

# *Práticas corporais e atividades físicas* desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021

Rinelly Pazinato Dutra<sup>1</sup> (Orcid: 0000-0002-9902-2052) (rinelly\_dutra@hotmail.com)

Alan Goularte Knuth<sup>2</sup> (Orcid: 0000-0002-2030-5747) (alan\_knuth@yahoo.com.br)

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande-RS, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto de Educação da Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande-RS, Brasil.

**Resumo:** **Objetivo:** Mapear os registros de Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013-2021. **Métodos:** Estudo ecológico que utilizou dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB). Foram apresentados os registros de PCAF anualmente em valores absolutos e relativos nos estados, regiões e no país e de acordo com o tipo de equipe e público-alvo. **Resultados:** Foram registradas nacionalmente 2.664.288 ações de PCAF em todo o período. Observou-se uma taxa média de crescimento anual de 113,3% nos registros entre 2013-2019, porém, houve redução de 75,5% a partir de 2020, possivelmente atrelada à pandemia da Covid-19. As regiões que mais registraram PCAF foram Sudeste e Nordeste, e os estados de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará, Goiás e Santa Catarina. As ações de PCAF foram direcionadas principalmente para a comunidade em geral, mulheres, idosos e pessoas com doenças crônicas. As equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Saúde da Família registraram a maioria das ações. **Conclusão:** A distribuição das ações ainda é desigual em âmbito estadual e regional, o que torna necessário haver estratégias intersetoriais de fortalecimento das PCAF e da promoção da saúde no SUS.

► **Palavras-chave:** Atividade motora. Sistema Único de Saúde. Registros eletrônicos de saúde. Sistemas de Informação em Saúde.

Recebido em: 09/11/2023

Revisado em: 23/05/2024

Aprovado em: 16/07/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350119pt>

Editor responsável: Rogério Azize

Pareceristas: Fabio Carvalho e Sueyla Santos

## Introdução

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é um marco temporal na institucionalização das práticas corporais e atividades físicas (PCAF) no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que incluiu esta modalidade de cuidado dentre seus eixos prioritários (Brasil, 2018a). A inserção das PCAF como prioridade na PNPS perpassa pelo entendimento de que a inatividade física, ao estar relacionada à maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), é um dos principais fatores de risco para a mortalidade precoce no mundo (Lee *et al.*, 2012; Malta *et al.*, 2014; WHO, 2020a). Durante a pandemia, as pesquisas também demonstraram que ser ativo fisicamente esteve associado à redução da probabilidade de casos graves de Covid-19, menores chances de hospitalização, admissão em UTIs, sintomas relacionados à covid longa, bem como sequelas e óbitos em decorrência da doença (Jimeno-Almazán *et al.*, 2021; Latorre-Román *et al.*, 2021; Sallis *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva, a trajetória das PCAF no campo da saúde com diversos programas já consolidados, bem como o respaldo científico existente, coloca-a como uma forma de cuidado dentro do SUS, especialmente na APS (Carvalho; Nogueira, 2016; Malta *et al.*, 2014). Contudo, medidas de austeridade fiscal como a Emenda Constitucional nº 95/2016 (Brasil, 2016) e as mudanças no financiamento da APS introduzidas pelo Programa Previne Brasil (entre os anos de 2019-2024), ocasionando o descredenciamento de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) (Brasil, 2019; 2020), podem trazer impactos consideráveis na oferta de tais serviços, o que precisa ser monitorado e analisado (Carvalho *et al.*, 2022a).

Considerando esse contexto, os sistemas de informação à saúde (SIS) contemplam instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, e têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, bem como acompanhamento e avaliação de serviços. Na APS, o SIS vigente é o Sistema de Informação à Saúde da Atenção Básica (SISAB), que integra a estratégia denominada e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS) (Brasil, 2021a).

A realização de um mapeamento das ações de PCAF desenvolvidas na APS em nível nacional, regional e estadual pode contribuir para a identificação das disparidades existentes e estas informações podem amparar os gestores públicos na tomada de decisões e no direcionamento de políticas voltadas à ampliação da oferta

dessas ações. Embora os registros dessas ações estejam disponíveis para consulta pública no SISAB desde 2013, são poucos os estudos que exploraram tais dados (Manta *et al.*, 2023; Carvalho *et al.*, 2024a). As análises mais recentes foram voltadas para o registro das ações de PCAF no Programa Saúde na Escola (Manta *et al.*, 2023) e para a oferta e participação nas PCAF na APS no recorte temporal de 2014-2022 (Carvalho *et al.*, 2024a), sendo este último um estudo ecológico de série temporal, que analisou a quantidade de registros e participantes, porém sem incluir os tipos de equipe ou o público-alvo das ações desenvolvidas. Nesse sentido, ainda existem lacunas importantes que permitem uma análise mais abrangente e detalhada do panorama das PCAF na APS, oferecendo novas perspectivas e hipóteses para futuras iniciativas na área. Também demonstram uma possibilidade de monitoramento das PCAF no longo prazo, oferecendo mais uma ferramenta para as partes interessadas.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo mapear os registros de PCAF desenvolvidas na APS no período de 2013 a 2021 na plataforma SISAB. A partir desse mapeamento, pretende-se descrever esses registros de acordo com as regiões e estados brasileiros, tipos de equipe de saúde e público-alvo. Também será possível estabelecer comparações entre o período pré- e durante a pandemia da Covid-19. Complementarmente, objetiva-se analisar a correlação destes registros com a cobertura de Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).<sup>1</sup>

## Método

Trata-se de um estudo ecológico, na qual foi utilizada como variável de interesse os registros de produção armazenados no SISAB referentes às práticas em saúde denominadas “Práticas Corporais e Atividades Físicas”, no período de 2013 a 2021, em todos os 26 estados brasileiros e no Distrito Federal e também em cada região geográfica (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul). Práticas corporais e atividades físicas podem se referir a aulas coletivas, mas também a uma série de outras atividades como palestras, grupos terapêuticos, atendimentos em pequenos grupos, ações intersetoriais, escuta, orientação e aconselhamento, entre outras.

As demais variáveis utilizadas foram:

- Público-alvo: comunidade em geral, crianças (0-3 anos; 4-5 anos; 6-11 anos); adolescentes, mulheres, gestantes, homens, familiares, idosos, pessoas com do-

enças crônicas, usuários de álcool, usuários de tabaco, usuários de outras drogas, pessoas com sofrimento ou transtorno mental, profissionais da educação e outros. Para uma melhor apresentação dos dados, o público de crianças foi agrupado em uma única categoria, assim como usuários de álcool, tabaco e outras drogas foram reunidos na categoria usuários de álcool e outras drogas.

- Tipo de equipe: Equipe de Saúde da Família (eSF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), Equipe da Atenção Básica (eAB), Equipe de Saúde Bucal (eSB), Equipe do Consultório na Rua (eCR), Equipe da Atenção Básica Prisional (eABP) e Equipe da Atenção Primária (eAP).
- Cobertura da Estratégia Saúde da Família: Cobertura populacional estimada pelas equipes da ESF.
- Índice de Desenvolvimento Humano: índice que afere o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. É composto de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano, que são a longevidade (expectativa de vida ao nascer), a educação (níveis de escolaridade) e a renda (Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*). O IDH varia de 0 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1, é indicativo de um maior desenvolvimento humano naquela localidade.

Para a extração dos dados de PCAF, foi utilizado o Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica, armazenado na plataforma do SISAB. As variáveis existentes neste relatório são originadas através do registro realizado pelos diferentes profissionais de saúde na Ficha de Atividade Coletiva (FAC), nas aplicações de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou demais sistemas próprios anexados pelo SISAB (Brasil, 2021b).

O Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica está disponível na plataforma do SISAB com dois tipos de acesso, sendo um público e o outro restrito a partir do portal e-Gestor AB, por meio de cadastro prévio realizado no sistema. Desta forma, para coletar os dados de interesse, foi realizado o acesso na plataforma *on-line* do SISAB, por meio do endereço <https://sisab.saude.gov.br/>, que direcionou para os dados de acesso público.

Ao emitir os relatórios, optou-se por utilizar os filtros correspondentes à Unidade Geográfica, onde primeiramente escolheu-se o Brasil, após os estados e o Distrito Federal e por último as regiões. Para cada unidade geográfica, foi determinada a competência, que se refere ao mês de cada ano (período de abril de 2013 até dezembro

2021, conforme a disponibilidade de dados da plataforma no momento da coleta), o tipo de informação referente à quantidade de atividades desenvolvidas, e também os filtros do público-alvo e do tipo de equipe. Para todas as consultas, foi utilizado o mesmo filtro “Práticas Corporais/Atividades Físicas” para o item “Práticas em Saúde”.

Para a extração dos dados de cobertura de ESF, foi utilizado o relatório de Histórico de Cobertura disponibilizado no portal e-Gestor. Os dados disponíveis nesse relatório são oriundos do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Utilizamos as informações do período entre 2013 e 2019, uma vez que a partir do ano de 2021 houve uma alteração na forma de apresentação no sistema, passando a se chamar Histórico de Cobertura da Atenção Primária à Saúde e levar em consideração o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP) de maneira integrada. Esses aspectos são consequência das novas formas de cadastro e financiamento propostas pelo programa Previne Brasil (Brasil, 2019). Ademais, utilizou-se o dado no período limítrofe de 2019, que antecede o cenário de Pandemia da Covid-19, pela compreensão de que tal situação, somada às demais questões, pode ter alterado a logística de cadastro da população. Já as informações referentes ao IDH foram obtidas pelo Censo Demográfico de 2010, conduzido pelo IBGE.

Os registros extraídos das plataformas do SISAB, e-Gestor AB e IBGE foram primeiramente tabulados no programa Microsoft Excel®. A análise inicial consistiu em um procedimento de estatística descritiva, apresentando os dados das PCAF ano a ano em seus valores absolutos (n) e relativos (%), no país, nas regiões e nos estados.

De porte dessas informações foi realizado um cálculo do percentual de crescimento dos registros até o ano de 2019, que antecede a pandemia. Este cálculo foi realizado tendo como base a taxa de crescimento geométrica, disponível no manual do DATA-SUS para calcular as taxas médias de crescimento populacional anuais (REDE, 2008). Utilizou-se a seguinte fórmula:  $r = \left[ \sqrt[n]{\frac{P_t}{P_0}} - 1 \right] \cdot 100$ , onde n = Número de anos no período (2013 a 2019 = 7 anos);  $P_t$  = Registros de PCAF no período final (2019);  $P_0$  = Registros de PCAF no período inicial (2013); r = Taxa geométrica de crescimento, que demonstrou o percentual de incremento médio anual dos registros de PCAF, no período considerado (2013-2019) nas categorias de estados, regiões e País. Dessa forma foi possível também realizar uma descrição dos registros de PCAF no período pré-pandêmico e durante a pandemia da Covid-19.

Para os dados no nível estadual, optou-se por calcular a taxa média de crescimento anual em cada localidade e apresentá-las no formato de tabela. Adicionalmente, foi calculada a variação percentual total no período (2013-2019) em cada estado, através da fórmula:  $\frac{\text{Registros PCAF 2019} - \text{Registros PCAF 2013}}{\text{Registros PCAF 2013}} * 100$ , sendo os valores apresentados em formato de mapa para ilustrar a distribuição dos registros, bem como os incrementos percentuais no período. Foram também tabulados e analisados de forma descritiva os registros, ano a ano, das equipes de saúde no período estipulado, bem como foi descrita a quantidade de atividades de acordo com o público-alvo.

De maneira complementar, foram estimados os coeficientes de correlação de Spearman entre os registros de PCAF e os indicadores de cobertura da saúde da família e IDH, não para determinar associação entre tais aspectos, mas buscando relações que poderiam determinar hipóteses. O processo de análise estatística ocorreu no software Stata® 16 e a construção do mapa no software QGIS® versão 3.22.7.

Não houve a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que o presente estudo utiliza dados de domínio público e disponíveis nos meios eletrônicos e, desta forma, enquadra-se nos critérios da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas que utilizem esse tipo de informação.

## Resultados

Os dados ilustrados na Tabela 1 demonstram que, durante os anos de 2013 e 2021, houve 2.664.288 registros de PCAF desenvolvidas na APS, nacionalmente. Observou-se aumento expressivo no quantitativo de ações registradas anualmente, partindo de 3.075 em 2013 e chegando a 617.383 em 2019, ou seja, uma taxa média de crescimento anual de 113,3%. A partir do ano de 2020, e atrelado ao período pandêmico, houve redução de aproximadamente 75,5% no número de registros de PCAF no Brasil, em comparação ao quantitativo do ano de 2019. Além disso, é importante ressaltar que nos anos de 2020 e 2021, ápice da pandemia, os registros (n=151.156 e n=164.977) são, inclusive, inferiores aos do ano de 2015 (n=214.275).

Os achados demonstraram que em âmbito regional, o Sudeste e o Nordeste foram as regiões com maiores registros de PCAF ao longo de todos os anos estudados, totalizando juntas mais de 70% da produção destas atividades no país, enquanto a Região Norte representou menos de 5%. No início do período analisado a Região Nordeste apresentava o maior quantitativo (n=1.907), correspondendo a 62% do total

de atividades de PCAF realizadas no país em 2013 e cerca de 43% em 2014 (n=32.970). Ao longo dos anos, a Região Sudeste apresentou aumento considerável no número de registros e, a partir de 2015, passou a ocupar o lugar do Nordeste como região com maior quantidade de PCAF desenvolvidas na APS (n=85.555), sendo responsável por mais de 50% dos registros dessas atividades até o ano de 2021 (n=89.061) (Tabela 1).

Ao traçar uma linha do tempo, é possível observar crescimento em todas as regiões até o ano de 2016, uma estabilidade entre 2016-2017 e novamente um aumento entre 2017-2019, ano este em que mais ações de PCAF foram registradas na APS, sendo 342.736 no Sudeste, 139.227 no Nordeste, 66.031 no Sul, 43.230 no Centro-Oeste e 26.159 no Norte. Em termos percentuais, a taxa média de crescimento anual no número de registros de PCAF entre 2013 e 2019 foi superior nas regiões Sudeste (149,0%) e Norte (129,1%) (Tabela 1). Ademais, assim como visualizado nacionalmente, a partir do ano de 2020 houve queda no número de registros em todas as regiões, variando de 73,8% na Região Sudeste até 79,5% no Norte, em comparação com os quantitativos registrados em 2019 nessas localidades.

**Tabela 1.** Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas por região no período de 2013-2021 e taxa média de crescimento anual entre 2013-2019. SISAB, Brasil, 2013-2021.

Região	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cresc. 2013-2019
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Centro-Oeste	206 (6,7)	3.943 (5,1)	19.644 (9,2)	31.562 (7,2)	27.474 (6,1)	39.276 (7,2)	43.230 (7,0)	9.985 (6,6)	9.006 (5,5)	114,6%
Nordeste	1.907 (62,0)	32.970 (43,0)	65.840 (30,7)	91.774 (20,8)	86.209 (19,2)	113.502 (20,7)	139.227 (22,6)	29.530 (19,5)	36.491 (22,1)	84,6%
Norte	79 (2,6)	3.424 (4,5)	10.296 (4,8)	19.337 (4,4)	13.615 (3,0)	21.451 (3,9)	26.159 (4,2)	5.366 (3,5)	7.983 (4,8)	129,1%
Sudeste	577 (18,8)	27.307 (35,6)	85.555 (39,9)	235.081 (53,4)	268.675 (59,8)	312.219 (57,0)	342.736 (55,5)	89.715 (59,4)	89.061 (54,0)	149,0%
Sul	306 (10,0)	9.014 (11,8)	32.940 (15,4)	62.600 (14,2)	52.984 (11,8)	61.005 (11,1)	66.031 (10,7)	16.560 (11,0)	22.436 (13,6)	115,5%
País	3.075	76.658	214.275	440.354	448.957	547.453	617.383	151.156	164.977	113,3%

Legenda: Cresc. 2013 - 2019: Taxa média de crescimento anual dos registros de PCAF entre os anos de 2013 e 2019.

Fonte: elaboração própria.

O panorama estadual demonstra que os locais que mais registraram PCAF na APS na totalidade no período investigado foram Minas Gerais (n=964.577), São Paulo (n=323.939), Rio de Janeiro (155.306), Bahia (138.773) e Santa Catarina (n=124.987). Tratando da distribuição ao longo do tempo, observa-se que no ano de 2013 os registros variaram de zero no Distrito Federal, Mato Grosso do Sul, Acre, Rondônia, Roraima, Tocantins e Espírito Santo, até 515 na Bahia, considerando a partir do mês de abril do respectivo ano. Já em 2019 este quantitativo foi bem superior, ficando entre 530 em Roraima e 230.522 em Minas Gerais. Em 2021, último ano analisado, os registros variaram de 40 em Roraima até 59.574 em Minas Gerais (Tabela 2).

Quanto à taxa média de crescimento anual dos estados entre os anos de 2013-2019, observa-se que as maiores taxas foram do Rio de Janeiro (345,8%), seguido do Mato Grosso do Sul (260,0%), Tocantins (251,4%), Espírito Santo (198,3%), Mato Grosso (197,9%) e Acre (192,4%). Em contrapartida, as menores taxas anuais foram do Rio Grande do Norte (62,4%), seguindo do Amapá (71,1%), Alagoas (75,7%) e Paraíba (76,7%) (Tabela 2).

**Tabela 2.** Registros de práticas corporais e atividades físicas por estado no período de 2013-2021. SISAB, Brasil, 2013-2021.

Estado	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cresc. % 2013-2019
Acre	0	45	303	1.373	1.551	1.611	1.828	435	391	192,4%
Alagoas	248	2.096	3.721	8.335	6.335	10.792	12.828	2.633	2.801	75,7%
Amapá	13	230	454	1.285	925	642	557	145	474	71,1%
Amazonas	13	478	1.967	3.598	2.098	4.335	5.970	754	1.018	140,0%
Bahia	515	9.055	16.536	21.365	18.911	27.925	32.530	5.515	6.421	80,8%
Ceará	71	1.353	8.864	14.816	14.545	18.286	27.807	6.057	8.250	134,6%
Distrito Federal	0	0	1	163	516	1.835	1.551	340	498	185,7%
Espírito Santo	0	57	446	1.017	820	1.813	2.103	301	547	198,3%
Goiás	202	2.731	15.840	20.052	13.919	23.056	25.508	6.200	5.184	99,6%
Maranhão	167	4.072	6.156	6.973	7.368	9.334	13.090	2.352	3.709	86,5%
Mato Grosso	4	496	1.894	6.514	7.192	8.216	8.329	1.834	1.408	197,9%
Mato Grosso do Sul	0	716	1.909	4.833	5.847	6.169	7.842	1.611	1.916	260,0%

continua...

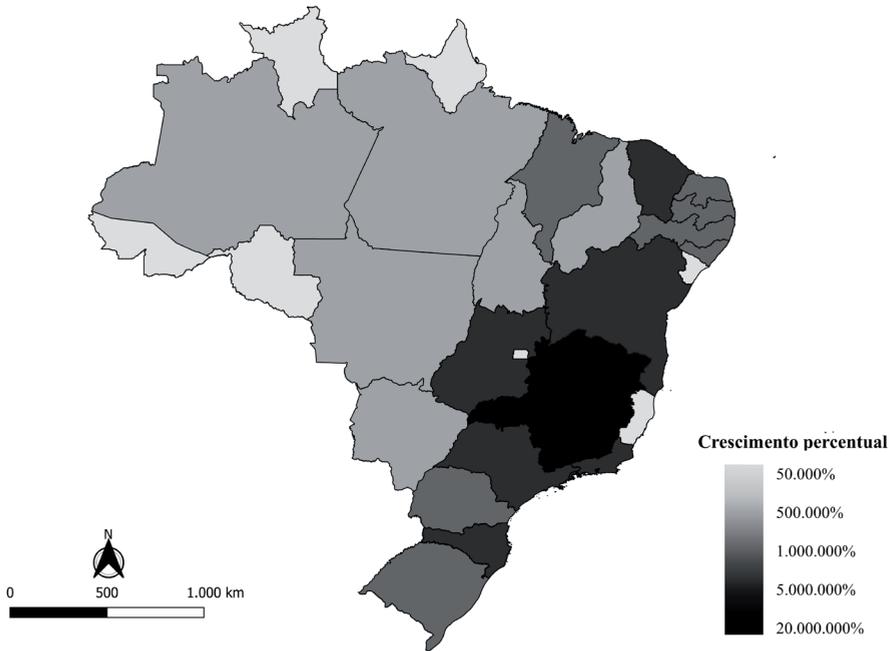
Estado	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Cresc. % 2013-2019
Minas Gerais	378	17.786	53.829	154.120	174.496	212.381	230.522	61.491	59.574	150,0%
Pará	53	1.119	2.384	4.503	4.126	7.559	9.714	2.395	3.157	110,5%
Paraíba	229	5.360	12.060	12.219	11.379	12.247	12.340	3.340	4.391	76,7%
Paraná	65	2.935	10.807	15.531	15.129	16.342	17.984	5.519	6.884	123,3%
Pernambuco	262	5.770	7.433	12.768	11.229	16.128	18.250	3.929	3.736	83,3%
Piauí	30	1.317	4.414	7.399	7.003	7.938	8.475	2.070	2.906	123,9%
Rio de Janeiro	1	621	6.904	28.055	33.775	32.542	34.970	8.167	10.271	345,8%
Rio Grande do Norte	347	3.617	5.594	6.570	7.644	8.644	10.341	2.833	2.564	62,4%
Rio Grande do Sul	41	2.972	12.597	21.333	16.540	18.710	22.953	5.193	7.354	146,9%
Rondônia	0	12	213	1.486	374	733	944	153	1.135	166,1%
Roraima	0	1	139	163	402	534	530	45	40	145,1%
Santa Catarina	200	3.107	9.536	25.736	21.315	25.953	25.094	5.848	8.198	99,4%
São Paulo	198	8.843	24.376	51.889	59.584	65.483	75.141	19.756	18.669	133,6%
Sergipe	38	330	1.062	1.329	1.795	2.208	3.566	801	1.713	91,3%
Tocantins	0	1.539	4.836	6.929	4.139	6.037	6.616	1.439	1.768	251,4%

Legenda: Cresc. % 2013 - 2019: Taxa média de crescimento anual dos registros de PCAF entre os anos de 2013 e 2019

Fonte: elaboração própria.

Por outra perspectiva, a Figura 1 ilustra a variação percentual total nos registros de PCAF nos estados brasileiros entre abril de 2013 e dezembro de 2019, período que antecede a pandemia da Covid-19. Como já observado, todos os estados apresentaram importante crescimento, no entanto, os incrementos percentuais totais mais expressivos foram em Minas Gerais (23.052.100%), São Paulo (7.514.000%), Rio de Janeiro (3.490.900%), Bahia (3.252.900%), Ceará (2.780.600%), Goiás (2.550.700%) e Santa Catarina (2.509.300%), indicados pelas cores mais escuras no mapa. Já os estados com menor percentual de crescimento (abaixo de 100.000%), foram Roraima (53.000%), Amapá (55.600%) e Rondônia (94.300%). Cabe destacar, contudo, que o percentual de crescimento de 2019 comparado ao de 2013 leva em conta que, em 2013, foram considerados apenas 9 meses (de abril a dezembro), ao passo que nos demais anos da série histórica analisada, foram contemplados os 12 meses completos.

**Figura 1.** Mapeamento da variação percentual dos registros de práticas corporais e atividades físicas nos estados brasileiros entre os anos de 2013 e 2019. SISAB, Brasil, 2013-2021



É possível visualizar na Tabela 3 que as PCAF são desenvolvidas por variados tipos de equipes existentes na APS. Os números mais expressivos são visualizados nas equipes de eSF e NASF, que juntas totalizaram 2.645.045 atividades registradas no Brasil. Em 2013 as equipes de eSF e NASF registraram 1.685 e 1.361 PCAF, respectivamente. Já em 2019, ano com maior produtividade registrada, foram 122.369 ações desenvolvidas pela eSF e 490.840 pelo NASF, sendo este o maior promotor de PCAF na APS em todo o período analisado, chegando a 77,1% dos registros em todo o país em 2020 e 67,8% no total das atividades do período. As equipes de Atenção Básica Prisional e Consultório na Rua, embora atendam a uma população consideravelmente menor, ainda registram poucas ações de PCAF representando menos de 1% do que é desenvolvido em todo o país. Por fim, vale mencionar que a forma de apresentação dos dados no SISAB foi alterada no ano de 2020, onde a Equipe de Atenção Básica deixa de existir, e a partir do ano de 2021, passa a ser denominada Equipe de Atenção Primária.

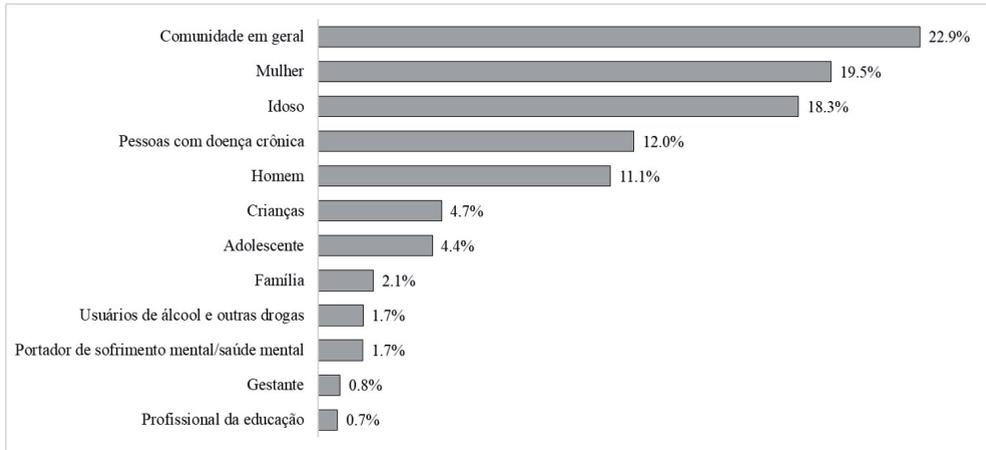
**Tabela 3.** Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas por tipo de equipe no período de 2013-2021. SISAB, Brasil, 2013-2021

Equipe	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
eAB	0	8 (0,01)	105 (0,04)	274 (0,05)	228 (0,04)	355 (0,06)	688 (0,1)	82 (0,05)	0
eABp	0	0	9 (0,004)	105 (0,02)	85 (0,02)	72 (0,01)	70 (0,01)	9 (0,01)	46 (0,03)
eACS	40 (0,9)	652 (0,7)	2.109 (0,8)	2.794 (0,6)	2.164 (0,4)	2.030 (0,3)	3.266 (0,5)	385 (0,2)	0
eAP	0	0	0	0	0	0	0	83 (0,05)	1.455 (0,9)
eCR	0	7 (0,01)	29 (0,01)	212 (0,04)	76 (0,01)	89 (0,01)	160 (0,02)	15 (0,01)	53 (0,03)
eSB	1.346 (30,4)	17.757 (18,8)	38.726 (15,3)	65.974 (13,0)	60.274 (11,8)	67.327 (10,9)	79.449 (11,4)	10.405 (6,4)	1.519 (0,9)
eSF	1.685 (38,0)	24.075 (25,5)	59.954 (23,7)	115.397 (22,8)	103.864 (20,4)	107.961 (17,6)	122.369 (17,6)	25.970 (16,1)	44.729 (27,1)
NASF	1.361 (30,7)	51.917 (54,9)	152.086 (60,1)	321.596 (63,5)	342.546 (67,2)	436.979 (71,1)	490.840 (70,4)	124.541 (77,1)	117.175 (71,0)
Total País	4.432	94.416	253.018	506.352	509.237	614.813	696.842	161.490	164.977

Legendas: eAB = Equipe de Atenção Básica; eSF = Equipe de Saúde da Família; NASF = Núcleo Ampliado de Saúde da Família; eACS = Equipe de Agentes Comunitários de Saúde eCR = Equipe Consultório na Rua; eSB = Equipe de Saúde Bucal; eABp = Equipe de Básica Prisional. eAP = Equipe de Atenção Primária. Fonte: elaboração própria.

A Figura 2 apresenta os percentuais dos registros de PCAF em cada público-alvo acumulados em todo o período. É possível observar que o maior quantitativo de PCAF foi direcionado à comunidade em geral (22,9%), seguido de mulheres (19,5%), idosos (18,3%), pessoas com DCNT (12,0%) e homens (11,1%). Já para o público de crianças e adolescentes visualiza-se um baixo percentual de registros, 4,7% e 4,4%, respectivamente. Cabe destacar que o restante do público-alvo, juntos, não representa 10% do total de atividades desenvolvidas no período analisado.

**Figura 2.** Percentual acumulado dos registros de práticas corporais e atividades físicas de acordo com o público-alvo. SISAB, Brasil, 2013-2021



A análise complementar demonstrou que não houve correlação estatisticamente significativa entre o indicador do IDH e os registros de PCAF na APS em nenhum ano do período analisado. Entre os percentuais de cobertura da ESF e os registros de PCAF, houve correlações positivas significativas ( $p < 0,05$ ) em todos os anos analisados, com exceção de 2018. Os coeficientes variaram entre  $p = 0,53$  em 2014 (correlação moderada) e  $p = 0,39$  em 2015 (correlação fraca), e demonstram que quanto maior a cobertura da ESF, maiores são os registros de PCAF na APS.

## Discussão

Observou-se uma taxa média anual de 113,3% de crescimento nos registros de PCAF desenvolvidas na APS em todo o país entre os anos de 2013 e 2019. Contudo, a partir do ano de 2020, houve acentuada queda no número de registros (75,5%), em comparação a 2019. Regionalmente, destacam-se como maiores promotores de PCAF o Sudeste e o Nordeste, e com os menores quantitativos, a Região Norte. Os estados brasileiros de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará, Goiás e Santa Catarina se mantiveram como os locais de maior produção de PCAF no país e com maior crescimento percentual total observado. Em termos da taxa média de crescimento anual, os estados do Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Tocantins, Espírito Santo, Mato Grosso e Acre tiveram destaque. Em relação ao público-alvo, as atividades abrangeram sobretudo a comunidade em geral, seguido

de mulheres, idosos, pessoas com DCNT e homens, que juntas somaram 83,8% do total de registros. As equipes de saúde que mais registraram foram as da eSF e NASF, sendo esta última, a equipe que mais promove PCAF na APS, cerca de 67,8% em todo o período analisado. Ademais, foi observada correlação positiva e estatisticamente significativa entre os registros de PCAF e a cobertura de saúde da família durante os anos de 2013 e 2019, com exceção de 2018. O maior coeficiente foi observado em 2014 ( $p=0,53$ ).

É possível visualizar que as PCAF foram ganhando espaço nas ações de promoção da saúde na APS no período investigado, o que parece estar conectado com a criação de políticas públicas, em especial a publicação inaugural da PNPS no ano de 2006, que demarcou o eixo das PCAF como prioridade e, com isso, propiciou a expansão da oferta dessas atividades como uma forma de cuidado no SUS (Carvalho *et al.*, 2022a; Malta *et al.*, 2014). Além disso, entre os anos de 2005 e 2018, principalmente, houve diversos movimentos e ações nos três níveis de gestão do SUS, visando ao fortalecimento da APS e da promoção da saúde, assim como a ampliação do eixo das PCAF na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e a inserção de profissionais de educação física, especialmente em equipes multiprofissionais (Carvalho *et al.*, 2022a; Carvalho; Nogueira, 2016; Malta *et al.*, 2014).

O decréscimo nos registros de PCAF nos anos de 2020 e 2021, observado em todas as regiões e estados brasileiros, parece atrelar-se ao contexto pandêmico vivenciado desde março de 2020. Tendo em vista a alarmante situação epidemiológica imposta pela pandemia e seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), os serviços de saúde suspenderam as atividades coletivas e direcionaram seus esforços para ações de prevenção à Covid-19 e atendimentos a pacientes com sintomatologias respiratórias (WHO, 2020b). Este cenário preocupante, concorrente às alterações na política de atenção primária, com o modelo do Previne Brasil (Brasil, 2019), pode ter contribuído para a diminuição expressiva nas ações de PCAF desenvolvidas na APS.

No entanto, embora o quantitativo de registros tenha reduzido consideravelmente, há de se levar em conta que mesmo em um contexto adverso, as equipes de saúde buscaram alternativas, seja com teleatendimento, videoaulas, grupos de mensagens etc., para manter tais atividades e preservar o vínculo com os usuários (Becchi *et al.*, 2021; Novaes *et al.*, 2020; Oliveira *et al.*, 2020). Recomenda-se, inclusive, que estas estratégias continuem sendo fomentadas nos serviços de saúde, uma vez que

possibilitam ampliar a oferta destas ações, bem como o acesso da população (Becchi *et al.*, 2021; Oliveira *et al.*, 2020).

Somada às condições impostas pela pandemia, a diminuição de ações de promoção da saúde e, neste caso de oferta de PCAF, parece também estar relacionada às medidas neoliberais intensificadas nos últimos anos, especialmente a partir do ano de 2016 (Carvalho *et al.*, 2022a; Palma *et al.*, 2021). É importante destacar que o neoliberalismo é caracterizado como uma racionalidade política que promove a primazia do mercado e, no contexto brasileiro, se manifesta como um conjunto de iniciativas político-jurídicas destinadas a promover uma sociedade baseada na concorrência, refletindo a dinâmica na qual o mercado regula as práticas governamentais, limitando sua autonomia (Menezes; Moretti; Reis, 2019). Essa perspectiva evidencia que o neoliberalismo apresenta uma multiplicidade de facetas, incluindo tanto aspectos discursivos quanto medidas que resultam no congelamento dos investimentos sociais (Menezes; Moretti; Reis, 2019; Carvalho *et al.*, 2022a; Palma *et al.*, 2021).

Devemos reconhecer a complexidade de analisar esses fatores sem o devido afastamento histórico de eventos tão significativos como trocas de governo, incluindo um impeachment, medidas de cortes públicos (EC 95), a alteração no modelo de financiamento (Previne Brasil) e a pandemia da Covid-19. Por um lado, foram fomentadas ações governamentais como guias e recomendações que estimulam os indivíduos a cuidarem de si, em uma perspectiva individual e com a pauta da motivação em voga, o que não problematiza o neoliberalismo enquanto uma racionalidade (Brasil, 2021c; 2021d; Knuth; Carvalho; Freitas, 2020). Por outro lado, as modificações mencionadas anteriormente em termos de congelamentos orçamentários e mudanças no financiamento da saúde são exemplos claros do retrocesso nas políticas de saúde (Brasil, 2016; 2019; 2020; Carvalho *et al.*, 2022a; 2024b).

É importante ressaltar que ainda não dispomos de dados históricos suficientes para determinar com precisão os potenciais impactos do Programa Previne Brasil e uma possível redução das ações de PCAF na APS. Contudo, ainda que não possamos estabelecer uma relação causal direta, é necessário pontuar que este modelo de financiamento contribuiu para a redução do número de equipes e do número de profissionais de Educação Física atuantes no SUS (Dutra; Viero; Knuth; 2023; Carvalho *et al.*, 2024b). Esses fatores reforçam nossa hipótese de que essas mudanças também podem prejudicar a oferta de ações de PCAF no SUS. Tais medidas impuseram fragilidades na manutenção, continuidade e fomento das

políticas e programas aqui discutidos. As desigualdades sociais persistentes no país são potencializadas através da lógica neoliberal de desarticulação das políticas de saúde num âmbito geral e que afetam as PCAF, e através de tais ações é possível visualizar movimentos articulados que visam o subfinanciamento e desmonte do SUS ou um SUS reduzido a uma pequena cesta de serviços (Knuth; Antunes, 2021). Nessa perspectiva, percebe-se uma lógica onde a política social não é mais praticada com o intuito de efetivar direitos, mas sim para ampliar as iniquidades existentes e regular o acesso aos serviços mediante o poder aquisitivo dos indivíduos (Menezes; Moretti; Reis, 2019; Palma *et al.*, 2021).

Dado que a racionalidade neoliberal pode se revestir de muitas formas (Menezes; Moretti; Reis, 2019; Carvalho *et al.*, 2022a; Palma *et al.*, 2021), até mesmo um aumento de registros de PCAF pode ser olhado com atenção, pois, por exemplo, os registros podem sintonizar um direcionamento para o aconselhamento em torno da atividade física, sem aprofundamento das causas que a atravessam, superficializando o tema. Para evitar essa superficialização, o aconselhamento deve ser conduzido de forma holística, abordando não apenas a prática de AF, mas também os fatores socioeconômicos, culturais e emocionais que a influenciam. É essencial criar um ambiente que incentive e valorize o autocuidado contínuo e priorize a atenção centrada no indivíduo, indo além de orientações genéricas, permitindo assim a construção e manutenção do vínculo profissional-usuário, além de ampliar o entendimento do aconselhamento para AF. Além disso, a adoção de modelos de aconselhamento estruturados, como o modelo 5As (Perguntar (*Ask*), Avaliar (*Assess*), Aconselhar (*Advise*), Auxiliar (*Assist*), Agendar (*Arrange*)), em conjunto com demais ações com caráter intersetorial, também podem fortalecer o acompanhamento efetivo dos usuários e a avaliação das ações desenvolvidas no SUS (Moraes *et al.*, 2024).

Em um estudo conduzido no ano de 2009 que buscou descrever a PNPS e a agenda da AF no contexto do SUS, os autores levantaram a questão da melhora na qualidade de vida para a população e apontaram que o principal desafio dos gestores do SUS era “garantir sustentabilidade às ações de indução das práticas corporais e ao permanente debate e articulação intersetorial pela melhoria das estruturas e espaços urbanos favorecedores da atividade física” (p. 85) (Malta *et al.*, 2009). Passados cerca de 13 anos dessa publicação, o desafio permanece o mesmo, e frente à piora em indicadores sociais observados no país, vale destacar que as PCAF não estão deslocadas deste cenário, pois trata-se de manifestações

complexas e atravessadas pelas condições socioeconômicas, culturais e políticas e pelos modos de viver (Knuth; Antunes, 2021).

Nos achados do presente estudo as regiões mais populosas como o Nordeste e o Sudeste (IBGE, 2021) foram as que mais registraram PCAF na APS, enquanto o Norte, com menor densidade demográfica (IBGE, 2021), manteve-se como a localidade com menor quantitativo de registros embora com um percentual de crescimento considerável. Entretanto, não encontramos correlação estatisticamente significativa entre o IDH e os registros PCAF na APS em nenhum ano do período analisado. É importante notar que, apesar de registrar uma quantidade menor de PCAF em comparação com o Nordeste e o Sudeste, o Norte possui um IDH ligeiramente superior ao do Nordeste (0,667 no Norte e 0,663 no Nordeste), enquanto o Sudeste apresenta um IDH ainda mais elevado (0,766) (PNUD, IPEA, 2016). No entanto, é necessário interpretar esses resultados com cautela, considerando a diversidade de fatores que podem influenciar o acesso aos programas de saúde, incluindo questões de infraestrutura, políticas locais de saúde e características demográficas. Portanto, a ausência de correlação com o IDH destaca a necessidade de uma abordagem mais ampla e contextualizada ao analisar as desigualdades regionais em saúde, reconhecendo a complexidade dos determinantes sociais e econômicos que moldam o acesso aos serviços de saúde e programas de promoção da atividade física.

Além das questões populacionais e de desenvolvimento, parte da explicação para estes aspectos perpassa pela existência histórica, nestas localidades com maior produtividade, de programas voltados à promoção de PCAF que se mostram experiências exitosas em ampliar o acesso da população a estes espaços, bem como aumentar os níveis populacionais de AF (Ferreira *et al.*, 2019). A exemplo disso, destacam-se na Região Sudeste o Agita São Paulo (SP), o Serviço de Orientação ao Exercício em Vitória (ES), o Saúde Ativa Rio Claro (SP) e o Programa Academia da Cidade em Belo Horizonte (MG). Já na Região Nordeste o Programa Academia da Cidade ocorre nas cidades de Recife (PE) e Aracaju (SE) (Becker; Gonçalves; Reis, 2016; Ferreira *et al.*, 2019; Skowronski, 2014; Vieira *et al.*, 2020). Além disso, a histórica desigualdade em demais indicadores sociais e de saúde entre as regiões, especialmente na região norte (Albuquerque *et al.*, 2017; IBGE, 2020), também é visualizada nos achados.

Dentro da APS, uma das principais estratégias de promoção da saúde é o Programa Academia da Saúde (PAS), criado em 2011, presente em 48% dos 5.570 municípios

brasileiros, com 3.821 polos habilitados em todos os estados (Skowronski, 2014; Brasil, 2018b; Manta *et al.*, 2020). Dados regionais do PAS apontam que as regiões com maior percentual de polos habilitados em relação ao número de municípios foram o Norte (55,3%) e Nordeste (54,7%), e a região com menor percentual foi a Região Sudeste (37,9%) (Brasil, 2018b).

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 demonstraram que a prática de AF em programas públicos é superior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, contudo, a cobertura populacional dos programas, em geral, ainda é baixa (1,9%) (Ferreira *et al.*, 2019). Em contraste, nosso estudo constatou menores proporções de registros de PCAF no SISAB na Região Norte, seguida pela região Centro-Oeste. É importante notar algumas diferenças entre os achados, como o tipo de pesquisa realizado - inquérito populacional versus estudo ecológico - e a abordagem que se concentra em indivíduos versus registros, respectivamente. Ainda assim, não se pode descartar a hipótese que um componente de PCAF ofertadas à população não é registrada na mesma proporção, com possíveis variações regionais. Inquéritos e estudos ecológicos produzem respostas distintas, são complementares, e podem trazer aportes para o desenvolvimento das PCAF no SUS, especialmente no entendimento das iniquidades existentes.

Um estudo brasileiro demonstrou que entre os meses de setembro de 2018 e agosto de 2019, cerca de 807 mil atividades coletivas foram registradas pelas equipes da APS, sendo que destas, 76,6% estavam relacionadas às PCAF e atenderam 3.638.857 participantes (Bortolini *et al.*, 2020). Ainda assim, para minimizar as disparidades observadas a nível regional e estadual, tornam-se necessárias iniciativas nas esferas de gerência do SUS para analisar as características da RAS e demais políticas intersetoriais nestas localidades, com vistas a fomentar o acesso da população e efetivar ações de PCAF como ferramenta de promoção da saúde de maneira equânime (Ferreira *et al.*, 2019).

Um ponto interessante de se salientar é que o público-alvo das atividades coletivas envolvendo PCAF identificado no presente estudo, se assemelha ao perfil dos usuários de programas públicos de PCAF traçados em pesquisas anteriores, que são mulheres, acima dos 50 anos de idade e com histórico de DCNT (Silva *et al.*, 2020; Silva; Prates; Malta, 2021; Souza Neto *et al.*, 2020). Nesse sentido, percebe-se que o direcionamento das ações PCAF está ocorrendo para o público que comprovadamente mais necessita e é mais beneficiado, uma vez que amplia o

acesso das mulheres às PCAF, visto que elas são menos ativas fisicamente que os homens, contribui para a redução de agravos decorrentes de DCNT e também para a autonomia e melhora da qualidade de vida, tanto nos idosos, como nas demais populações (Ferreira *et al.*, 2019; Souza Neto *et al.*, 2020; Vagetti *et al.*, 2017).

As equipes de NASF e eSF apresentaram-se como as maiores promotoras de PCAF na APS. Observou-se também correlações positivas significativas entre os percentuais de cobertura da ESF e os registros de PCAF em todos os anos analisados, com exceção de 2018. Esses achados sugerem que a presença e a expansão da ESF podem desempenhar um papel importante na promoção das ações de PCAF na APS, em consonância com o estudo de Florindo *et al.* (2016), que identificou uma maior prevalência de ações de promoção de AF nos municípios com cobertura de eSF mais ampla e que tinham o NASF com profissionais de educação física em suas equipes. Há de se considerar que o NASF, desde sua criação em 2008, possibilitou ampliar a abrangência, qualidade e resolutividade das ações da APS, em uma lógica de integralidade dos cuidados em saúde (Almeida; Medina, 2021; Brocardo *et al.*, 2018). No entanto, a retirada do custeio federal que ocasionou o descredenciamento destas equipes (Brasil *et al.*, 2020), impõe fragilidades expressivas e descontinuidade de um trabalho, que, embora apresente limitações, contribuiu para a estruturação e o fortalecimento da APS no Brasil e para a assistência prestada aos indivíduos (Almeida; Medina, 2021; Brocardo *et al.*, 2018).

Entre os anos de 2019 e 2022, foram instituídos a Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) e o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de AF na APS (Carvalho *et al.*, 2022b, 2022a). As análises iniciais sobre o Incentivo de Atividade Física (IAF), demonstram um potencial para ampliar o acesso da população às PCAF desenvolvidas na APS (Carvalho *et al.*, 2022b), ainda assim, a criação da coordenação e implementação do incentivo demandam atenção, visto que os movimentos por si só não se mostram suficientes para garantir o fortalecimento da agenda das PCAF no SUS (Carvalho *et al.*, 2022a, 2022b), uma vez que o IAF é um modelo que ainda não foi avaliado perante a realidade brasileira (Carvalho *et al.*, 2022b). Além disso, pouco se avançará na temática se as noções de promoção da saúde permanecerem atreladas a uma perspectiva de motivação individual e sem considerar contextos sociais, políticos, econômicos e culturais em que os indivíduos estão inseridos (Carvalho *et al.*, 2022a). Sugere-se, portanto, que estudos específicos

se debruçem sobre orçamento, delimitação conceitual e ações da CGPROFI e acompanhamento do IAF, bem como seus desdobramentos na pasta da Saúde.

É preciso mencionar que o presente estudo não é isento de limitações. Destaca-se, primeiramente, que tanto os registros de PCAF, quanto o contexto da pandemia e as mudanças na política da APS são eventos contemporâneos, contudo, esta pesquisa não tem capacidade de estabelecer análises de causa e efeito, mas sim debruça-se a realizar uma descrição destes eventos. Nessa perspectiva, também se aponta a impossibilidade de implicar causalidade nas correlações observadas na análise complementar, uma vez que são informações baseadas em fontes diferentes, e que estas foram constituídas para fins igualmente diferentes. Trata-se, portanto, de uma análise exploratória. Adicionalmente, ressalta-se que este estudo não incluiu uma análise específica acerca do número de unidades e equipes de saúde, apesar de ter considerado o percentual da população coberta pela ESF.

Além desses aspectos, deve-se considerar que os sistemas de informação podem apresentar fragilidades em termos operacionais das plataformas, como padronização, normatização e compatibilidade das informações (Almeida; Alencar, 2000) e também acerca da dificuldade no registro por parte dos profissionais, dada a informatização insuficiente nas unidades de saúde, com escassez de computadores e acesso à internet precário, bem como o desconhecimento acerca das formas de preenchimento e manuseio correto dos dados nos sistemas (Lima; Vale; Pisa, 2018; Pinheiro *et al.*, 2016). A implantação da estratégia e-SUS APS no Brasil ocorreu plenamente em apenas 20,2% dos municípios brasileiros até 2019, e a maioria se encontra entre o status de implantação inicial e implantação parcial (Cielo *et al.*, 2022). Análises complementares, nos estados e regiões são fundamentais para estabelecimento de comparações com estes dados nacionais. Salienta-se que os SIS devem conversar e tentar convergir para que não haja sobreposição e mesmo lacunas nos registros. Ainda, é necessário esforço para que as localidades tenham o mesmo acesso à internet de qualidade e equipamentos, para que os registros reflitam os serviços e não uma dificuldade técnica e operacional.

Ainda que o SISAB possa apresentar possíveis imprecisões devido aos pontos supracitados, ele é um sistema atrelado ao DATASUS que coleta, processa e dissemina informações oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2021a). O desenvolvimento de estudos deste âmbito, tornam possível a qualificação das informações obtidas e viabilizam a plataforma do SISAB como uma fonte de pesquisa para futuros estudos.

Além disso, ao investigar dados referentes ao SUS, é possível identificá-lo como um locus tanto de produção de cuidado, como também produção de conhecimento.

Os resultados encontrados puderam contribuir para a identificação da distribuição dos registros de PCAF, bem como as disparidades existentes em nível regional e estadual. Foram observados incrementos em todas as regiões e estados até o ano de 2019, e a partir de 2020 visualiza-se queda nas ações, possivelmente relacionado ao contexto da pandemia, bem como da adoção de medidas neoliberais pelo governo federal. Estes achados reforçam a necessidade de se construírem estratégias nos três níveis de gestão do SUS que visem maiores investimentos em políticas públicas, para a manutenção e a criação de propostas e programas que ampliem a oferta de ações de PCAF no território brasileiro, bem como favoreçam o acesso da população a esta modalidade de cuidado em saúde. Por fim, este estudo se limita a apresentar o quantitativo dos registros PCAF produzidos na APS, torna-se necessário avaliar em pesquisas futuras, se estes registros refletem ações efetivas e qual a abrangência populacional destas atividades coletivas.<sup>2</sup>

## Agradecimentos

A autora RPD é bolsista de demanda social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), processo de número 88887.628163/2021-00.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

## Referências

ALBUQUERQUE, M. V. *et al.* Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26862016>

ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00310820>

ALMEIDA, M. F.; ALENCAR, G. P. Informações em saúde: Necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n. 4, p. 241-249, dez. 2000. DOI: <http://doi.org/10.5123/S0104-16732000000400003>

BECCHI, A.C. *et al.* Incentivo a prática da atividade física: estratégias do NASF em meio à Pandemia de Covid-19. *APS em Revista*, v. 3, n. 3, p. 2021, 2021. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i3.131>

BECKER, L.; GONÇALVES, P.; REIS, R. Programas de promoção da atividade física no Sistema Único de Saúde brasileiro: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 21, n. 2, p. 110, 1 mar. 2016. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n2p110-122>

BORTOLINI, G. A. *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 44, p. 1, 23 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2020.39>

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde: Ciclo 2017*. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. *Diário Oficial da União*, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária da Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Brasília/DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. *e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>> Acesso em: 4 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. *Nota Técnica Explicativa – Relatório de Saúde (Atividade Coletiva)*. Brasília, 2021b. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/sisab\\_nota\\_tecnica\\_relatorio\\_atividade\\_coletiva.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/sisab_nota_tecnica_relatorio_atividade_coletiva.pdf)> Acesso em: 4 jan. 23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia de Atividade Física para a População Brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. 54 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. *Guia de Atividade Física Para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2021d.

BROCARD, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*, v. 42, n. esp. 1, p. 130-144, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>

CARVALHO, F. F. B.; NOGUEIRA, J. A. D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07482016>

CARVALHO, F. F. B. *et al.* As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, n. 6, p. 2163-2174, jun. 2022a. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15242021>

CARVALHO, F. F. B. *et al.* Promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 38, n. 8, 2022b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT095722>

CARVALHO, F. F. B. *et al.* *Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na Atenção Primária: análise de 2014 a 2022*. 2024a. DOI: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.6240>

CARVALHO, F. F. B. *et al.* Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise do ciclo governamental 2019-2022. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, p. e19352022, 2024b. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19352022>

CIELO, A. C. *et al.* Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. *Revista de Saúde Pública*, v. 56, p. 5, 7 mar. 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003405>

DUTRA, R. P.; VIERO, V. dos S. F.; KNUTH, A. G. Inserção de profissionais de educação física no Sistema Único de Saúde: análise temporal (2007-2021). *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 28, p. 1-9, 2023. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0296>

FERREIRA, R. W. *et al.* Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 1-13, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00008618>

FLORINDO, A. A. *et al.* Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v. 30, n. 4, p. 913-924, dez. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-55092016000400913>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Indicadores: Estimativas da população*. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>>. Acesso em: 4 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Pesquisa Nacional de Saúde - 2019*. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. 85 p.

JIMENO-ALMAZÁN, A. *et al.* Post-COVID-19 Syndrome and the Potential Benefits of Exercise. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 18, n. 10, p. 5329, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105329>

KNUTH, A. G.; ANTUNES, P.C. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saúde e Sociedade*, v. 30, n. 2, p. 1-11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200363>

KNUTH, A. G.; CARVALHO, F. F. B.; FREITAS, D. D. Discursos de instituições de saúde brasileiras sobre atividade física no início da pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 25, p. 1-9, 14 set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0122>

LATORRE-ROMÁN, P. Á. *et al.* Protective role of physical activity patterns prior to COVID-19 confinement with the severity/duration of respiratory pathologies consistent with COVID-19 symptoms in Spanish populations. *Research in Sports Medicine*, p. 1-12, 15 jun. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/15438627.2021.1937166>

LEE, I.-M. *et al.* Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 219-229, jul. 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)61031-9)

LIMA, V. S.; VALE, T. M.; PISA, I. T. Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*, v. 3, n. 0, p. 100-113, 2018.

MALTA, D. C. *et al.* A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 18, n. 1, p. 79-86, mar. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000100008>

MALTA, D. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 19, n. 3, 31 maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n3p286>

MANTA, S. W. *et al.* Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 25, p. 1-6, 22 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0168>

MENEZES, A. P. R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*, v. 43, n. spe5, p. 58-70, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

- MORAES, S. Q. *et al.* Características e estratégias de aconselhamento para atividade física utilizadas por profissionais da atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 1, p. e00692023, 2024. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.00692023>
- NOVAES, C. R. M. N. *et al.* Protocolo de atividade física remoto para grupos de Academia da Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 25, p. 1-6, 17 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0167>
- OLIVEIRA, G. S. *et al.* Implementation of the remote activities of the Programa Academia da Cidade in times of COVID-19. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 25, p. 1-6, 10 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0158>
- PALMA, A. *et al.* Educação física e saúde em tempos de pandemias. In: VAGO, T. M.; LARA, L. M.; MOLINA NETO, V. *Educação física e ciências do esporte no tempo presente: desmonte dos processos democráticos, desvalorização da ciência, da educação e ações em defesa da vida*. Maringá: EDUEM, 2021. p. 403.
- PINHEIRO, A. L. S. *et al.* Health management: the use of information systems and knowledge sharing for the decision-making process. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 25, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003440015>
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. *Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras*: 2016. Brasília: PNUD; IPEA; FJP, 2016.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2008. 349 p.
- SALLIS, J. F. *et al.* An international physical activity and public health research agenda to inform coronavirus disease-2019 policies and practices. *Journal of Sport and Health Science*, v. 9, n. 4, p. 328-334, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.05.005>
- SILVA, C. R. M. *et al.* Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081019>
- SILVA, A. G.; PRATES, E. J. S.; MALTA, D. C. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 5, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00277820>
- SKOWRONSKI, M. *Do Programa Agita São Paulo ao Programa Academia da Saúde: programas públicos envolvendo práticas corporais/atividade física para a promoção da saúde*. 2014 (Trabalho de conclusão de curso) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- SOUZANETO, J. M. *et al.* Aconselhamento para atividade física na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Movimento*, v. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.104360>

VAGETTI, G. C. *et al.* Association of body mass index with the functional fitness of elderly women attending a physical activity program. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v. 20, n. 2, p. 214-224, abr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160160>

VIEIRA, L. A. *et al.* 30 anos do serviço de orientação ao exercício em Vitória/ES: pioneirismo nas práticas corporais e atividades físicas no sistema único de saúde. *Movimento*, v. 26, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.103142>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance*. Geneva: WHO, 2020a. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>>. Acesso em: 14 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *COVID-19: Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak*. Geneva: WHO, 2020b. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331561/WHO-2019-nCoV-essential\\_health\\_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331561/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em 4 jan. 2023.

## Notas

<sup>1</sup> Este artigo é resultado da dissertação de mestrado de Rinelly Pazinato Dutra, sob orientação de Alan Goularte Knuth.

<sup>2</sup> R. P. Dutra: concepção, coleta e análise dos dados, condução da redação e preparação do manuscrito. A. G. Knuth: análise dos dados, redação e revisão do artigo. Todos os autores revisaram e aprovaram o conteúdo do manuscrito.

# *Abstract*

## *Body practices and physical activities developed in the Primary Health Care in Brazil between 2013 and 2021*

**Objective:** To map records of Body Practices and Physical Activities (PCAF) conducted in Primary Health Care in Brazil from 2013 to 2021. **Methods:** Ecological study using Primary Care Information System (SISAB) data. Annual PCAF records were presented in absolute and relative values at state, regional, and national levels, categorized by team type and target audience. **Results:** A total of 2,664,288 PCAF actions were recorded nationwide in this period. An average annual growth rate of 113.3% was observed in records between 2013-2019; however, a 75.5% reduction occurred from 2020 onwards, likely linked to the Covid-19 pandemic. The Southeast and Northeast regions recorded the highest PCAF activities, with Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará, Goiás, and Santa Catarina standing out. PCAF actions were primarily directed toward the general community, women, older adults, and individuals with chronic diseases. The Family Health Support Center teams and Family Health teams recorded most actions. **Conclusion:** The distribution of actions remains uneven across states and regions, highlighting the need for intersectoral strategies to strengthen PCAF and health promotion within the SUS.

► **Keywords:** Motor Activity. Unified Health System. Electronic Health Records. Health Information Systems.

