

Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014

National Policy for the Health Promotion, description of the implementation of the physical activity and body practices, 2006-2014

Deborah Carvalho Malta^{1,2}
Marta Maria Alves da Silva¹
Geórgia Maria Albuquerque¹
Roberta Corrêa de Araujo de Amorim¹
Gisele Balbino Araujo Rodrigues¹
Thaís Severino da Silva³
Patricia Constante Jaime^{3,4}

Rev Bras Ativ Fis Saúde p. 286-299
DOI

<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.19n3p286>

¹Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

² Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

³ Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde, Brasília-DF, Brasil

⁴ Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

RESUMO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi publicada em 2006 e foram definidos sete eixos prioritários de ação. Objetivou-se descrever a implementação do eixo prática corporal/atividade física no contexto da PNPS. Foram consultadas informações contidas em portarias, documentos institucionais, sites, livros e artigos publicados visando analisar as ações implementadas segundo os seguintes eixos analisadores transversais: fortalecimento da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS); articulação intersetorial e parcerias; promoção da atividade física/práticas corporais no território; avaliação e monitoramento. Quanto ao fortalecimento da promoção a saúde no SUS foi criada linha orçamentária específica, bem como a inserção da promoção no Plano Plurianual e o monitoramento de indicadores da Promoção da Saúde nos pactos federativos. Foi organizada a 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. Realizado o financiamento de projetos municípios de atividade física em cerca de 1.500 municípios entre 2005 e 2010. Em 2011 foi criado o Programa Academia da Saúde, com estrutura física e incentivo à atividades comunitárias ligadas à promoção da saúde. Observaram-se avanços na avaliação de efetividade dos programas de atividade física, contanto com a parceria entre Universidades brasileiras, americanas, Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Center for Diseases Control and Prevention (CDC) e Ministério da Saúde. As ações intersetoriais foram relevantes, em especial a articulação com os setores de Esporte/Lazer e Educação. Foram contabilizados inúmeros avanços e dentre os desafios futuros destaca-se o processo de revisão da PNPS, com a manutenção da atividade física entre as prioridades do setor e, a implantação e fortalecimento do Programa Academia da Saúde no país.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde; Promoção da saúde; Intersetorialidade; Planejamento; Gestão; Políticas públicas; Atividade física.

ABSTRACT

The National Policy for the Promotion of Health was published in 2006 and seven action priority defined. This study aimed to describe the practical implementation of physical activity in the context of the Health Promotion Policy. Information contained in laws, institutional documents, websites, books and published articles were consulted in order to analyze the actions taken. The following aspects were analyzed; strengthening health promotion; Intersectoral coordination and partnerships, promotion of physical activity in the territory; strengthening monitoring and evaluation of health promotion. Regarding the strengthening of health promotion in the National Health System (SUS) was created specific budget to health promotion, monitoring indicators of health promotion in the federal pacts, organize surveillance of risk and protective factors for chronic diseases, monitoring indicators of physical activity through surveys has been organized. The financing of municipalities' physical activity projects occurred in 1,500 municipalities 2005 to 2010. In 2011 was created the Health Academy Program, with infrastructure and encouraging community to practice physical activities. There was progress in evaluating the effectiveness of physical activity programs, as long as the partnership between Brazilian American Universities, PAHO, CDC and Ministry of Health. Intersectoral action were relevant, particularly with the sectors of Sport / Recreation and Education. Advances have been recorded and among the future challenges highlight the process of reviewing the Health Promotion Policy with the maintenance of physical activity among the priorities, and the establishment and strengthening of the Health Academy Program.

KEYWORDS

Health; Health Promotion; Intersectoral; Planning; Management; Public Policy ; physical activity.

INTRODUÇÃO

A Promoção da Saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um processo cuja finalidade é ampliar as possibilidades de indivíduos e comunidades em atuarem sobre fatores que afetam sua saúde e qualidade de vida, com maior participação no controle deste processo^{1,2}. No Brasil, o movimento sanitário se referenciou na Carta de Ottawa³ para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e das ações de promoção à saúde, visando a redução das iniquidades em saúde, o empoderamento dos indivíduos e grupos para atuar sobre sua saúde⁴.

Os princípios da “Promoção da Saúde” foram incorporados pelo Movimento da Reforma Sanitária, na Constituição Federal de 1988 e no SUS. Entretanto, foi somente em 2006 que o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) elaboraram e aprovaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)^{5,6}. A publicação da PNPS representa um marco no processo cotidiano de construção do SUS, reiterando a compreensão dos determinantes sociais da saúde no processo saúde doença. O objetivo da PNPS é *“promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais”*. Suas diretrizes preconizam atitudes baseadas na cooperação e no respeito às singularidades, como: estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social e estabelecimento de mecanismos de cogestão no processo de trabalho e no trabalho em equipe^{5,6}.

Em 2006 foram definidos como eixos prioritários de ação da PNPS alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável. Estas ações prioritárias apontadas na PNPS serviram como dispositivo para ampliar ações de promoção em todos os níveis do SUS⁵ e de melhor articulação entre diferentes áreas técnicas e programas e políticas a partir da abordagem da promoção da saúde⁵.

Como forma de operar a transversalidade da PNPS no SUS e construir mecanismos de co-responsabilização e cogestão, foi criado pelo Ministério da Saúde, ainda em 2005, o Comitê Gestor da PNPS, para coordenar as ações de Promoção da Saúde. O Comitê Gestor da PNPS envolve diferentes áreas do Ministério da Saúde (Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, Secretaria de Atenção à Saúde - SAS, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, Secretaria Executiva – SE) e demais entidades vinculadas ao Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, Instituto Nacional de Câncer – INCA, além de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO⁷⁻⁹.

A inclusão do tema da atividade física como prioridade na PNPS passa pela compreensão de que a inatividade física é um dos principais fatores de risco para a mortalidade mundial. Estudo de Lee et al¹⁰ apontou que em todo o mundo o sedentarismo causaria cerca de 6% da carga de doença de doença cardíaca coronária, 7% do diabetes tipo 2, 10% de câncer de mama e 10% de câncer de cólon. Estima-se que a inatividade resultaria em 9% da mortalidade prematura, ou cerca de 5,3 milhões dos 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008. O estudo estimou ainda que a eliminação da inatividade física poderia aumentar a expectativa de vida da população do mundo em 0,68 anos¹⁰.

Existem evidências sobre os benefícios de programas populacionais voltados para o incentivo à atividade física em níveis comunitários e na escola¹¹. As políticas públicas na área de urbanização e ambiente têm grande potencial para aumentar os níveis de atividade física da população, como por exemplo: espaços urbanos que propiciem a prática de caminhadas, ciclismo e outras formas de transporte ativo de forma acessível e segura para todos; e escolas que tenham espaços seguros e facilidades para que os estudantes possam ser ativos no seu tempo livre¹¹, ou mesmo com disciplinas direcionadas para as práticas corporais e atividades físicas definidas em currículo escolar.

Neste sentido, a PNPS sugere que sejam implantadas ações intersetoriais e de mobilização de parceiros na rede de atenção básica à saúde e na comunidade, a fim de facilitar as opções individuais, qualificar o cuidado coletivo, e reduzir as iniquidades na distribuição dos equipamentos públicos destinados à população em geral, ampliando a oferta de equipamentos em especial para população de baixa renda⁵.

Nestes oito anos desde a sua publicação, a PNPS apresentou diversos avanços e importantes desafios. A agenda de prioridades 2006 a 2007 acabou por ser cumprida, mas também foram inseridas na prática novas ações, que não constavam no texto original. Além disto, nos últimos anos foram assumidas novas demandas e compromissos nacionais como as agendas sociais coordenadas pela Casa Civil da Presidência da República, como o programa de enfrentamento da pobreza, 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*, ocorrida na Finlândia em 2013), dentre outras. Assim, o Ministério da Saúde decidiu pela revisão ampla, participativa e inclusiva da PNPS, quanto aos seus objetivos, diretrizes e ações prioritárias, visando repensar as prioridades da política para os próximos anos.

O objetivo deste artigo é descrever a implementação do eixo prática corporal/atividade física da Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando seus avanços e desafios.

METODOLOGIA

Visando facilitar a compreensão deste trabalho foi selecionado o eixo prioritário prática corporal/atividade física, como eixo ilustrador do andamento da PNPS.

Trata-se de estudo de revisão, que buscou responder o alcance ou não das ações/atividades promoção à saúde no tema prática corporal/atividade física. Foram consultadas informações contidas em portarias do governo Federal

entre 2005 a 2013, documentos e publicações institucionais do Ministério da Saúde, consultas ao site do Ministério da Saúde, livros e artigos científicos referenciados no site, relacionados ao tema da Política de Promoção à Saúde prática corporal/atividade física. Foram ainda realizadas pesquisas bibliográficas na base da Bireme com os descritores Promoção à Saúde, atividade física, política e Brasil, sendo identificados quinze (15) artigos. Foram selecionados seis que versavam sobre o tema, sendo excluídos os que tinham abordagem de programas locais, ou que analisaram outros temas da promoção à saúde.

Partindo-se da análise do texto da PNPS foram verificadas as prioridades na área da atividade física: i) Ações na atenção básica em saúde; ii) Ações de aconselhamento/divulgação; iii) Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros, iv) Ações de monitoramento e avaliação. As ações foram desdobradas em atividades, que podem ser consultadas no texto da PNPS⁵.

Para sistematizar a análise foram definidos alguns temas analisadores transversais das situações como: 1) Fortalecimento da promoção da saúde no SUS (gestão, financiamento, organização da informação e vigilância; qualificação da força de trabalho); 2) Ações de mobilização social e divulgação; 3) Articulação intersetorial e parcerias; 4) Promoção da atividade física/práticas corporais no território, 5) Avaliação e monitoramento.

Por fim, na discussão incluímos uma reflexão sobre os desafios futuros na implementação do eixo atividade física/práticas corporais no campo da promoção da saúde.

RESULTADOS

1. Fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS

a) Gestão

Embora constasse do texto Constitucional e da Lei Orgânica, a institucionalização da promoção da Saúde na Política Nacional de Promoção da Saúde se deu apenas em 2006 e sua aprovação no SUS constitui-se em uma sinalização de grande relevância. Na sequência, foram dados passos importantes, como a criação de programa orçamentário específico da Promoção da Saúde, com rubrica e orçamento destinado para a Promoção da Saúde. Além da inserção da promoção da saúde no Plano Plurianual em 2006. Ainda no período foram introduzidas ações prioritárias da PNPS no Plano Nacional de Saúde⁶.

Nos seus oito anos de existência, a PNPS foi pauta prioritária na pactuação intraministerial em diversos programas de governo. Entre 2008 e 2010, o Pacto Pela Vida introduziu indicadores da Promoção da Saúde para o monitoramento de ações nas três esferas de gestão, como a redução da prevalência de sedentarismo e tabagismo nas capitais. Entre 2008 e 2010, as ações de promoção da saúde compuseram as prioridades do Ministério da Saúde no programa de governo “Mais Saúde”, sendo monitoradas as reuniões do Comitê Gestor da PNPS⁶. Foram realizados repasses financeiros para programas de promoção da saúde no montante de 171 milhões de reais, como os de promoção de atividade física; e a rede de núcleos de prevenção de violência, sendo beneficiados, cerca de 1500 municípios¹²⁻¹⁴.

A partir de 2011, no Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), também foram inseridos indicadores de promoção da saúde para monitoramento nos municípios. Estas ações também compuseram o Plano Nacional de Saúde

2012-2015 e o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015, com a implantação do Programa Academia da Saúde, tendo as práticas corporais e atividade física como um eixo central de suas ações, e também incluindo as demais ações de promoção à saúde no seu escopo, como alimentação saudável, prevenção de violência, prevenção de tabaco, álcool e drogas e outras.

Em 2012, no Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, foram priorizados os quatro principais fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas), que de maneira combinada produzem grande parte da carga de DCNT existente no Brasil, com destaque para as doenças cardiovasculares, cânceres, diabetes e doenças respiratórias crônicas. O Plano de DCNT visa trabalhar de forma integrada 3 eixos: 1) vigilância, monitoramento e avaliação, 2) promoção da saúde e 3) cuidado integral. O Plano está articulado com a PNPS e as suas prioridades, cumprindo o papel de atualizar e avançar nos compromissos que haviam sido firmados em 2006. O Plano define novas ações para a promoção da saúde, como a implantação do Programa Academia da Saúde; a expansão do Programa Saúde na Escola que apresenta no seu componente de Promoção à Saúde o estímulo à prática de atividade física aos educandos e no ambiente escolar; o avanço nas ações regulatórias para enfrentamento dos fatores de risco como tabaco, álcool, alimentação; a reformulação de espaços urbanos saudáveis, com construção e reativação de ciclovias, parques, praças e pistas de caminhada; as parcerias intersetoriais; a mobilização social; dentre outros¹². Foram ainda estabelecidas, até 2022, metas para monitoramento do Plano, como o aumento dos níveis de atividade física em 10% e redução do sedentarismo, em 10%¹³.

b) Financiamento

Desde 2005, o Ministério da Saúde tem financiado entes federados na realização de programas de promoção da saúde. Tal iniciativa, iniciada com as capitais de estado, evoluiu de forma acentuada e, entre 2006 e 2010, foram repassados cerca de R\$ 171 milhões às Secretarias Estaduais e em torno de 1500 Secretarias Municipais de Saúde de todas as regiões do país, que integraram a Rede Nacional de Promoção da Saúde. Nestes anos iniciais, 2005 a 2010, foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a estratégia de seleção por meio de editais públicos, com envio de projetos pelos municípios, que eram avaliados e selecionados, segundo a disponibilidade orçamentária. Com esses recursos, os gestores públicos desenvolveram projetos de promoção da saúde, contemplando 1500 municípios, dos quais, cerca de 70% com ações de promoção da atividade física, e na maioria das vezes articulando com os demais eixos da PNPS como prevenção de violência e cultura da paz, e redução da morbimortalidade por trânsito^{6,13}. Entre 2009 e 2010, também foram financiados programas para as demais prioridades da PNPS¹¹.

A partir de 2011, foram definidas novas modalidades de repasse de recurso, buscando ações continuadas, sustentáveis e universais. No caso da atividade física, definiu-se pela implantação do programa Academia da Saúde^{12,14}. O Academia 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 saúde³⁵. Foi definida a meta de implantar

4.000 polos do programa até 2015^{12,13}. Até 2014 já foram repassados recursos para construção de 3.725 polos em todo o país, e existem já em funcionamento 224 academias construídos com recursos federais e polos similares que recebem recurso de custeio.

O Programa Academia da Saúde possui estrutura específica para desenvolver programas comunitários de incentivo à atividade física/práticas corporais, orientação de atividade física; promoção de ações de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar, práticas artísticas e culturais, dentre outras, operando em espaços públicos construídos com estrutura arquitetônica padronizada, infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados para essas ações.

O Programa conta com recursos financeiros provenientes do piso em Vigilância em Saúde, e do piso de atenção básica variável – PAB Variável – da Secretaria de Atenção da Saúde^{15,16} para construção dos polos do programa e custeio de suas atividades. Esses recursos se destinam a apoiar a construção de estruturas físicas e custear as ações nesses espaços, bem como ao custeio de iniciativas próprias sob gestão da saúde de municípios e estados, reconhecidas pelo Ministério da Saúde como similares ao Programa Academia da Saúde.

c) Organização da Informação e da Vigilância

Visando estruturar informações para apoio à gestão, o Ministério da Saúde tem implementado um sistema contínuo de vigilância de fatores de risco e proteção para DANT e promoção a saúde¹⁷⁻²¹. Atualmente, este sistema é composto pelo: 1) Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para DCNT, VIGITEL, que constitui um inquérito telefônico realizado anualmente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal desde 2006. O sistema estabelece um tamanho amostral mínimo de 2.000 indivíduos com 18 ou mais anos de idade em cada capital e Distrito Federal para que se possa estimar com coeficiente de confiança de 95% e erro máximo de cerca de dois pontos percentuais a frequência de qualquer fator de risco na população adulta. São realizados procedimentos estatísticos e definidos pesos de pós-estratificação para representar a população adulta nas capitais¹⁸. O sistema permite agilidade na obtenção das informações, simples, baixo custo e garante a observação continuada e sistemática permitindo o monitoramento contínuo de informações sobre atividade física, consumo de álcool, álcool e direção, tabaco, peso, altura, exames preventivos, dentre outros; 2) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar¹⁹, realizada a cada 3 anos, junto aos escolares do 9º ano do ensino fundamental do Brasil, já tendo sido realizadas duas edições, em 2009 e 2012^{19,20}; 3) Inquéritos domiciliares a cada 5 anos, como a Pesquisa Nacional de Saúde²¹, com a sua primeira versão em 2013, em complemento à série histórica dos suplementos de saúde contidos na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD). Foram realizadas cerca de 80 mil entrevistas, além de aferição de pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal e, em uma sub-amostra a coleta de material biológico (sangue e urina). A PNS coleta informações relevantes sobre os condicionantes da saúde, o acesso a medicamentos e serviços de saúde, prevalência de doenças crônicas, estilos de vida, dentre outros. Em relação à atividade física foi incluído o mesmo questionário do Vigitel, possibilitando monitorar os indicadores para Brasil, Regiões, Estados e Capitais; 4) Pesquisas junto a Rede Nacional de Promoção a Saúde – foram realizadas anualmente entre os anos de 2007 e 2010, monitorando

os municípios que receberam financiamento da PNPS; 5) Monitoramento do Programa Academia da Saúde - a partir de 2012, foi implantado o sistema de monitoramento da gestão do Programa Academia da Saúde pelo FORMSUS. Em 2013, foi criado o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) para acompanhamento das construções dos polos, além de ser prevista a inclusão de informações sobre ações de atividade física/práticas corporais realizadas pelos profissionais do Programa Academia da Saúde e de outros locais do território no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) - em seu novo software e-SUS-Atenção Básica.

d) Qualificação da Força de Trabalho

Nestes oito anos da PNPS foram organizados vários seminários, debates, reuniões técnicas, além de publicações visando ampliar a compreensão do tema da promoção da saúde no SUS. Dentre os eventos, citamos o I e o II Seminário Nacional sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2007 e 2010, respectivamente, contando com a participação de profissionais e gestores do SUS de estados e municípios, e representantes de instituições de ensino e pesquisa. Em 2012 também foi realizado o I Seminário Nacional do Programa Academia da Saúde e em 2014, o 2º Seminário Nacional do Programa Academia da Saúde e a 1ª Mostra de Práticas do Programa Academia da Saúde, respectivamente, visando fortalecer a implantação do Programa e discutir seu papel nas redes de atenção à saúde. Em março de 2014, ocorreram oficinas, cirandas e vivências no protótipo criado dentro da IV Mostra Nacional de Atenção Básica/Saúde da Família promovida pelo Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

A estratégia de realização de cursos presenciais para a qualificação da força de trabalho do SUS se mostrou insuficiente e foram organizados cursos 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. Nos últimos anos, foram ofertadas 5 edições do Curso de Educação à Distância (EAD) em Promoção da Saúde, uma Parceria com a Universidade de Brasília²². Foram capacitados cerca de 2000 alunos, em média 400 por edição, e nas em 2013 e 2014 foi inserido conteúdo específico sobre o Programa Academia da Saúde.

Além disto, foram disponibilizados livros, materiais educativos em sites, artigos, e estão em preparação fascículos sobre o Programa Academia da Saúde (Manual do Profissional, Manual de Gestão e Manual de Infraestrutura para 2014)²³.

2. Ações de mobilização social e divulgação

Um balanço inicial das ações de comunicação e mobilização aponta que foram utilizadas em especial formas de comunicação alternativas, como redes sociais, com destaque para as mídias espontâneas, organizações de sites e mobilização comunitária.

A divulgação dos resultados dos inquéritos (VIGITEL, VIVA, PeNSE, PNAD) foi feita nas rádios, na TV, em jornais e revistas. Essa ampla divulgação dá visibilidade às informações sobre promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas e acidentes e violências, podendo contribuir para ações de mobilização social. Alguns dos dados divulgados referem-se, por exemplo, ao aumento da obesidade no país e a programas para incentivar a prática da ati-

vidade física e alimentação saudável¹⁸; aos acordos para redução do sal²⁴; à redução da prevalência do tabagismo e a ações de ambientes livres do tabaco^{13,18}.

Uma das ações contínuas foi a celebração do dia Mundial da Atividade Física (5 de abril) e do Dia Mundial da Saúde (7 de abril), anualmente, sempre na primeira semana de abril, desde 2006. Foram vários lemas como: “*Pratique Saúde*” (2007); “*Entre para o time onde a saúde e o meio ambiente jogam juntos*” (2008), articulando o tema da intersectorialidade; “*Praticar atividade física é tão simples que você faz brincando*” (2009), “*Saúde e Qualidade de Vida*” (2010); “*Viver com Saúde é uma Grande Vitória*” (2013), “*Quem busca qualidade de vida não pode ficar parado*” (2014), estes últimos chamando atenção para os grandes eventos esportivos, a importância da atividade física na prevenção da Hipertensão arterial; dentre outros temas⁶.

3. Articulação intersectorial e parcerias

A intersectorialidade consiste em processos sistemáticos de articulações, pactuações, planejamento e cooperação entre as políticas públicas e os diferentes setores da sociedade. Constitui-se em uma estratégia, articulada entre saberes e práticas, que busca a convergência de recursos humanos, financeiros, políticos e organizacionais²⁵.

No âmbito da promoção da saúde, a articulação intersectorial tem como objetivo promover a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidades⁵. As ações em saúde de maneira intersectorial facilitam o enfrentamento dos limites da cultura organizacional, que tradicionalmente, é marcada por ações isoladas e setorializadas, em que os serviços, produtos e ações são ofertados separadamente.

No campo da atividade física diversas foram as parcerias estabelecidas, em especial envolvendo o Ministério Saúde e o Ministério do Esporte que, em 2008, lançaram o Plano Nacional de Atividade Física, visando estimular estados e municípios a organizarem iniciativas de aumento da atividade física²⁶. Este plano traçava ações e alinhava a atuação conjunta em escolas, nos territórios, em ações de comunicação e mobilização¹¹.

Em 2011, o Ministério do Esporte participou da elaboração do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT 2011-2022. As responsabilidades do Ministério do Esporte no plano constam de cooperação intersectorial para a implantação das ações de promoção de práticas corporais/atividades físicas e modos de vida saudável junto à população. Como exemplo dessas ações é possível citar o Programa Vida Saudável, direcionado para pessoas com 60 ou mais anos de idade; o Programa Segundo Tempo, que visa democratizar o acesso ao esporte para as crianças a partir dos seis anos de idade e adolescentes por meio de fornecimento de práticas esportivas e de lazer no contra turno da escola; a parceria na implementação de ações do Programa Saúde na Escola e do Programa Academia da Saúde; e o estímulo à construção de espaços urbanos ambientalmente sustentáveis e saudáveis.

4. Promoção da Saúde no território e ações para promoção da Atividade Física

Nas ações no território enfatizamos o Programa Academia da Saúde, já descrito anteriormente e o Programa Saúde na Escola (PSE), que foi criado por

meio de decreto Presidencial em 2007, e articula ações no ambiente escolar entre a saúde e a educação. Atualmente está implantado em cerca de 87% dos municípios brasileiros. O PSE tem cinco componentes, dentre eles o de promoção da saúde e prevenção de agravos, que inclui ações de alimentação saudável, atividade física, prevenção de violência, prevenção de DST/AIDS, tabagismo, álcool, dentre outras. Esta ação não estava prevista na primeira versão da PNPS, em 2006, mas passou a ser o principal programa de promoção da saúde para o público escolar a partir de 2008.

5. Avaliação e monitoramento

A OMS conceitua avaliação como *“Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão”*²⁷. O processo de avaliação dos programas e estratégias implementadas é essencial para se determinar a efetividade das intervenções sobre a saúde da população e sua adequação quanto a acesso da população alvo, qualidade das ações executadas, entre outros.

Partindo-se deste pressuposto o Ministério da Saúde tem adotado diversas medidas com o objetivo de avaliar a efetividade e o impacto do Programa Academia da Saúde. Cabe destacar que antes de adotar este modelo como estratégia de promoção da saúde, no que se relaciona à sua face referente à atividades física, o Ministério apoiou as 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 Intervenções para Atividade Física no Brasil e América Latina (GUIA)²⁸, que conta com a participação e parcerias entre o Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan Americana de Saúde, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), Centro de Pesquisa e Prevenção de Saint Louis, além de universidades nacionais, como, a Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de São Paulo, a Pontifícia Universidade Católica do Paraná, a Universidade Federal de Minas Gerais, e a Universidade Federal de Sergipe²⁸⁻³⁴.

Para a realização do Projeto GUIA de avaliação dos programas de atividade física foram adotadas diferentes estratégias metodológicas, como: análise história da implantação dos programas em nível local, identificação do modelo lógico de cada programa, observação sistemática das atividades realizadas no espaço urbano, coleta dados qualitativos dos profissionais e gestores envolvidos, estudos quantitativos junto aos usuários, bem como realização de estudos por inquérito telefônico e domiciliar^{11,34-36}.

Dentre os principais resultados destas avaliações e monitoramentos, estudos realizados no Programa Academia da Cidade de Recife/PE incluíram inquéritos populacionais sobre a associação entre a exposição ao Programa e níveis de atividade física; observação de praças, parques e outras áreas com e sem o Programa; inquéritos quali-quantitativos com profissionais, usuários e não usuários do Programa; e avaliação histórica. Em resumo, os esforços avaliativos indicaram que (a) pessoas expostas ao Programa, seja visualmente ou por participação, foram mais ativas do que aquelas não expostas; (b) usuários de parques, praças e outros espaços nos quais o Programa foi implantado foram mais ativos do que usuários de locais similares nos quais o Programa não

está presente; (c) usuários do Programa possuíam uma melhor auto percepção de saúde quando comparados com não usuários; (d) usuários e profissionais do Programa estavam, em geral, satisfeitos com as ações do mesmo e acreditavam que o Programa tinha perspectivas de expansão, confirmando a efetividade do modelo de programa^{14,29,35-38}. Dados do Projeto GUIA demonstraram ainda que intervenções, como projetos comunitários que incluem atividade física; políticas públicas e planejamentos que envolvam a comunidade e prática de atividade física na escola são estratégias eficientes^{11,14,34,39}.

As evidências obtidas por meio das avaliações do Projeto Guia^{28,29,39} foram fundamentais para a expansão do Academia da Saúde para todo o país.

Além do Projeto GUIA, desde 2005, o Ministério da Saúde realizou o monitoramento da sua rede de promoção da saúde, cerca de 1500 municípios. Estes municípios foram pesquisados por meio de instrumentos diversos (pesquisas enviadas por correio, pesquisas por meio eletrônico – FORMSUS, inquéritos por telefone), entre os anos de 2007 a 2011.^{31,32,37,38}

A partir do ano de 2013, com a implantação do SISAB e seu software e-SUS/AB, é possível o registro das ações dos profissionais junto aos usuários em cada polo do programa Academia da Saúde. Com a possibilidade de registros individualizados via Cartão Nacional de Saúde, pode-se, inclusive, acompanhar a utilização e acompanhamento dos indivíduos na rede de atenção à saúde, bem como a evolução de suas condições de saúde.

Como importantes desafios destacam-se a utilização das diferentes fontes de dados para a produção de indicadores e o fortalecimento do sistema de monitoramento e avaliação local.

Em 2011 o Ministério da Saúde, por meio do CNPQ/DECIT Departamento de Ciência e Tecnologia, aprovou um projeto de avaliação do Programa Academia da Saúde. A parceria estabelecida entre o Ministério envolve 11 universidades nacionais e tem como objetivos avaliar a efetividade do programa Academia da Cidade no Estado de Pernambuco; analisar a implantação do Programa Academia da Saúde nos municípios das cinco regiões do país; e detectar as barreiras e facilitadores para a promoção da saúde, especialmente por meio da prática de atividade física, relacionadas à implementação do Programa Academia da Saúde. Para esta avaliação foram adotadas diferentes abordagens de estudo, com métodos quantitativos, qualitativos, estudo de coorte, além de uma avaliação pré e pós implantação, que adotará método quantitativo e qualitativo. Estes estudos ainda estão em andamento.

Dentre os subprojetos em andamento, no Estado de Pernambuco, está em avaliação a expansão do Programa Academia da Cidade/Saúde, que além da capital passou a abranger 184 municípios. Para isto, optou-se pela realização de três inquéritos, anuais, sequenciais a partir de 2011, que ainda estão em etapa de análise dos dados.

DISCUSSÃO

A promoção da saúde, entendida como estratégia de produção social de saúde, deve articular o conjunto das políticas públicas que influenciem o futuro da qualidade de vida urbana⁴⁰.

Assim, as políticas públicas devem considerar a como seu objeto fundamental de atuação a melhoria nas condições de vida, de trabalho, da cultura,

estabelecendo uma relação harmoniosa com o meio ambiente, fomentando a participação social⁴⁰. Assim, a inserção das práticas corporais/atividade física como prioridade da PNPS se fundamentou em uma concepção da Promoção da Saúde apoiada em processos educativos, na superação de barreiras, na busca de melhorias ambientais, na mobilidade urbana, na ação intersetorial, articulada, na redução das iniquidades sociais.

Segundo Moretti et al⁴⁰ a promoção da saúde envolve arranjos intersetoriais na gestão pública, o empoderamento da população o desenvolvimento de competências e habilidades, capacitação, acesso à informação, estímulo à cidadania ativa, entre outros, para que a população reconheça seus problemas e suas causas, a fim de que ela possa advogar por políticas públicas saudáveis.

No campo da prática da atividade física a ação intersetorial é imperativa. A missão do setor saúde não abrange todas as possibilidades de resposta para a área. As ações coordenadas pelo setor saúde avançam no desenho de ações que visam à melhoria da saúde, estilos de vida saudáveis, dirigidas à população em geral, e em especial a públicos prioritários que frequentam as unidades de saúde, como idosos, obesos, diabéticos, hipertensos, dentre outros.

No campo da saúde, o Programa Academia da Saúde consta no Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, como uma das iniciativas para o aumento da atividade física da população, em especial o público que frequenta a atenção básica de saúde^{12,13}, demonstrando inclusive um importante potencial para captar o público que culturalmente não frequenta de forma espontânea esses serviços, como é o caso da população masculina e de adolescentes. O Programa Academia da Saúde torna-se um elemento essencial para ajudar a se atingir a meta de redução da prevalência de inativos e aumento dos níveis populacionais de atividade física.

São inúmeros os desafios para atingir a meta de repasse financeiro para construção de 4 mil polos do Programa até 2015^{12,13}. Estão sendo buscadas todas as alternativas para o alcance desta meta, seja por meio de repasse financeiro para construção e custeio aos municípios, capacitação, manual técnico de estrutura, apoio técnico às secretarias estaduais e municipais de saúde, elenco e disponibilização de equipamentos na Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes do SUS, elaboração de projeto básico para construção, redefinição de portarias que definem prazos para início e conclusão de obras, dentre outras. É fundamental que os municípios consigam avançar na construção física das obras, bem como no uso cotidiano do espaço como um equipamento de promoção da saúde, dando sustentabilidade às ações locais de construção de modos de vida saudáveis. Outro ponto consiste no avanço do Controle Social, inclusive nas atividades a serem implantadas nos polos, que devem ser definidas em conjunto com a comunidade.

Dentre outros desafios no campo da articulação do tema da promoção da saúde e das práticas corporais, citamos a necessidade de que o tema das práticas corporais/atividade física no SUS integre aos princípios e diretrizes da Atenção Básica, principalmente no que se refere à coordenação do cuidado, articulando suas ações com os demais pontos da rede de serviços, integrando e aumentando a resolutividade das ações.

Outro desafio consiste na necessidade de avançar na ação intersetorial buscando articular ações destinadas a públicos específicos como a promoção de

atividade física no ambiente do trabalho, na comunidade, buscando avançar em projetos destinados à melhoria da mobilidade urbana e na inclusão de pessoas com deficiência e idosos.

Destacamos também a parceria com o Ministério da Educação e a importância estratégica no investimento no Programa Saúde na Escola, tornando os escolares como centro da ação de promoção a saúde. Cabe aos demais parceiros, como o Ministério do Esporte, implementar ações referentes ao campo do esporte, articular agendas referentes aos grandes eventos, competições esportivas, bem como articular parcerias e possibilidades com diversos setores da sociedade.

Outro desafio consiste em avançar nas ações intersetoriais referentes ao planejamento urbano, remodelação do espaço físico urbano, e definição de políticas públicas voltadas para o ambiente urbano⁴¹. Estas ações tem grande impacto nos níveis de atividade física populacionais, visando à construção de espaços urbanos saudáveis e que visem à redução de iniquidades sociais, possibilitando o acesso a espaços seguros e saudáveis pela população de baixa renda⁴³. Estas ações cabem a diversos setores, incluindo o Ministério das Cidades, Ministério do Transporte, Planejamento Urbano.

Dentre os limites do estudo citamos tratar-se de análise descritiva, fundamentada em revisão de documentos, publicações. Tomou-se como base análise a partir dos temas da gestão, financiamento, vigilância, avaliação e monitoramento, articulação intersetorial, dentre outros. O período em análise é longo e certamente cabem outros recortes na reconstrução deste percurso.

Como conclusão, em relação aos eixos aqui apresentados podemos apontar o avanço na inserção da promoção da saúde na agenda do SUS, institucionalizando práticas de promoção da atividade física. Destacamos que o processo ainda não está consolidado, mas expressa um novo formato, uma tendência crescente nos diversos níveis de gestão. Destacamos avanços na inserção de programas de promoção da saúde na programação orçamentária; financiamentos destinados aos municípios e estados para projetos de atividade física/práticas corporais; avanços expressivos na vigilância da morbimortalidade e dos fatores de risco e proteção das DCNT, dentre eles os indicadores de atividade física; 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 percorrer, mas estão dados os passos para a sua institucionalização.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho SR. Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2005.
2. World Health Organization (WHO). Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences. Geneva: World Health Organization; 2009.
3. World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
4. Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresina D, Freitas CM (orgs.). Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Portaria n° 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde)

6. Malta DC, Castro AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Boletim técnico do SENAC*, 2009; 35: 63-71.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria do Gabinete do Ministro nº 1.409, de 13 de junho de 2007. Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde. 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 68, de 24 de junho de 2008. 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 2012
10. I-Min Lee, Eric J Shiroma, Felipe Lobelo, Pekka Puska, Steven N Blair, Peter T Katzmarzyk, for the Lancet Physical Activity Series Working Group. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 219–29.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 184p.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011; 2011.
13. 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. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2013; 22 (1):151-164.
14. Malta DC, Silva Júnior JB. Policies to promote physical activity in Brazil. *The Lancet*, 2012; 380: 195-196.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. 2013.
16. Brasil. Ministério da Saúde. 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. 2013.
17. Malta DC, Lima MFF, Leal MC, Neto OLM. Inquéritos Nacionais em Saúde: a experiência acumulada e a proposta do Inquérito Nacional de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2008; 11 (Supl.1): 159-167.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2012: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
19. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2012/IBGE, Coordenação de População e Indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 259p.
20. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2009/IBGE, Coordenação de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. 144p
21. Pesquisa Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/>
22. 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 em promoção da saúde. Brasília: CEAD/FUB, 2010.
23. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/doencas_cronicas/inf_est_politicas.php
24. Brasil. Termo de Compromisso nº004/2011. 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.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário temático: promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

26. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Plano Nacional de Atividade Física. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_atividade_fisica.pdf
27. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Genebra, 2000.
28. Simoes EJ, Hallal P, Pratt M, Ramos L, Munk M, Damascena W, et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*. 2009 Jan;99(1):68-75.
29. Reis RS, Hallal PC, Parra DC, Ribeiro IC, Brownson RC, Pratt M, et al. Promoting Physical Activity Through Community-Wide Policies and Planning: Findings From Curitiba, Brazil. *J Phys Act Health*. 2010;7(Suppl 2):S137-S45.
30. Parra DC, McKenzie TL, Ribeiro IC, Ferreira Hino AA, Dreisinger M, Coniglio K, et al. Assessing physical activity in public spaces in Brazil using systematic observation methods. *American Journal of Public Health*. 2010;100:1420-6.
31. Knuth AG, Malta DC, Cruz DK, Castro AM, Fagundes J, Sardinha LM, et al. Description of the countrywide physical activity network coordinated by the Brazilian Ministry of Health: 2005-2008. *J Phys Act Health*. 2010 Jul;7 Suppl 2:S253-8.
32. Amorin TC, Knuth A, Cruz DKA, Malta DC, Reis RS, Hallal PC. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *RBAFS*, 2013; 18: 63-74.
33. 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 Physical Activity & Health*, 2010; 7: S131-S134.
34. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JAD, Neto OLM, Temporão JG. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Revista Epidemiol. Serv. Saúde*, 2009; 18 (1): 79-86.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmen. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
36. Hallal PC, Tenorio MC, Tassitano RM, Reis RS, Carvalho YM, Cruz DK. Evaluation of the Academia da Cidade program to promote physical activity in Recife, Pernambuco State, Brazil: perceptions of users and non-users. *Cadernos de Saúde Publica*, 2010; 26(1):70-8.
37. Mendonça BC, Oliveira AC, Toscano JJO, Knuth AG, Borges TT, Malta DC, Cruz DKA, Hallal PC. Exposure to a community-wide physical activity promotion program and leisure-time physical in Aracaju, Brazil. *J Phys Act Health*, 2010; 7(Suppl 2): S223-S228
38. Knuth AG, Simões EJ, Reis RS, et al. Atividade Física no Brasil: uma revisão de evidências em experiências selecionadas. In: *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
39. Parra DC, Brownson RC. Promoting Physical Activity in Brazil: the promise and the challenge. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 2012; 17(1):2-3.
40. Moretti Andrezza C., Almeida Vanessa, Westphal Márcia Faria, Bógus Claudia M.. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saude soc.* . 2009 June; 18(2): 346-354.
41. Organização Mundial de Saúde. Healthy Urban Planning. Report of a Consultation Meeting. 2011.

**ENDEREÇO PARA
CORRESPONDÊNCIA**

DEBORAH CARVALHO MALTA

Departamento de Vigilância de
Doenças e Agravos Não Transmissíveis
e Promoção da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde,
Ministério da Saúde
SAF Sul, Trecho 2, Lote 5/6, Torre I,
Edifício Premium, Sala 14, Térreo
Brasília-DF, CEP: 70070-600
Tel: (61) 3306-7120
E-mail: deborah.malta@saude.gov.br

RECEBIDO 17/02/2014
REVISADO 14/05/2014
APROVADO 26/05/2014