

As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta

Body practices and physical activities in the tripartite management of the SUS: organizational structure, financing and supply

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

Erika Rodrigues de Almeida (<https://orcid.org/0000-0002-2034-5079>)²

Mathias Roberto Loch (<https://orcid.org/0000-0002-2680-4686>)³

Alan Goularte Knuth (<https://orcid.org/0000-0002-2030-5747>)⁴

Abstract *The scope of this study was to analyze the organizational structure, financing and supply of programs and actions of bodily practices and physical activities (PCAF) considering the tripartite management of the Unified Health System (SUS). Focusing on the years 2018 to 2020, information was requested from the Ministry of Health (MS), the 26 state health secretariats, the Federal District (SES) and the 26 municipal health secretariats in the capitals (SMS). 40 responses were received (rate of 74%). Based on the relevance of the Expanded Center for Family Health and Primary Care (Nasf AB) in the provision of PCAF, research was also carried out in information systems. It was observed that only the MS, two SES' and four SMS' had a specific PCAF management structure; the possibility of financing was identified by the MS, in six SES' and eight SMS'. With respect to the programs, they seem to be limited to the Health Academy. In relation to the offer of PCAF, it was observed that from 2015 to 2020 the percentage of participation of Nasf AB was always higher than 70%, reaching 82.3%. Thus, the panorama revealed in the MS, SES and SMS capitals sets up a timid arrangement of essential elements of organizational structure, funding, programs, and actions for the PCAF to advance as a public health policy.*

Key words *Public policy, Health promotion, Health planning, Motor activity*

Resumo *Objetivou-se analisar a estrutura organizacional, o financiamento e a oferta de programas e ações de práticas corporais e atividades físicas (PCAF) considerando a gestão tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS). Com recorte nos anos de 2018 a 2020, foram solicitadas informações do Ministério da Saúde (MS), das 26 secretarias estaduais de saúde e do Distrito Federal (SES) e das 26 secretarias de saúde municipais das capitais (SMS). Foram recebidas 40 respostas (taxa de 74%). De forma complementar, a partir da relevância do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB) na oferta das PCAF, foi realizada pesquisa em sistema de informações. Apenas o MS, duas SES e quatro SMS apresentavam estrutura específica de gestão das PCAF; a possibilidade de financiamento foi apontada pelo MS, em seis SES e oito SMS. Em relação aos programas, parecem limitar-se ao Academia da Saúde. Já em relação à oferta de PCAF, observou-se que, de 2015 a 2020, o percentual de participação do Nasf AB foi sempre maior do que 70%, chegando a 82,3%. Assim, o panorama constituído no MS, nas SES e SMS das capitais configura uma tímida disposição de elementos essenciais, como estrutura organizacional, financiamento, programas e ações para que as PCAF possam avançar enquanto política pública de saúde.*

Palavras-chave *Política pública, Promoção da saúde, Planejamento em saúde, Atividade motora*

¹ Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Ministério da Saúde. R. Marquês de Pombal 125, 5º andar, Centro. 20230-240 Rio de Janeiro RJ Brasil. fabiofbcarvalho@gmail.com

² Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Ministério da Saúde. Brasília DF Brasil.

³ Departamento de Educação Física, Universidade Estadual de Londrina. Londrina PR Brasil.

⁴ Instituto de Educação, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande RS Brasil.

Introdução

As práticas corporais e atividades físicas (PCAF) passaram a compor a agenda da saúde pública, em âmbito internacional e nacional, especialmente nas últimas décadas. Exemplos recentes são a atualização das Recomendações Globais da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020¹, as políticas específicas em muitos países² e a criação de estrutura organizacional especializada na OMS para liderar esforços na implementação do Plano Global 2018-2030³. Em âmbito nacional, destacam-se a existência da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), na qual as PCAF são um tema prioritário⁴, os programas comunitários⁵ e o relatório Movimento é Vida⁶.

São distintos os motivos para a mobilização em torno do tema, gerando reconhecimento discursivo e político: prevalências de inatividade física no mundo⁷, seus custos⁸, o potencial para evitar mortes prematuras⁹, benefícios para o desenvolvimento sustentável e humano^{6,10}, seu caráter como um direito, a relação que o movimento corporal estabelece com a cultura, o lazer e as desigualdades nas condições de vida que comprometem o envolvimento em tais práticas^{11,12}.

Principalmente entre 2005 e 2018, o Brasil promoveu uma série de ações no Sistema Único de Saúde (SUS) que colocaram as PCAF em políticas – como na PNPS – nos diferentes níveis e redes de atenção à saúde: como uma das ofertas de equipes de saúde, caso do atualmente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)¹³, em programas como o Academias da Cidade, em âmbito municipal, e o Academia da Saúde, em âmbito federal¹⁴, bem como em documentos, como os Cadernos de Atenção Básica¹⁵, comunicações e evidências¹⁶. Em 2019, com a alteração na estrutura organizacional do Ministério da Saúde (MS), foi criada a Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI) na Secretaria de Atenção Primária à Saúde¹⁷.

Considerando, em relação às PCAF, que o acesso pode ser facilitado a partir de políticas públicas¹², que fortalecer estruturas e marcos políticos é fundamental para apoiar a implementação de ações¹⁰ e que pesquisas sobre políticas podem contribuir para a adequada implementação e avaliação daquelas existentes, assim como para aumentar a mobilização entre os formuladores e outras partes interessadas da saúde pública para superar os desafios, lacunas e perspectivas existentes², este trabalho tem como objetivo analisar a estrutura organizacional, o financiamento e

a oferta de programas e ações de PCAF nos três entes de gestão do SUS – MS, SES e SMS das capitais. A relevância e ineditismo estão na abordagem das PCAF como política pública de saúde, para além de dados de vigilância epidemiológica/prevalência e de benefícios clínicos para distintas condições de saúde.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com análise acerca da estrutura organizacional, financiamento e oferta de programas e ações de PCAF no âmbito dos três entes de gestão do SUS: Governo Federal – MS, estados e Distrito Federal – SES e capitais brasileiras – SMS. Foi realizada pesquisa exploratória nos sítios eletrônicos do MS, das 27 SES (26 estados e DF) e das 26 SMS das capitais em busca dos organogramas dessas instituições, com vistas a identificar a estrutura organizacional na qual as PCAF estariam alocadas.

A partir da identificação de informações não atualizadas ou inespecíficas, procedeu-se pela solicitação, via Lei de Acesso à Informação (LAI)¹⁸, ao MS, aos estados, ao DF e às capitais. Posteriormente, quando não houve resposta pela via citada, as informações foram solicitadas por contatos eletrônicos (*e-mail*) e telefônicos (ligação e WhatsApp) a partir das referências do Programa Academia da Saúde (https://aps.saude.gov.br/ape/academia/contato_estadual). Foram enviadas as seguintes perguntas (pertinentes especificamente ao âmbito da gestão: estadual ou municipal):

Em qual estrutura organizacional está a gestão de programas e ações de PCAF, por exemplo o programa Academia da Saúde (e outros em âmbito estadual/municipal)?

Qual foi o orçamento anual (recursos estaduais/municipais) desta área em 2018, 2019 e 2020 previsto e efetivamente gasto (empenhado e liquidado)?

Não havendo área específica como uma coordenação ou gerência e estando em áreas como Promoção da Saúde, Alimentação e Nutrição, há dotação específica para os programas e ações de PCAF?

A coleta das informações se deu entre setembro de 2020 e abril de 2021, com recorte temporal nos anos de 2018 a 2020, considerando como marco temporal a criação da CGPROFI em 2019.

Em complemento, a partir de uma resposta relacionada especificamente ao financiamento do Nasf AB, que em conjunto com o Programa Academia da Saúde são as principais formas de

oferta das PCAF na atenção primária à saúde (APS)^{12,19}, julgou-se necessário analisar a oferta de atividades pelo Nasf AB. Em março de 2021, com a finalidade de obter dados comparativos entre as atividades coletivas de PCAF realizadas por todos os tipos de equipes de APS e exclusivamente pelo Nasf AB, foi feita pesquisa no Sistema de Informações em Saúde para a APS (Sisaps), base de dados oficial da gestão da APS no SUS, considerando de início o período de 2018 a 2020 e, posteriormente, a partir de 2015, com vistas a ampliar o recorte temporal selecionado para a análise da estrutura organizacional, do financiamento e da oferta de programas e ações, de forma a verificar se os achados se confirmavam num recorte temporal maior. No Sisaps foram coletadas informações de todos os municípios do país, agregados por unidade federativa.

O Sisaps é o sistema de informação alimentado pelas equipes que atuam na APS, utilizado para fins de monitoramento, avaliação e financiamento das ações da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esse sistema integra estratégia que propõe, entre outras medidas, o incremento da gestão da informação e a melhoria dos processos de trabalho, permitindo a obtenção de informações acerca da situação de saúde da população²⁰. As variáveis exploradas estavam relacionadas às competências (meses/anos), ao tipo de equipe, ao tipo de atividade e número de atividades coletivas relacionadas às PCAF.

Por utilizar dados públicos, a pesquisa recebeu o parecer de dispensa de análise ética nº 13/2020 do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (CEP Ensp/Fiocruz).

Neste texto, optamos por utilizar a expressão PCAF, ainda que exista distinção conceitual entre “práticas corporais” e “atividade física”. A opção se dá porque valoramos mais as experiências vividas pelos sujeitos e o modo que estes significam suas relações com o corpo e com a saúde do que as “amarras conceituais” de um ou outro termo²¹, e porque foi a denominação registrada na PNPS⁴.

Resultados e discussão

Das 54 solicitações realizadas, foram recebidas 40 respostas (74%): MS, 20 das SES e 19 das SMS das capitais. Contudo, no que se refere ao financiamento de programas e ações de PCAF, consideramos 37 respostas válidas (MS, 20 SES e 16 SMS), já que em três das respostas não constavam informações específicas sobre essa questão.

Em pesquisa sobre políticas nacionais de atividade física e comportamento sedentário em países do Observatório Global para Atividade Física (GoPA!) (n = 173), a taxa de resposta foi de 44%². Ainda que seja necessário guardar as devidas distinções entre países pertencentes a uma iniciativa como um observatório global e a realidade geográfica e federativa brasileira, com estados e municípios, o percentual de respostas em nosso estudo pode ser considerado satisfatório. Mesmo assim, considerando que o acesso à informação é essencial para o acompanhamento e a avaliação de políticas públicas e que há legislação assegurando o direito fundamental de acesso¹⁸, é de se destacar a falta de resposta de algumas secretarias de saúde.

Estrutura organizacional da gestão de programas e ações de práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde

Em relação à estrutura organizacional na qual está inserida a gestão de programas e ações de PCAF, observamos que há a referida estrutura específica apenas no âmbito do governo federal (MS), em duas SES (AL e PR) e quatro SMS (Recife/PE, Vitória/ES, Belo Horizonte/MG e Rio de Janeiro/RJ) (Quadro 1).

No âmbito federal, em 2019 foi criada uma coordenação específica sobre o tema no MS, a CGPROFI¹⁷. Segundo Reis *et al.*²², a nova estrutura organizacional no MS busca dar maior força para a APS a partir do maior protagonismo na cadeia decisória, além do potencial indutor nas SES e SMS. Assim, uma coordenação específica supostamente fortaleceria a agenda das PCAF no SUS e no Brasil²³. Porém, não é, por si só, a criação de uma estrutura organizacional que garantirá um maior protagonismo das PCAF no MS e nas políticas públicas, há de se considerar diversos outros aspectos, inclusive os recursos disponíveis e a articulação com outras ações, políticas, setores e sociedade civil.

No que concerne à estrutura organizacional presente nos estados e nas capitais brasileiras, independentemente da existência de uma estrutura específica, os programas e ações de PCAF se encontram, em geral, em áreas (diretorias/superintendência/coordenações/etc.) da: atenção à saúde; da APS; da vigilância em saúde; das doenças crônicas; da educação e promoção da saúde; da alimentação e nutrição; e das práticas integrativas e complementares em saúde. Contudo, também encontramos a gestão dessas ações

Quadro 1. Estrutura organizacional específica de programas e ações de práticas corporais e atividades físicas. Brasil, 2021.

Instituição	Estrutura organizacional	Instituição	Estrutura organizacional
Ministério da Saúde	Sim		
Secretaria Estadual e Distrital de Saúde		Secretaria Municipal de Saúde	
Norte			
AC	-	Rio Branco	Não
AP	Não	Macapá	-
AM	-	Manaus	Não
PA	Não	Belém	-
RO	Não	Porto Velho	Não
RR	-	Boa Vista	-
TO	-	Palmas	-
Nordeste			
AL	Sim	Maceió	Não
BA	Não	Salvador	Não
CE	-	Fortaleza	Não
MA	Não	São Luís	Não
PB	Não	João Pessoa	-
PE	-	Recife	Sim
PI	-	Teresina	-
RN	Não	Natal	-
SE	Não	Aracaju	Não
Centro-Oeste			
DF	Não	-	-
GO	Não	Goiânia	Não
MT	Não	Cuiabá	Não
MS	Não	Campo Grande	Não
Sudeste			
ES	Não	Vitória	Sim
MG	Não	Belo Horizonte	Sim
RJ	Não	Rio de Janeiro	Sim
SP	Não	São Paulo	Não
Sul			
PR	Sim	Curitiba	Não
RS	Não	Porto Alegre	Não
SC	Não	Florianópolis	Não

Fonte: Autores.

ocorrendo fora do setor saúde, no âmbito do esporte e lazer.

Foi possível observar, em relação ao locus institucional de gestão de programas e ações de PCAF, que não ocorreu a indução ou “efeito cascata” a partir da criação da coordenação específica no MS. Evidentemente, há de se considerar a questão temporal, já que essa mudança na estrutura organizacional do MS é recente – ocor-

reu em maio de 2019. Além disso, não se pode desprezar que no começo de 2020 teve início a pandemia causada pelo novo coronavírus, o que exigiu grande parte dos esforços da gestão do SUS, além de ter sido o último ano de gestão municipal (e de eleições municipais). Salientamos que não intencionamos defender que sem esta medida não seria possível o fortalecimento das PCAF, pelos motivos já citados, contudo, acredi-

tamos que o acompanhamento e a análise desses efeitos se tornam importante para as pesquisas sobre o tema.

Considerando que as PCAF estão relacionadas a diferentes determinantes e condicionantes da saúde, não sendo possível pensá-las em abstrato²⁴, é necessário considerar que a criação ou existência de estruturas organizacionais específicas pode não significar fortalecimento das PCAF no SUS caso a racionalidade presente nas ações esteja atrelada à promoção da saúde circunscrita ao âmbito da motivação individual, à figura da educação física como mera indutora das referidas práticas, sem qualquer consideração às manifestações da cultura corporal, às condições de vida e ao olhar para as interseccionalidades de raça, classe e gênero que incidem na área²⁵, ou ainda com formas de oferta desconectadas das demais ações da APS.

Além disso, é necessário destacar que outras mudanças ocorridas contemporaneamente à criação de uma coordenação específica relacionada à PCAF, em especial a mudança no financiamento da APS (Programa Previne Brasil)²⁶, podem trazer alterações importantes na oferta de tais práticas. Algumas dessas questões serão abordadas mais adiante.

Cabe ressaltar que as quatro SMS que possuem estrutura organizacional específica são pioneiras na oferta de programas de PCAF no SUS, com o Programa Academia da Cidade em Recife/PE e Belo Horizonte/MG, o Serviço de Orientação ao Exercício em Vitória/ES e o Programa Academia Carioca no Rio de Janeiro/RJ²⁴, permitindo inferir alguma relação entre esses fatos, sem perder de vista que o mesmo não ocorreu em Aracaju/SE, ou seja, possivelmente indicando não ser o único ou principal elemento relacionado. Salienta-se, contudo, também o fato de que mesmo entre essas SMS há limitações relacionadas à estrutura organizacional, uma vez que ainda há, por exemplo, a existência de estrutura informal em Vitória/ES, ou seja, não pertencente ao organograma oficial da SMS, o que talvez implique maior fragilidade das ações do ponto de vista da sustentabilidade a médio e longo prazos.

Financiamento de programas e ações de PCAF no SUS

Em relação ao financiamento, o questionamento se referia ao orçamento da estrutura organizacional na qual estava a gestão dos programas e ações de PCAF, e observamos que a possibilidade foi apontada no MS, em seis SES (AP, SE, MS,

MG, PR e SC) e oito SMS (Maceió/AL, Recife/PE, Aracaju/SE, Goiânia/GO, Campo Grande/MS, Vitória/ES, Belo Horizonte/MG, Rio de Janeiro/RJ) (Quadro 2). Considerando a inespecificidade das informações coletadas, não foi possível avaliar a suficiência ou adequação do orçamento e financiamento de forma a, entre outras questões, estabelecer comparações e paralelos com políticas e ações como as de alimentação e nutrição, tabagismo, temas com “mais tradição” e que, assim como as PCAF, ganham destaque ao serem compreendidos como fatores de risco “modificáveis” quando relacionados às doenças crônicas, e também possuem discussões mais amplas do que o referido enfoque. Uma SES (SP) manifestou preocupação com a mudança de financiamento da APS e, por conseguinte, com o possível fim dos recursos para o Nasf AB.

O financiamento, ponto central para programas e ações de saúde, se mostrou incipiente: no MS, a coordenação específica (CGPROFI) passou a ter linha orçamentária própria em 2021, com a ressalva de que o Programa Academia da Saúde já possuía desde a sua criação e foi incorporado à nova pasta.

No âmbito estadual, algumas SES destacaram seu papel de apoio, porém sem indução financeira, dialogando com a ausência de financiamento estadual para a APS, de forma contrária ao recomendado na PNAB¹³ e na PNPS⁴, o que possivelmente repercute nos programas e ações de PCAF. Em relação às SES, quando havia possibilidade de recursos – por exemplo informando que há cofinanciamento das ações na APS ou que as ações de PCAF fazem parte do montante total de custeio do SUS no qual há incentivo por meio de programa estadual –, eles eram gerais, isto é, não especificamente para as PCAF, mas para programas e equipes de APS e eram provenientes da Vigilância em Saúde, Promoção da Saúde e da APS.

Quatorze SES informaram não disponibilizar recursos, e nas respostas havia justificativas diversas nas quais se eximiam de alguma responsabilidade, considerando que não há normativa nesse sentido ou que os recursos do Programa Academia da Saúde são do Fundo Nacional para o Municipal de Saúde. Logo, os estados podem fortalecer a agenda, mas ou não fazem ou fazem timidamente.

Em âmbito municipal, de forma semelhante aos estados, quando existia possibilidade de financiamento, os recursos também eram gerais, para programas e equipes de APS, entre outras possibilidades. E houve maior direcionamento dos recursos para os programas e ações de PCAF

em comparação aos estados, ainda que o orçamento também viesse de diferentes áreas.

Em estados e nas capitais, quando houve possibilidade de financiamento, os recursos eram provenientes daqueles gerais da APS, do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), quando a inserção na estrutura organizacional é na área de Alimentação e Nutrição, da Vigilância em Saúde e por meio de indicadores de promoção da saúde,

mostrando não haver linha orçamentária ou “rubrica” específica para as PCAF. Também foram referidos casos de previsão orçamentária, porém sem execução financeira. Isso evidencia a necessidade de “disputar” junto à gestão os recursos para a implantação e/ou manutenção, o que mostra que tais práticas podem não ter prioridade, ao contrário do que poderia indicar o discurso favorável relacionado às PCAF²³. Segundo a OMS, os

Quadro 2. Possibilidade de financiamento de programas e ações de práticas corporais e atividades físicas. Brasil, 2021.

Instituição	Possibilidade de financiamento	Instituição	Possibilidade de financiamento
Ministério da Saúde	Sim		
Secretaria Estadual e Distrital de Saúde		Secretaria Municipal de Saúde	
Norte			
AC	-	Rio Branco	Não
AP	Sim	Macapá	-
AM	-	Manaus	Não
PA	Não	Belém	-
RO	Não	Porto Velho	Não
RR	-	Boa Vista	-
TO	-	Palmas	-
Nordeste			
AL	Não	Maceió	Sim
BA	Não	Salvador	Não
CE	-	Fortaleza	Não
MA	Não	São Luís	*
PB	Não	João Pessoa	-
PE	-	Recife	Sim
PI	-	Teresina	-
RN	Não	Natal	-
SE	Sim	Aracaju	Sim
Centro-Oeste			
DF	Não	-	-
GO	Não	Goiânia	Sim
MT	Não	Cuiabá	Não
MS	Sim	Campo Grande	Sim
Sudeste			
ES	Não	Vitória	Sim
MG	Sim	Belo Horizonte	Sim
RJ	Não	Rio de Janeiro	Sim
SP	Não	São Paulo	*
Sul			
PR	Sim	Curitiba	*
RS	Não	Porto Alegre	Não
SC	Sim	Florianópolis	Não

Fonte: Autores.

formuladores de políticas precisam fazer investimentos para garantir a alocação de recursos para as PCAF, os quais podem apoiar a tomada de decisão eficiente e orientada para resultados, além de orientar os esforços para melhorar as PCAF e a saúde da população²⁷.

Até mesmo quando houve institucionalização por meio de políticas de promoção da saúde, na qual as PCAF são temas ou ações prioritários, não houve garantia de aporte de recursos para os programas e ações. É relevante constatar que mesmo sendo importante uma política institucionalizando as PCAF, como ocorreu em alguns estados e municípios, na realidade pesquisada isso não garantiu o aporte de recursos para os programas e ações. Nesse sentido, os achados da presente pesquisa evidenciam que a inclusão das PCAF na PNPS há 15 anos (considerando a primeira versão, de 2006), apesar da sua relevância, não foi uma garantia de aporte de recursos, um elemento essencial para a consolidação das PCAF como política pública de saúde no SUS, dando um contorno de ação focalizada.

O financiamento e a redução de investimentos foram identificados como limitações para a sustentabilidade de programas de PCAF, e podem potencializar o aumento das desigualdades sociais e piorar os indicadores de saúde⁵. Destacamos a preocupação relacionada ao Previne Brasil²⁶, novo modelo de financiamento da APS, que ao mudar a lógica de repasse de recursos do Nasf AB/equipes multiprofissionais, poderá dificultar o desenvolvimento de ações de PCAF. Dados recentes já apontam efeitos negativos na cobertura de serviços e na oferta de ações e práticas na APS^{28,29}, que podem se agravar caso não seja retomada a indução financeira federal dessas equipes.

O novo modelo de financiamento pode levar a APS a assumir um padrão de atenção à saúde com enfoque individualizante e curativista, enfraquecendo a perspectiva territorial e o cuidado integral e multidisciplinar³⁰. Além disso, pode aumentar distorções no financiamento e induzir à focalização de ações, culminando na limitação da universalidade e na reversão de conquistas relacionadas à redução das desigualdades em saúde³¹.

Além da perspectiva mais específica do financiamento da APS, é necessário destacar que, na perspectiva mais ampla, as medidas de austeridade fiscal que vêm sendo implementadas, principalmente a Emenda Constitucional nº 95, de 2016, ameaçam a expansão e sustentabilidade do SUS por agravar o subfinanciamento crônico, tendo como consequência o aumento das iniquidades e a piora dos resultados em saúde. Já há de-

teriorização de indicadores relacionados à cobertura da Estratégia de Saúde da Família e de mortes evitáveis por doença cardiovascular (mortes prematuras de pessoas com menos de 75 anos)³².

Pode ser um desafio desenvolver todos os componentes necessários à política de PCAF devido ao orçamento disponível², o que parece ter sido confirmado na presente pesquisa. Defende-se que mais investimentos são necessários no desenvolvimento e implementação de políticas abrangentes e eficazes de PCAF².

Ainda que seja importante reconhecer que, no âmbito geral das necessidades de saúde da população, as PCAF de fato podem não ser prioridade em alguns momentos, considerando a multiplicidade de programas e ações de saúde, não advogamos que tais práticas sejam contempladas independentemente de qualquer cenário, em especial se houver escassez de recursos. No entanto, é inegável a importância de investimentos contínuos com vistas a fortalecer, tanto na perspectiva da implantação quanto na da manutenção, as políticas, programas e ações de PCAF.

A incipiência encontrada permite afirmar que há um grande desafio na efetivação de programas e ações, e acompanhar a priorização ou não referente às PCAF é necessário, sob risco de jamais receberem atenção e recursos para que sejam efetivadas como um direito, em vez de figurar apenas marginalmente nas relações micro e macro no campo da saúde.

Programas e ações de práticas corporais e atividades físicas

Programas e ações de PCAF podem impactar positivamente nos indicadores de saúde dos usuários, proporcionam o conhecimento da população sobre a importância e a valorização de hábitos saudáveis, criam e mantêm ambientes que favorecem os direitos da população, por permitirem o acesso equitativo a lugares e espaços para as PCAF nas cidades e comunidades⁵. Aqui julgamos ser necessário demarcar a distinção entre o Nasf AB e o Academia da Saúde, respectivamente uma equipe de saúde e um programa, destacando que ambos se potencializam, já que são as principais formas de oferta das PCAF na APS. Por exemplo, a oferta das PCAF pelo Nasf AB pode ocorrer nos polos do Programa Academia da Saúde ou em locais como as Unidades Básicas de Saúde e em espaços do território, como praças, parques, escolas etc.

Identificamos no presente estudo que os programas de PCAF no SUS parecem estar limitados

ao Academia da Saúde (e não necessariamente a oferta do Nasf AB tem papel importante, conforme será discutido adiante). Ele é fruto de avaliações de programas de PCAF e a experiência acumulada identificou a relevância da oferta das PCAF próxima das comunidades, o que pode proporcionar a ampliação da prática pelos usuários. Isso indicou a importância do uso das estruturas para a realização das atividades, culminando na construção de estrutura física própria, denominada polo, para potencializar as atividades. Isso exigiu a pactuação de recursos federais e municipais, bem como que fossem dirigidas a toda a população e faixas etárias¹⁴.

É de se destacar a alteração ocorrida em 2013 no objetivo principal do Academia da Saúde (criado em 2011), em que foi excluída a orientação de PCAF como meio de contribuir para a promoção da saúde e de modos de vida saudáveis para a população, buscando ampliar as possibilidades de práticas de saúde a serem ofertadas no programa. A importância da infraestrutura e de profissionais qualificados é comum às duas versões¹⁴. Assim, o programa é uma estratégia de promoção da saúde na APS, e não se encerra na oferta das PCAF, ainda que sejam as atividades mais desenvolvidas¹⁶.

Ao passo que a existência de um programa incentivado pelo gestor federal é importante, alguns estados e municípios não aderiram, o que pode estar relacionado à não disponibilidade de recursos para a construção de polos – que hoje são financiados exclusivamente com recursos de emendas parlamentares, fato que pode se tornar circunstancial ou meramente sujeito a interesses eleitorais – e para habilitações de custeio. Em 2021 havia cerca de 3 mil polos construídos e 960 custeados pelo MS³³, o que indica uma expansão aquém da necessária para contribuir para a ampliação do acesso às PCAF e demais atividades a toda população brasileira. Esse fato ajuda a explicar por que apenas 2,7% das pessoas adultas participam de programas públicos de PCAF³⁴ no Brasil.

Assim, a existência de um programa nacional com as PCAF como uma das principais atividades, nos moldes atuais, pode induzir o efeito contrário, uma espécie de desresponsabilização dos entes federativos, já que algumas SES e SMS se eximiram da adesão ou criação de programas de PCAF.

Apesar de não serem consideradas um programa, reconhecemos que as equipes multiprofissionais que atuam na APS, em especial o Nasf AB, possuem importante papel no desenvolvimento de ações de promoção da saúde, incluindo as PCAF. A partir de uma resposta que mostrava pre-

ocupação com o novo modelo de financiamento da APS, analisamos dados do Sisaps e identificamos a proporção de oferta das PCAF pelas equipes Nasf AB entre todas as equipes da APS, tendo sido observada participação do Nasf AB variando entre 79,8% e 82,3% de 2018 a 2020, e de 70,9% a 76,2% entre 2015 e 2017²⁰. Ou seja, a maior parte da oferta de PCAF ocorreu por esse tipo de equipe na APS (Tabela 1), até mesmo quando houve redução substancial das atividades ofertadas devido às medidas sanitárias relacionadas à pandemia de COVID-19 em 2020. Também é importante registrar que houve ampliação da cobertura de APS no período estudado.

No entanto, o cenário político e econômico atual, em que as medidas de austeridade drenam recursos do SUS, parece ameaçar a oferta das PCAF no SUS²³, já que é possível inferir que o desmonte ou a exclusão dessas equipes, a partir do Previn Brasil, poderá causar redução na oferta dessas atividades coletivas.

Merece destaque, ainda, que mesmo nosso estudo tendo como foco o setor saúde e tendo sido as perguntas enviadas especificamente para o MS, SES e SMS das capitais, observou-se que o setor de esporte e lazer é responsável pelos programas e ações de PCAF em um estado e duas capitais (ES; Manaus/AM e Fortaleza/CE), podendo significar desde uma política intersetorial até o alijamento do setor saúde na gestão dessas ações.

Também houve, em duas respostas, confusão entre o Programa Academia da Saúde e as Academias ao Ar Livre ou a compreensão de que um substitui/compensa o outro. O primeiro é fruto do acúmulo de conhecimentos e práticas de mais de 20 anos no SUS, considerando iniciativas municipais¹⁴, com normativas sobre a conformação e operacionalização. Já o segundo se trata de disponibilização de equipamentos em praças, parques e outros locais públicos, sem vinculação com o SUS, ainda que eventualmente possam ser utilizadas pelos serviços de saúde. Houve ainda, em três respostas, confusão entre os termos/conceitos PC e AF a partir da interpretação de que as práticas corporais necessariamente seriam práticas integrativas e complementares em saúde (PICS).

A criação e/ou fortalecimento de políticas, ambientes e oportunidades para as PCAF, para além das estratégias de comunicação³⁵, é essencial, já que é muito comum a crença de que “conscientizar” é o bastante para que as pessoas adotem uma vida fisicamente (mais) ativa²⁴, desconsiderando outros fatores determinantes que

Tabela 1. Atividades coletivas relacionadas às PCAF, total e relativas ao Nasf AB. Brasil, 2015-2020.

Variáveis	2015	2016	2017	2018	2019	2020
População coberta APS*	148.314.074	151.406.992	152.285.447	155.938.995	154.864.279	158.835.394
Nº atividades coletivas PCAF – todas as equipes	211.836	439.418	448.536	547.097	617.267	150.789
Nº atividades coletivas PCAF – Nasf AB	150.304	321.112	342.212	436.648	502.565	124.248
% de participação do Nasf AB na oferta de atividades de PCAF	70,9	73	76,2	79,8	81,4	82,3

* Calculou-se a média, considerando a variação entre os meses do ano analisado.

Fonte: eGestor/Sisaps – dado gerado em março de 2021.

influenciam a realização de PCAF^{36,37} e as iniquidades relacionadas^{11,34}.

Considerações finais

Os principais achados da presente pesquisa são:

i) Entre os respondentes, apenas dois estados (dos 20) indicaram a existência de estrutura organizacional específica abrigando as PCAF, e em seis deles havia possibilidade de alguma forma de financiamento. Nenhum estado brasileiro informou protagonizar programas de PCAF no SUS. Em quatro capitais (das 19 respondentes) havia estrutura organizacional, e oito delas referiram a possibilidade de financiamento para PCAF.

ii) Os programas de PCAF desenvolvidos no setor saúde estão concentrados no Programa Academia da Saúde.

iii) O Nasf AB, equipe multiprofissional da APS, foi responsável pela maior parte da oferta de PCAF na APS entre 2015 e 2020.

Algumas limitações da pesquisa: a forma de obtenção das informações, via LAI e contatos telefônicos e eletrônicos; período de coleta das informações, durante a pandemia de COVID-19 e próximo a eleições municipais, com potencial troca de equipes em alguns entes federados; não realização de análises econômicas, sendo uma importante agenda de pesquisa discutir o montante de recursos atualmente investidos em programas e ações de PCAF no SUS e as projeções de investimentos e os impactos em diferentes cenários, de forma a aproximar discurso e políticas públicas de PCAF, já que é um elemento absolutamente relevante para a implementação e manutenção de políticas públicas de saúde; a consideração, em âmbito municipal, apenas das capitais, entre os 5.568 municípios existentes.

Assim, outra agenda de pesquisa relevante é a análise de políticas e ações de PCAF em distintos entes federativos, como nos municípios com características semelhantes (porte, renda *per capita*, cobertura da APS), a fim de identificar os gargalos na gestão e na oferta das PCAF.

O principal ponto forte do estudo é o olhar sobre o tema das PCAF a partir do enfoque da estrutura organizacional, da possibilidade de financiamento e das informações gerais acerca de programas e ações, questões que são pouco exploradas pela literatura relacionada à temática das PCAF. Outro ponto a se destacar é que a literatura internacional tem apresentado análises no âmbito dos países na perspectiva de identificar os graus de implementação e eficácia das políticas e ações de PCAF², o que torna relevante o olhar do presente texto para a gestão tripartite do SUS, em função do pacto federativo brasileiro, com vistas a auxiliar na compreensão sobre o que favorece o êxito nas referidas implementação e eficácia no Brasil.

A partir dos achados, como ações para superar os desafios apontados no texto, defendemos que a criação e/ou manutenção de estrutura organizacional específica relacionada às PCAF necessariamente precisa estar articulada à garantia de recursos adequados e suficientes, bem como ao fortalecimento de programas e ações, em especial o Academia da Saúde, o Nasf AB e/ou equipes multiprofissionais, de modo a ampliar a oferta de programas e ações e, consequentemente, o acesso a tais práticas como um direito. A possível descontinuidade dessas equipes, as amarras de financiamento para a construção de novos polos do Academia da Saúde por meio de emendas parlamentares e o baixo número de polos custeados remetem a uma abordagem circunstancial que não garante o acesso às PCAF no

SUS a partir do cuidado longitudinal em saúde.

Para a ampliação de recursos citada, é necessário que as partes interessadas nas políticas e ações de PCAF – gestores, pesquisadores, profissionais de saúde e sociedade em geral – se somem ao conjunto de atores sociais e institucionais contrários às medidas de austeridade fiscal e que vêm pleiteando o aumento de recursos gerais para o SUS, o que tornará possível atender às especificidades das políticas, programas e ações de PCAF, como as relacionadas ao financiamento da APS.

Dessa forma, o frágil aparato das PCAF no SUS com a incipiência em termos de estrutura organizacional, recursos, programas e ações nos afasta da democratização do acesso às PCAF e dá abertura para que o setor privado, baseado em premissas corporativas, se aproprie dos discursos de saúde e tire proveito da ausência dos agentes políticos estatais. Apesar dos achados inspirarem cuidado e atenção, o SUS possui tradição nessas políticas e ações, conforme já apontado, com destaque para a inclusão de tais práticas em di-

ferentes políticas do setor saúde. Assim, espera-se que tanto preservar o que foi construído até aqui quanto buscar avançar no fortalecimento da referida democratização e da efetivação das PCAF como direito partam de um “lugar” no qual já existe certa consolidação de atores sociais e institucionais que farão a defesa do tema.

Em conclusão, o panorama constituído no presente estudo configura uma tímida presença de elementos essenciais, a saber: estrutura organizacional, recursos, programas e ações para que as PCAF possam avançar enquanto política pública de saúde nas três esferas de gestão, contrastando com o amplo reconhecimento discursivo que tais práticas possuem. Num cenário de ajuste fiscal e racionalidade neoliberal, seus impactos nos cuidados de saúde conformam um horizonte em que o acesso às PCAF não é priorizado, já que há baixa institucionalização nos estados e capitais, uma marca de sua fragilização no SUS após uma fase inicial de indução ao tema.

Colaboradores

FFB Carvalho: concepção da pesquisa, planejamento dos dados (solicitação e obtenção das informações), escrita da versão inicial, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ER Almeida, AG Knuth e MR Loch: escrita da versão inicial, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Às equipes do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais das capitais respondentes.

Referências

- World Health Organization (WHO). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: WHO; 2020.
- Pogrmilovic BK, Varela AR, Pratt M, Bauman A, Biddle SJH, Pedisic Z. National physical activity and sedentary behaviour policies in 76 countries: availability, comprehensiveness, implementation, and effectiveness. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2020; 17(1):116.
- Prat M, Varela AR, Salvo D, Kohl III HW, Ding D. Attacking the pandemic of physical inactivity: what is holding us back? *Br J Sports Med* 2020; 54(13):760-762.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União* 2014; 13 nov.
- Silva AG, Prates EJS, Malta DC. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(5):e00277820.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Relatório de desenvolvimento humano nacional – movimento é vida: atividades físicas e esportivas para todas as pessoas*. Brasília: PNUD; 2017.
- Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1,9 million participants. *Lancet Glob Health* 2018; 6(10):e1077-e1086.
- Hafner M, Yerushalmi E, Stepanek M, Phillips W, Pollard J, Deshpande A, Whitmore M, Millard F, Subel S, Stolk CV. Estimating the global economic benefits of physically active populations over 30 years (2020-2050). *Br J Sports Med* 2020; 54(24):1482-1487.
- Strain T, Brage S, Sharp SJ, Richards J, Tainio M, Ding D, Benichou J, Kelly P. Use of the prevented fraction for the population to determine deaths averted by existing prevalence of physical activity: a descriptive study. *Lancet Glob Health* 2020; 8(7):e920-e930.
- World Health Organization (WHO). *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: WHO; 2018.
- Silva IMC, Knuth AG, Wendt A, Nunes BP, Hallal PC, Santos LP, Harter J, Pellegrini DCP. Prática de atividade física em meio a pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11):4249-4258.
- 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.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 set.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação [recurso eletrônico]. Brasília: MS; 2018.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. *Cadernos de Atenção Básica* 2014; 35.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: monitoramento do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017*. Brasília: MS; 2018.
- Brasil. Presidência da República. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE. *Diário Oficial da União* 2019; 20 mai.
- Brasil. Presidência da República. Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da constituição federal; altera a lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2011; 18 nov.
- Carvalho FFB, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Cien Saude Colet* 2016; 21(6):1829-1838.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). [acessado 2021 Mar 15]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
- Damico J, Knuth AG. O (des)encontro entre as práticas corporais e a atividade física: hibridizações e borroramentos no campo da saúde. *Movimento* 2014; 20(1):329-350.
- Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D'Ávila O, Hauser L, Martins C, Pedebos LA, Pinto LF. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Cien Saude Colet* 2019; 24(9):3457-3462.
- Carvalho FFB. A atividade física no discurso governamental brasileiro: análise de alguns meios de comunicação à sociedade. *Cad de Educ Fisica e Esporte* 2020; 18(2):171-176.
- Carvalho FFB, Pinto TJP, Knuth AG. Atividade física e prevenção de câncer: evidências, reflexões e apontamentos para o Sistema Único de Saúde. *Rev Bras Cancerol* 2020; 66(2):e-12886.
- Paiva GB, Palma A. A complexidade da discriminação: interseccionalidade, práticas corporais/atividades físicas, saúde e lazer. In: Palma A, Philipe R, Reis EC, organizadores. *Práticas corporais & atividades físicas: saúde e sociedade*. Curitiba: CRV; 2021. p. 59-72.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM 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.

27. World Health Organization (WHO). *Investing in physical activity* [Internet]. [acessado 2020 Dez 15]. Disponível em: <https://www.who.int/activities/investing-in-physical-activity>
28. Almeida ER. Previne Brasil e os efeitos sobre a cobertura de equipes Nasf. *Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde*; 2021 Mar 23-26, Formato digital. Galoá; 2021.
29. Almeida ER. Previne Brasil e os efeitos na produção de cuidado pelas equipes Nasf. *Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde*; 2021 Mar 23-26, Formato digital. Galoá; 2021.
30. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00040220.
31. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Cien Saude Colet* 2020; 25(4):1181-1188.
32. Castro MC, Massuda A, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R, Macinko J, Hone T, Tasca R, Giovanella L, Malik AM, Werneck H, Fachini LA, Atun R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet Public Health* 2019; 394(10195):345-356.
33. Tusset D. Ações da atividade física no âmbito da Atenção Primária à saúde, com ênfase na Promoção da Saúde. In: *Seminário Mato-Grossense em Comemoração aos 15 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2021. [acessado 2021 Abr 07]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=X4LyB5GOio4>
34. 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.
35. Milton K, Bauman AE, Faulkner G, Hastings G, Bellw W, Williamson C, Kelly P. Maximising the impact of global and national physical activity guidelines: the critical role of communication strategies. *Br J Sports Med* 2020; 54(24):1463-1467.
36. Loch MR, Dias DF, Castro ASR, Guerra PH. Controle remoto ou remoto controle? A economia comportamental e a promoção de comportamentos saudáveis. *Rev Panam Salud Publica* 2019; 43(10):e-18.
37. Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJE, Martin BW. Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not? *The Lancet* 2012; 380(9838):258-271.

Artigo apresentado em 21/06/2021

Aprovado em 01/10/2021

Versão final apresentada em 03/10/2021

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva