011, no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), instituído a partir do Decreto 7508/11, que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, também foram inseridos indicadores de promoção da saúde, como notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras, implementação do Programa Academia da Saúde, entre outros.

Entre 2008 e 2010, foram inseridos no monitoramento de ações de promoção da saúde; repasses financeiros para projetos ou programas de promoção da saúde, como os de promoção de atividade física e alimentação saudável, prevenção do tabagismo, implementação de núcleos de prevenção de violência, vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito. Estas ações também foram inseridas em 2011 no Plano Nacional de Saúde (2011-2015) e no Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (2011-2015), destacando-se o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a implantação do Programa Academia da Saúde, a expansão do Programa Saúde na Escola e o Projeto Vida no Trânsito¹⁹⁻²².

Desde 2005, o Ministério da Saúde financia os entes federados com o objetivo de induzir ações na realização de programas de promoção da saúde, apoiando inicialmente as capitais dos Estados e Distrito Federal. Entre 2006 e 2010, foram repassados cerca de R\$ 171 milhões para as Secretarias Estaduais de Saúde e para 1.500 Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do país que integraram a Rede Nacional de Promoção da Saúde. Estes repasses ocorreram mediante pactuação na CIT, por meio de editais ou portarias públicas, com envio de projetos pelos municípios, que eram avaliados e selecionados, considerando-se a disponibilidade orçamentária. Com esses recursos, os gestores públicos desenvolveram projetos de promoção da saúde, contemplando, em sua maioria, ações de promoção da atividade física, prevenção de violência e cultura da paz e redução da morbimortalidade por trânsito. Entre 2008 e 2010, também foram financiados programas para as demais prioridades da PNPS^{10,23}.

A partir de 2011, foram definidas novas modalidades de repasse de recurso, buscando ações continuadas, sustentáveis e universais. No caso da promoção de atividade física e práticas corporais, definiu-se pela implantação do *Programa Academia da Saúde*²¹, com recursos financeiros provenientes do Piso Variável em Vigilância e Promoção da Saúde – PVPVS, e do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável – da Secretaria de Atenção da Saúde²¹ para construção dos polos do programa e custeio de suas atividades. Foram também apoiados programas considerados similares ao Programa Academia da Saúde.

Também foram definidas novas modalidades de financiamento para o *Programa Saúde na Escola* (PSE), a partir de 2008. Com a ampliação dos critérios para adesão ao Programa, o PSE passou de 1,9 milhões de educandos beneficiados

em 2008, para 18,7 milhões em 2013, com adesão de 4.864 municípios. Em 2014, o repasse financeiro para o PSE foi de R\$ 71 milhões.

Em relação aos programas de redução de morbimortalidade no trânsito, a partir de 2006 foram repassados recursos, inicialmente para 16 capitais, progressivamente expandidos para as demais capitais e cidades com população com mais de 1 milhão de habitantes. Em 2010, foi criado o *Projeto Vida no Trânsito* (PVT)^{22,23}, avançando nas parcerias intersetoriais. Assim, entre 2006 e 2015, cerca de R\$ 50 milhões foram repassados aos municípios. Em 2013, o PVT foi inserido no Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, dando mais sustentabilidade ao tema e reafirmando os compromissos do SUS de maneira interfederativa²¹.

A Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde foi criada em mais de 1000 municípios, em conformidade com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências e visa à atenção integral e proteção às pessoas e suas famílias em situação de violências. Entre 2006 e 2012 foram financiados cerca de 1300 municípios para ações de prevenção de violência e acidentes e cultura da paz²³.

Em 2011 foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, estabelecendo compromissos de gestão, priorizando ações e investimentos necessários para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco^{15,23}.

2. Balanço dos temas prioritários da Agenda da PNPS

Optou-se por conduzir um balanço a partir da formulação dos temas prioritários da PNPS, revisada em 2014, que acabaram por servir como dispositivo indutor para o fortalecimento de ações de promoção em todas as esferas do SUS. A inclusão destes temas considerou a magnitude do

Quadro 2. Temas prioritários da PNPS.

Formação e educação permanente
Alimentação saudável e adequada
Práticas corporais e atividade física
Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados
Enfrentamento do uso abusivo de álcool
Promoção da mobilidade segura e sustentável
Promoção da cultura da paz e de direitos humanos
Promoção do desenvolvimento sustentável

quadro de morbimortalidade, a transcendência, a atuação intersetorial e a efetividade das práticas de promoção da saúde na resposta aos eixos prioritários pela três esferas de governo responsáveis pela gestão pública, dispostos no Quadro 2.

Ao longo dos dez anos da PNPS, no que se refere ao tema *formação e educação permanente*, foram inúmeros os processos de formação, desde seminários, debates, reuniões técnicas, capacitações sobre os diferentes temas, visando ampliar a compreensão do tema da promoção da saúde no SUS, com a participação de seus profissionais e gestores de estados e municípios, e representantes de instituições de ensino e pesquisa. A estratégia de realização de cursos presenciais para a qualificação da força de trabalho do SUS se mostrou insuficiente e foram organizados outros à distância que têm cumprido o papel de ofertar conteúdos que possam apoiar a qualificação de gestores e profissionais de saúde no tema da promoção da saúde. Além disso, foram disponibilizados livros, publicação de artigos em periódicos científicos em *sites* e materiais educativos^{24,25} destinados à formação dos profissionais em saúde e também para o processo de comunicação social e difusão de informação para a população como, por exemplo, o Guia Alimentar para a População Brasileira, produzido a partir de 2011 e lançado em 2014, em processo com ampla participação social²⁶.

A *alimentação saudável e adequada* é um dos determinantes e condicionantes da saúde e um direito inerente a todas as pessoas. A garantia da Segurança Alimentar e Nutricional exige uma conjunção de políticas públicas, dentre as quais a PNPS e a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) têm papel fundamental. Foram realizados inúmeros esforços para a promoção da saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) no SUS, bem como inúmeras articulações intersetoriais. Entre estas, destacam-se: a) as ações relativas à alimentação saudável, a produção do cuidado e as redes regionais de atenção à saúde (RAS); b) o acompanhamento sistemático das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), realizado pelas equipes de Atenção Básica de todo o país; c) o conjunto de ações desenvolvidas no escopo do Programa Saúde na Escola (PSE), pela parceria das equipes de AB com os profissionais de educação; d) as ações estratégicas para o aumento do consumo de frutas e hortaliças, redução do consumo de sal com negociação e pactuação com o setor produtivo de alimentos, representado pela Associação Brasileira das Indústrias de Alimen-

tação (ABIA), para a redução do teor de sódio em alimentos processados de maneira gradual, voluntária e por meio de metas bianuais, cabendo ainda ao MS o monitoramento dos resultados dos dois primeiros termos de compromisso, que mostram redução do teor médio de sódio em todas as categorias analisadas, com cumprimento das metas pactuadas de 80 a 99%²⁷; e) a publicação das diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas^{28,29}; f) o Guia Alimentar para a População Brasileira, que trouxe novos paradigmas sobre a necessidade de compreensão das práticas alimentares no contexto do sistema alimentar e de forma coerente com atual estágio da transição nutricional^{26,29}.

O tema *prática corporal/atividade física*, no contexto da PNPS, teve seu impulso a partir de 2005, e dentre as ações destacam-se: a) a organização da Vigilância de fatores de risco e proteção de doenças crônicas, o que possibilitou o monitoramento de indicadores da prática de atividade física por meio de inquéritos populacionais, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT (VIGITEL), a partir de 2006; Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)³⁰, primeira edição em 2009; suplemento de saúde da PNAD (2008), permitindo monitoramento contínuo de indicadores de atividade física e a indução de ações de promoção à saúde; b) ações de comunicação com a celebração dos dias mundiais da Atividade Física e da Saúde, anualmente, sempre na primeira semana de abril; c) o financiamento de projetos de atividade física em cerca de 1.500 municípios, entre 2005 e 2010; d) avaliações dos programas de prática de atividade física existentes nos municípios do Brasil, como Recife, Curitiba, Belo Horizonte, Aracaju e Vitória; e na América Latina, por meio do Projeto Guia Útil de Avaliação em Atividade Física (GUIA), que conta com a parcerias nacionais e internacionais³¹⁻³³. Como resultado das avaliações e pelas evidências acumuladas, o MS optou por implantar, em 2011, o Programa Academia da Saúde, que constitui um modelo de intervenção nacional em promoção da saúde, visando contribuir para a equidade no acesso a ações voltadas à produção do cuidado e modos de vida saudáveis em espaços qualificados, constituindo-se equipamentos da atenção básica em saúde que tem as práticas corporais e atividade física como um eixo central de suas ações, mas também inclui as demais ações de promoção da saúde no seu escopo, como alimentação saudável,

prevenção de violência, prevenção de tabaco, álcool e drogas e outras²⁰.

O tema *enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados* prioriza um dos quatro principais fatores de risco em comum para o desenvolvimento das quatro principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil³⁴. Em 2006, o Brasil ratificou a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco – CQCT e foi criada a Comissão Nacional de Implementação da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco (CONICQ), que tem caráter interministerial e representa o fórum governamental responsável por implementar as medidas da CQCT no país. Esta Comissão é integrada hoje por 18 áreas do governo e presidida pelo Ministro da Saúde.

Em 2011, no “Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil: 2011 – 2022”, foi incluída a meta de redução da prevalência de tabagismo em 30%. Diversas ações foram realizadas no enfrentamento do tabaco no país, o que tem sido considerado um sucesso por diversas organizações globais, como OMS, Fundação Bloomberg, OPAS, tendo o MS recebido prêmios pelo seu desempenho^{34,35}. A proibição da propaganda do cigarro e a introdução das mensagens de advertência nos maços ocorreu na década de noventa e foi aperfeiçoada nos últimos anos. Em dezembro de 2011, foi sancionada lei federal 12.546 que proíbe o ato de fumar em recintos coletivos, aumenta a taxa dos cigarros para 85% e define um preço mínimo para a venda do cigarro, visando o enfrentamento da venda de produtos contrabandeados. A Lei também determinou o aumento do espaço de advertências dos cigarros, sendo 100% em uma das faces frontais e em uma das faces laterais, e ampliou para mais 30% a outra face frontal a partir de 2016. A regulamentação dessa lei se deu em 2014, estendendo a proibição do fumo para ambientes parcialmente fechados por uma parede, divisória, teto ou até toldo e definindo como responsáveis pela fiscalização as vigilâncias sanitárias de estados e municípios, assim como as penalidades para a infração.

Outra medida importante foi a ampliação do tratamento dos tabagistas nas unidades do SUS, inclusive com o acesso aos medicamentos e acompanhamento²³.

Estas medidas visam proteger as gerações presentes e futuras das devastadoras consequências geradas pelo consumo e pela exposição à fumaça do tabaco. Os resultados positivos obtidos pelo Brasil no enfrentamento ao tabagismo servem de estímulo para que o país continue investindo

em políticas públicas de promoção da saúde e na prevenção do tabagismo. Os efeitos das medidas adotadas já podem ser observados: dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008 apontaram que, entre indivíduos na idade de 18 anos ou mais, a prevalência de tabagismo era de 18,2%, reduzindo para 14,7% da população adulta (≥ 18 anos), em 2013, aferidos na Pesquisa Nacional de Saúde, ou um declínio de cerca de 20% em cinco anos^{19,34}.

A partir das evidências de que medidas regulatórias podem ser efetivas para o enfrentamento da elevação das mortes e ferimentos no trânsito e, por isso, o Ministério da Saúde vem assumindo, em relação ao tema *enfrentamento do uso abusivo de álcool e promoção da mobilidade segura e sustentável*, o protagonismo nas articulações e *advocacy* em relação à aprovação de leis que restringem o consumo de bebidas alcoólicas para motoristas e que fortalecem as ações do agente de trânsito na aplicação de medidas que favoreçam a proteção à vida e a prevenção de acidentes de trânsito em relação ao fator álcool e direção veicular.

Além disto, destaca-se o aumento do controle e fiscalização no fornecimento de bebidas para menores de dezoito anos. Destaque-se, ainda, o Projeto Vida no Trânsito (PVT), que conta com ampla parceria envolvendo instituições locais, nacionais e internacionais na laboração de um plano de ações integradas e intersetoriais de segurança no trânsito, visando a reduzir este quadro de morbimortalidade. Implantado em 2010, em cinco capitais brasileiras (Belo Horizonte, Curitiba, Teresina, Palmas e Campo Grande), foi expandido em 2012 para todas as capitais e cidades acima de 1 milhão de habitantes. O PVT utiliza como ferramenta as informações obtidas a partir das análises feitas pelas Comissões Locais de Dados que orientam as intervenções integradas e intersetoriais nos territórios de maior necessidade²². Avaliações já conduzidas do PVT em cinco cidades, piloto do projeto, apontaram elevado percentual de cumprimento das metas de desempenho dos dois programas; aumento da fiscalização de velocidade; aumento da realização de *blitzen* de checagem de álcool, com aumento do número de testes e redução do percentual de positividade dos mesmos; redução das taxas de mortalidade por 100 mil habitantes em Palmas, Teresina, Belo Horizonte e redução da razão por 10 mil veículos nas cinco capitais; tendência de redução dos riscos de morte nas capitais de maior magnitude que nos seus respectivos estados²².

No que se refere ao tema *promoção da cultura da paz e de direitos humanos*, as ações interseto-

riais de prevenção de violência solidificaram-se por meio de marcos legais, como: Plano de Ação para o Enfretamento da Violência Contra a Pessoa Idosa (2005); Política Nacional de Enfretamento ao Tráfico de Pessoas (2006); Lei Maria da Penha (2006); Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009); Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBT (2008), Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências (2010), entre outros. Dentre as ações no território destacamos a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, que conta com rede capilarizada que potencializa a identificação e a notificação das violências no território, atuando de forma integrada com as ações intersetoriais na rede de atenção e de proteção às vítimas de violências³⁶.

No tema de *promoção do desenvolvimento sustentável* foram construídas diversas parcerias com Ministérios do Meio Ambiente, Integração, Cidades, Casa Civil, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde para a realização de Planos de Desenvolvimento Sustentável em áreas como, por exemplo, a Região Turística do Meio Norte (Piauí, Maranhão e Ceará); Plano de Desenvolvimento Regional Sustentável do Xingu, dentre outros. Cita-se ainda a criação da Câmara Técnica de Saúde em Apoio à Política Nacional de Desenvolvimento Regional (2012), a Criação do Grupo Técnico Saúde e Licenciamento Ambiental (2009), bem como o desenvolvimento de Programa Cidades Sustentáveis – Brasil + 20 – políticas públicas voltadas à gestão ambiental urbana.

“Terceiro Capítulo” - 2013-2015 – Revisando, ampliando e divulgando a PNPS

Na última década ocorreram diversas mudanças no cenário nacional e internacional apontando novas agendas e desafios no campo da Promoção da Saúde, como programas intersetoriais coordenados pela Casa Civil da Presidência da República, por exemplo, o programa de enfrentamento da pobreza, Bolsa Família e outras, agendas internacionais como a Conferência de Alto Nível ONU – DCNT (2011), a Conferência Mundial dos Determinantes Sociais da Saúde (2011), a Conferência Rio + 20 (2012), a 8ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde – *Saúde em todas as Políticas* (Finlândia, 2013), dentre outras, que

atualizaram e renovaram a agenda da promoção e demandaram o aprimoramento e a atualização da Política. Frente a este novo contexto o Ministério da Saúde optou pela revisão ampla e participativa da PNPS³⁷.

A revisão da PNPS foi desencadeada pelo Ministério da Saúde e coordenada pela Secretaria de Vigilância em Saúde, por meio do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, criado a partir de 2013, e da CGPNPS, em parceria com a OPAS e o Grupo Temático de Promoção da Saúde da ABRASCO. A revisão ocorreu de forma ampla, democrática e participativa, com o envolvimento de gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de Instituições de Ensino Superior, além da participação de representantes de instituições fora do setor saúde comprometidos com ações de promoção da saúde das cinco regiões brasileiras. Nas instâncias do SUS, a PNPS foi discutida e pactuada pelos GT de Vigilância em Saúde, GT de Atenção e de Gestão, sendo aprovada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)³⁷.

A PNPS, revisada em 2013/14, aponta para a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes que influenciam a saúde, reconhecendo, a priori, que as ações de promoção e prevenção precisam ser realizadas – sempre – de forma articulada com outras políticas públicas, com as demais esferas de governo e com a sociedade civil organizada para que tenhamos sucesso.

O período é marcado, também, pelo reconhecimento da necessidade de potencializar a capacidade de disseminação dos elementos da PNPS junto aos atores do SUS e a sociedade como um todo, ampliando os canais de diálogo. Neste sentido é que se dá a criação de uma estratégia de publicidade e comunicação social dedicada a integrar e promover as principais diretrizes da PNPS.

Este dispositivo, formulado em parceria pela coordenação da PNPS, pela Divisão de Publicidade e Promoção Institucional e pela Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde, foi intitulado “Da Saúde se Cuida Todos os Dias” (<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude>) e utilizou estratégia integrada de publicidade e mídia, comunicação social,

relações públicas, eventos e promoção, parcerias estratégicas e o desafio de uma nova posição digital na rede mundial de computadores para que o MS possa assumir papel indutor de informação sobre promoção da saúde.

Para o desenvolvimento desta estratégia, a essência de marca desenvolvida fundamentava-se na promoção da saúde como o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável.

A PNPS vem para provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde e traz, em sua essência, a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população.

“Da Saúde se Cuida Todos os Dias” procura desenvolver estratégias de comunicação e mobilização social, articulando ações intersetoriais e específicas, nos seguintes eixos: a) incentivo à alimentação saudável; b) incentivo à redução do consumo de álcool; c) incentivo à atividade física; d) controle do tabagismo; e) incentivo à segurança no trânsito; f) incentivo à cultura da paz; g) incentivo ao ambiente saudável; h) incentivo ao parto normal.

A grande novidade, para além das estratégias integradas que procuram articular a publicidade e a comunicação social a partir de um eixo comum (cuidar da saúde todos os dias), fortemente comprometido com princípios fundamentais da PNPS, foi a inclusão do incentivo ao parto normal como um “novo eixo” da PNPS ou um apêndice integrado à política de promoção.

Tal decisão assenta-se na constatação de que o Brasil atravessava um grave problema de saúde pública no que se refere à assistência materna. Em 2013, 84% dos partos realizados pela rede de saúde suplementar foram cesarianas. Um número alarmante que coloca o país na posição de líder mundial em partos cirúrgicos, uma vez que o recomendado pela OMS é de 15%, ainda que a própria OMS reconheça que os esforços devam se concentrar em garantir que cesáreas sejam feitas nos casos em que são necessários, em vez de buscar atingir uma taxa específica³⁸.

Uma das maneiras mais eficientes de combater esses índices é com informação e estimulando o parto normal. Neste sentido, o SUS oferece a Rede Cegonha, com acompanhamento durante a gestação, parto e pós-parto, e a ANS e o Ministério da Saúde passaram a propor uma mudança no modelo de assistência ao parto também

na saúde suplementar, valorizando o parto normal e ampliando medidas de regulação obstétrica.

Para inversão do quadro há a necessidade de produzir uma ampla mobilização social e empoderamento das mulheres, para além das medidas relacionadas às mudanças necessárias no modelo de cuidado obstétrico, com a valorização da inserção da enfermagem no cuidado, do modelo de financiamento e da regulação da atenção obstétrica.

Compreendeu-se, a partir daí, a pertinência de produzir uma ampliação no leque de intervenções propostas na PNPS. Trata-se de uma decisão técnica e política que pressupõe que a PNPS não deveria se restringir à intervenção sobre os fatores de risco consagrados para as DCNT e, assim como já procura enfrentar outros determinantes e agravos importantes, como as diversas formas de violências e o uso abusivo de álcool e outras drogas, deveria estar aberta e incluir outros problemas de saúde – a partir das necessidades da população – que exigem intervenções antecipadas, vigilância, empoderamento da população para o autocuidado, produção de consciência sanitária, compromisso pessoal e coletivo de todos os cidadãos, (usuários, grupo alvo/de risco ou não, trabalhadores, pesquisadores, gestores etc) com o enfrentamento destes desafios.

Próximos capítulos: potência de uma obra, ainda, em aberto

A PNPS apresentou diversos avanços e importantes desafios. A agenda de prioridades 2006 a 2007 acabou por ser cumprida, mas também foram inseridas novas ações, que não constavam no texto original. Destaque para a articulação entre a PNPS e o Plano de Enfrentamento de DCNT, potencializando ações, prioridades e resultados.

Destaca-se a importância do Comitê Gestor da PNPS na coordenação das ações intra e intersetoriais da promoção da saúde, trabalhando de forma contínua e sustentada neste período, e que foi um facilitador para a integração dos processos.

Foi muito importante a inserção de programas de promoção da saúde na programação orçamentária; financiamentos destinados aos municípios e estados para projetos de atividade física e práticas corporais; avanços expressivos na vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco e proteção das DCNT; e avanços na avaliação dos projetos, nas parcerias, na capacitação de recursos humanos e na mobilização social. O campo da promoção está em processo de construção e ainda temos um grande caminho a per-

correr, mas estão dados os passos efetivos para a sua institucionalização e fortalecimento.

Ainda constitui um desafio avançar na ação intersetorial buscando articular ações destinadas a públicos específicos, como a promoção da saúde no ambiente do trabalho, na comunidade, buscando avançar em projetos destinados à melhoria da mobilidade urbana, na inclusão de pessoas com deficiência e idosos. Além das necessárias ações intersetoriais referentes ao planejamento urbano, com evidente impacto nos níveis de atividade física da população, possibilitando o acesso a espaços seguros e saudáveis pela população de baixa renda. Estas ações cabem a diversos setores, em todas as esferas de governo, incluindo o Ministério das Cidades e o Ministério do Transporte, dentre outros.

O processo de revisão da PNPS ampliou o escopo de consulta para as regiões brasileiras e trouxe diversidades de expectativas e prioridades. A necessidade de se conformar uma Política de caráter nacional ofusca singularidades. Há que se seguir com aproximações sucessivas entre o todo e as partes. Buscar que o local/territorial/municipal/regional/estadual tenham suas cores representadas em uma política nacional é uma aspiração legítima. E para tanto, uma Política Pública precisa estar em constante revisão. E este processo reflexivo e avaliativo deve se transmutar em um processo ininterrupto de reflexão e

avaliação compartilhada – “avalia quem formula, avalia quem faz, avalia quem usa”³⁹.

Queremos chamar a atenção para o fato de que em 2015, no lançamento da campanha “Da Saúde se Cuida Todos os Dias” para difundir os princípios e ações da PNPS se incluiu o tema “incentivo ao parto natural”, ação, esta, que não constava da portaria de relançamento da PNPS em novembro de 2014.

Stephen Ball, citado por Rezende e Baptista⁴⁰, reconhece que há disputas o tempo todo na produção das políticas: o tempo todo há formulação/produção de novos textos. Assim, há produção de texto em todos os contextos de produção de uma política. E não basta a força da lei como amarra ou limite para que clamores sociais e imperativos ético-políticos possam se manifestar *a posteriori* a qualquer publicação formal de uma Política.

A lei não pode ser uma letra morta sem vida que pulsa. Há que se ter sensibilidade, pois uma política sofre múltiplos atravessamentos de textos, discursos, disputas, ações e efeitos⁴⁰.

E neste sentido, para que uma política permaneça viva ela precisa ser vista, não como algo absoluto e definitivo, mas como um dispositivo de *natureza essencialmente estratégica... de uma intervenção racional e combinada das relações de força... o dispositivo está sempre inscrito num jogo de poder, ao mesmo tempo, sempre ligado aos limites do saber...*⁴¹.

Colaboradores

DC Malta, OL Moraes Neto, MMA Silva, D Rocha, AM Castro, AAC Reis e M Akerman participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

- Dallari SG. O Direito à Saúde. *Rev Saude Publica* 1988; 22(1):57-63.
- Akerman M, Righi LB, Pasche DF, Truffelli D, Lopes PR. Saúde e Desenvolvimento: Que Conexões? In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 123-147.
- World Health Organization (WHO). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO; 1986.
- Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
- Pasche DF, Hennington, EA. Promoção da Saúde e o Sistema Único de Saúde In: Castro A, Malo M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 19-40.
- Escorel S. *Reviravolta na Saúde, origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- Vasconcelos CM, Pasche DF O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 531-562.
- Malta DC, Silva MMA, Albuquerque GM, Lima CM, Cavalcante T, Jaime PC, Silva Júnior JB. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006-2014. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4301-4311.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 39ª ed. São Paulo: Saraiva; 2006.
- Malta DC, Castro AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Boletim Técnico do SENAC* 2009; 35:63-71.
- Castro AM. A institucionalização da Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde. *Boletim da Sub-região Brasil UIPES/ORLA Ano VII (10), setembro/2005*. [acessado 2016 jan 30]. Disponível em: <http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/boletim10.htm>
- Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Documento para Discussão*. Brasília: MS; 2002.
- Campos GWS, Barros RB, Castro AM. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):745-749.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *A Vigilância, o Controle e a Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. DCNT no Contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Situação e Desafios*. Brasília: MS; 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.409, de 13 de junho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2007; 14 jun.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 1.571, de 19 de julho de 2012. Altera a Portaria nº 1.409/GM/MS, de 13 de junho de 2007, que institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 14 jun.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2006; 31 mar.
- Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Azevedo LO, Silva GA, Theme Filha MM, Lopes CS, Romero DE, Almeida WS, Monteiro CA. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):333-342.
- Brasil. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2011; 8 abr.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria 2.684, de 14 de novembro de 2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. *Diário Oficial da União* 2013; 15 nov.
- Morais Neto OL, Silva MMA, Lima CM, Malta DC, Silva Júnior JB. Grupo Técnico de Parceiros do Projeto Vida no Trânsito. Projeto Vida no Trânsito: avaliação das ações em cinco capitais brasileiras, 2011-2012. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(3):373-382.
- Malta DC, Silva Júnior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. de Saúde* 2013; 22(1):151-164.
- Castro AM, Sperandio AMG, Gosch CS, Rocha DG, Cruz DKA, Malta DC, Albuquerque GM, Zancan L, Westphal M, Neto OLM, Durán PRF, de Sá RF, Mendes R, Moysés ST, Marcondes W, organizadores. *Curso de extensão para gestores do SUS. Adriana Miranda de Castro em promoção da saúde*. Brasília: CEAD/FUB; 2010.
- Ministério da Saúde (MS). Biblioteca Virtual em Saúde. Doenças Crônicas não Transmissíveis. [acessado 2016 jan 30]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/doencas_cronicas/inf_est_politicas.php
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Guia Alimentar para a População Brasileira, consulta pública nº 04. [acessado 2016 jan 30]. Disponível em: http://www.foodpolitics.com/wp-content/uploads/Brazils-Dietary-Guide-lines_2014.pdf
- Brasil. Termo de Compromisso nº 034/2011. Termo de Compromisso que firmam entre si a União, por intermédio do Ministério da Saúde, e a Associação Brasileira das Indústrias de Alimentação (ABIA), a Associação Brasileira das Indústrias de Massas Alimentícias (ABIMA), a Associação Brasileira da Indústria de Trigo (ABITRIGO) e a Associação Brasileira de Panificação e Confeitaria (ABIP), com a finalidade de estabelecer metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil. *Diário Oficial da União* 2011; 26 dez.

28. Malta DC, Dimech CPN, Mora L, Silva Junior JB. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(1):171-178.
29. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev. Nutr.* 2011; 24(6):809-824.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012. Coordenação de População e indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
31. Hallal PC, Knuth AG, Cruz DKA, Mendes MI, Malta DC. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 2):3035-3042.
32. Pratt M, Brownson RC, Ramos LR, Malta DC, Hallal P, Reis RS, Parra DC, Simões EJ. Project GUIA: A model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America. *Journal Phys. Activ. & Health* 2010; 7(Supl.):S131-S134.
33. Parra DC, McKenzie TL, Ribeiro IC, Ferreira Hino AA, Dreisinger M, Coniglio K, Munk M, Brownson RC, Pratt M, Hoehner CM, Simões EJ. Assessing physical activity in public spaces in Brazil using systematic observation methods. *Am J Public Health* 2010; 100(8):1420-1426.
34. Malta DC, Iser BPM, Sá NNB, Yokota RTC, Moura L, Claro RM, Luz MGC, Bernal RIT. Tendências temporais no consumo de tabaco nas capitais brasileiras, segundo dados do VIGITEL, 2006 a 2011. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):812-822.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022*. Brasília: MS; 2011.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e promoção da Saúde. *Viva: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011*. Brasília: MS; 2013.
37. Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VC, Rezende R, Nogueira JD, Franco de Sá R. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4313-4322.
38. Martins CSH, organizador. *Projeto diretrizes*. Rio de Janeiro: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2002.
39. Merhy EE. *Projeto de Pesquisa Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde*. Brasília: CNPq, MS; 2014.
40. Rezende M, Baptista TWF. A Análise da Política proposta por Ball. In: Mattos RA, Baptista TWF. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ; 2011. p.173-180.
41. Agamben G. *O Amigo e o Que é Dispositivo*. Argos: Chapecó; 2015.

Artigo apresentado em 05/02/2016

Aprovado em 21/03/2016

Versão final apresentada em 23/03/2016