

O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise

Brazil's Unified Health System and the National Health Promotion Policy: prospects, results, progress and challenges in times of crisis

Deborah Carvalho Malta¹
 Ademar Arthur Chioro dos Reis²
 Patrícia Constante Jaime³
 Otaliba Libanio de Moraes Neto⁴
 Marta Maria Alves da Silva⁵
 Marco Akerman³

Abstract *This article examines progress made towards the implementation of the core priorities laid out in the National Health Promotion Policy (PNPS, acronym in Portuguese) and current challenges, highlighting aspects that are essential to ensuring the sustainability of this policy in times of crisis. It consists of a narrative review drawing on published research and official government documents. The PNPS was approved in 2006 and revised in 2014 and emphasizes the importance of social determinants of health and the adoption of an intersectoral approach to health promotion based on shared responsibility networks aimed at improving quality of life. Progress has been made across all core priorities: tackling the use of tobacco and its derivatives; tackling alcohol and other drug abuse; promoting safe and sustainable mobility; adequate and healthy food; physical activity; promoting a culture of peace and human rights; and promoting sustainable development. However, this progress is seriously threatened by the grave political, economic and institutional crisis that plagues the country, notably budget cuts and a spending cap that limits public spending for the next 20 years imposed by Constitutional Amendment N° 95, painting a future full of uncertainties.*

Key words *Health promotion, Health policy, Intersectorality, Regulation, Smoking*

Resumo *O estudo analisa os avanços e desafios da implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) quanto às suas agendas prioritárias e aponta aspectos críticos para sua sustentabilidade em tempos de crises. Estudo de revisão narrativa, abrangendo estudos publicados e documentação institucional. A PNPS foi aprovada em 2006 e revisada em 2014 e destaca a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença e tem como pressupostos a intersectorialidade e a criação de redes de corresponsabilidade que buscam a melhoria da qualidade de vida. Foram descritos avanços nas prioridades destacadas na PNPS, em programas e ações de enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados; alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividades físicas; promoção do desenvolvimento sustentável; o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; a promoção da mobilidade segura e sustentável; e a promoção da cultura da paz e de direitos humanos. Entretanto, os avanços da PNPS apresentados podem estar seriamente ameaçados frente à grave crise política, econômica e institucional que abateu o país, em especial os cortes orçamentários para os próximos 20 anos, com a Emenda Constitucional 95, desenhando um cenário futuro de muitas incertezas.*

Palavras-chave *Promoção da saúde, Políticas de saúde, Intersectorialidade, Regulação, Tabagismo*

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 Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

³ Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo SP Brasil.

⁴ Departamento de Saúde Coletiva, Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

⁵ Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Goiás. Goiânia GO Brasil.

Introdução

A promoção da saúde consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender as necessidades sociais de saúde e a melhoria da qualidade de vida¹. Na Carta de Ottawa, em 1986, representantes de 35 países assumiram que as ações de promoção da saúde deveriam resultar na redução das iniquidades em saúde, garantindo oportunidade a todos os cidadãos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e serem protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de suas vidas¹.

Embora diretrizes da promoção da saúde tenham sido inseridas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990, a “Política Nacional de Promoção da Saúde” (PNPS) só se tornou realidade em 2006, tendo sido revisada e aprovada pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde em 2014², reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença e tendo como pressupostos a intersetorialidade e a criação de redes de corresponsabilidade que buscam a melhoria da qualidade de vida²⁻⁴.

Decorridos trinta anos do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se importante um balanço crítico dos resultados da PNPS, assim, o trabalho atual visa analisar os avanços e os desafios da implementação da PNPS quanto às suas agendas prioritárias e apontar aspectos críticos para sua sustentabilidade em tempos de crises.

Métodos

Trata-se de estudo de revisão narrativa, que analisa a implementação da PNPS quanto aos seus temas prioritários. Foi feita revisão de literatura e consulta a atos normativos do Governo Federal entre 2005 e 2017, documentos e publicações institucionais do Ministério da Saúde (MS), consultas a livros e publicações nos sites institucionais, relacionados à PNPS. Foram realizadas pesquisas bibliográficas na base da Bireme, Biblioteca Virtual de Saúde, com os descritores Política Nacional de Promoção da Saúde, política, Brasil, promoção da saúde.

Tomou-se como eixo analisador os temas prioritários definidos pela PNPS: a) Enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados; b) Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas; c) Promoção da mobilidade segura e sus-

tentável; d) Alimentação adequada e saudável; e) Práticas corporais e atividades físicas; f) Promoção da cultura da paz e de direitos humanos; g) Promoção do desenvolvimento sustentável.-

Os resultados referem-se as prioridades da PNPS identificados na revisão realizada, com base no levantamento da revisão de literatura e pesquisas e estudos publicados. A metodologia dos estudos será brevemente citada na descrição dos resultados.

Resultados

Enfrentamento do tabagismo

Estudo do Carga Global de Doenças para o Brasil apontou que no ranking dos principais fatores de risco atribuídos à carga de doenças, o tabaco caiu de segundo lugar em 1990 para quarto lugar em 2015⁵, resultado imputado ao importante declínio das prevalências de tabaco no Brasil, de 36,4% em 1989, para 15% em 2013, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde⁶. O Sistema de Monitoramento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (Vigitel) realizou inquéritos telefônicos contínuos, coletando cerca de 54.000 entrevistas anuais entre 2006 e 2016. A prevalência de fumantes nas capitais brasileiras foi de 16% em 2006 e 10,2% em 2016, mais elevada em homens do que em mulheres (Tabela 1). Este declínio foi estatisticamente significativo e aponta que o controle do tabaco no país foi efetivo^{7,8}.

Dentre as medidas adotadas, destaca-se a proibição da propaganda do tabaco nos anos noventa, intensificada na última década. Em 2006, o Brasil ratificou por meio do Decreto nº 5.659 a Convenção-Quadro sobre Controle do Uso do Tabaco – CQCT. A Lei nº 12.546, de 2011, proibiu o ato de fumar em recintos coletivos, aumentou a taxação dos cigarros para 85%, definiu o preço mínimo para a venda e visava coibir a venda de produtos contrabandeados. O Decreto Presidencial nº 8.262 em 2014, aumentou o espaço de advertências dos cigarros, regulamentou os ambientes livres de fumo, definiu como responsáveis pela fiscalização as vigilâncias sanitárias de estados e municípios, assim como as penalidades para a infração. Destaca-se ainda a ampliação do acesso a medicamentos e tratamento dos tabagistas nas unidades do SUS^{6,8}.

Os resultados positivos obtidos servem de estímulo para que o país continue investindo em políticas públicas de promoção da saúde e na prevenção do tabagismo. A redução da preva-

Tabela 1. Evolução das tendências de fumantes segundo sexo, no total das 27 capitais Brasileiras, Variação temporal 2006 a 2016, segundo inquérito telefônico, Vigitel.

Sexo	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	p-valor	Redução anual
Masculino	19.3	19.6	18	17.5	16.8	16.5	15.5	14.4	12.8	12.8	12.7	< 0.001	-0.757
Feminino	12.4	12.3	12	11.5	11.7	10.7	9.2	8.6	9	8.3	8	< 0.001	-0.503
Ambos	15.6	15.7	14.8	14.3	14.1	13.4	12.1	11.3	10.8	10.4	10.2	< 0.001	-0.62

Fonte: Vigitel - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2016.

lência do tabagismo em 30% constitui meta do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: 2011 – 2022⁹, do Plano Global de DCNT 2015-2025¹⁰ e da Agenda 2030, dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável¹¹. O Brasil foi considerado referência global pelo êxito alcançado e recebeu prêmios da Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundação Bloomberg e Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)⁶.

As medidas implementadas estão em sintonia com as boas práticas preconizadas pela OMS¹². Cabe realçar, entretanto, que o país ainda precisa avançar e implementar medidas como as embalagens genéricas, a fiscalização dos ambientes livres do tabaco e dos pontos de venda, além de impedir o comércio ilegal oriundo do contrabando. Julgamento no Supremo Tribunal Federal (STF) em 2018, da Ação Direta de Inconstitucionalidade no. 4874, interposta pela indústria do tabaco, em 2012, que questionava a autoridade regulatória da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), deu ganho de causa a ANVISA. Assim, a Agência foi considerada competente para proibir a adição de aditivos aos produtos fumígenos. Esta decisão constitui uma importante vitória da Saúde Pública, em especial para coibir a iniciação do tabaco entre jovens.

Enfrentamento do uso abusivo de álcool

A estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool publicada em 2010 pela OMS incluiu diversas estratégias visando à redução do consumo, em especial entre jovens. Entre as iniciativas do Ministério da Saúde (MS) para o enfrentamento do consumo do álcool, destaca-se, em 2010, a implementação dos Centros de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-Ad), que marca uma nova abordagem no tratamento e no enfrentamento da dependência ao álcool, conforme apontado pela OMS¹².

O MS assumiu a liderança para a aprovação de leis que restringiram o consumo de bebidas alcoólicas para condutores de veículos automotores, como a “Lei Seca” (nº 11.705/2008) e a “Nova Lei Seca” (nº 12.760/2012), que fortaleceu as ações do agente de trânsito na aplicação de medidas de proteção à vida e visa prevenir acidentes de trânsito relacionadas ao álcool. Dados do Vigitel confirmam que medidas regulatórias como estas podem ser efetivas na mudança do comportamento de álcool e direção, ocorrendo queda no consumo de álcool e direção, de forma estatisticamente significativa nos anos imediatos a implantação da Lei¹³ (Figura 1).

Entretanto, as medidas adotadas ainda são tímidas, considerando as evidências efetivas disponíveis e defendidas pela OMS, que preconizam: a) Aplicar proibições ou restrições abrangentes sobre a exposição ao anúncio de álcool (na mídia), b) Impor restrições sobre a disponibilidade física de álcool comercializado (redução dos horários de venda)¹².

Existem ainda outras lacunas como a baixa fiscalização no país da Lei nº 13.106/15, que criminaliza a venda de bebida alcoólica para crianças e adolescentes. A OMS recomenda também adotar medidas para restringir ou proibir promoções de bebidas alcoólicas em relação a patrocínios e atividades voltadas para jovens, os famosos *open bar*, populares neste público etário¹². Outro grande problema consiste na Lei Nº 9.294/1996, ultrapassada e que considera restrições ao marketing do álcool só para bebidas com teor alcoólico superior a 13 graus Gay Lussac¹⁴, excluindo assim as cervejas e as bebidas ices. Mudá-la é essencial e exigirá grande mobilização da sociedade, dado os interesses comerciais envolvidos^{15,16}.

Mobilidade segura e sustentável

A PNPS propõe promover ambientes e entornos seguros, saudáveis e sustentáveis, pautados

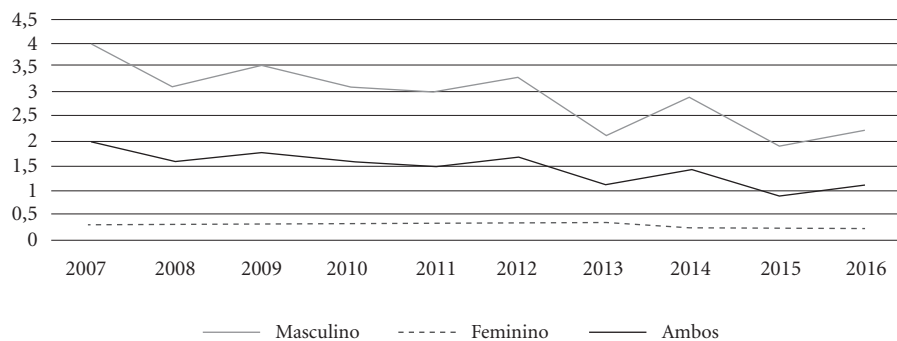


Figura 1. Tendência temporal* do consumo abusivo de álcool e direção na população adulta brasileira, segundo sexo, Vigitel, 2007 a 2016.

Fonte: Vigitel - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2016. Malta et al.¹³. Dados atualizados.

*Tendencia 2007 a 2016 – Sexo masculino – $p = 0.0024$, sexo feminino $p = 0.0057$, Total de adultos $p = 0.0013$.

na mobilidade humana e na qualidade de vida, buscando o planejamento integrado e participativo com definição de parcerias, atribuições, responsabilidades e especificidades de cada setor. Dentre as iniciativas, destaca-se o Projeto Vida no Trânsito (PVT), uma iniciativa internacional coordenada pela OMS e OPAS em parceria com outras instituições internacionais^{17,18}. O PVT foi implantado em cinco municípios (Belo Horizonte, Curitiba, Teresina, Palmas e Campo Grande)^{17,18} e por ser uma experiência exitosa, foi expandido, em 2011, para todas as capitais e cidades acima de 1 milhão de habitantes^{17,18}.

O PVT prioriza intervenções em dois fatores de risco para acidentalidade: a associação entre álcool e direção, e a velocidade excessiva e/ou inadequada para a via. As intervenções prioritárias são definidas de forma intersetorial e as ações executadas segundo as responsabilidades e especificidades de cada instituição parceira, como a Polícia Militar, Órgão Municipal de Trânsito, Polícia Rodoviária Estadual e Federal, Departamento Estadual de Trânsito (Detran), dentre outras^{17,18}. Avaliado pela Universidade John Hopkins em parceria com a UFRG, UFMG e PUC/PR, demonstrou resultados positivos em relação às ações implementadas nestes municípios¹⁸. Estudo de avaliação do impacto do PVT empregou metodologia de série temporal interrompida e utilizou a regressão de *Holt-Winters*. Foi utilizando como desfecho a taxa de mortalidade por Acidentes de transporte terrestre (ATT) e como

grupo de causa de comparação, todas as causas de morte, exceto as externas. O estudo mostrou redução relativa da taxa de mortalidade por ATT nas capitais estudadas (Belo Horizonte, Curitiba, Teresina, Palmas), exceto Campo Grande. Observou-se assim, impacto do PVT¹⁸ (Tabela 2).

Outro destaque foi a realização no Brasil da 2ª Conferência de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito das Nações Unidas e OMS, em novembro de 2015, que contou com a participação de vários países e cerca de 2.000 pessoas, culminando com a “Declaração de Brasília”, que inclui em sua centralidade a priorização da mobilidade humana, segura e sustentável¹⁹.

Promoção da cultura da paz e de direitos humanos

As ações de promoção à saúde e prevenção de violência se pautaram por organizar a vigilância destes eventos, antes invisíveis, e organizar ações em municípios a partir da estruturação de Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, com ações educativas, de formação e capacitação, e de apoio às medidas normativas visando a institucionalização de programas de atenção, prevenção e proteção, *advocacy* e apoio aos marcos legais.

Dentre os avanços intersetoriais nos marcos legais destacam-se: Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340, de 7/8/2006), Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas (Decreto nº

Tabela 2. Taxas mensais de mortalidade por acidentes de transporte terrestre e pelo grupo de comparação, previstas e observadas após a implantação do PVT. Análise de serie temporal interrompida. 2004 a 2012.

Capital/Taxas de mortalidade	Taxas de mortalidade acumuladas observadas	Taxas de mortalidade acumuladas prevista pelo modelo	Percentual de redução relativa das taxas	
			% (IC95%)	Valor de p
Palmas				
Taxa de Mortalidade por ATT	47,67	55,61	-14,3 (-142,8; 114,2)	p = 0,25
Taxa de Mortalidade- Grupo de comparação**	456,66	430,7	6,0 (-41,4; 53,4)	p = 0,20
Diferença*			-20,3	p = 0,002
Teresina				
Taxa de Mortalidade por ATT	48,54	49,38	-1,75(-59,4; 56,0)	p = 0,806
Taxa de Mortalidade- Grupo de comparação **	898,34	802,06	12,0 (9,9; 14,1)	p < 0,001
Diferença*			-13,7	p = 0,005
Belo Horizonte				
Taxa de Mortalidade por ATT	22,1	27,47	-19,5 (-22,7; -16,4)	p < 0,001
Taxa de Mortalidade- Grupo de comparação**	970,69	936,53	3,6 (-7,9; 15,2)	p = 0,06
Diferença*			-23,2	p < 0,001
Curitiba				
Taxa de Mortalidade por ATT	22,96	25,69	-10,6 (-43,7; 22,4)	p = 0,05
Taxa de Mortalidade- Grupo de comparação**	941,69	900,45	4,6 (-6,5; 15,7)	p = 0,17
Diferença*			-15,2	p = 0,009
Campo Grande				
Taxa de Mortalidade por ATT	42,93	43,08	-0,3 (-63,1; -62,5)	p = 0,96
Taxa de Mortalidade- Grupo de comparação**	946,97	955,29	-0,9 (-24,1; 22,3)	p = 0,76
Diferença*			0,5	p = 0,06

* Diferença da redução relativa (Impacto do PVT após a sua implantação nos municípios. ** Todas as causas de morte, exceto as externas.

Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

5.948, de 26/10/2006), além de planos interseoriais e setoriais, como: Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-juvenil (2007), Plano Juventude VIVA, que tem como objetivo prevenir os homicídios em jovens negros. Esses avanços refletem a articulação inter-setorial com outros órgãos e instituições, um dos pilares da PNPS³.

A Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no SUS visou conhecer a magnitude dos eventos, em especial, as violências domésticas, classicamente subnotificadas. O VIVA, implantado em 2006, permitiu revelar a violência doméstica e sexual que ainda permanece velada na sociedade, além de captar a violência autoprovocada, como as tentativas de suicídio, dentre outras violên-

cias, a exemplo do trabalho infantil, violência psicológica ou moral, negligência e abandono, tráfico de pessoas, violência por intervenção legal²⁰, as violências homofóbicas contra as mulheres e homens em todas as idades e outras²⁰. Em 2011 as violências passaram a ser registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) com a publicação da Portaria nº 204/2011²¹.

A Figura 2 mostra o crescimento das notificações compulsórias de violência no período, que saltaram de 107.530 notificações em 2011, para 242.347 em 2015, sendo 70% referentes à violência contra o sexo feminino. Estas notificações apontam a melhoria da captação destes eventos e a melhor estruturação da vigilância de violên-

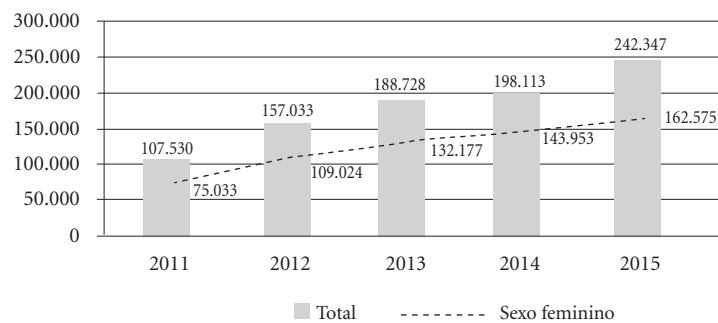


Figura 2. Número de notificações de violência interpessoal e autoprovocada (total e sexo feminino) – Brasil, 2011 a 2015.

Fonte: Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Ministério da Saúde.

cias. Além disto, permitiu articular ações de proteção às vítimas entre o setor saúde e as redes de Atenção e de Proteção às Pessoas em Situação de Violências²⁰.

Um dos desafios da PNPS é o alinhamento da política com a “Carta de Curitiba”²², um dos legados da “22ª Conferência Global de Promoção da Saúde da União Internacional para Promoção da Saúde e Educação (UIPES)”²³, que ocorreu em maio de 2016 e que reafirma a necessidade de intervir nos determinantes e condicionantes socioambientais para a promoção da saúde, tendo a equidade como um ponto central, fundamental para a promoção dos direitos humanos e da cultura de paz e não violência.

Outro grande desafio atual é o risco de retrocesso nas políticas de direitos humanos e nos marcos regulatórios, a exemplo da pressão de grupos econômicos e armamentistas por mudanças no Estatuto do Desarmamento (Lei nº 10.826, de 22/12/2003), uma das grandes ações que reduziu os homicídios em 2004, demonstrando que é possível prevenir violências e que medidas como estas não podem ser abandonadas. Estudo de Souza et al.²³, apontou redução de cerca de 3,2 mil homicídios em decorrência do recolhimento de armas em 2004. Impõem-se, ainda, como importantes desafios enfrentar as pressões que visam o rebaixamento da maioria penal e garantir o Estatuto da Criança e do Adolescente; bem como não permitir retrocessos na Lei do Aborto que garante à mulher o direito de fazer um aborto nos casos previstos na legislação.

Alimentação adequada e saudável

A prioridade dada a este tema na PNPS justifica-se por ser um direito básico fundamental e um dos determinantes e condicionantes da saúde. Diversas ações de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) foram implementadas pelo MS entre 2003 e 2015, entre elas: articulações intersetoriais e intrasetoriais, buscando a produção do cuidado e a autonomia dos indivíduos e das comunidades^{2,24}. Cita-se ainda a implementação de equipes de apoio matricial (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), o acompanhamento sistemático das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família (PBF), a implementação do Sistema Nacional de Vigilância de Alimentar e Nutricional (SISVAN), o incentivo ao aleitamento materno, as diversas ações de promoção da alimentação saudável na atenção básica, o Programa Saúde na Escola (PSE), criado por meio de Decreto Presidencial em 2007, implantado em cerca de 87% dos municípios em 2015. Destaca-se ainda as ações referentes à alimentação no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil 2011-2022, buscando incentivar o aumento do consumo de frutas e hortaliças, a redução do consumo de sal e deter o crescimento da obesidade⁹.

O Guia Alimentar para a População Brasileira, versão 2006 e sua atualização em 2014, incluiu 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, tornando-se uma referência para diversos países²⁵. O Guia inclui um conjunto completo de recomendações sobre alimentos e práticas alimentares, com objetivo de promoção da saúde e do bem estar da população brasileira^{25,26}.

Outra importante iniciativa foi a implementação do Plano de Redução do Consumo de Sal, que articulou ações com o setor produtivo de alimentos visando a redução do teor de sódio em alimentos processados. Implantado de forma gradual, voluntária e por meio de metas bianuais, considera o desenvolvimento de novas tecnologias, formulações e a adaptação do paladar dos consumidores^{27,28}. Foram realizados monitoramentos dos termos de compromisso em 2011, 2013-2014 e 2017. Nilson et al.²⁸ analisaram os dados dos monitoramentos, obtendo teores de sódio dos alimentos industrializados diretamente da informação obrigatória do rótulo alimentar dos produtos, extraídos principalmente dos sites oficiais das empresas e das embalagens dos produtos. A Tabela 3 mostra o conteúdo médio de sódio em 16 subcategorias de alimentos avaliados. A maioria dos alimentos (com exceção de salgadinhos de milho e queijo mozzarella) declinaram continuamente ao longo do tempo. Redu-

ções estatisticamente significantes foram encontradas para 65% das subcategorias comparando o teor de sódio entre a linha de base e os anos seguintes²⁸.

Entretanto, ainda são grandes os desafios para deter o crescimento da obesidade no país, incluindo maior efetividade nas medidas regulatórias, aprovar legislação sobre taxação de alimentos ultraprocessados, subsídios aos alimentos saudáveis, proibição do marketing de alimentos para crianças, dentre outras medidas regulatórias¹². Destaca-se que estas medidas enfrentam forte oposição da indústria de alimentos e sua implantação só se dará mediante mobilização social efetiva.

Prática corporal/atividade física

Este eixo, no contexto da PNPS, teve seu impulso a partir de 2005. Dentre as ações destacam-se: a) a organização da Vigilância de fatores de risco e de proteção de doenças crônicas não transmissíveis, o que possibilitou o monitoramento de indicadores da prática de atividade física por meio de inquéritos populacionais, como o VIGITEL, entre 2006 e 2016⁷, as três edições da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE),

Tabela 3. Acordo voluntário com a indústria de alimentação e o monitoramento do teor de sódio de subcategorias de alimentos selecionadas, segundo a linha de base, 2011 e ciclos de monitoramento de 2013 – 2014 e 2017, Brasil.

Categoria de alimento	n	Sódio 2011	n	Sódio 2013-2014	n	Sódio 2017	p*	Redução
		(mg/100g)		(mg/100g)		(mg/100g)		
		Média		Média		Média		2011-2017
Pão de forma	117	426.5	87	380.3	82	365.0	< 0.001	14,3
pãezinhos	9	436.1	8	388.5	11	374.4	0.359	14,2
Mistura de bolo	125	372.3	201	309.6	135	291.6	< 0.001	21,8
Massas instantâneas	90	1,960.0	97	1,662.3	87	1,598.6	< 0.001	18,5
salgadinhos de batatas	22	547.6	28	513.3	30	475.4	0.237	13,2
Maionese	31	1063.3	41	891.3	29	852.7	< 0.001	19,8
produtos lácteos	80	659.5	80	524.4	45	434.5	< 0.001	34,1
Margarinas	94	739.9	84	689.8	46	544.3	< 0.001	26,4
queijo Mozzarella	26	600.2	51	461.2	28	517.2	0.039	13,8
Cubos e pós de caldo	41	1,035.9	26	985.2	35	952.1	0.003	8
Biscoitos doces	17	359.2	45	318.2	52	293.9	0.019	18,4
biscoitos recheados	176	259.5	198	242.6	185	235.5	0.006	9,3
Biscoitos salgados	39	695.8	94	660.4	84	590.9	0.031	15
cereais matinais	27	428.9	21	406.7	15	359.2	0.209	16,3

Fonte: Nilson et al.²⁸.

em 2009, 2012 e 2015, e inquéritos domiciliares, como o suplemento de saúde da PNAD (2008) e a Pesquisa Nacional de Saúde (2013)³.

Destaca-se o financiamento de projetos municipais de atividade física, e a partir de 2011 a criação do Programa Academia da Saúde, com estrutura física e incentivo às atividades comunitárias ligadas à promoção da saúde³. Este modelo foi avaliado por diversas Universidades, utilizando metodologias quantitativas e qualitativas, apontando a sua efetividade^{3,29,30}. Foi demonstrado que intervenções de base comunitária que incluam atividade física, políticas públicas e planejamentos envolvendo a comunidade, são eficientes para o incremento dos níveis de atividade física populacionais^{29,30}. O avanço do Programa Academia da Saúde se deu pela sua articulação com a atenção básica, buscando a integralidade das práticas, a inserção da promoção da saúde no cotidiano das equipes e a articulação com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Promoção do desenvolvimento sustentável

Entre os anos de 2006 e 2015, foram construídas diversas parcerias intersetoriais envolvendo o 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 a Região Turística do Meio Norte (Piauí, Maranhão e Ceará); Plano de Desenvolvimento Regional Sustentável do Xingu, dentre outros. Destaca-se a realização da Conferência Rio + 20 no país, e o seu relatório que reconheceu a saúde como pré-condição para o desenvolvimento sustentável e foi importante para a inclusão da saúde como objetivos da Agenda de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas^{11,31}.

Discussão

O artigo apresenta um balanço dos resultados da PNPS, destacando avanços e desafios nas agendas prioritárias. Foram financiados projetos de promoção da saúde em municípios e criados diversos programas (Vida no Trânsito, Academia da Saúde, Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde, Saúde na Escola, dentre outros). A revisão da PNPS em 2014 foi um marco no aperfeiçoamento da política e no engajamento dos atores no processo⁴. Outros avanços também devem ser destacados, como a inserção da PNPS na programação orçamentária,

financiamentos para projetos de atividade física, alimentação saudável, prevenção do tabagismo, da violência, além da capacitação de recursos humanos e mobilização social³. O Comitê Gestor da Política de Promoção à Saúde manteve reuniões mensais entre 2005 a 2015, articulando e coordenando as ações intra e intersetoriais, construindo pautas articuladas e facilitando a integração dos processos³. Sua continuidade é essencial para a sustentabilidade da PNPS.

As diretrizes e as prioridades de uma política pública como a PNPS, os esforços para sua implementação e recursos disponibilizados dizem muito sobre os valores que pautam os conceitos de saúde, cidadania, desenvolvimento sustentável e qualidade de vida para uma determinada sociedade. Permitem reconhecer, ainda, o quanto o Estado, por meio de ações intersetoriais, é capaz de desenvolver ações e programas coerentes com os princípios propugnados em políticas públicas desta natureza.

Entretanto, os avanços da PNPS estão seriamente ameaçados frente à grave crise política, econômica e institucional que abateu o país, agravada pelo golpe parlamentar em 2016, que desenha um cenário futuro de muitas incertezas, marcado pela visão de estado mínimo, cortes orçamentários, austeridade econômica, desregulamentação do estado, descontinuidade dos projetos que promoviam a inclusão social, dentre outros^{32,33}. O que será do SUS e das políticas sociais nos próximos anos ainda é um capítulo em aberto. A aprovação da Emenda Constitucional nº 95 e do Novo Regime Fiscal impõe o congelamento dos gastos públicos por 20 anos^{32,33}. A diminuição de recursos federais afetará municípios e estados e resultará em retração significativa da oferta de ações e serviços do SUS, incluindo-se os previstos na PNPS e que dependem de esforços intersetoriais, indicando enormes dificuldades para a sustentabilidade da PNPS e do próprio SUS.

Estudos de Stucker e Basu³⁴ apontam que países que adotaram cortes orçamentários prejudicam gravemente a saúde da sua população. A austeridade econômica agrava ainda mais a crise, causam iniquidades e não são justas, pois há redistribuição desigual dos sacrifícios. Portanto, as medidas implementadas no Brasil só devem agravar a crise e a saúde da população. Torna-se urgente investir em estudos para medir o impacto da austeridade fiscal sobre as condições de vida e saúde da população brasileira.

Outro ponto crítico é o enfraquecimento do papel regulatório do Estado. Evidencia-se a ampliação dos lobbies empresariais e

a aglutinação de forças políticas em torno de pautas conservadoras. São exemplos as seguidas tentativas do Congresso Nacional em deslegitimar o papel regulatório da ANVISA, tentando aprovar leis sobre (anorexígenos, agrotóxicos, pílula do câncer, tabaco). Outra disputa frequente ocorre nas tentativas de setores empresariais, a partir da judicialização, tem feito junto ao SUS, buscando incorporar procedimentos sem comprovação de custo efetividade. A fragilização do Estado no seu papel regulatório trará sérios prejuízos para o SUS e para a população brasileira.

Enquanto perspectiva do presente e do futuro, a Agenda 2030¹¹, com os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, estabelece uma nova perspectiva para a promoção da saúde. A 9ª Conferência Global de Promoção da Saúde realizada em 2016, em Xangai, com o tema a “Promoção da Saúde no Desenvolvimento Sustentável” demanda uma resposta vigorosa de articulação de quatro pilares: “cidades saudáveis”, “bom governo”, “alfabetização em saúde” e “mobilização social”. Esta importante agenda internacional requer articulação em âmbito nacional, estadual e local, e motiva a reativação do Comitê Gestor da PNPS, fortalecendo a intrasetorialidade e buscando alianças fora do setor saúde.

Conclusão

Escrever a história do tempo presente, ou como propõe Sayuri³⁵, “fazer história a quente”, é um desafio sujeito a limites, por descrever as “mordas provisórias” da história. Embora tenhamos apontado avanços na história recente da PNPS,

reconhecemos que decorridos 30 anos da criação do SUS ainda estamos longe de superar o modelo centrado na doença e na assistência médico-hospitalar. As ações de promoção desenvolvidas, de forma geral, não foram consolidadas a ponto de alterarem de forma expressiva o modo de produzir saúde e enfrentar os determinantes sociais do processo saúde-doença.

Torna-se fundamental ressignificar o papel e a importância da PNPS para o SUS, em particular ao se considerar a necessidade de produzir estratégias de enfrentamento para os desafios impostos pelo perfil de epidemiológico, demográfico e nutricional dos brasileiros para o presente e para as próximas décadas.

O reformismo em curso parece indicar que vivemos tempos difíceis, de restauração de uma ordem conservadora³⁶ que interfere em todos os segmentos da vida e com forte impacto sobre as políticas públicas. Aumento do desemprego, da precarização do trabalho, a quebra do pacto solidário da previdência social, a desmontagem ou sucateamento das políticas de proteção e inclusão social, a desregulamentação de leis que visam a proteção ambiental e o desenvolvimento sustentável, o rearmamento da sociedade, entre outras reformas conservadoras em curso, são indicativas das dificuldades para a implementação do SUS e de políticas como a PNPS, mas também para garantir a democracia, a justiça social e a cidadania. Trata-se, outrossim, de ir além e enfrentar a predominância do individualismo vigente, empoderar a sociedade para que possa se mobilizar e exigir do Estado a promoção dos pactos indispensáveis para a implementação da PNPS.

Colaboradores

DC Malta participou da concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação da primeira versão do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada. AA Chioro dos Reis, M Akerman, OL Morais Neto, MMA Silva e PC Jaime participaram da análise e interpretação dos dados, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Cien Saude Colet* 2009; 14(6):2305-2316.
- Brasil. Portaria MS/GM n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União* 2014; 11 nov.
- Malta DC, Moraes Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Akerman M. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1683-1694.
- Rocha DG, Alexandre VP, Marcelo VP, Regiane R, Nogueira JD, Sá RF. Processo de Revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4313-4322.
- Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, Passos VMA, Abreu DMX, Ishitani LH, Velásquez-Meléndez G, Carneiro M, Mooney M, Naghavi M. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015. *Rev. Bras. epidemiol.* 2017; 20(1):217-232.
- Malta DC, Vieira ML, Szwarcwald CL, Caixeta R, Brito SM, Reis AAC. Tendência de fumantes na população Brasileira segundo a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008 e a Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. bras. epidemiol* 2015; 18(2):45-56.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *VIGITEL Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: MS; 2017.
- Malta DC, Stopa SR, SMAS, ASSCA, Oliveira TP, Cristo EB et al. Evolução de indicadores do tabagismo segundo inquéritos de telefone, 2006-2014. *Cad Saude Publica* 2017; 33(Supl. 3):e00134915.
- Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2011; 20(4):425-438.
- World Health Organization (WHO). *WHO Global NCD Action Plan 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013. [acessado 2017 Out 20]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
- United Nations. *Agenda 2030 e nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável*. ODS. [acessado 2017 Out 20]. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/>
- World Health Organization (WHO). *Best Buys' and other recommended interventions For the prevention and control of noncommunicable diseases*. Geneva: WHO; 2017. [Updated (2017) appendix 3 of the global action plan For the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020].
- Malta DC, Bernal RTI, Silva MMA, Claro RM, Silva Júnior JB, Reis AAC. Consumo de bebidas alcoólicas e direção de veículos, balanço da lei seca, Brasil 2007 a 2013. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):692-696.
- Brasil. Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996. Dispõe sobre as restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícolas, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal. *Diário Oficial da União* 1996, 15 Jul.
- World Health Organization (WHO). *Global Status Report on Alcohol and Health*. [Internet] 2010. [acessado 2017 Out 20]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html.
- Vendrame A, Pinsky I, Faria R, Silva R. Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool. *Cad Saude Publica* 2009; 25(2):359-365.
- Silva MMA, Moraes Neto OL, Lima CM, Malta DC, Silva Júnior JB. Projeto Vida no Trânsito - 2010 a 2012: uma contribuição para a Década de Ações para a Segurança no Trânsito 2011-2020 no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22(3):531-536.
- Moraes 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 Jul/Set; 22(3):373-382.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). *Declaração de Brasília sobre Segurança no trânsito* [Internet]. 2015 [acessado 2017 Dez 01]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/brasil_declaration_Portuguese/es/
- Silva MMA, Mascarenhas MDM, Lima CM, Malta DC, Monteiro RA, Freitas MG, Melo ACM, Bahia CA, Bernal RTI. Perfil do Inquérito de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela de Urgência e Emergência. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2017; 26(1):183-194.
- Brasil. Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2014; 17 fev.
- Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). *Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade* [Internet]. Curitiba, PR 2016 [acessado 2017 Dez 01]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/08/Carta-de-Curitiba-Portug%C3%AAs.pdf>
- Souza MF, Macinko J, Alencar AP, Malta DC, Moraes Neto OL. Control Reductions In Firearm-Related Mortality And Hospitalizations In Brazil After Gun. *Health Affairs* 2007; 26(2):575-584.
- Souza AKP, Jaime PC. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Cien Saude Colet* 2014; 19(11):4331-4340.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia Alimentar para a População Brasileira*. 2ª ed. Brasília: MS; 2014.
- Monteiro CA, Cannon G, Moubarac JC, Martins AP, Martins CA, Garzillo J, Canella DS, Baraldi LG, Barciotte M, Louzada ML, Levy RB, Claro RM, Jaime PC. Dietary guidelines to nourish humanity and the planet in the twenty-first century. A blueprint from Brazil. *Public Health Nutr* 2015; 18(13):2311-2322.
- Nilson EAF, Jaime PC, Resende DO. Iniciativas desenvolvidas no Brasil para a redução do teor de sódio em alimentos processados. *Rev Panam Salud Publica* 2012; 32(4):287-292.

28. Nilson EAF, Spaniol AM, Gonçalves VSS, Moura I, Silva SA, L'Abbé M. Sodium Reduction in Processed Foods in Brazil: Analysis of Food Categories and Voluntary Targets from 2011 to 2017. *Nutrients* [journal on the Internet]. 2017 Jul [cited 2017 Dec 01]; 9(7):42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537856/>
29. 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. *J Phys Act Health* [journal on the Internet]. 2010 Jul [cited 2017 Dec 01]; 7(2):S131-S134. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20702900>
30. Simões EJ, Hallal PC, Siqueira FV, Schmaltz C, Menor D, Malta DC, Duarte H, Hino AA, Mielke GI, Pratt M, Reis RS. Effectiveness of a scaled up physical activity intervention in Brazil: A natural experiment. *Prev. Med.* 2017; 103S:S66-S72.
31. Buss PM, Ferreira JRF, Hoirisch C, Matida A. Desenvolvimento sustentável e governança global em saúde – Da Rio+20 aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) pós-2015. *RECIIS* 2012; 6(3).
32. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dez.
33. Reis AAC, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSS. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. *Saúde Debate* 2016; 40(n. esp.):122-135.
34. Stuckler D, Basu S. *A Economia Desumana: Porque Mata A Austeridade*. Lisboa. Editorial Bizancio; 2014.
35. Sayuri J. *Folha de São Paulo*. 2017; 11 ago. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/ilustrissima/2017/08/1908986-crise-politica-amplia-interesse-pela-chamada-historia-do-tempo-presente.shtml>
36. Bourdieu P. *Contrafógos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1998.

Artigo apresentado em 11/12/2017

Aprovado em 30/01/2018

Versão final apresentada em 27/02/2018

