

Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na atenção primária no Brasil: análise de 2014 a 2022

Offer and participation in body practices and physical activities in primary health care in Brazil: analysis from 2014 to 2022

Oferta y participación en prácticas corporales y actividades físicas en atención primaria en Brasil: análisis de 2014 a 2022

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho (<https://orcid.org/0000-0003-2979-6359>)¹

Paulo Henrique Guerra (<http://orcid.org/0000-0003-4239-0716>)²

Debora Bernardo da Silva (<http://orcid.org/0000-0003-4351-8929>)³

Leonardo Araújo Vieira (<https://orcid.org/0000-0003-4382-9719>)⁴

Resumo O objetivo é analisar a tendência temporal e a distribuição macrorregional da oferta de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas (PCAF) e do número de participantes na atenção primária à saúde, desenvolvidas por todos os profissionais de saúde e por profissionais de educação física no Brasil. Estudo ecológico de série temporal, com dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) entre 2014 e 2022, por meio da análise de regressão no software Joinpoint. Na perspectiva nacional, identificou-se aumento do quantitativo de atividades coletivas de PCAF e de participantes na atenção primária desenvolvidas por todos os profissionais de saúde e por profissionais de educação física entre 2014 e 2019, seguido de uma redução de ambos em 2020. O aumento foi retomado em 2021 e 2022. Ainda que tenha ocorrido o cenário de excepcionalidade ocasionado pela pandemia de COVID-19, foram identificadas tendências de aumento tanto na oferta de atividades coletivas de PCAF quanto de participantes.

Palavras-chave Política pública, Agenda de prioridades em saúde, Qualidade de vida, Doenças não transmissíveis

Abstract The scope of this article is to analyze the temporal trend and macro-regional distribution of the options on offer in terms of collective activities of bodily practices and physical activities (BPPA) and the number of participants in primary health care, developed by all health professionals and by Physical Education Professionals in Brazil. It involved an ecological time-series study, using data from the Health Information System for Primary Health Care (Sisab) between 2014 and 2022, which was assessed using regression analysis and Joinpoint software. At the national level, the results revealed an increase in the number of collective BPPA activities and participants in primary health care developed by all health professionals and by Physical Education Professionals between 2014 and 2019, followed by a reduction in both in 2020. The upward trend resumed in 2021 and 2022. The conclusion drawn is that, despite the exceptional scenario caused by the COVID-19 pandemic, upward trends have been identified in both the options on offer of collective BPPA activities and in the number of participants.

Key words Public policy, Health priority agenda, Quality of life, Non-communicable diseases

Resumen El objetivo es analizar la tendencia temporal y la distribución macrorregional de la oferta de actividades colectivas de prácticas corporales y actividades físicas (PCAF) y del número de participantes en la atención primaria de salud, desarrolladas por todos los profesionales de la salud y de la Educación Física en Brasil. Estudio de series de tiempo ecológicas, con datos del Sistema de Información en Salud para Atención Primaria (Sisab) brasileño entre 2014 y 2022, mediante análisis de regresión en el software Joinpoint. Desde una perspectiva nacional, se identificó un aumento en el número de actividades colectivas de PCAF y participantes en atención primaria desarrolladas por todos los profesionales de la salud y de Educación Física entre 2014 y 2019, seguido de una reducción de ambas en 2020. El aumento se reanudó en 2021 y 2022. Si bien ocurrió el escenario excepcional provocado por la pandemia de Covid-19, se identificaron tendencias crecientes tanto en la oferta de actividades colectivas del PCAF como en los participantes.

Palabras clave Políticas públicas, Agenda de prioridades de salud, Calidad de vida, Enfermedades no transmisibles

¹ Instituto Nacional de Câncer, Ministério da Saúde. R. Marquês de Pombal 125, Centro. 20230-240 Rio de Janeiro RJ Brasil. fabiofbcarvalho@gmail.com

² Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista. Rio Claro SP Brasil.

³ Universidade de São Paulo. São Paulo SP Brasil.

⁴ Serviço de Orientação ao Exercício, Prefeitura Municipal de Vitória. Vitória ES Brasil.

Introdução

As práticas corporais e atividades físicas (PCAF) configuram uma pauta estratégica na agenda da saúde pública global, em reconhecimento de suas contribuições multidimensionais à saúde individual e coletiva, bem como nos aspectos ambiental e econômico¹⁻³. Contudo, seu acesso é limitado para boa parcela da população brasileira, além de haver iniquidades relevantes⁴⁻⁷.

Melhorias nesse cenário perpassam pela criação e/ou fortalecimento de políticas públicas, já que no Brasil as PCAF constituem um direito de todas as pessoas^{8,9}. Mais especificamente, é reconhecida a potencialidade da implementação de políticas por meio de programas e ações no âmbito da atenção primária à saúde^{1,10}, haja vista a abrangência e capilaridade do Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito nacional, desde os anos 2000, o Ministério da Saúde implementou programas e ações voltadas para o fortalecimento da agenda de promoção das PCAF no sistema de saúde brasileiro¹¹, além de iniciativas municipais já existentes¹¹⁻¹³. Nesse contínuo, pode ser destacada a introdução dos profissionais de educação física no SUS^{14,15}, na qualidade de categoria profissional com maior proximidade a tais práticas. Ainda assim, vale ponderar que as PCAF também precisam ser incluídas no processo de trabalho de todos os profissionais de saúde que atuam na atenção primária do SUS, por exemplo na realização do aconselhamento^{16,17}.

Dessa forma, tendo em vista a potencialidade das PCAF na integralidade do cuidado em saúde, justifica-se a análise da oferta e do número de participantes nas PCAF na atenção primária, retratando com precisão os indicadores do SUS. Assim, o presente estudo objetivou analisar a tendência temporal e a distribuição macrorregional da oferta de atividades coletivas de PCAF e do número de participantes na atenção primária, desenvolvidas por todos os profissionais de saúde e especificamente por profissionais de educação física no período entre 2014 e 2022 no Brasil.

Métodos

Delineamento

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal, de abrangência nacional, com distribuição macrorregional do quantitativo de atividades coletivas de PCAF na atenção primária

e do número de participantes no período entre 2014 e 2022.

Fontes dos dados

O recorte temporal analisado se deve à disponibilidade de dados no Sisab, sistema de informação vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica¹⁸, disponível em <https://sisab.saude.gov.br/>.

O registro de atividades coletivas de PCAF no Sisab engloba um rol extenso de categorias profissionais, disponível para consulta no *site* citado, além de poder ser ofertada por diferentes tipos de equipes, unidades de saúde da atenção primária e relacionadas a distintos temas, públicos e turnos, contudo fogem ao escopo do presente manuscrito.

Os dados referentes ao quantitativo de atividades coletivas e participantes nas ações de PCAF foram extraídos, em fevereiro de 2023, do Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica do Sisab. Para tanto, foram utilizados os filtros “práticas em saúde” e “categoria profissional” para a seleção do quantitativo total de atividades coletivas de PCAF e do número de participantes, realizadas por todos os profissionais de saúde e por profissionais de educação física, no Brasil e macrorregiões entre 2014 e 2022, sendo incluídos os dados de todas as competências (meses)¹⁸. Por outro lado, não foi feita nenhuma seleção nos demais filtros (ex.: “Tipo de Equipe”; “Tipo de Atividade”; “Temas para Reunião”; “Público-Alvo”; “Temas para Saúde”; “Turno”; “Programa Saúde na Escola”; “Considerar apenas produção enviada no prazo”).

Cabe destacar que após o registro das informações no sistema e-SUS APS, ocorre a validação automática pela base federal do Sisab. Esses processos ocorrem mediante a data de processamento dos dados registrados e enviados no sistema, conforme o cronograma de fechamento da competência disponibilizado anualmente pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Posteriormente, os dados são disponibilizados no Sisab em forma de relatórios^{18,19}.

Na sequência, os dados extraídos foram exportados em uma planilha do *software* Microsoft Excel, de acordo com período (ano), localização (Brasil e macrorregiões) e categoria profissional responsável pela oferta de PCAF (todos e especificamente por profissionais de educação física). A extração foi efetuada por dois autores com experiência na gestão do SUS,

de forma cegada, a partir de prévia pactuação. A tabulação dos dados foi revisada por um autor diferente daquele que inicialmente a realizou e divergências foram resolvidas por consenso.

Foram considerados para análise os dados referentes ao somatório do quantitativo total de atividades nas macrorregiões brasileiras, já que foram identificadas inconsistências entre esse somatório e os dados do Brasil nas atividades realizadas por profissionais de educação física.

Variáveis analisadas

Neste estudo avaliou-se: a) o quantitativo de atividades coletivas de PCAF e b) o número de participantes nas referidas atividades. Nas variáveis foram consideradas a oferta na atenção primária por todas as categorias profissionais e exclusivamente por profissionais de educação física e foram analisados os valores no Brasil e em cada uma das macrorregiões (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Análise estatística

Procedeu-se à análise das tendências temporais por meio de regressão no *software* Joinpoint Regression Program, versão 4.7.0, com a variação percentual média anual sendo estimada com um intervalo de confiança de 95%.

Esse modelo de regressão permite identificar pontos de mudança em séries temporais e estimar as tendências de cada segmento²⁰, que podem ser identificados através de aumentos ou diminuições do quantitativo das atividades coletivas de PCAF ou do número de participantes ao longo dos anos. A variação anual (*annual percentage change* – APC) foi baseada na tendência de cada segmento, estimando se esses valores eram estatisticamente significativos ($p < 0,05$).

Para quantificar a tendência dos anos analisados, foi calculada a variação média anual (*average annual percent change* – AAPC) com base na média geométrica acumulada das tendências do APC, com pesos iguais para os comprimentos de cada segmento durante o intervalo fixado. Os testes de significância utilizados se baseiam no método de permutação de Monte Carlo e no cálculo da variação percentual anual da razão, utilizando o logaritmo da razão^{20,21}.

Resultados

Tendo como referência os anos de 2014 e 2019, em âmbito nacional, identificou-se o aumento

do quantitativo de atividades coletivas de PCAF na atenção primária, sendo realizadas, respectivamente, 88.286 e 959.889 por todos os profissionais de saúde e 40.075 e 621.373 por profissionais de educação física. Em 2020 houve redução na oferta, com 285.184 atividades coletivas de PCAF por todos os profissionais e 211.847 por profissionais de educação física. Em 2021 e 2022 houve aumento, e nesse último ano foram ofertadas 870.638 atividades coletivas por todos os profissionais e 641.386 por profissionais de educação física, uma aproximação do quantitativo de atividades encontrados em 2019 (Figura 1).

Além disso, de forma geral, também foram observadas mais atividades coletivas de PCAF na região Sudeste, seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte, nas atividades ofertadas por todos os profissionais ou por profissionais de educação física, conforme detalhamento anual apresentado por macrorregião na Figura 1.

Em relação aos participantes, também usando os anos de 2014 e 2019 como referência, foram respectivamente 2.117.100 e 16.815.555 nas atividades desenvolvidas por todos os profissionais e 688.448 e 10.566.458 naquelas por profissionais de educação física. Em 2020 também houve redução no quantitativo de participantes, com 4.124.030 nas atividades desenvolvidas por todos os profissionais e 3.078.910 nas por profissionais de educação física. Em 2021 e 2022 houve aumento, e nesse último ano foram 12.506.988 participantes nas atividades desenvolvidas por todos os profissionais e 8.672.969 naquelas por profissionais de educação física.

Além disso, de forma geral, observou-se mais participantes na região Sudeste, seguida das regiões Nordeste, Sul, Centro-Oeste e Norte, nas atividades ofertadas por todos os profissionais ou por profissionais de educação física, conforme detalhamento anual apresentado por macrorregião na Figura 2.

A Tabela 1 apresenta os resultados das análises de tendência temporal do quantitativo de atividades coletivas de PCAF.

Em relação ao quantitativo de atividades coletivas de PCAF ofertadas por todas as categorias profissionais no Brasil, foi encontrado na análise de tendência temporal um aumento de 25,0% no período de 2014 a 2022. As regiões com maior e menor aumento no quantitativo de PCAF ofertadas por todas as categorias profissionais nesse mesmo período foram respectivamente as regiões Sudeste, com 31,3%, e Nordeste, com 12,0%. Já em relação aos profissionais de educação física, no Brasil ocorreu aumento

de 33,9% nas atividades coletivas de PCAF, apresentando, respectivamente, maior e menor aumento nas regiões Sudeste, com 41,5%, e Nordeste, com 18,7%. Destaca-se que a região Norte apresentou aumento significativo, de 25,8%, no período citado (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1, é possível observar que para a quantidade de atividades coletivas de PCAF desenvolvidas por todos os profissionais, os valores da variação anual (APC) seguiram o mesmo padrão nos segmentos, com aumento de 2014 a 2016 e diminuição de 2016 a 2022 no Brasil e nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul, sendo a região Sudeste a que apresentou o maior aumento no primeiro momento (252,2%), e a região Sul a que apresentou a maior diminuição no segundo momento (-6,0%). Houve aumento

entre 2014 a 2022 nas regiões Norte e Nordeste, um padrão semelhante foi observado nas atividades coletivas de PCAF desenvolvidas por profissionais de educação física, com exceção de não ter ocorrido diminuição de 2016 a 2022 no Brasil e no Centro-Oeste e destaque para a região Norte com aumento significativo de 25,8% no período analisado.

A Tabela 2 apresenta o número de participantes nas ações desenvolvidas na atenção primária por todas as categorias profissionais e por profissionais de educação física.

No que se refere ao número de participantes nas atividades coletivas de PCAF ofertadas por todos os profissionais, foi revelada na análise de tendência temporal um aumento de 13,4% no Brasil no período de 2014 a 2022. A região com

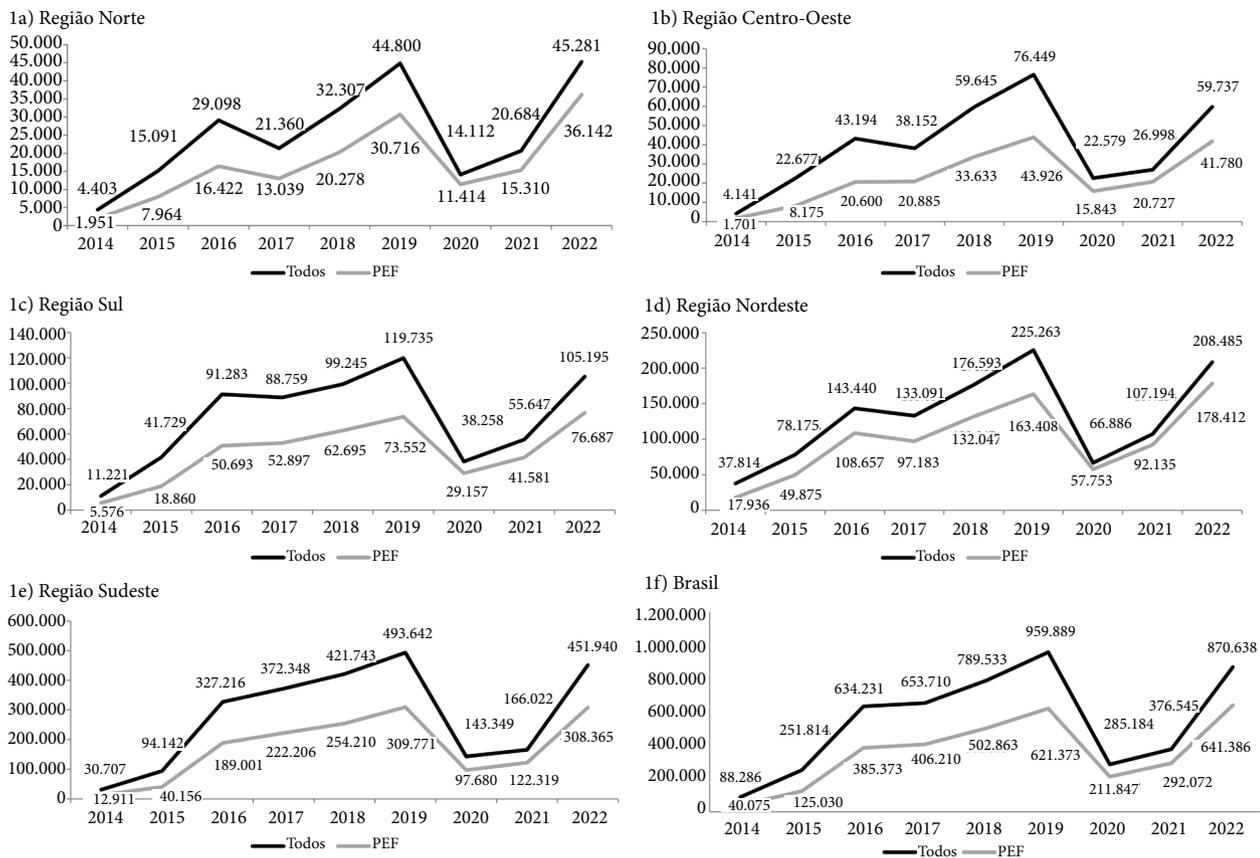


Figura 1. Quantidade de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas na Atenção Primária à Saúde por todas as categorias profissionais e por profissionais de educação física no Brasil e macrorregiões entre 2014 e 2022.

Todos: todos os profissionais de saúde; PEF: profissionais de educação física.

Fonte: Autores, a partir de dados do Sisab.

maior aumento entre 2014 e 2022 foi a Sudeste, com 24,9%, e a região com o menor aumento foi a Nordeste, 7,4%. O número de participantes em atividades desenvolvidas por profissionais de educação física teve aumento de 31,4% no Brasil ao longo do período analisado, sendo revelado o maior aumento na região Centro-Oeste, com 40,1%, e menor na região Norte, 15,8%.

Na Tabela 2 se observa que, em relação ao número de participantes nas atividades coletivas de PCAF, houve aumento nos valores de APC nas atividades desenvolvidas por todos os profissionais de 2014 a 2022 no Brasil e nas regiões Centro-Oeste, Nordeste, Norte e Sul. Na região Sudeste houve aumento de 2014 a 2017, e

diminuição de 2017 a 2022. Já em relação ao número de participantes nas atividades desenvolvidas por profissionais de educação física, houve aumento de 2014 a 2016 no Brasil e nas regiões Centro-Oeste e Sul, no Sudeste o aumento foi no período de 2014 a 2017, sendo a região Centro-Oeste a que apresentou o maior aumento no primeiro momento (257,3%). Nas regiões Norte e Nordeste houve aumento no período de 2014 a 2022. Houve crescimento de 2016 a 2022 na região Centro-Oeste e diminuição no Brasil e na região Sul, enquanto na região Sudeste a diminuição ocorreu no período de 2017 a 2022, sendo a região que apresentou a maior diminuição no segundo momento (-10,7 %).

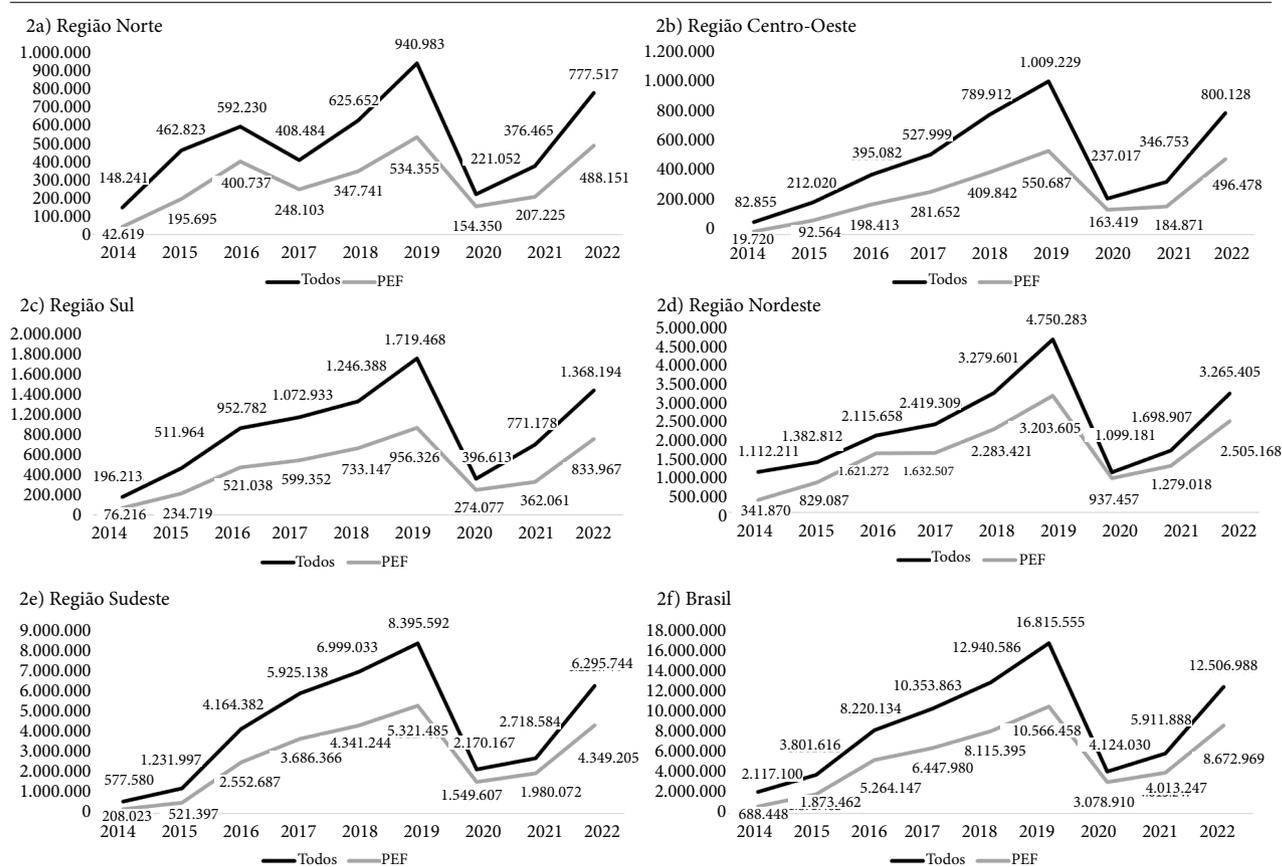


Figura 2. Número de participantes em atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas na atenção primária à saúde por todas as categorias profissionais e por profissionais de educação física no Brasil e macrorregiões entre 2014 e 2022.

Todos: todos os profissionais de saúde; PEF: profissionais de educação física.

Fonte: Autores, a partir de dados do Sisab.

Tabela 1. Tendência temporal da quantidade de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas na atenção primária à saúde, por todas as categorias profissionais e por profissionais de educação física no Brasil e macrorregiões, entre 2014 e 2022.

Quantidade de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas – Todos					
	Seg.	Ano inicial	Ano final	APC	AAPC
Brasil	1	2014	2016	177,9	25
	2	2016	2022	-4,2	
Centro-Oeste	1	2014	2016	218,8	29,3
	2	2016	2022	-4,3	
Nordeste	1	2014	2022	12	12
Norte	1	2014	2022	17,3	17,3
Sudeste	1	2014	2016	252,7	31,3
	2	2016	2022	-5,5	
Sul	1	2014	2016	182,3	23,7
	2	2016	2022	-6	
Quantidade de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas – PEF					
	Seg.	Ano inicial	Ano final	APC	AAPC
Brasil	1	2014	2016	220,5	33,9
	2	2016	2022	0,1	
Centro-Oeste	1	2014	2016	256,1	41,3
	2	2016	2022	3,8	
Nordeste	1	2014	2022	18,7	18,7
Norte	1	2014	2022	25,8*	25,8*
Sudeste	1	2014	2016	317,6	41,5
	2	2016	2022	-1,4	
Sul	1	2014	2016	205,1	31,8
	2	2016	2022	-0,4	

Todos: todos os profissionais de saúde; PEF: profissional de educação física; Seg.: amento; APC: *annual percentage change*; AAPC: *average annual percentage change*. * Aumento estatisticamente significativo.

Fonte: Autores, a partir de dados do Sisab.

Discussão

A descrição e a análise de atividades coletivas de PCAF na atenção primária são fundamentais para consolidar e indicar as oportunidades de avanço nos programas e ações vigentes, reforçando tais práticas como parte do cuidado integral em saúde¹⁹.

Assim, partindo do objetivo de analisar a tendência temporal e a distribuição macrorregional da oferta de atividades coletivas de PCAF e do número de participantes na atenção primária, desenvolvidas por todos os profissionais de saúde e especificamente por profissionais de educação física no período entre 2014 e 2022 no Brasil, o presente estudo traz como principais evidências: o aumento tanto da oferta de atividades coletivas de PCAF como de participantes, desenvolvidas por todos os profissionais de saúde e por profissionais de educação física, de 2014 a 2019, com redução em 2020 e retomada do aumento a partir de 2021, com aproximação em 2022 do quantitativo registrado em 2019.

Em âmbito nacional, os avanços indicados entre 2014 e 2019 resultam, em boa parte, das políticas, programas e ações que priorizam a promoção das PCAF na atenção primária, destacando-se, como exemplos, o Programa Academia da Saúde, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB) e o Programa Saúde na Escola. A ampliação da oferta de atividades de PCAF na atenção primária revelada no presente estudo corrobora e complementa achados de trabalhos anteriores sobre as especificidades dessas políticas públicas^{19,22}.

A redução observada principalmente em 2020, e ainda em 2021, justifica-se pela interrupção das atividades por conta da pandemia de COVID-19²³. A alteração no modelo de financiamento da atenção primária em 2019, a partir do denominado Programa Previne Brasil²⁴, que ocasionou a extinção do financiamento específico para equipes multiprofissionais (o então Nasf AB) também poderia explicar o declínio no quantitativo, uma vez que são uma das principais formas de oferta de PCAF na atenção

Tabela 2. Tendência temporal do número de participantes em atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas e na atenção primária à saúde, por todas as categorias profissionais e por profissionais de educação física no Brasil e macrorregiões entre 2014 e 2022.

Número de participantes em atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas – Todos					
	Seg.	Ano inicial	Ano final	APC	AAPC
Brasil	1	2014	2022	13,4	13,4
Centro-Oeste	1	2014	2022	18,5	18,5
Nordeste	1	2014	2022	7,4	7,4
Norte	1	2014	2022	8,5	8,5
Sudeste	1	2014	2017	126,8	24,9
	2	2017	2022	-12,6	
Sul	1	2014	2022	13,7	13,7
Número de participantes em atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas – PEF					
	Seg.	Ano inicial	Ano final	APC	AAPC
Brasil	1	2014	2016	207,6	31,4
	2	2016	2022	-1,1	
Centro-Oeste	1	2014	2016	257,3	40,1
	2	2016	2022	2,6	
Nordeste	1	2014	2022	15,9	15,9
Norte	1	2014	2022	15,8	15,8
Sudeste	1	2014	2017	173,2	35,8
	2	2017	2022	-10,7	
Sul	1	2014	2016	178	26,8
	2	2016	2022	-2,4	

Todos: todos os profissionais de saúde; PEF: profissionais de educação física; Seg.: segmento; APC: *anual percentage change*; AAPC: *average annual percentage change*.

Fonte: Autores, a partir de dados do Sisab.

primária²². Contudo, em 2020 o financiamento para essas equipes foi mantido como forma de transição para a efetiva implementação do *Pre-vine Brasil*²⁵, o que permite inferir que a principal explicação para o declínio observado no presente estudo tenha sido a pandemia.

Ainda em relação à oferta das PCAF, o cenário é promissor no sentido da ampliação, já que em maio de 2022 foi instituído o Incentivo Federal de Custeio da Atividade Física na Atenção Primária (IAF)²⁶, entretanto, por se tratar de uma iniciativa recente, ainda não foi avaliada²⁷. Além do referido incentivo, em 2023 foi retomado o financiamento para equipes multiprofissionais na atenção primária do SUS, agora denominadas como “eMulti”²⁸. Cabe ressaltar que, para além dessas políticas de âmbito nacional, também existem iniciativas consolidadas no SUS, em âmbito municipal, que também têm contribuído para a ampliação da oferta de PCAF na atenção primária¹¹⁻¹³.

Em relação ao quantitativo de atividades de PCAF ofertadas por todos os profissionais ou

por profissionais de educação física, em 2014 o Nordeste ficou à frente do Sudeste, e em 2014, 2015 e 2016, o Norte ficou à frente do Centro-Oeste no número de participantes, quando as atividades foram desenvolvidas por todos os profissionais. Esses achados corroboram a existência de importantes desigualdades regionais, com maior concentração de políticas, programas e ações voltados para a promoção das PCAF e que também contribuíram para a inserção de profissionais de educação física no SUS nas regiões Nordeste e Sudeste^{14,15}. Além disso, é possível inferir que os vazios assistenciais relacionados à educação física, ou seja, onde não tem profissionais de educação física atuando na atenção primária, dificultam o acesso a essas práticas como direito, potencialmente comprometendo a integralidade do cuidado.

Já a maior proporção de participantes em atividades coletivas de PCAF realizadas por profissionais de educação física indica duas perspectivas: na primeira, a de que é natural e esperado que isso ocorra onde esses profissio-

nais fazem parte dos serviços e equipes de saúde. Contudo, na segunda, quando não há esses profissionais, aparentemente a oferta de ações de PCAF na atenção primária pelos demais membros da equipe parece não ser uma prática de saúde prioritária. Esses resultados demonstram a importância da inserção de iniciativas de formação e apoio aos profissionais de saúde para a inclusão das PCAF no processo de cuidado, por exemplo por meio de aconselhamento, apoio matricial, telessaúde com teleconsultas e vídeoaulas e cursos de capacitação²⁹⁻³¹. Assim como evidencia a relevância da maior inserção de profissionais de educação física na atenção primária para ampliar o acesso às PCAF.

Destaca-se que entre as atividades coletivas que podem ser realizadas na atenção primária não estão apenas aquelas para as quais os profissionais de educação física têm a prerrogativa legal; no que se refere à prescrição de exercícios físicos, por exemplo, a organização de um grupo de caminhada não supervisionada pode ser feita por profissionais de saúde de outras categorias, outro exemplo são as práticas corporais integrativas³². Tais iniciativas são essenciais para a ampliação do acesso às PCAF.

Diretamente ligado à oferta e ao número de participantes, o financiamento das políticas e programas de PCAF na atenção primária do SUS não tem sido priorizado, sendo apontado como baixo e insuficiente para garantir o acesso a essas práticas como direito, e que isso compromete a integralidade do cuidado no SUS³³. Logo, apesar das evidências sobre os benefícios das PCAF e de políticas e iniciativas globais e nacionais que objetivam a promoção dessas práticas^{3,26,34-36}, o financiamento de ações e programas no SUS ainda é um desafio central.

Assim, apesar de haver baixa (estimativa de 2,7% da população adulta) participação em programas públicos de PCAF no Brasil⁴ (não só do SUS), os achados do presente estudo, relacionados à oferta de atividades coletivas de PCAF e de participantes demonstram que potencialmente a atenção primária do SUS vem contribuindo para ampliar o acesso a essas práticas pela população brasileira. Merece destaque o fato de isso ocorrer em um cenário de tímida disposição de elementos essenciais na gestão tripartite do SUS, como estrutura organizacional, programas e ações, além do já mencionado financiamento, para que as PCAF possam avançar enquanto política pública de saúde no SUS²². Ou seja, fortalecer tais elementos ampliará ainda mais o acesso e a contribuição do SUS para a ampliação da realização das PCAF, em especial o financiamento.

Na literatura internacional são escassos estudos sobre o tema, e estabelecer comparações sobre a oferta e a participação nas PCAF, embora necessário, constitui uma tarefa complexa, dada a multidimensionalidade de fatores que influenciam o desenvolvimento dessas práticas e as especificidades do SUS como sistema de saúde pública que visa a universalidade, integralidade e equidade. No entanto, a agenda global no campo de pesquisa relacionado a políticas nacionais de promoção das PCAF tem avançado, com debates sobre as estratégias para o fortalecimento das capacidades nacionais por meio da implementação de programas e ações, metas e indicadores, entre outros, considerando as características de cada região e país³⁷⁻³⁹. Assim, os achados retratados na presente pesquisa quanto à oferta e aos participantes das PCAF na atenção primária brasileira poderão contribuir para novas pesquisas e debates que levem à consolidação de políticas de promoção das PCAF nos serviços de saúde.

Algumas limitações deste estudo precisam ser consideradas e ponderadas: i) por conta do delineamento ecológico, a extrapolação dos dados deve ser feita com cautela, visto sua natureza agregada; ii) a não realização de análises apuradas, considerando a contribuição específica de outras categorias profissionais na oferta de PCAF na atenção primária, a distribuição populacional, o quantitativo de profissionais de educação física e de profissionais de saúde e o quantitativo de unidades de saúde e cobertura nas regiões brasileiras; e iii) os dados secundários extraídos do Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica do Sisab podem apresentar possíveis inconsistências de registro, porém são dados de órgãos oficiais brasileiros – em relação às PCAF, o desafio do registro nos sistemas de informação da atenção primária pode ser exemplificado pela não transferência de recursos do IAF devido ao não cumprimento dessa exigência normativa pelos municípios⁴⁰.

Ainda que existam limitações no que diz respeito ao registro de informações em saúde na atenção primária – como o envio retrospectivo dos dados ao Sisab, o que eventualmente altera o quantitativo de atividades e de participantes; o uso de sistemas de informações em saúde próprios por municípios, que ocasiona conflitos na transmissão dos dados registrados e validados para a base nacional; a não realização de registro adequado e em tempo oportuno, que podem comprometer a exatidão dos dados, entre outras limitações^{19,41} –, conhecer o cenário apresentado a partir dos dados do Sisab pode auxiliar a ges-

tão tripartite do SUS no planejamento e na oferta conforme a realidade e a necessidade local¹⁹.

Por outro lado, o presente estudo traz como potencialidades: i) a apresentação da dinâmica da oferta das PCAF, tornando possível planejar e periodicamente monitorar e avaliar as políticas, os programas e as ações, de forma a identificar as contribuições da atenção primária do SUS no acesso a essas práticas; ii) análise que inclui o período da pandemia de COVID-19, revelando redução na oferta e participação nas PCAF na atenção primária, mais uma das consequências da pandemia no SUS.

Pesquisas futuras são necessárias para avaliar se a evolução do número de atividades coletivas de PCAF na atenção primária estão contribuindo para a ampliação do acesso e para a redução das iniquidades, o que era um dos pressupostos centrais da presente pesquisa. Contudo, as informações da ficha de registro representam dados de participantes nas ações, em que um mesmo usuário é contado cada vez que participa de uma ação, e não do número de pessoas. Portanto, torna-se necessário o aperfeiçoamento dos sistemas de informação em saúde, dispondo de ferramentas que disponibi-

lizem dados sobre o número e perfil de pessoas participantes das ações de PCAF, o que talvez possa ser realizado por meio da instituição de uma ficha específica de cadastro nas PCAF no e-SUS APS. Assim como incluir nos relatórios variáveis relacionadas a distribuição populacional, quantitativo e tipos de unidades de saúde, cobertura da atenção primária e número de profissionais de educação física e demais profissionais de saúde.

Os achados da presente pesquisa viabilizam o debate e a formulação de estratégias para ampliar a oferta de PCAF, significando a ampliação do enfoque do campo das PCAF na saúde, já que a maioria das análises sobre o tema são oriundas de inquéritos populacionais, não retratando a oferta de PCAF no SUS, mas sim dados de prevalência na população em geral.

Em conclusão, mesmo com os impactos ocasionados pela COVID-19, principalmente em 2020, o artigo sugere tendência de aumento tanto na oferta de atividades coletivas de PCAF quanto na quantidade de participantes nas atividades desenvolvidas por todos os profissionais de saúde e por profissionais de educação física em todo o período analisado.

Colaboradores

FFB Carvalho e LA Vieira: concepção e desenho do trabalho; análise e interpretação dos dados da pesquisa; redação, revisão crítica com contribuição intelectual e aprovação final da versão para publicação. PH Guerra e DB Silva: desenho do trabalho; análise e interpretação dos dados da pesquisa; redação, revisão crítica com contribuição intelectual e aprovação final da versão para publicação.

Referências

1. International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). ISPAH's Eight Investments That Work for Physical Activity [Internet]. 2020. [cited 2024 jun 11]. Available from: <https://www.ispah.org/resources/key-resources/8-investments/>
2. World Health Organization (WHO). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour [Internet]. 2020. [cited 2024 jun 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/97892400115128>
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília: MS; 2021.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2021: prática de atividade física*. Brasília: MS; 2022.
6. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, Silva AG, Alves FTA, Vieira MLFP, Malta DC. Atividade física de lazer na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(Supl. 2):E210008.
7. Jerome GJ, Boyer WR, Bustamante EE, Kariuki J, Lopez-Jimenez F, Paluch AE, Swift DL, Webber-Ritchey KJ, Barone Gibbs B; American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; and Council on Peripheral Vascular Disease. Increasing equity of physical activity promotion for optimal cardiovascular health in adults: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2023; 147(25):1951-1962.
8. Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saude Soc* 2021; 30(2):e200363.
9. Messing S, Krennerich M, Abu-Omar K, Ferschl S, Gelius P. Physical activity as a human right? *Health Human Rights J* 2021; 23(2):201-211.
10. Pratt M, Varela AR, Bauman A. The Physical Activity Policy to Practice Disconnect. *J Phys Act Health* 2023; 20(6):461-464.
11. Becker L, Gonçalves P, Reis R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Rev Bras Ativ Fis Saude*; 21(2):110-122.
12. Vieira LA, Albuquerque SBG, Venturim FO, Carvalho FFB, Almeida UR. 30 anos do Serviço de Orientação ao Exercício em Vitória/ES: pioneirismo nas práticas corporais e atividades físicas no sistema único de saúde. *Movimento* 2020; 26: e26086.
13. Silva AG, Prates EJS, Malta DC. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cad Saude Publica* 2021; 37(5):e00277820.
14. Vieira LA, Caldas LC, Lemos EC, Malhão TA, Carvalho FFB. Análise temporal da inserção de Profissionais e Residentes de Educação Física no Sistema Único de Saúde de 2009 a 2021. *Cien Saude Colet* 2023; 28(3):837-850.
15. Dutra RP, Viero VSF, Knuth AG. Inserção de profissionais de educação física no Sistema Único de Saúde: análise temporal (2007-2021); *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2023; 28:1-9.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Consulta Pública – Guia de orientação para o aconselhamento breve sobre atividade física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde [Internet]. 2022. [acessado 2023 out 13]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2022/consulta-publica-guia-de-orientacao-para-o-aconselhamento-breve-sobre-atividade-fisica-na-atencao-primaria-a-saude-do-sistema-unico-de-saude>
17. Moraes SQ, Santos ACB, Fermino RC, Rech CR. Aconselhamento para atividade física realizado por profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saude Colet* 2022; 27(9):3603-3614.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica [Internet]. [acessado 2023 out 13]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>
19. Manta SF, Cavalcante FVSA, Petreça DR, Tusset D, Guimarães JAC, Silva JRM, Claumann GS. Ações de práticas corporais e atividade física no Programa Saúde na Escola por ciclos de adesão (2014 a 2020). *Saude Debate* 2022; 46(Esp.):156-165.
20. Kim HJ, Fay MP, Feuer EJ, Midthune DN. Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. *Stat Med* 2000; 19(3):335-351.
21. Kim HJ, Fay MP, Yu B, Barrett MJ, Feuer EJ. Comparability of segmented line regression models. *Biometrics* 2004; 60(4):1005-1014.
22. Carvalho FFB, Almeida ER, Loch MR, Knuth A. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Cien Saude Colet* 2022; 27(6):2163-2174.
23. Tusset D, Lacerda DAM, Magalhães LL, Cavalcante FVSA, Silva JRM, Santana DS. Programa Academia da Saúde: adaptações nos polos durante a pandemia da Covid-19. *Saude Debate* 2022; 46(Esp. 8):49-61.

24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União* 2019; 13 nov.
25. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS [Internet]. 2020. [acessado 2023 ago 3]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Institui o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). *Diário Oficial da União* 2022; 16 maio.
27. Carvalho FFB, Sposito LAC, Rodrigues PAF, Vieira LA. Promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cad Saude Publica* 2022; 38(8):e00095722.
28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2023; 24 maio
29. Guerra PH, Soares HF, Mafra AB, Czarnobai I, Cruz GA, Weber WV, Farias JCH, Loch MR, Ribeiro EHC. Educational interventions for physical activity among Brazilian adults: systematic review. *Rev Saude Publica* 2021; 55:110.
30. Oliveira BN, Wachs F. Educação física, atenção primária à saúde e organização do trabalho com apoio matricial. *Rev Bras Cienc Esporte* 2019; 41(2):183-189.
31. Personi A, Nascimento WG, Pasquim H. Práticas corporais/atividades físicas em cinco anos de Telessaúde Goiás. *Physis* 2022; 32(4):e320405.
32. Antunes PC, Fraga AB. Práticas corporais integrativas: proposta conceitual para o campo das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26(9):4217-4232.
33. Carvalho FFB, Loch MR, Sposito LAC, Andrade DR, Vieira LA. Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise do ciclo governamental 2019-2022. *Cien Saude Colet* 2024; 29(1):e19352022.
34. Salvo D, Garcia L, Reis RS, Stankov I, Goel R, Schipperijn J, Hallal PC, Ding D, Pratt M. Physical Activity Promotion and the United Nations Sustainable Development Goals: Building Synergies to Maximize Impact. *J Phys Act Health* 2021; 18(10):1163-1180.
35. Garcia L, Pearce M, Abbas A, Mok A, Strain T, Ali S, Crippa A, Dempsey PC, Golubic R, Kelly P, Laird Y, McNamara E, Moore S, de Sa TH, Smith AD, Wijndaele K, Woodcock J, Brage S. Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose-response meta-analysis of large prospective studies. *Br J Sports Med* 2023; 57(15):979-989.
36. World Health Organization (WHO). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: WHO; 2018.
37. Varela AR, Pratt M, Kohn ER, Hallal PC. O Observatório Global de Atividade Física: um panorama sobre duas pandemias. *Rev Bras Ativ Fis Saude* 2021; 26:1-3.
38. Ramírez Varela A, Hallal PC, Mejía Grueso J, Pedišić Ž, Salvo D, Nguyen A, Klepac B, Bauman A, Siefken K, Hinckson E, Oyeyemi AL, Richards J, Salih Khidir ED, Inoue S, Amagasa S, Jauregui A, da Silva MC, Lee IM, Ding M, Kohl HW, Ekelund U, Heath GW, Powell KE, Foster C, Memon AR, Doumbia A, Rather AR, Razzaque A, Diouf A, Hino AA, Damasceno A, Abebe AD, Florindo AA, Mannocci A, Aringazina A, Juričan AB, Poffet A, Decelis A, Carlin A, Enescu A, Ochoa Avilés AM, Kontsevaya A, Somhegyi A, Vuillemin A, El Hamdouchi A, Théodore AA, Masanovic B, Lynch BM, Medina C, Del Campo C, Abdeta C, Moreways C, Ranasinghe C, Howitt C, Cameron C, Jurakić D, Martinez-Gomez D, Tladi D, Diro DT, Adlakh D, Mitić D, Bjelica D, Biernat E, Chisati EM, Lambert EV, Cerin E, Lee EY, Riso EM, Cañete Villalba F, Assah F, Lovrić F, Araya-Vargas GA, La Torre G, Cruz GIN, Baltaci G, Al Sabbah H, Nalecz H, Nashandi HL, Park H, Revuelta-Sánchez I, Nusrupia JJ, Zamora JL, Kopcakova J, Brazo-Sayavera J, Opper JM, Nie J, Spence JC, Bradley JS, Mota J, Mitáš J, Chen J, Hylton KS, Fromel K, Milton K, Borodulin K, Moustapha KA, Martinez-Folgar K, Nasreddine L, Christiansen LB, Malisoux L, Malet L, Grepo-Jalao LC, Monteiro LZ, Al Subhi LK, Dakskobler M, Alnaji M, Garro MC, Hagströmer M, Murphy MH, McLaughlin M, Rivera-Morales M, Scheinowitz M, Shkodra M, Piątkowska M, Chaudhury M, Alrashdi NZ, Murtie N, Murphy N, Ahmad NH, Obeidat NA, Gómez NYR, Liangruenrom N, Arnesto OD, Flores-Flores O, Incarbone O, Chimeddamba O, Bovet P, Magalhães P, Jousilahti P, Katewongsa P, Gómez RAL, Shihab RA, Ocansey R, Veress R, Marine R, Carrizales-Ramos R, Saeed SY, El-Ashker S, Green S, Kasoma S, Beretervide S, Baldew SS, Nichols S, Khoo S, Hosseini SA, Goenka S, Gholamalishahi S, Kosen S, Compernelle S, Enescu SP, Popovic S, Paudel S, Andrade S, Titz S, Davidson T, Dusingizimana T, Dorner TE, Kolbe-Alexander TL, Huang TT, Sychareun V, Jarevska-Simovska V, Puloka VK, Onyewera V, Wendel-Vos W, Dionysiotis Y, Pratt M. Status and Trends of Physical Activity Surveillance, Policy, and Research in 164 Countries: Findings From the Global Observatory for Physical Activity-GoPA! 2015 and 2020 Surveys. *J Phys Act Health* 2022; 20(2):112-128.

39. Minatto G, Silva KS, Bandeira ADS, Dos Santos PC, Sandreschi PF, Manta SW, da Silva JRM, Parente RCM, Barbosa Filho VC. National policies on physical activity from 64 countries with different economies: a scoping review with thematic analysis. *Health Policy Plan* 2023; 38(6):737-765.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 89/2022 sobre a transferência de recursos financeiro para ações de atividade física. Brasília; 2022.
41. Coelho Neto GC, Andreazza R, Chioro A. Integração entre os sistemas nacionais de informação em saúde: o caso do e-SUS Atenção Básica. *Rev Saude Publica* 2021; 55:93.

Artigo apresentado em 17/06/2023

Aprovado em 18/10/2023

Versão final apresentada em 20/10/2023

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva