



**PPGSP**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2013 E 2021**

**RINELLY PAZINATO DUTRA**

**2023**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**



**PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2013 E 2021**

**RINELLY PAZINATO DUTRA**  
**(Mestranda)**

**ALAN GOULARTE KNUTH**  
**(Orientador)**

**RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2023**

**RINELLY PAZINATO DUTRA**

**PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2013 E 2021**

Dissertação de mestrado apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande.

Orientador: Prof. Dr. Alan Goularte Knuth

**RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2023**

## Ficha Catalográfica

D978p Dutra, Rinelly Pazinato.

Práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021 / Rinelly Pazinato Dutra. – 2023.

102 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Rio Grande/RS, 2023.

Orientador: Dr. Alan Goularte Knuth.

1. Atividade Motora 2. Sistema Único de Saúde 3. Registros Eletrônicos de Saúde 4. Sistemas de Informação em Saúde I. Knuth, Alan Goularte II. Título.

CDU 796

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

**RINELLY PAZINATO DUTRA**

**PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À  
SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2013 E 2021**

**Banca examinadora:**

Prof. Dr. Alan Goularte Knuth – Orientador (Presidente)

Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Mirelle de Oliveira Saes – Examinadora externa

Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Michael Pereira da Silva – Examinador interno

Universidade Federal do Rio Grande - FURG

Rodrigo Dalke Meucci – Examinador suplente

Universidade Federal do Rio Grande - FURG

**RIO GRANDE, RS, JANEIRO DE 2023**




UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO EM BANCA DE DEFESA**

Declaramos que no dia quinze de dezembro de dois mil e vinte e dois foi realizado o Exame de Defesa de Dissertação do Projeto de Mestrado em Saúde Pública intitulado **“Práticas Corporais e Atividades Físicas desenvolvidas na Atenção Básica no Brasil entre 2013 e 2021: Uma análise a partir do SISAB”**, de autoria da aluna Rinelly Pazinato Dutra, ocorrida às 13h30, na sala 417 da FAMED, perante a banca examinadora constituída pelos seguintes membros: **Prof. Dr. Alan Goularte Knuth** (Orientador – FURG), **Prof. Dr. Michael Pereira da Silva** (Interno – FURG), **Profa. Dra. Mirelle de Oliveira Saes** (Externo – FURG) e **Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci** (Suplente – FURG).

Rio Grande, 15 de dezembro de 2022.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente  
 RODRIGO DALKE MEUCCI  
Data: 19/12/2022 11:34:47-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Rodrigo Dalke Meucci,  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.  
**Rua Visconde de Paranaguá, 102 – Área Acadêmica do Campus da Saúde – Sala 418**  
**Rio Grande, RS CEP único: 96203-900**  
**Tel: (55-53) 32374627**

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AF</b>	Atividades Físicas
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CDS</b>	Coleta de dados simplificada
<b>DAB</b>	Departamento da Atenção Básica
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do SUS
<b>EF</b>	Educação Física
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>FAC</b>	Ficha de Atividade Coletiva
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NASF – AB</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PAC</b>	Programa Academia da Cidade
<b>PAS</b>	Programa Academia da Saúde
<b>PC</b>	Práticas Corporais
<b>PCAF</b>	Práticas Corporais e Atividades Físicas
<b>PEC</b>	Prontuário eletrônico do cidadão
<b>PEF</b>	Profissionais de Educação Física
<b>PIC</b>	Práticas Integrativas e Complementares
<b>PNAB</b>	Política Nacional da Atenção Básica
<b>PNPIC</b>	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
<b>PNPS</b>	Política Nacional de Promoção da Saúde
<b>PSE</b>	Programa Saúde na Escola
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação da Atenção Básica
<b>SIGTAP</b>	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos
<b>SIS</b>	Sistemas de Informação em Saúde
<b>SISAB</b>	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## **Práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021: Uma análise a partir do SISAB**

### **Resumo**

**Objetivo:** Mapear os registros de práticas corporais e atividades físicas (PCAF) desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS) entre os anos de 2013 e 2021. **Método:** Estudo transversal e descritivo, utilizando dados de PCAF armazenados na plataforma do Sistema de Informação à Saúde da Atenção Básica (SISAB). Foram apresentados os registros das PCAF ano a ano em valores absolutos e relativos nos estados, regiões e no país. Também foi analisada a distribuição destes registros de acordo com o tipo de equipe de saúde e o público alvo das ações. Complementarmente foi analisada a correlação entre estes registros e os dados de cobertura de Saúde da Família (SF) e do Índice de Desenvolvimento Humano. **Resultados:** Foram registradas 2.664.288 ações de PCAF nacionalmente em todo o período. Houve crescimento de 19.977,5% nos registros entre 2013 e 2019, mas a partir de 2020 e a pandemia de Covid-19, estes caíram 75,5%. As regiões que mais registraram PCAF foram o 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 à comunidade em geral, mulheres, idosos e pessoas com doenças crônicas. As equipes de saúde com maiores registros foram as do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e de Saúde da Família. Também foi observada uma correlação positiva entre as PCAF e a cobertura de SF, com coeficientes entre  $p=0,39$  e  $p=0,53$ . **Conclusão:** Houve crescimento expressivo nos registros de PCAF entre os anos de 2013 e 2019, porém a partir do ano de 2020 e atrelado ao período pandêmico, houve importante redução. A distribuição das ações ainda é desigual em âmbito estadual e regional, o que tornam necessárias estratégias intersetoriais de fomento às políticas públicas e fortalecimento das PCAF e da promoção da saúde no SUS.

**Descritores:** Atividade Motora; Sistema Único de Saúde; Registros Eletrônicos de Saúde; Sistemas de Informação em Saúde.



## **Body practices and physical activities developed in Primary Health Care in Brazil between 2013 and 2021: An analysis from SISAB**

### **Abstract**

**Objective:** To map the records of physical activities and body practices (PCAF) developed in Primary Health Care (PHC) between the years 2013 and 2021. **Method:** Cross-sectional and descriptive study, using PCAF data stored on the platform of the Primary Health Care Health Information System (SISAB). The records of PCAF year by year in absolute and relative values in the states, regions, and the country were presented. The distribution of these records was also analyzed according to the type of health team and the target public of the actions. In addition, the correlation between these records and the data on Family Health (FH) coverage and Human Development Index was analyzed. **Results:** 2.664.288 PCAF actions were registered nationally throughout the period. There was a growth 19,977.5% in registrations between 2013 and 2019, but from 2020 and the Covid-19 pandemic, these dropped by 75.5%. The regions that most registered PCAF were the Southeast and Northeast, and the states of Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará, Goiás, and Santa Catarina. The PCAF actions were mainly directed to the community in general, women, the elderly, and people with chronic diseases. The health teams with the most records were those of the Extended Family Health Center and Family Health. A positive correlation was also observed between PCAF and PHC coverage, with coefficients between  $p=0.39$  and  $p=0.53$ . **Conclusion:** There was significant increase in the records of PCAF between the years 2013 and 2019, but from the year 2020 and linked to the pandemic period, there was an important reduction. The distribution of actions is still unequal at the state and regional levels, which requires intersectoral strategies necessary to promote public policies and strengthen PCAF and health promotion in the SUS.

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

## CONTEÚDOS DO VOLUME

<b>1.</b>	<b>Projeto</b>	<b>13</b>
<b>2.</b>	<b>Adaptações em relação ao projeto inicial</b>	<b>72</b>
<b>3.</b>	<b>Normas da revista a qual o artigo será submetido</b>	<b>74</b>
<b>4.</b>	<b>Artigo</b>	<b>81</b>
<b>5.</b>	<b>Nota à imprensa</b>	<b>101</b>

## SUMÁRIO

PROJETO .....	11
1. INTRODUÇÃO .....	12
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	14
2.1 Sistemas de Informação à Saúde .....	14
2.2 Estudos e Políticas Públicas relacionados às Práticas Corporais e Atividades Físicas no âmbito da Saúde Pública e Saúde Coletiva.....	17
2.3 Práticas Corporais e Atividades Físicas no contexto da Atenção Primária à Saúde.....	25
2.3.1 Processo de busca de artigos .....	25
2.3.2 Descrição dos estudos selecionados na revisão.....	27
2.3.3 Barreiras, facilitadores e adesão de usuários à programas de Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde .....	28
2.3.4 Aconselhamento de profissionais da saúde acerca das Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde .....	30
2.3.5 Efeito de intervenções com atividades físicas em usuários na Atenção Primária à Saúde..	31
2.3.6 Avaliação e monitoramento de políticas e programas de práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde .....	32
3. JUSTIFICATIVA .....	34
4. OBJETIVOS .....	35
4.1 Objetivo geral .....	35
4.2 Objetivos específicos.....	35
5. HIPÓTESES .....	35
6. MÉTODO.....	36
6.1 Delineamento .....	36
6.2 Amostra .....	36
6.3 Instrumentos .....	36
6.4 Logística .....	37
6.5 Análise dos Dados .....	41
6.6 Aspectos Éticos.....	41
7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	41
8. ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO .....	41
9. CRONOGRAMA .....	42
10. REFERÊNCIAS.....	43
ANEXOS .....	51
Anexo 1 – Ficha de Atividade Coletiva (FAC) e-SUS AB.....	52
APÊNDICES .....	54
Apêndice 1.....	55

Apêndice 2.....	64
ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL .....	70
1. Análise Complementar.....	71
2. Objetivos Específicos.....	71
3. Método de coleta e análise dos dados complementares .....	71
NORMAS DA REVISTA A QUAL O ARTIGO SERÁ SUBMETIDO .....	72
ARTIGO .....	79
NOTA À IMPRENSA.....	99

## **PROJETO**

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o acesso a saúde pública é preconizado a todos os indivíduos através da Constituição Federal de 1988, que consolida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Esse sistema dinâmico e complexo se constitui em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes da descentralização com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral com prioridade para ações preventivas e participação da comunidade (PAIM, *et al.*, 2011). Com o objetivo de organizar, garantir e facilitar o acesso da população a esses serviços, o SUS se divide em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária, que seguem uma rede complexa de serviços de assistência à saúde (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017).

A Atenção Básica (AB) - terminologia equivalente à Atenção Primária à Saúde (APS) -, por sua vez, compreende ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Além disso, é voltada para o atendimento individual, familiar e coletivo, visando o cuidado integral realizado com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido. Ao seguir os princípios e diretrizes do SUS, a AB é a principal porta de entrada aos serviços de saúde, atuando também como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenando o cuidado e ordenando suas ações e serviços disponibilizados (BRASIL, 2017).

Em uma perspectiva de contextualizar os aspectos mais voltados à promoção da saúde e aproximando a discussão para a área da Educação Física (EF), que é a trama central desta pesquisa, trazemos a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Esta política foi aprovada no ano de 2006, e tem como principal objetivo “promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2018b, p. 11).

A PNPS traz pela primeira vez as práticas corporais e atividades físicas (PCAF) como eixo prioritário das ações na rede básica de saúde e na comunidade, com o intuito de mapear, apoiar e ofertar ações que propiciem o aumento nos níveis populacionais de PCAF (BRASIL, 2006; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016). A partir desse movimento podemos observar uma ampliação nas ações voltadas para este âmbito, e isso representa um avanço importante e expressivo no que tange a inserção da promoção da saúde e das PCAF na agenda do SUS.

Cabe salientar que as práticas corporais são entendidas como expressões individuais e/ou coletivas do movimento corporal e as atividades físicas, para além de movimentos corpóreos que produzem gasto energético acima dos níveis de repouso, são compreendidas como um fenômeno complexo, que envolve pessoas se movimentando, agindo e atuando em espaços e contextos culturalmente definidos, ou seja, levam-se em conta questões sociais, políticas, individuais e culturais (BRASIL, 2013; PIGGIN, 2020).

Há evidências consistentes acerca dos benefícios biológicos, cognitivos e socioafetivos das PCAF à saúde individual e coletiva, buscando uma melhor da qualidade em todos os ciclos da vida dos indivíduos (LEE *et al.*, 2012; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016; NAHAS, 2017; WARBURTON, BREDIN, 2017; BULL *et al.*, 2020). Além disso, existem inúmeras recomendações dos órgãos de saúde sobre sua importância, bem como orientações para a sua prática direcionadas às crianças, adolescentes, gestantes, idosos, pessoas com condições de saúde específicas e à população em geral (OMS, 2018; ACSM, 2019; BULL *et al.*, 2020; BRASIL, 2021a). As ações de PCAF vêm crescendo exponencialmente como uma forma de cuidado dentro do SUS, especialmente na APS. Contudo, congelamentos orçamentários, descredenciamento de equipes e o novo financiamento da APS, podem trazer impactos consideráveis na oferta de tais serviços, o que precisa ser monitorado e analisado (CARVALHO, NOGUEIRA, 2016; CARVALHO *et al.*, 2022).

Para fins de acompanhamento e avaliação dos serviços de saúde os sistemas de informação à saúde (SIS) foram criados no Brasil, sendo que a maioria dos sistemas federais foi desenvolvido antes mesmo da criação do SUS. Os SIS são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, e que têm como objetivo o fornecimento de informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população, orientando a tomada de decisões nos níveis municipal, estadual e federal, tornando-as mais efetivas e minimizando desigualdades (BRASIL, 2008a).

Atualmente o SIS vigente da AB é o Sistema de Informação à Saúde da Atenção Básica (SISAB), instituído para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Este sistema integra a estratégia denominada e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS), que propõe o desenvolvimento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho (BRASIL, 2018a).

O principal objetivo do SISAB é melhorar e modernizar o sistema de gerenciamento de informações da AB. Com essa plataforma é possível obter informações da situação de saúde da população do território por meio de relatórios de produtividade de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe (BRASIL, 2018a).

Frente aos aspectos apresentados, este estudo tem por objetivo mapear os registros de PCAF desenvolvidas na AB ao longo do período de disponibilidade dos dados na plataforma do SISAB (2013-2021). Ao realizar esse mapeamento, será possível estabelecer comparações entre os registros a nível regional e estadual durante o período estipulado, para estruturar um acompanhamento e uma avaliação indireta dos serviços de saúde brasileiros, em específico a AB e suas ações de PCAF para a população.

## **2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

A presente revisão bibliográfica está estruturada de duas maneiras, sendo a primeira uma revisão narrativa que abrange os temas relacionados aos SIS existentes e também sobre os estudos e políticas relacionadas às PCAF na saúde pública. A segunda trata-se de uma revisão da literatura de abordagem sistemática que disserta acerca da temática das PCAF na AB em uma perspectiva mais ampliada, uma vez que não foram encontrados estudos sobre PCAF e dados produzidos pelos profissionais da saúde e armazenados na plataforma do SISAB.

### **2.1 Sistemas de Informação à Saúde**

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), criado em 1991 pelo Decreto 100 de 16.04.1991, tem como responsabilidade fornecer ao SUS os sistemas de informação e suporte de informática necessários ao processo de planejamento, controle e operação. O DATASUS é um grande provedor de tecnologias de informação para as secretarias de saúde em âmbito municipal e estadual, com um constante processo de atualização e adaptação dos softwares e sistemas, para adequarem-se às necessidades dos gestores em saúde (BRASIL, 2020a).

A principal missão do Departamento é promover modernização por meio da tecnologia, de modo a estruturar os SIS, integrar os dados produzidos e auxiliar na gestão dos diversos níveis de atenção em saúde (LIMA *et al.*, 2015). Nos 30 anos de implementação, o DATASUS já desenvolveu mais de 200 sistemas que auxiliam diretamente o Ministério da Saúde (MS) no processo de construção e fortalecimento do SUS, sendo considerado pela



Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como um dos mais completos sistemas de informação do mundo (BRASIL, 2020a).

Os SIS são, portanto, um instrumento de apoio decisório para o conhecimento da realidade socioeconômica, demográfica e epidemiológica para planejamento, gestão, organização, operação e avaliação da RAS (BRASIL, 2003). Tais sistemas se constituem como um conjunto de componentes interrelacionados, responsáveis por coletar, processar, armazenar e distribuir os dados produzidos nos serviços de saúde (MARIN, 2010).

Como mencionado anteriormente, o DATASUS é responsável pela criação de inúmeros SIS. Para que seja possível a integração dos dados produzidos nestes sistemas, o departamento trabalha constantemente com o princípio da interoperabilidade, um termo que se refere ao trabalho simultâneo entre diferentes plataformas, de uma maneira em que os diversos SIS disponíveis consigam se comunicar (BRASIL, 2020a).

Partindo da premissa de que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população, surge no ano de 2013, a estratégia e-SUS AB com o objetivo de acompanhar as ações e os resultados das atividades realizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF é apoiada pelo SISAB e o Sistema e-SUS APS, composto por softwares que instrumentalizam o processo de trabalho nas unidades de saúde (BRASIL, 2018a).

O MS vem alinhando uma proposta de reestruturação dos SIS, para garantir qualidade à gestão de informação e ao atendimento da população. Atualmente, após algumas reestruturações nas plataformas e mudanças nas políticas de saúde, a estratégia e-SUS AB passou a chamar-se e-SUS APS, em um sentido de integrar e tornar os SIS mais abrangentes e diminuir o número de sistemas disponíveis no cenário atual. Dessa forma, para reorganizar as informações da APS em nível nacional, o e-SUS APS conta com duas modalidades de geração de dados, que são o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a Coleta de Dados Simplificada (CDS) (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2018a; BRASIL, 2021b).

A utilização de cada modalidade dependerá do cenário de informatização do município e das unidades de saúde, sendo que para a utilização do PEC é necessária a disponibilidade de computadores para os profissionais que trabalham tanto na assistência à saúde, como também na recepção da unidade. Já o CDS é indicado para unidade de saúde que não possui

conexão de internet ou para aquelas que não possuem computadores suficientes para os profissionais (BRASIL, 2021b).

O e-SUS APS, além das modalidades acima mencionadas, permite a integração de demais sistemas já existentes, o que corrobora com a lógica da interoperabilidade preconizada pelo MS. Para a incorporação de tais informações, existem algumas etapas, a saber: Primeiramente as unidades de saúde, em seu sistema próprio, geram as informações que são importadas para o servidor municipal do e-SUS APS, onde é possível gerar os relatórios de inconsistências e realizar o controle de transmissão. De forma a receber e processar os dados há um centralizador nacional, que sistematiza os dados e os disponibiliza no SISAB, que realiza a integração de todos os sistemas da AB e permite a emissão de relatórios estratégicos e de produtividade (BRASIL 2013b; BRASIL, 2021b).

Nesse sentido, o SISAB, que será a fonte de dados para a presente pesquisa, é um importante sistema que compõe a estratégia e-SUS APS. Seu propósito é sistematizar as informações obtidas a partir dos dados de saúde produzidos pelas unidades e inseridos nos demais sistemas vigentes (BRASIL 2018a). Na plataforma do SISAB é possível extrair relatórios de validação, produção, cadastro, atividades coletivas, pré-natais e indicadores de desempenho da APS.

Tais relatórios enumeram as ações desenvolvidas nos serviços de saúde da APS e permitem a visualização e acompanhamento dos atendimentos individuais e/ou coletivos, procedimentos, visitas domiciliares, população cadastrada e vinculada às equipes de saúde, etc. As informações obtidas através desses relatórios são essenciais à avaliação e planejamento, mas também fornecem os indicadores que são a base para o financiamento da APS após a instituição do programa Previner Brasil (BRASIL, 2019).

Contudo, é preciso apontar que tais sistemas também apresentam fragilidades em termos operacionais das plataformas e também acerca da dificuldade no registro por parte dos profissionais. Almeida e Alencar (2000) apontam que os sistemas de gerenciamento de informações apresentam problemas em termos de padronização, normatização e compatibilidade dessas informações, bem como a dificuldade de acesso as mesmas. Outro estudo avaliou a implantação da estratégia e-SUS AB no Brasil entre 2013 e 2019 e identificou que a estratégia foi plenamente implantada em apenas 20,2% dos municípios brasileiros em 2019, e que a maioria se encontra entre o status 'implantação inicial' e 'implantação parcial'

(CIELO *et al.*, 2022). O registro por parte dos profissionais também é um ponto frágil, pela informatização insuficiente nas unidades de saúde, com escassez de computadores e acesso à internet precário, bem como a falta de informações necessárias para preenchimento e manuseio dos dados nos sistemas (PINHEIRO, *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2018).

É inegável a importância dos SIS no país e, como ao decorrer dos anos houve uma ampliação e melhoria dos serviços ofertados em termos de tecnologia da informação. Além disso, observa-se uma evolução em todo o processo de implantação do e-SUS AB ao longo do período estudado, mas ainda são necessários investimentos tanto em recursos tecnológicos, como também em treinamento dos profissionais. Dessa forma, para qualificar a implantação e uso dos SIS no país, há a necessidade de suporte e monitoramento contínuos (CIELO *et al.*, 2022).

## **2.2 Estudos e Políticas Públicas relacionados às Práticas Corporais e Atividades Físicas no âmbito da Saúde Pública e Saúde Coletiva**

Cabe neste espaço uma análise e discussão acerca dos estudos e políticas públicas que se relacionam tanto com o desenvolvimento das PCAF, quanto com a inserção dos Profissionais de Educação Física (PEF) no SUS. Esses aspectos tornam-se de suma importância para este trabalho, pois centram-se no objeto da presente pesquisa e reforçam a relevância da temática para a saúde pública.

Nos últimos 15 anos, observamos inúmeros movimentos nos três níveis de gestão do SUS, vinculados ao fortalecimento da AB e da promoção da saúde, assim como a ampliação do eixo das PCAF na RAS e a inserção de PEF neste cenário de atuação (CARVALHO *et al.*, 2022; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016). O ano de 2006 é um marco neste processo de institucionalização das PCAF no SUS, pois neste ano foram publicadas normativas e políticas que se relacionam direta ou indiretamente com o presente eixo, tais como a PNAB, a PNPS e a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) (CARVALHO, NOGUEIRA, 2016; BRASIL, 2015).

A PNAB, publicada em 2006 passou por diversas atualizações nos anos subsequentes. Esta política visa estabelecer as diretrizes organizacionais a partir de um sistema em redes de atenção, na qual a AB é a porta de entrada para os cuidados em saúde e reforçando a ESF como seu modelo prioritário (BRASIL, 2017). A PNAB também apresentou recomendações norteadoras para os serviços de saúde, no que se refere à composição das equipes, o

funcionamento dos processos de trabalho e também financiamento, de modo a preconizar o acesso universal e contínuo da população aos serviços de saúde, através do cadastramento e da vinculação às unidades de saúde (GOMES, *et al.* 2020; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016).

A PNPS, já mencionada e discutida anteriormente, relaciona-se diretamente com a temática, por trazer em seu escopo o eixo das PCAF em um intuito de estimular a inserção de ações voltadas ao cuidado com o corpo e a saúde (VAZ, 2014; MALTA, *et al.*, 2014). Também atualizada ao passar dos anos, a PNPS teve sua última versão publicada no ano de 2017 e permanece com a missão de enfrentar os desafios de produção da saúde e qualificar de maneira contínua as práticas sanitárias e do SUS. A nova versão da política, aponta para o conceito ampliado de saúde e reforça a necessidade de articulação com demais políticas públicas, participação social e com os movimentos populares, para que se possa produzir cuidados em saúde levando em consideração seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2018b; CARVALHO, NOGUEIRA, 2016).

A inclusão das PCAF como prioridade na PNPS perpassa pelo entendimento científico de que a inatividade física, ao estar relacionada a uma 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; OMS, 2018). Nesse sentido, no ano de 2012 foi construído Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, e dentre os quatro principais fatores de risco modificáveis priorizados encontrava-se a inatividade física (BRASIL, 2011).

É importante destacar que o Plano se articula com a PNPS e seus objetivos, buscando ampliar as ações e as pactuações realizadas desde a sua criação. Desta maneira, o Plano busca definir novas propostas para se promover saúde através da implantação do Programa Academia da Saúde (PAS) e também da expansão do Programa Saúde na Escola (PSE), que dentre suas ações inclui o estímulo a prática de atividades físicas aos escolares, seja no espaço da escola ou em seu período de lazer (MALTA, SILVA JR., 2013; MALTA, *et al.*, 2014). Além disso, para o enfrentamento das DCNT, esse planejamento abarca ações regulatórias em termos de alimentação, uso de tabaco e álcool, bem como a ampliação e reformulação de espaços urbanos que possibilitassem a realização de PCAF e ampliassem o acesso da população a esses locais (BRASIL, 2011; MALTA, *et al.*, 2014). O relatório do Plano disponibilizado em 2021 informa que de fato houve um crescimento estatisticamente significativo nos percentuais de AF no período entre 2010 e 2015 (de 30,5% para 37,6%),

porém entre os anos de 2015 e 2019 houve uma estabilidade nesta prevalência (passou de 37,6% para 39%) (BRASIL, 2021c). Diante dos monitoramentos realizados, o novo Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (2021 - 2030) tem como meta o aumento em 30% da prevalência da prática de atividade física no tempo livre (BRASIL, 2021c).

A PNPIC, também instituída no ano de 2006 tem como principais objetivos, implementar ações vinculadas às Práticas Integrativas e Complementares (PIC), voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral em uma perspectiva de prevenção, promoção e recuperação da saúde. Ao promover a racionalização das ações em saúde através das PIC, essa política contribui para a ampliação do acesso da população a essas práticas e estimula alternativas inovadoras e socialmente potentes para o desenvolvimento sustentável dos territórios (BRASIL, 2015). Desta maneira, as práticas corporais encontram-se no escopo de ações possíveis através da medicina tradicional chinesa (MTC) no SUS, e podem ser desenvolvidas de maneira individual, como o *Tuí-Na*, a meditação, o *Chi Gong* e a automassagem, ou também de maneira comunitária, através da realização de grupos que trabalhem *Tai Chi Chuan*, o *Lian Gong*, o *Chi Gong* e também a automassagem (VAZ, 2014; BRASIL, 2015).

Aliado com a PNPS e com a premissa de ampliar a resolutividade das ações e serviços da AB, em 2008 foram implementados os NASF, que são equipes formadas por profissionais da saúde das mais diferentes áreas e especialidades: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008b). O NASF, que posteriormente foi denominado NASF-AB através da nova PNAB (BRASIL, 2017), se constitui como uma equipe multiprofissional que atua de forma integrada com as equipes de ESF, fornecendo apoio, promovendo discussões e reflexões clínicas, bem como compartilhando as práticas e saberes em saúde.

Os pressupostos que a PNPS traz em seu escopo, de promover qualidade de vida para a população, bem como reduzir riscos e vulnerabilidades, também são incorporados pelo PEF no desenvolvimento de seu trabalho. Portanto, a criação do NASF, aliada as prerrogativas da PNPS, torna-se um marco político de extrema importância, por constituir-se como uma oportunidade real e significativa de trabalho regulamentado da EF dentro do SUS. Em suma,

esses profissionais, junto às suas equipes, buscam instituir a integralidade do cuidado à população (SAPORETTI, MIRANDA, BELISÁRIO, 2016).

Além das políticas e programas supracitados, cabe o destaque de outros potentes locais em que há a inserção de PEF, bem como a possibilidade de desenvolvimento de PCAF. A exemplo temos o contexto hospitalar (BRASIL, 2020b), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (WACHS, FRAGA, 2009) e os programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) (XAVIER, KNUTH, 2016). Outrossim, existem demais possibilidades através dos programas de PCAF específicos pelo país, como o Programa Academia da Cidade, nas cidades de Belo Horizonte (MG), Aracaju (SE) e Recife (PE), o Serviço de Orientação ao Exercício em Vitória (ES), o Agita São Paulo (SP), o Saúde Ativa Rio Claro (SP) e o principal programa de PCAF no Brasil que é o PAS (BECKER *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2019).

A respeito do PAS, é importante ressaltar que desde sua criação em 2011, o programa tem por objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos nas comunidades, contando com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (VAZ, 2014; SKOWRONSKI, 2014; BRASIL, 2018c). O PAS, sendo fruto do Plano de ações estratégicas, torna-se um elemento essencial no que se refere à promoção de PCAF, pois é a principal atividade desenvolvida entre os seus oito eixos. Diante disso, o programa contribui para o cuidado em saúde e também para o aumento nos níveis populacionais de AF, configurando-se como um importante ponto de atenção na RAS, no âmbito da APS. (MALTA, 2014; BRASIL, 2018c). Cabe salientar, através do último monitoramento disponibilizado do programa, que o PAS está presente em 48,1% dos municípios brasileiros, possui um total de 3.821 polos habilitados e o PEF é a categoria profissional mais atuante nos polos (n=2.069). Além disso, ele oferta atividades para pessoas nos diferentes ciclos de vida – crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos –, independentemente de sua condição de saúde (BRASIL, 2018c).

É interessante ressaltar que os resultados de avaliações dos programas PAS e PAC mostraram que a participação da população nas ações ofertadas teve um impacto positivo nos indicadores de saúde e contribuiu para o aumento da prática de AF no lazer dos usuários. (SILVA, PRATES, MALTA, 2021). Os referidos autores, ao compilar os dados de pesquisas anteriores, concluem que ambos os programas possibilitaram a promoção e ampliação das oportunidades para a prática de AF e fortaleceram as ações de promoção da saúde no país.

Recentemente, no ano de 2021, foi lançado o Guia de Atividade Física para a População Brasileira, que traz informações e recomendações sobre AF com vistas a promover saúde e melhorar a qualidade de vida das pessoas. O Guia trabalha com uma linguagem direcionada à população e aborda a temática da AF em todos os ciclos da vida, no ambiente escolar e também para populações especiais, como gestantes, mulheres no pós parto e pessoas com deficiência (BRASIL, 2021a). Além da publicação voltada à população, há uma versão direcionada aos gestores e profissionais da saúde, com informações importantes acerca das AF e recomendações que visam contribuir com o engajamento e a manutenção de pessoas praticantes destas atividades (BRASIL, 2021d).

As políticas aqui apresentadas e discutidas através das portarias e pesquisas científicas, potencializaram e possibilitaram a inserção dos PEF no SUS, bem como fortaleceram as PCAF como ações potentes no que se refere à promoção da saúde da população brasileira. Contudo, ainda se faz necessário viabilizar o acesso a esses serviços e programas públicos, uma vez que, em um cenário de tamanhas desigualdades sociais em que vivemos, as PCAF ainda apresentam-se como um privilégio de uma parcela da população, normalmente com um maior poder aquisitivo e que consegue acessar serviços privados de PCAF (KNUTH, ANTUNES, 2021).

Estudos como o de Oliz, Dumith e Knuth (2020), que objetivaram descrever a utilização de serviços de EF por adultos e idosos no extremo sul do Brasil, identificaram que apenas 16,1% dos entrevistados relatou utilizar tais serviços nos últimos três meses. Além disso, resultados mais alarmantes apontam que desse quantitativo, apenas 22% acessou os serviços públicos de EF. Além disso, na pesquisa de Ferreira *et al.* (2019) utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 sobre o acesso a programas públicos de AF no Brasil, apenas 9,7% dos entrevistados praticava AF em programas públicos, sendo que a principal barreira relatada para a participação foi a falta de tempo (41,4%), seguido de falta de interesse pelas AF oferecidas (29,7%). Ambos os estudos analisaram as questões socioeconômicas como fatores preponderantes no que se refere ao acesso aos serviços de EF, o que é refletido pelo abismo de desigualdades que o país vivencia.

Dados da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD) de 2015 apontam que nos 67.649 indivíduos entrevistados (idade  $\geq$  18 anos) a prevalência de pessoas que praticaram esportes ou AF no ano anterior a entrevista foi de apenas 36,8%. Em se tratando da desigualdade de acesso às PCAF, a parcela da população que menos praticava quaisquer

destas atividades eram mulheres (33,2%), pessoas pretas ou pardas (34,4%), que residiam na zona rural (28,7%) e em pessoas sem instrução formal (20,5%). No que se refere à magnitude de tais disparidades, destacam-se a região norte, onde a prática de AF entre homens foi 12,9 pontos percentuais maior que entre as mulheres e a região sul com 41,1 pontos percentuais de diferença entre os grupos em cada extremo do nível de escolaridade e 13,4 pontos percentuais entre a zona urbana e rural. Tais resultados apontam que as desigualdades direcionam-se principalmente em grupos sociais privilegiados econômica e socialmente em detrimento dos demais, e isso ocorre em todas as regiões do país, embora com magnitudes diferentes (BOTELHO *et al.*, 2021).

Os dados apresentados conversam diretamente com as desigualdades sociais já existentes no Brasil, e, embora observado um aumento dos níveis de AF na população, esse aspecto não reflete nos grupos que, historicamente, não possuem as mesmas oportunidades, o que contribui para a perpetuação das desigualdades de acesso às PCAF (BOTELHO *et al.*, 2021). É fundamental a compreensão de que as diferenças nos níveis de AF, principalmente no domínio do lazer, são iniquidades, e o direcionamento das políticas públicas precisa atender a perspectiva da equidade do acesso a estas práticas, através de estratégias que possam promover autonomia dos indivíduos, maior acesso ao lazer, garantia e preservação da dignidade humana, para com isso, promover melhores condições de vida e saúde e tornando a AF algo realmente saudável e disponível para as pessoas. (CROCHEMORE-SILVA *et al.*, 2020a).

Frente a estes aspectos, faz-se necessário dialogar sobre as PCAF como um direito dos cidadãos, especialmente em seus momentos de lazer, em um sentido de proporcionar espaços seguros, atrativos e acessíveis para a população. Para além de acumular minutos de AF em seus quatro domínios (deslocamento, lazer, trabalho, ambiente doméstico), como o preconizado pelos órgãos de saúde, precisamos tratar dessas práticas como prazerosas e que façam sentido para as pessoas. Embora seja recente o caminho percorrido pela EF voltada à saúde dentro do SUS, é inegável o avanço da área em termos de políticas e programas, mas ainda é preciso ampliar a oferta de PCAF através de novas propostas e programas, bem como fortalecer os já existentes.

Contudo, nos últimos anos houveram modificações em termos de congelamentos orçamentários, do novo financiamento da APS e da revogação do custeio federal das equipes



NASF, através da Emenda Constitucional nº 95/2016, Programa Previne Brasil e Nota Técnica nº 3/2020, respectivamente (BRASIL, 2016; BRASIL, 2019; BRASIL 2020c). Tais medidas impuseram fragilidades na manutenção, continuidade e fomento das políticas e programas aqui discutidos. Como bem afirmam Knuth e Antunes (2021), as desigualdades sociais persistentes no país são potencializadas através da lógica neoliberal de fragilização e desarticulação das políticas de saúde que tratam das PCAF, e através de tais ações é possível visualizar movimentos articulados que visam o desmonte do SUS.

Soma-se a todas estas questões o fato de estarmos vivenciando, desde o mês de março de 2020, a maior crise sanitária mundial do século, ocasionada pela pandemia da COVID-19 (OMS, 2020). No Brasil, que atualmente (março de 2022) ocupa o 3º lugar no número de casos e 2º lugar no número de mortes pela doença em nível mundial (WORLDOMETER, 2022), observamos o agravamento da pandemia por ondas de contaminação durante esses quase dois anos, ao passo em que o governo federal negligenciou o cuidado, agindo com negacionismo e veiculação de informações falsas.

Logo ao início da pandemia, diversos estados e municípios brasileiros passaram a adotar medidas restritivas no que se refere à circulação de pessoas e formação de aglomerações. Dessa forma, aulas foram suspensas, houve redução dos transportes coletivos, trabalhadores foram direcionados para atividades de forma remota (*home office*), atividades comerciais foram restringidas, bem como a interrupção da realização de eventos e demais atividades em que houvesse concentração de várias pessoas (KNUTH, CARVALHO, FREITAS, 2020). Das medidas não farmacológicas para a contenção da disseminação do vírus, a utilização de máscaras, higiene pessoal e distanciamento social foram as alternativas mais efetivas e que contribuíram para reduzir a propagação da doença, principalmente durante o ano de 2020, período este em que não haviam vacinas disponíveis (GARCIA, DUARTE, 2020).

Neste movimento alcunhado como “Fique em Casa”, passaram a surgir inúmeros discursos altamente difundidos nas plataformas digitais e mídias sociais acerca das recomendações para aqueles que poderiam permanecer em suas residências. Dentre as principais indicações incluía-se a realização de AF em domicílio (BRASIL, 2020d), uma vez que as medidas de restrição adotadas ocasionaram o fechamento academias, parques, e programas públicos voltados ao desenvolvimento de PCAF (KNUTH, CARVALHO, FREITAS, 2020). Em estudo conduzido por Carvalho, Freitas e Akerman (2021), foi observado que tais

argumentos sobre AF e saúde geraram posicionamentos que defendiam a reabertura das academias, mesmo em um período crítico com aumento expressivo no número de casos e óbitos pela COVID-19.

Malacarne *et al.* (2021), ao analisarem as publicações do Conselho Federal de Educação Física (CONFEF) na rede social *Instagram*<sup>®</sup>, visualizaram que a maior parte delas estava vinculada à pandemia, utilizando de um forte discurso biomédico a respeito da prática de AF e os benefícios para a saúde. Além disso, os referidos autores constataram que em nenhuma publicação do CONFEF houve qualquer menção à campanha de vacinação contra a COVID-19 iniciada no ano de 2020, bem como sentiram a ausência de materiais que pudessem orientar à população sobre os principais cuidados durante o período pandêmico. Em última análise, os autores mencionam que as postagens deste perfil, ao atrelarem-se ao viés biomédico, desconsideraram questões sociais inerentes a compreensão do processo saúde-doença-cuidado e evidenciaram ainda mais as desigualdades existentes no país, principalmente no que se refere ao acesso da população à AF.

Deveras, os principais discursos associados a AF neste momento de pandemia estiveram relacionados a uma perspectiva essencialmente biológica, atrelada aos benefícios à saúde. Os principais enfoques foram na melhora do sistema imunológico, de uma maneira genérica e aplicada a todos os indivíduos, e também sobre o controle de doenças crônicas, visto que essas condições associam-se com o agravamento dos casos clínicos de COVID-19 (KNUTH, CARVALHO, FREITAS, 2020; CARVALHO; FREITAS; AKERMAN, 2021). Tais aspectos foram amplamente defendidos por meio de algumas evidências não diretamente relacionadas à COVID-19, ou ainda não avaliadas em pessoas acometidas com a doença, pois já houveram estudos que avaliaram o efeito da AF em problemas inflamatórios, infecções virais e respiratórias, bem como os benefícios em relação às questões imunológicas, e também sobre saúde mental (RAIOL, 2020; CAMPBELL, TURNER, 2018; JIMÉNEZ-PAVÓN, CARBONELL-BAEZA, LAVIE, 2020; SALLIS, PRATT, 2020).

Embora saibamos que a inatividade física é um problema de saúde pública, é sensato afirmar que tais questões não são recentes. Dados das capitais brasileiras demonstraram que 48,2% da população adulta não alcançou os níveis mínimos de AF recomendadas no ano de 2021 (BRASIL, 2021e). Além disso, em nível global, foi constatado que mais de um quarto da população adulta era insuficiente ativa no ano de 2016, e em comparação ao ano de 2001 os

níveis de inatividade física pouco se alteraram (GUTHOLD, et.al, 2018). Em se tratando do momento atual, atravessado pela Pandemia da COVID-19, a prevalência de prática de AF no lazer durante a pandemia foi de 24,4%, sendo que ao avaliarem a recomendação de 150 minutos semanais, somente 7,7% dos participantes referiram praticar AF no seu período de lazer (CROCHEMORE-SILVA et al., 2020b).

Cabe destacar que o discurso acionado sobre a AF e saúde é anterior ao período pandêmico e tratado de forma rasa e incipiente, sem as devidas problematizações, com um olhar voltado ao indivíduo e uma análise social acerca do contexto em que essas pessoas estão inseridas. Faz-se necessário questionar as declarações acerca da temática, principalmente as que instigam os indivíduos e suas famílias a praticarem AF sem as condições necessárias e sem garantia de acesso a profissionais da área (KNUTH, CARVALHO, FREITAS, 2020). É preciso reforçar a noção de que ser ativo fisicamente e construir uma vida saudável não está relacionado apenas ao esforço individual, mas sim a um entendimento ampliado sobre o conceito de saúde (CARVALHO, FREITAS, AKERMAN, 2020).

### **2.3 Práticas Corporais e Atividades Físicas no contexto da Atenção Primária à Saúde**

Para tratar das relações entre as PCAF e o contexto da APS, optou-se pela realização de uma revisão da literatura utilizando a abordagem sistemática. A pesquisa bibliográfica teve o objetivo de realizar um mapeamento da produção científica nos últimos cinco anos, acerca das PCAF na APS no Brasil.

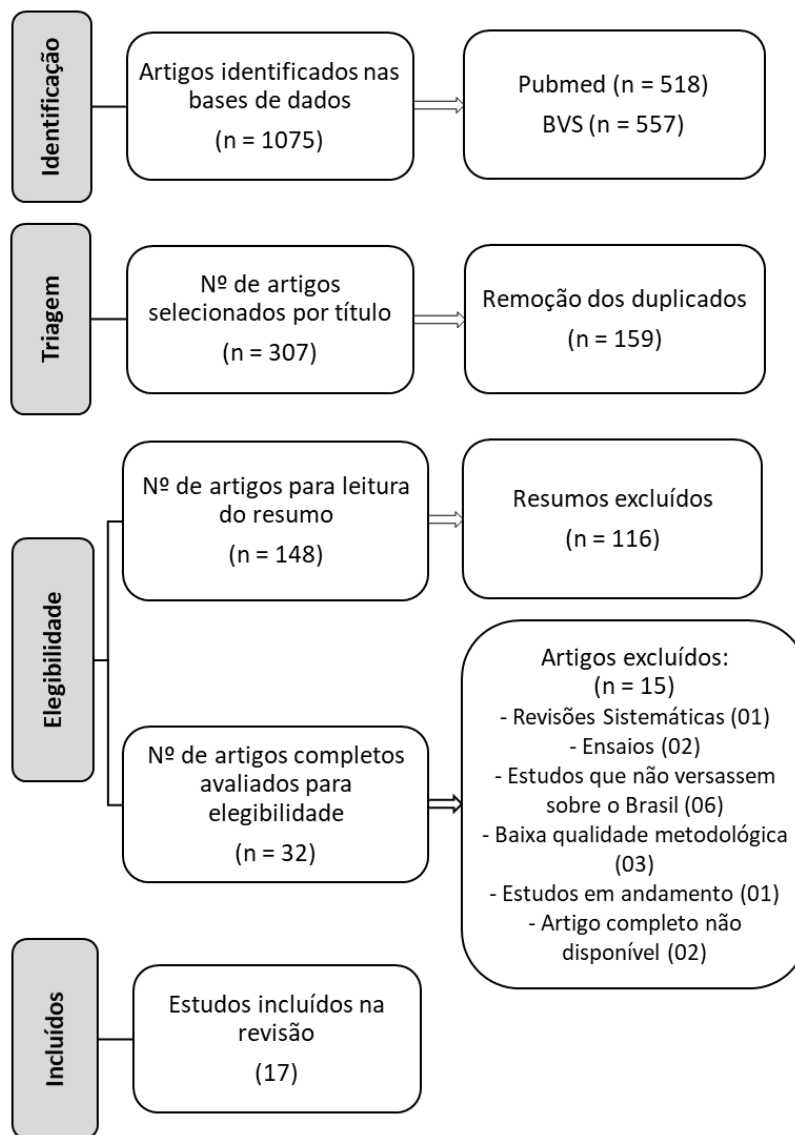
#### **2.3.1 Processo de busca de artigos**

Foram consultadas nos meses de julho e agosto de 2021 para a presente revisão, as bases de periódicos PubMed, e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), através da utilização de descritores e termos consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Subject Headings* (MeSH). Na base de dados PubMed foram utilizadas as seguintes combinações de busca com os operadores booleanos: (“*physical activity*” OR “*physical activities*” OR “*body practices*”) AND (“*primary health care*” OR “*unified health system*”). Enquanto que na base de dados BVS foram utilizados os termos correspondentes em português, a saber: (“atividade física” OR “atividades físicas” OR “práticas corporais”) AND (“atenção primária à saúde” OR “atenção básica” OR “sistema único de saúde”).

Foram incluídos na revisão os artigos que dissertassem sobre o desenvolvimento de PCAF na APS, avaliassem a implementação de programas de atividade física, que estivessem publicados em português ou inglês e permitissem acesso ao conteúdo completo do artigo. Foram excluídos da revisão os artigos do tipo revisões sistemáticas e/ou meta-análises, ensaios, editoriais, textos da internet, estudos que não tratassem sobre o Brasil, estudos que abordassem contexto hospitalar, escolar, academias privadas e demais cenários que se distanciassem da APS, que apenas medissem o nível de atividade física da população, e por último foi analisado o método do estudo, e foram excluídos tanto aqueles estudos que ainda não foram finalizados, quanto aqueles que apresentaram baixa qualidade metodológica, de acordo com os critérios de avaliação de estudos segundo seu delineamento (SANTOS; SECOLI; PÜSCHEL, 2018).

Ao todo, foram encontrados 1040 estudos. A seleção foi realizada em três etapas, a saber, leitura dos títulos, leitura dos resumos e após leitura do artigo completo. A exclusão de 140 artigos duplicados foi feita utilizando o aplicativo Mendeley Desktop® (versão 1.19.8), restando 900 artigos. A partir da seleção por título, ao todo permaneceram 163 estudos para posterior leitura de seus resumos. Após a leitura atenta dos resumos e avaliação da disponibilidade de texto completo, 31 estudos permaneceram para a leitura do artigo na íntegra, desses, 17 estudos foram mantidos para a revisão, análise e redação dos principais resultados (Quadro 1 – Apêndice 1). O processo de seleção pode ser melhor visualizado no fluxograma a seguir (Figura 1).

**Figura 1:** Fluxograma mostrando a seleção dos artigos incluídos na revisão sobre as práticas corporais e atividades físicas no contexto da Atenção primária à Saúde:



Fonte: Layout PRISMA, com dados produzidos pela autora.

### 2.3.2 Descrição dos estudos selecionados na revisão

Todos os estudos selecionados para a revisão foram realizados no Brasil nos últimos cinco anos (n= 17), sendo que apenas três deles (17,6%) foram realizados em todo o território nacional, três (17,6%) a nível estadual e a maioria dos estudos ocorreu em nível municipal (64,7%). Em relação ao delineamento dos estudos, foi possível observar que a maioria se enquadrava como transversal (n=9; 52,9%), seguido de estudos qualitativos (n=6; 35,3%) que

se subdividiram em exploratório, estudo de caso, pesquisa participativa, etnográfica, revisão crítica e investigação-ação, também houve um estudo experimental não randomizado (5,9%) e um estudo descritivo (5,9%).

A temática das PCAF no contexto do SUS brasileiro, e em específico na APS, foi abordada de diversas formas nos artigos selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. Tais critérios foram desenvolvidos com o intuito de delimitar os achados e centrar o olhar para o desenvolvimento de ações relacionadas às PCAF nestes cenários, mapeamento e avaliação das políticas e programas de PCAF existentes no País, bem como o aconselhamento dos profissionais de saúde, sejam da Estratégia Saúde da Família (ESF), Equipes de Atenção Básica (EAB), Programa Academia da Saúde (PAS), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) – e suas demais denominações como Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, atualmente, equipes multiprofissionais – e demais programas comunitários de AF voltados à APS.

Diante de uma miscelânea de conteúdos relacionados à PCAF, foi realizado um processo de agrupamento de artigos por temáticas afins, com o intuito de facilitar a análise dos achados. Para tanto, os estudos foram reunidos em quatro tópicos principais, a saber: barreiras, facilitadores e adesão de usuários à programas de AF na APS, aconselhamento de profissionais da saúde acerca das PCAF na APS, efeito de intervenções com AF em usuários na APS e, por fim, avaliação e monitoramento de políticas e programas de PCAF no SUS.

Cabe destacar, que como mencionado anteriormente, não foram encontradas análises nacionais ou regionais utilizando os dados de PCAF disponíveis no SISAB. Desta forma, a presente revisão sistemática se deteve a analisar as produções que tratavam de um âmbito mais geral sobre as PCAF na APS.

### **2.3.3 Barreiras, facilitadores e adesão de usuários à programas de Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde**

Os três estudos (17,6%) selecionados desta revisão tinham por objetivo central identificar o perfil dos usuários, bem como as barreiras e os facilitadores para a adesão em programas de AF (SILVA, 2020; SILVA, 2021; GOMES, 2019). Tais achados possuem um grande potencial para mapear e diagnosticar a realidade encontrada em diferentes contextos, tanto em relação aos usuários, quanto ao desenvolvimento dos programas de AF, para a partir disso,

desenvolver e propor políticas públicas que visem superar tais desafios e ampliem a oferta de ações e serviços direcionados à promoção da saúde através da prática de AF.

Silva et al. (2020) realizaram um estudo transversal com 1153 usuários de programas de atividade física nos municípios de Pernambuco, e, ao traçarem o perfil dos participantes, observaram que a grande maioria residia nas áreas urbanas dos municípios (90,1%), tinham entre 41-59 anos (35,9%), eram casados (as) ou viviam com companheiro(a) (52,4%), e trabalhavam (66,4%). Com relação ao sexo, as mulheres eram a maioria absoluta (n=1047; 90,8%) em comparação com os homens, que representaram apenas 9,2% da amostra (n=106). Dentre as principais barreiras apontadas pelos participantes do estudo, destacam-se as referentes ao domínio intrapessoal (44%), ou seja, em relação ao conhecimento, atitudes, habilidades e história dos indivíduos, já em relação aos facilitadores, a maioria expressiva também relatou questões de domínio intrapessoal (77%) para a realização de AF. Cabe salientar, que tanto a principal barreira apontada, quanto o principal facilitador, estavam relacionados à condição de saúde dos indivíduos.

Ainda tratando de barreiras para a prática de AF nos programas da APS, Gomes et al. (2019), trouxe em seu estudo uma amostra composta exclusivamente por mulheres (n=222) residentes no município de Rio Claro, no Estado de São Paulo, onde 111 participavam de um programa de AF e 111 não participavam. A maioria das mulheres, independente da participação ou não no programa, tinha idade igual ou superior a 60 anos (n=108; 48,6%), eram casadas (n=143; 64,4%) e pertenciam às classes econômicas C1 e C2 (n=127; 57,2%). O grupo de mulheres que não participava do programa, apresentou mais barreiras para prática de AF quando comparado com o grupo que participava, e as barreiras mais prevalentes relacionadas à ausência de local apropriado para prática de atividade física, falta de companhia, falta de energia e sentir-se cansado/preguiçoso ou desmotivado.

O estudo de Silva et al. (2021) traz um olhar voltado à adesão de usuários aos programas de AF desenvolvidos por fisioterapeutas em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os fatores associados, o que reforça a noção de que a promoção de AF não é algo exclusivo dos profissionais de educação física nos serviços de saúde e, assim como nos outros artigos, este estudo demonstrou que a grande maioria dos usuários era do sexo feminino (90,9%). Os resultados apontaram para 3 categorias de adesão aos programas, sendo que 46,8% da amostra apresentou baixa, 42,2% média e 11% alta adesão entre os 154 participantes. Dos

principais fatores relacionados, participar a mais tempo das atividades aumentou as chances de os participantes manterem uma média ou alta adesão. Além disso, aquelas pessoas que relatavam vários motivos para não aderir às práticas propostas, tinham menos chances de manter uma adesão média. Os autores ressaltam, portanto, a importância do reconhecimento das questões relacionadas à adesão aos programas, pela possibilidade de traçar estratégias para aumentar a promoção de ações de AF e a participação dos usuários.

#### **2.3.4 Aconselhamento de profissionais da saúde acerca das Práticas Corporais e Atividades Físicas na Atenção Primária à Saúde**

Dois estudos (11,8%) foram selecionados para compor essa categoria de análise, ambos tinham o objetivo de analisar a prevalência e os fatores associados ao aconselhamento de AF na APS (SANTOS et al., 2021; SOUZA NETO, FLORINDO, COSTA, 2021). Como pode ser observado, os estudos são recentes, datados do corrente ano, e apresentam semelhanças em seu método de pesquisa por utilizarem questionários produzidos a partir de adaptações de estudos anteriores.

Ambos os estudos desenvolveram suas pesquisas em nível municipal, um deles na cidade de São José dos Pinhais – Paraná, na região sul (SANTOS et al., 2021), e o outro na cidade de João Pessoa – Paraíba, na região nordeste. A principal diferença encontrada nos estudos é que o realizado por Santos et al. (2021) teve sua amostra composta por usuários das UBS que relataram se receberam ou não aconselhamento acerca da prática de AF, enquanto que o estudo conduzido por Souza Neto, Florindo e Costa (2021) teve os profissionais da saúde como participantes da pesquisa, e que informaram se realizavam tais aconselhamentos durante seus atendimentos nas UBS.

Em relação aos profissionais da saúde, mais da metade (53,7%) não realizam aconselhamento sobre AF, tal prevalência se mostra ainda menor em profissionais de baixa escolaridade (agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem). Cabe ressaltar que a pesquisa não incluiu profissionais de educação física em sua amostra, e dentre os profissionais incluídos na amostra, os que apresentaram maior prevalência de aconselhamento de AF foram os(as) médicos(as) (74,5%), seguidos dos(as) enfermeiros(as) (60,3%) (SOUZA NETO; FLORINDO; COSTA, 2021).

Já em relação aos usuários, 4 em cada 10 relataram que receberam aconselhamento de profissionais acerca da realização de AF, o que representa 43% da amostra. Dentre os



usuários, os adultos de meia-idade e idosos receberam mais aconselhamento em relação aos adultos jovens, o que poderia estar relacionado com a maior incidência de doenças crônicas e baixo nível de atividade física nessa população. Esses aspectos poderiam associar a quantidade de aconselhamento com o avanço da idade, pela necessidade desses usuários passarem a serem fisicamente ativos (SANTOS et al. 2021).

Em suma, as duas pesquisas apresentam resultados semelhantes, apontando uma baixa prevalência de aconselhamento sobre AF nos serviços de saúde. Ambos os estudos recomendam a ampliação de ações de educação permanente em saúde para os profissionais, para ampliar as ações de promoção de AF ofertadas na APS.

### **2.3.5 Efeito de intervenções com atividades físicas em usuários na Atenção Primária à Saúde**

Dois estudos (11,8%) foram incluídos nessa temática de análise por realizar algum tipo de intervenção com AF na APS e avaliar o efeito destas para os usuários atendidos. As experiências e intervenções dissertadas possuem caráter diferente dos dois artigos, enquanto um se caracteriza como investigação-ação (NOVAES et al. 2020), o outro se configura como um estudo experimental não randomizado (RIBEIRO et al. 2017).

Novaes e colaboradores (2020), trazem em seu estudo a descrição da elaboração e implementação de um protocolo de Prática Corporal/Atividade Física remota, projeto este que teve início em decorrência dos planos de contingência para a Pandemia da COVID-19. O programa “Agite em Casa” começou em maio de 2020 como estratégia de reativação dos grupos de atividade física das Academias da Saúde e dos NASF-AB por meio do aplicativo WhatsApp®, e contou com a colaboração e o trabalho de todos os profissionais de educação física que atuavam nas equipes NASF-AB. Como avaliação do efeito das intervenções, Novaes et al. (2020) trazem os pontos positivos relacionados à boa aderência dos participantes ao protocolo de AF remoto, manutenção de vínculo, aptidão física, promoção da saúde e a possibilidade de interação entre os professores e alunos, mesmo que de forma online.

No estudo experimental de Ribeiro et al. (2017) houve a divisão da amostra em três grupos distintos: classes de exercícios físicos, educação em saúde e grupo controle, para avaliar o efeito de diferentes tipos de intervenções nos usuários de UBS do distrito de Ermelino Matarazzo – São Paulo. Em aspectos avaliativos, os resultados do estudo demonstram que as intervenções com educação em saúde e com classes de exercícios físicos foram efetivas para aumentar a prática de atividades físicas dos indivíduos estudados. Além disso, os autores

recomendaram que nas ações de promoção de AF no SUS, sejam ambas as intervenções, de acordo com as realidades locais de profissionais, instalações e objetivos das equipes de saúde.

### **2.3.6 Avaliação e monitoramento de políticas e programas de práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde**

O grande montante de artigos selecionados para a revisão (n=10; 58,8%) se enquadrou na presente temática de análise, que dialoga com o escopo do projeto de dissertação de mapear os registros de produção de práticas corporais e atividades físicas (PC e AF) no cenário da APS, e assim avaliar as políticas e os programas de saúde voltados para a promoção da AF no SUS. Ao encontro dessas questões, o estudo de Carvalho e Nogueira (2016) traz um registro histórico dos principais eventos que marcaram o processo de institucionalização e fortalecimento das PC e AF como ações de promoção da saúde no contexto da APS.

Este estudo, portanto, constrói a base dessa análise por realizar uma revisão crítica das pesquisas, portarias, recomendações e demais documentos oficiais do MS, relacionados as políticas e programas de AF no SUS. Como principais achados, os autores apontam para um expressivo aumento na oferta das PCAF na atenção básica, ampliando o acesso da população. Contudo, chamam atenção para uma visão ainda hegemônica das PCAF em uma perspectiva essencialmente biológica, com o foco delimitado na prevenção de DCNT (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016).

Ao encontro dessas questões, Oliveira Júnior et al. (2021) ao dissertar sobre as práticas corporais (PC) como instrumentos de controle dos corpos na APS, reforçam que a concepção dos profissionais de saúde acerca das práticas corporais, ainda é predominantemente baseada no modelo biomédico, relacionando com o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos, com a finalidade direcionada à prevenção e/ou tratamento de DCNT. Ademais, apontam que o conceito de PC é de certa forma incompreendido e ainda utilizado em uma perspectiva reducionista, pois de maneira geral, os profissionais não diferenciam os conceitos de exercício físico, AF e PC, utilizando-os como sinônimos.

Sá, Velardi e Florindo (2016) reconhecem a importância e a magnitude de ações de AF no contexto da APS, mas, ao encontro dos autores anteriores, também visualizam a compreensão da AF, por parte dos profissionais, predominantemente como uma atividade programada, realizada no tempo de lazer, como uma obrigação ou tarefa, relacionada, principalmente, para fins estéticos e curativos. Os autores, ao avaliar também o

aconselhamento dos profissionais da saúde, visualizaram nas falas dos mesmos, que essa dinâmica de orientações acaba reproduzindo uma comunicação pré-estabelecida, um tanto mecanizada, e que não proporciona um espaço de diálogo, escuta, e construção com o usuário.

Os estudos de Romero et al. (2016) e Seus et al. (2019) tratam das ações de AF desenvolvidas por profissionais que atuam nas equipes NASF. A pesquisa de Seus et al. (2019) foi realizada com as equipes NASF de todo o território nacional (n=1773), identificando que 93,5% delas apoiam e desenvolvem estratégias de cuidado às pessoas com DCNT, junto às equipes da APS. Além disso, os autores apontam que 87% dessas equipes tinham o profissional de educação física como integrante, e que uma das ações mais desenvolvida pelos profissionais do NASF estava relacionada com a promoção de AF.

Romero et al. (2016) abordam especificamente as ações desenvolvidas por profissionais de educação física do NASF no Estado de São Paulo. Em seus achados, os atendimentos em grupos foram os mais relatados pelos profissionais (96,7%), sendo desenvolvidas atividades principalmente com ginástica, grupos de caminhada e sessões mistas com diferentes tipos de ações. As ações educacionais também foram relatadas pelos profissionais, sendo que grande parte deles afirma trabalhar com orientação sobre a importância da prática de atividade física, bem como orientação nos grupos de AF dentro do NASF. Esses achados corroboram com a pesquisa de Florindo et al. (2016), que identificou uma maior prevalência de ações de promoção da atividade física nos municípios com cobertura da ESF mais ampla e que tinham o NASF com profissionais de educação física em suas equipes.

Os artigos de Borges e Oliveira (2020), Queiroga et al (2016) e Lucetti et al. (2020), embora com métodos e populações diferentes, buscaram realizar um levantamento das condições ambientais e estrutura física dos locais de realização de AF das UBS e programas comunitários, bem como a dinâmica das aulas e a orientação profissional ofertada. Em relação à dinâmica das aulas, foi observada um método clássico de desenvolvimento, com atividades de aquecimento, exercícios utilizando materiais ou o peso do corpo e por fim, atividades de alongamento ou caminhadas para promover o desaquecimento (BORGES; OLIVEIRA, 2020). Na pesquisa de Queiroga et al. (2016) as atividades de alongamento e caminhadas também estavam presentes entre as propostas de AF, porém em aspectos de estrutura e ambiente,

foram encontrados pontos que poderiam desestimular a prática e colocar em risco a integridade física dos participantes.

Em um aspecto avaliativo, o estudo de Lucetti et al. (2020) traz o relato de impactos positivos sobre as percepções de saúde dos usuários ao utilizarem os programas de AF. Por fim, os participantes da pesquisa mencionaram a desarticulação da APS com o desenvolvimento das ações de atividade física do PAS, o que gera uma fragmentação do cuidado em saúde.

Tais achados, oriundos da revisão de literatura utilizando ambas abordagens (narrativa e sistemática) contribuíram para um panorama acerca das políticas e pesquisas relacionadas aos sistemas de informação, as PCAF, o SUS e AB. Faz-se necessário compreender como os sistemas se estruturam, como as políticas foram construídas e quais os impactos desses movimentos para a saúde de população brasileira, principalmente quando pensamos em promoção da saúde. Dessa forma, torna-se possível a construção de uma pesquisa que considere todo este cenário e realize uma análise crítica da repercussão das políticas e do alcance das PCAF nos serviços de saúde.

### **3. JUSTIFICATIVA**

Conforme discutido e evidenciado na revisão de literatura, a EF possui muitas potencialidades na AB, estando vinculada à promoção da saúde, à prevenção de doenças e agravos, à integralidade da atenção e à produção do cuidado (BRASIL, 2018b). Dessa forma, ao avaliar os registros produzidos em termos de PCAF na AB nos SIS ao longo do tempo, torna-se possível a análise e descrição da prática em saúde em específico, com vistas a realizar um detalhamento das mesmas, bem como seu acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas nos serviços de saúde.

Ao direcionar o olhar para a análise e descrição das práticas em saúde relacionadas às PCAF no cenário da AB, podemos auxiliar tanto na oferta dessas ações, quanto no cuidado em saúde dos usuários do SUS. O mapeamento das ações desenvolvidas contribui para identificar as potencialidades e limitações da oferta de serviços, de modo fortalecer a área da EF no campo da saúde pública e fomentar as políticas públicas envolvidas neste processo.

Cabe destacar que a presente pesquisa está sendo construída em um curso de pós graduação, em nível de mestrado de uma universidade pública, através da coleta de informações em uma base de dados também pública, que é o SISAB. Esses aspectos são

extremamente relevantes pois tornam possível a qualificação das informações obtidas e viabilizam a plataforma do SISAB como uma fonte de pesquisa para futuros estudos. Outrossim, por se tratar de uma pesquisa em saúde pública e investigar dados referentes ao SUS, é possível identificá-lo como um lócus tanto de produção de cuidado, como também produção de conhecimento.

Ademais, o presente projeto justifica-se pela inexistência de estudos que utilizem tais informações, pois mesmo que estes dados relacionados as PCAF na AB estejam disponíveis para consulta pública no SISAB desde o ano de 2013, ainda não foram agrupados e devidamente analisados em nenhuma pesquisa recente, o que demonstra a relevância e originalidade desta pesquisa.

#### **4. OBJETIVOS**

##### **4.1 Objetivo geral**

Mapear os registros de práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na Atenção Básica entre os anos de 2013 e 2021 no Brasil, a partir do Sistema de Informação à Saúde da Atenção Básica (SISAB).

##### **4.2 Objetivos específicos**

A partir do mapeamento dos registros do SISAB, realizar uma descrição da produtividade ano a ano separando-a por:

- Regiões do país e estados;
- Registros de acordo com equipes de saúde (Estratégia Saúde da Família, NASF, Equipe da Atenção Básica, Equipe de Saúde Bucal, Equipe do Consultório na Rua, Equipe da Atenção Básica Prisional e Equipe da Atenção Primária);
- Quantidade de atividades e número de pessoas atendidas de acordo com o público alvo;
- Período pré pandêmico e durante a pandemia da COVID-19.

#### **5. HIPÓTESES**

Os dados da presente pesquisa são públicos e amplamente disponíveis. Para avaliar a qualidade destes, realizamos a construção e manuseio do banco de dados em uma análise

preliminar. Desta forma, vamos evitar a produção de hipóteses em virtude de já termos conhecimento dos resultados.

## **6. MÉTODO**

### **6.1 Delineamento**

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo, baseado em dados secundários do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), que integra o e-SUS APS.

### **6.2 Amostra**

Serão utilizados 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 o Distrito Federal.

### **6.3 Instrumentos**

Para a extração dos dados de PCAF, será 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 profissionais da saúde na Ficha de Atividade Coletiva (FAC), nas aplicações CDS, PEC ou demais sistemas próprios anexados pelo SISAB (BRASIL, 2021b; BRASIL, 2021f).

A FAC (ANEXO 1) é utilizada e preenchida pelos profissionais das equipes de AB, das Equipes Multiprofissionais (anteriormente denominadas NASF – AB), Equipes do PAS, do Consultório na Rua (eCR) e da Atenção Básica Prisional (eABP). O Objetivo da FAC é o registro das ações em grupo realizadas pelas equipes acima mencionadas, de acordo com a realidade e as necessidades tanto territoriais quanto da própria equipe (BRASIL, 2021b).

O registro na FAC ocorre por meio de blocos de informações, a saber: cabeçalho com a identificação e controle da digitação, identificação do profissional e do estabelecimento de saúde, identificação da atividade coletiva e de outros profissionais, tipos de atividade coletiva, atividades e temas para reunião, atividades de saúde (que se subdivide em: público alvo, temas para a saúde e práticas em saúde) e, por fim, a lista de participantes da atividade.

No que se refere as PCAF, foco deste trabalho, o registro ocorre por meio da identificação no campo das práticas em saúde. De acordo com o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP), as PCAF incluem-se no grupo das ações de

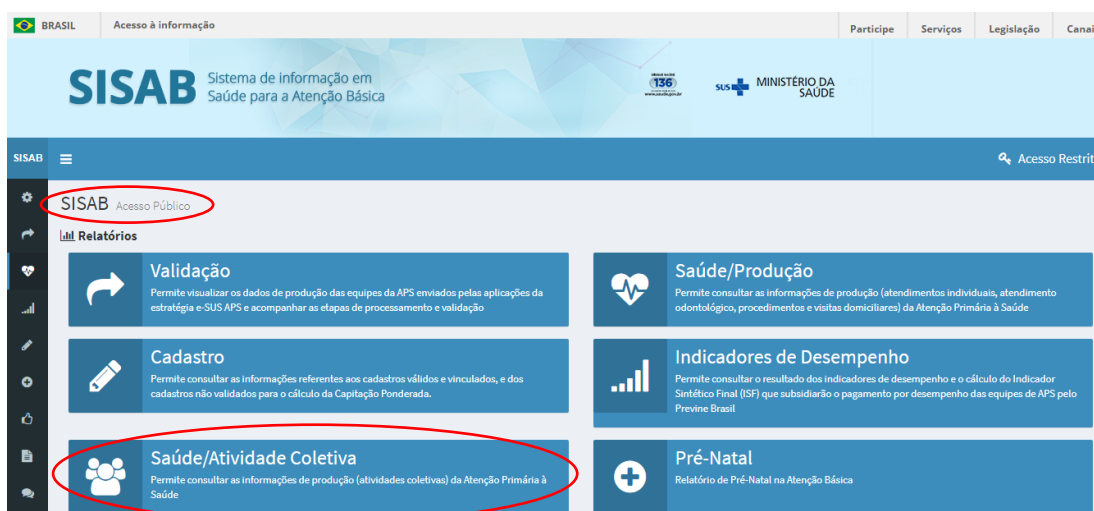
promoção e prevenção em saúde, sob o código de procedimento nº 01.01.01.003-6, com a forma de organização denominada educação em saúde (BRASIL, 2021g). Ainda de acordo com o SIGTAP, existem várias profissões da saúde que podem desenvolver esse tipo de prática no SUS, como PEF, profissionais da medicina, enfermagem, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, etc. corroborando com a lógica de que o desenvolvimento das PCAF não é algo exclusivo dos PEF.

A partir do registro dessas informações pelos profissionais na FAC, o sistema do e-SUS APS capta esses registros através do CDS e do PEC e insere no sistema do SISAB, para possibilitar a consulta e emissão de relatórios. Com os relatórios disponibilizados pelo SISAB torna-se possível obter informações da situação de saúde da população, bem como das ações desenvolvidas, seja por Estado, município, região de saúde e equipe. A seguir será tratado com mais especificidade a logística para a extração dos dados e posterior análise.

#### 6.4 Logística

O Relatório Atividade Coletiva 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, será realizado o acesso na plataforma online do SISAB, por meio do endereço <https://sisab.saude.gov.br/>, que irá nos direcionar para os dados de acesso público. Na página inicial, basta acessar o item que corresponde ao relatório de Saúde/Atividade coletiva, conforme a figura 2:

**Figura 2:** Página inicial do SISAB



Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica, destaques da Autora.

A coleta dos dados está prevista para ocorrer após a qualificação do presente projeto, no mês de maio de 2022. Para extrair as informações necessárias à pesquisa, é necessária a aplicação de alguns filtros na plataforma para refinar os dados.

As variáveis disponíveis no Relatório de Atividade Coletiva podem ser combinadas com variados filtros para especificar as informações. Quanto maior a quantidade de filtros aplicados, mais específico se torna o resultado do relatório gerado.

No caso da presente pesquisa, optou-se por utilizar os filtros correspondentes à Unidade Geográfica, onde será escolhido primeiramente o Brasil, após os Estados e o Distrito Federal e por último as Regiões. Para cada unidade geográfica, será escolhida a competência, que se refere ao mês de cada ano (período de 2013 – 2021), o tipo de informação, que primeiro será a quantidade de atividade e após o número de participantes, e também os filtros do público alvo (Comunidade em geral, crianças (0 – 3 anos; 4 – 5 anos; 6 – 11 anos); adolescentes, mulheres, gestantes, homens, familiares, idosos, pessoas com doenças crônicas, usuários de tabaco, usuários de outras drogas, pessoas com sofrimento ou transtorno mental, profissionais da educação e outros) e do tipo de equipe (Estratégia Saúde da Família, NASF, Equipe da Atenção Básica, Equipe de Saúde Bucal, Equipe do Consultório na Rua, Equipe da Atenção Básica Prisional e Equipe da Atenção Primária). Para todas as consultas será utilizada o mesmo filtro para o item “Práticas em Saúde” que será “Práticas Corporais/Atividades Físicas”. Os campos de seleção podem ser melhor visualizados nas figuras a seguir:



**Figura 3: Relatório de Saúde/Atividade Coletiva SISAB**

BRASIL Acesso à informação Participe Serviços Legislação Canais

**SISAB** Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica 136 SIS+ MINISTÉRIO DA SAÚDE

SISAB Acesso Restrito

**Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica**

Nota Técnica

Selecione as opções para gerar o relatório:

**Unidade Geográfica:** Brasil

**Competência\*:** Nenhum item selecionado

**Linha / Coluna / Tipo de Informação**

Selecione como deseja visualizar o relatório:

Linha do Relatório: Brasil

Coluna do Relatório: Qt Atividade Coletiva/Número de Participantes

**Tipo de Informação**

Quantidade de Atividade Coletiva  Número de participantes

**Filtros:**

**Tipo de Equipe:** Nenhum item selecionado

**Categoria do Profissional:** Nenhum item selecionado

**Tipo de Atividade:** Nenhum item selecionado

**Temas para Reunião:** Nenhum item selecionado

**Publico Alvo:** Nenhum item selecionado

**Temas para Saúde:** Nenhum item selecionado

**Praticas em Saúde:** Nenhum item selecionado

**Turno:** Nenhum item selecionado

**Programa Saúde na Escola:** Nenhum item selecionado

+ SIGTAP

Como deseja visualizar?

Ver em tela Download Limpar Filtros

Ministério da Saúde 2021: Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) Versão 2.1.211005

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica, destaques da Autora.

**Figura 4: Relatório de Saúde/Atividade Coletiva SISAB – Unidade Geográfica**

**Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica**

Nota Técnica

Selecione as opções para gerar o relatório:

**Unidade Geográfica:**

Brasil

Brasil

Macrorregião

Estado

Região de Saúde

Municipios

Selecione como deseja visualizar o relatório:

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica

**Figura 5:** Relatório de Saúde/Atividade Coletiva SISAB – Competência

Competência\*:  
Nenhum item selecionado ▾  
 SET/2021  
 AGO/2021  
 JUL/2021  
 JUN/2021  
 MAI/2021  
 ABR/2021  
de P:  MAR/2021  
 FEV/2021

Tipo de Informação  
 Quantidade de Atividade Coletiva  
 Número de participantes

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica

**Figura 6:** Relatório de Saúde/Atividade Coletiva SISAB – Tipo de Equipe

Filtros:  
Tipo de Equipe:  
Nenhum item selecionado ▾  
 Selecionar Todos  
 Eq. de Saúde da Família - ESF  
 Eq. Ag. Com. de Saúde - EACS  
 NASF  
 Eq. da Atenção Básica - EAB  
 Eq. Consultório na Rua - ECR  
 Eq. de Saúde Bucal - SB  
 Eq. AR Prisional - FAR

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica

**Figura 7:** Relatório de Saúde/Atividade Coletiva SISAB – Público Alvo

Público Alvo  
Nenhum item selecionado ▾  
 Comunidade em geral  
 Criança 0 a 3 anos  
 Criança 4 a 5 anos  
 Criança 6 a 11 anos  
 Adolescente  
 Mulher  
 Gestante  
 Homem

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica

**Figura 8:** Relatório de Saúde/Atividade Coletiva SISAB – Práticas em Saúde: PCAF

Práticas em Saúde  
Práticas corporais / atividade física ▾  
 Programa nacional de controle do tabagismo sessão 1  
 Programa nacional de controle do tabagismo sessão 2  
 Programa nacional de controle do tabagismo sessão 3  
 Programa nacional de controle do tabagismo sessão 4  
 Práticas corporais / atividade física  
 Saúde auditiva  
 Saúde ocular

Fonte: Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica

Após a aplicação dos dados desejados, há a possibilidade de visualização em tela ou download das planilhas que foram geradas a partir das seleções.

Cabe reforçar, que para fins de avaliação da qualidade dos dados da plataforma, já realizamos uma extração preliminar e esboçamos algumas tabelas (Apêndice 2) para melhor visualizar os possíveis achados e estruturar nosso método de análise.

### **6.5 Análise dos Dados**

Os registros extraídos da plataforma do SISAB serão tabulados no programa Microsoft Excel<sup>®</sup>. A análise consistirá em um procedimento de estatística descritiva, apresentando os dados das PCAF ano a ano em seus valores absolutos (n) e relativos (%) em cada Estado brasileiro, nas cinco Regiões (Centro-Oeste, Norte, Nordeste, Sudeste e Sul) e também no País como um todo.

Serão também tabulados e analisados de forma descritiva os registros, ano a ano, das equipes de saúde no período estipulado, bem como será descrita a quantidade de atividades e o número de pessoas atendidas de acordo com o público alvo. Ademais, será realizada uma análise dos registros de PCAF no período pré pandêmico e durante a pandemia da COVID-19.

Para melhor visualização e compreensão dos achados serão elaboradas tabelas de frequência e gráficos de comparação e mapas dos registros acima mencionados, entre os anos do período analisado (2013 – 2021).

### **6.6 Aspectos Éticos**

Dado o fato de o presente estudo utilizar dados públicos e amplamente disponíveis, não haverá a necessidade de encaminhar o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

## **7. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados da presente pesquisa serão divulgados através da dissertação, da publicação de artigos científicos e de trabalhos acadêmicos apresentados em congressos.

## **8. ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO**

Serão utilizados recursos financeiros da própria pesquisadora que é bolsista de demanda social da CAPES. Parte dos recursos da bolsa serão destinados para a presente pesquisa que está orçada em R\$1000 (Mil reais). O orçamento será destinado ao custeio de materiais e softwares necessários para o desenvolvimento da pesquisa. Dessa forma, inclui a

aquisição da licença do pacote Microsoft Office 365®, a impressão de arquivos essenciais à pesquisa e também para a tradução de artigos.

## 9. CRONOGRAMA

ATIVIDADES	2021										2022											
	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Revisão da Literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Elaboração do projeto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Entrega do projeto													X									
Qualificação do projeto														X								
Coleta de Dados															X							
Análise dos Resultados																X	X					
Elaboração do Artigo e da Dissertação																	X	X	X	X		
Defesa da Dissertação																						X

## 10. REFERÊNCIAS

ACSM, American College of Sports Medicine. **Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. tradução Dilza Balteiro Pereira de Campos. – 9. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara, 2014.

ALMEIDA, Marcia Furquim de; ALENCAR, Gizelton Pereira. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 9, n. 4, p. 241-249, 2000.

BECKER, Leonardo; GONÇALVES, Priscila; REIS, Rodrigo. 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. 110-122, 2016.

BORGES, Eduardo Oliveira; OLIVEIRA, Rogério Cruz. A dinâmica das aulas de práticas corporais numa unidade básica de saúde do município de Santos-SP. **Pensar a Prática**, v. 23, 2020.

BOTELHO, Vivian Hernandez et al. Desigualdades na prática esportiva e de atividade física nas macrorregiões do Brasil: PNAD, 2015. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº. 8.080 de 19/09/1990**. Diário Oficial da União. Brasília, 20/09/1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL (a). Ministério da Saúde (MS). Biblioteca Virtual em Saúde. **Vigilância em Saúde**. Última atualização em 05/11/2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf\\_sist\\_informacao.php](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/svs/inf_sist_informacao.php)>. Acesso em 01 mai 2021.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático : promoção da saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde**. – 1. ed., 2. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL (b). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Nota técnica 07/2013: Estratégia e-SUS Atenção Básica Sistema De Informação em Saúde aa Atenção Básica – SISAB**. Brasília, 19 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 96 p.

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. **Portaria 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.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **e-SUS Atenção Básica: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 3.1** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL (b). 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 (c). 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: Ministério da Saúde, 2018. 60 p.

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 (a). Ministério da Saúde. **Book de aniversário de 29 anos do DATASUS: A estrada para a transformação digital do SUS**. [Recurso Eletrônico] 2020. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/DATASUS-29-ANOS-Book-das-realiza%C3%A7%C3%B5es-de-2019-a-2020-A-Estrada-para-aTransforma%C3%A7%C3%A3o-Digital-do-SUS.pdf>> Acesso em 28 set. 21.

BRASIL (b). Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais/Conselho Federal de Educação Física. **Resolução nº 391, de 26 de agosto de 2020**. Diário Oficial da União, 2020.

BRASIL (c). 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 (d). Ministério da Saúde. **Como fica a prática de atividade física durante a pandemia de Coronavírus?** 2020. Disponível em: <<https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-querio-me-exercitar-mais/como-fica-a-pratica-de-atividade-fisica-durante-a-pandemia-de-coronavirus>>. Acesso em 28 jan 22.

BRASIL (e). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019.** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL (a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 54 p.

BRASIL (b). 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** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <<https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>> Acesso em 28 set. 21.

BRASIL (c). Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p.

BRASIL (d). 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** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 18 p.: il.

BRASIL (e). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 128p.

BRASIL (f). 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).** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da família Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária, 2021. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/sisab\\_nota\\_tecnica\\_relatori\\_o\\_atividade\\_coletiva.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/sisab_nota_tecnica_relatori_o_atividade_coletiva.pdf)> Acesso em 04 nov. 21.

BRASIL (g). Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATA SUS. **SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, 2021. Disponível em <<http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/procedimento/exibir/0101010036/11/2021>>. Acesso em 04 nov. 21.

BULL, Fiona C. et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. **British journal of sports medicine**, v. 54, n. 24, p. 1451-1462, 2020.

CAMPBELL, John P.; TURNER, James E. Debunking the myth of exercise-induced immune suppression: redefining the impact of exercise on immunological health across the lifespan. **Frontiers in immunology**, v. 9, p. 648, 2018.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & saúde coletiva**, v. 21, p. 1829-1838, 2016.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de et al. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2163-2174, 2022.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; FREITAS, Débora Duarte; AKERMAN, Marco. O “NOVO NORMAL” NA ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE: PANDEMIAS E UBERIZAÇÃO?. **Movimento**, v. 27, 2021.

CIELO, Ana Claudia et al. Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.

CROCHEMORE-SILVA, Inácio et al (a). Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00155119, 2020.

CROCHEMORE-SILVA, Inácio et al (b). Prática de atividade física em meio à pandemia da COVID-19: estudo de base populacional em cidade do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4249-4258, 2020.

FERREIRA, Rodrigo Wiltgen et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

FLORINDO, Alex Antonio 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, p. 913-924, 2016.

GARCIA, Leila Posenato; DUARTE, Elisete. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.



GOMES, Clarice Brito *et al.* Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1327-1338, 2020.

GOMES, Grace Angélica de Oliveira *et al.* Barreiras para prática de atividade física entre mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 41, p. 263-270, 2019.

GUTHOLD, Regina *et al.* Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077-e1086, 2018.

JIMÉNEZ-PAVÓN, David; CARBONELL-BAEZA, Ana; LAVIE, Carl J. Physical exercise as therapy to fight against the mental and physical consequences of COVID-19 quarantine: Special focus in older people. **Progress in cardiovascular diseases**, v. 63, n. 3, p. 386, 2020.

KNUTH, Alan G.; ANTUNES, Priscilla de Cesaro. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e200363, 2021.

KNUTH, Alan Goularte; DE CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil; FREITAS, Débora Duarte. 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, 2020.

LEE, I.-Min *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, 2012.

LIMA, Areta Cristina *et al.* DATASUS: o uso dos Sistemas de Informação na Saúde Pública. **Refas-Revista Fatec Zona Sul**, v. 1, n. 3, p. 16-31, 2015.

LIMA, V. S *et al.* Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização. **R. Saúd. Digi. Tec. Edu.**, Fortaleza, v. 3, número especial, p. 100-113, 2018.

LUCETTI, Maria Dayanne Luna *et al.* Users' perception of the Community Centers for physical activity from two cities in Ceará, Brazil. **ABCS health sci**, p. [1-7], 2020.

MALACARNE, José Augusto Dalmonte *et al.* Análise das publicações do Conselho Federal de Educação Física no Instagram® durante a pandemia da Covid-19. **Educación Física y Ciencia**, v. 23, n. 4, p. e196-e196, 2021.

MALTA, DC *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, p. 286-286, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MARIN, Heimar de Fátima. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, 2010.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida : conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. – Florianópolis, Ed. do Autor, 2017. 362 p. : il

NOVAES, Cinthya Rafaella Magalhães da Nóbrega 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, 2020.

OLIVEIRA JUNIOR, João Batista de et al. As práticas corporais como dispositivos da biopolítica e do biopoder na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 45, p. 42-53, 2021.

OLIZ, Manoela Maciel; DUMITH, Samuel Carvalho; KNUTH, Alan Goularte. Utilização de serviços de educação física por adultos e idosos no extremo sul do Brasil: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 541-552, 2020.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Atividade Física**. 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>>. Acesso em 14 dez. 2021.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Situation Report – 51**. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57\\_10](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10)>. Acesso em 11 jan 22.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. 2011. **The Lancet**, Série Saúde no Brasil(1), 11–31.

PIGGIN, Joe. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers in Sports and Active Living**. Volume 2, Artigo 72, 2020.

PINHEIRO, Alba Lúcia Santos et al. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, 2016.

QUEIROGA, Marcos Roberto et al. Caracterização do ambiente físico e prática de atividades físicas em unidades básicas de saúde de Guarapuava, Paraná, 2011-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 827-836, 2016.

RAIOL, Rodolfo A. Praticar exercícios físicos é fundamental para a saúde física e mental durante a Pandemia da COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 2, p. 2804-2813, 2020.

RIBEIRO, Evelyn Helena Corgosinho et al. Assessment of the effectiveness of physical activity interventions in the Brazilian Unified Health System. **Revista de saúde pública**, v. 51, p. 56, 2017.

ROMERO, Alexandre et al. Interventions by Physical Education professionals in Family Health Support Units in São Paulo. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 1, p. 55-66, 2016.

SÁ, Thiago Hérick de; VELARDI, Marília; FLORINDO, Alex Antonio. Limites e potencialidades da educação dos trabalhadores de saúde da família para promoção da atividade física: uma pesquisa participativa. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 30, p. 417-426, 2016.

SALLIS, James F.; PRATT, Michael. Multiple benefits of physical activity during the Coronavirus pandemic. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 25, p. 1-5, 2020.

SANTOS, Letícia Pechnicki dos et al. Physical Activity Counseling among Adults in Primary Health Care Centers in Brazil. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 10, p. 5079, 2021.

SANTOS, Wendel Mombaque dos; SECOLI, Silvia Regina; PÜSCHEL, Vilanice Alves de Araújo. The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 26, 2018.

SAPORETTI, GM; MIRANDA, PSC; BELISÁRIO, SA. O profissional de educação física e a promoção da saúde em núcleos de apoio à saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 2, p. 523-543, 2016.

SEUS, Thamires Lorenzet Cunha et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil-inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2018308, 2019.

SILVA, Alanna Gomes da; PRATES, Elton Junio Sady; MALTA, Deborah Carvalho. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

SILVA, Anderson Martins et al. Fatores associados à adesão a grupos de atividades físicas na atenção básica. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 27, p. 220-227, 2021.

SILVA, Caroline Ramos de Moura et al. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00081019, 2020.

SILVA, Juliana et al. Monitoring and evaluation of physical activity interventions in the primary care network of Pernambuco. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 21, n. 5, p. 431-441, 2016.

SKOWRONSKI, Marcelo. **Do Programa Agita São Paulo ao Programa Academia da Saúde: programas públicos envolvendo práticas corporais/atividade física para a promoção da saúde**. Trabalho de Conclusão de Graduação (Educação Física), Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2014.

SOUZA NETO, João Miguel de; FLORINDO, Alex Antônio; COSTA, Filipe Ferreira da. Associated factors with physical activity counseling among Brazilian Family Health Strategy workers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 369-378, 2021.

VAZ, Fabiana Fernandes. **Análise da distribuição dos profissionais de educação física nos serviços de saúde do estado do Rio Grande do Sul**. Trabalho de Conclusão de Graduação (Educação Física), Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, 2014.

WACHS, Felipe; FRAGA, Alex Branco. Educação física em centros de atenção psicossocial. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 31, n. 1, 2009.

WARBURTON, Darren ER; BREDIN, Shannon SD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. **Current opinion in cardiology**, v. 32, n. 5, p. 541-556, 2017.

WORLDOMETER. **Countries where COVID-19 has spread**. Disponível em: <[www.worldometers.info/coronavirus/countries-where-coronavirus-has-spread/](http://www.worldometers.info/coronavirus/countries-where-coronavirus-has-spread/)>. Acesso em 14 mar. 22.

XAVIER, Douglas Almeida; KNUTH, Alan Goularte. Mapeamento da Educação Física em programas de Residência Multiprofissional em Saúde no sul do Brasil. **Rev Bras Ativ Fís Saúde**, v. 21, n. 6, p. 551-60, 2016.

## **ANEXOS**

## Anexo 1 – Ficha de Atividade Coletiva (FAC) e-SUS AB

	<b>FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA</b>	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*	CBO*	CNES*	INE*	DATA*
_____	____-____	_____	_____	/ /

<b>TURNO:</b> * (M) (T) (N) <b>PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:</b> <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde	<b>CNS DO PROFISSIONAL</b>	<b>CBO***</b>
<b>LOCAL DE ATIVIDADE</b>		_____
<b>Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***</b> _____	CNES _____	_____
OUTRA LOCALIDADE:		_____
<b>Nº DE PARTICIPANTES*</b> _____	<b>Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS</b> _____	_____

ATIVIDADE (opção única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***	
<input type="radio"/> 01	Reunião de equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões administrativas/Funcionamento
<input type="radio"/> 02	Reunião com outras equipes de saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processos de trabalho
<input type="radio"/> 03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território
<input type="radio"/> 04	Educação em saúde	<input type="checkbox"/> 04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe
<input type="radio"/> 05	Atendimento em grupo	<input type="checkbox"/> 05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular
<input type="radio"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo	<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
<input type="radio"/> 07	Mobilização social	<input type="checkbox"/> 07	Outros

PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01	Antropometria
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03	Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04	Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05	Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06	PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07	PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08	PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09	Famíliares	<input type="checkbox"/> 09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09	PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10	Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11	Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12	Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13	Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13	Outras
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15	Semana saúde na escola		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				

Nº	CNS DO CIDADÃO***	DATA DE NASCIMENTO**	SEXO**	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
					PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o grupo
1		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35		/ /	(F) (M)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda:  Opção múltipla de escolha     Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

\*Campo obrigatório

\*\*Campo obrigatório ao informar lista de participantes

\*\*\*Campo com obrigatoriedade condicionada

## APÊNDICES



## Apêndice 1

**Quadro 1.** Características dos estudos incluídos na revisão sobre as práticas corporais e atividades físicas no contexto da Atenção primária à Saúde:

ID Estudo/País	Delineamento	Participantes	Desfechos	Instrumentos	Principais Resultados
SILVA, <i>et al.</i> (2020) Brasil	Transversal	1.153 usuários de programas de atividade física nos municípios de Pernambuco que possuíam pelo menos um desses programas.	Perfil dos usuários, barreiras e facilitadores para participação em programas para promoção de atividades físicas na atenção básica à saúde.	Entrevista face a face, por meio da aplicação do instrumento intitulado Questionário para Avaliação de Intervenções para Promoção da Atividade Física na Atenção Básica à Saúde.	A maioria dos usuários era do sexo feminino e tinha entre 20-59 anos. Quatro em cada dez usuários referiram percepção negativa da saúde, mas informaram que a participação nos programas e intervenções contribuiu para uma melhor condição de saúde. Dos motivos para participarem dos programas: 53,6% informaram “melhorar a saúde”, 6,7% “prevenir doenças”, 6,6% “emagrecer”, e 33,1% “por outros motivos”. Do total de usuários, 81,1% (n = 843) perceberam alguma barreira para a participação nos programas. Além disso 44% das barreiras e 77,5% dos facilitadores relatados foram de domínio intrapessoal. O principal facilitador foi ter uma condição de saúde melhor, e a principal barreira foi a condição atual de saúde.
LUCETTI, <i>et al.</i> (2020) Brasil	Qualitativo exploratório	15 participantes de dois centros comunitários de atividade física, sendo um em cada município do Ceará. 10 eram do Programa	Estrutura, funcionamento e suporte profissional nas práticas de promoção da saúde nos centros comunitários de atividade física.	Entrevistas semiestruturadas conduzidas por um roteiro com questões abertas relacionadas a prática de atividade física, estrutura e funcionamento dos centros comunitários.	Dos 15 participantes da pesquisa, a maioria era do sexo feminino 10 (66,6%), com faixa etária entre 19 a 71 anos. Os principais pontos que emergiram das entrevistas estão relacionados à insatisfação com a falta de profissionais para orientar as AF; Falta de manutenção dos equipamentos e a preservação dos espaços nos centros comunitários. Ambos aspectos foram mal avaliados apenas no projeto municipal, pois o PAS,

		Academia da Saúde (PAS) e 5 de outro projeto municipal.			de acordo com os usuários, fornecia bons equipamentos e orientação profissional. Dificuldade de acesso aos polos devido à distância. Os usuários relataram impactos positivos sobre suas percepções de saúde ao utilizarem os programas de AF. Por fim, mencionaram a desarticulação da atenção primária à saúde com o desenvolvimento das ações de AF, o que gera uma fragmentação do cuidado em saúde.
SILVA <i>et al.</i> (2016) Brasil	Transversal	145 gestores, 481 profissionais e 942 usuários vinculados a intervenções de atividade física em 104 municípios do estado de Pernambuco que tiveram menos uma intervenção de atividade física na atenção primária	Monitoramento e avaliação nas intervenções de atividade física desenvolvidas na Atenção Básica no estado de Pernambuco, Brasil.	Três questionários previamente testados e validados foram utilizados, nas seguintes versões: 1) Questionário autoaplicável com gestores; 2) Questionário autoaplicável com profissionais; 3) Questionário no formato de uma entrevista face a face com os usuários Todos os questionários estão disponíveis no site do Grupo de Pesquisa em Estilos de Vida e Saúde.	A maioria dos gestores informaram que realizaram ações de monitoramento e avaliação em intervenções para promoção da AF; Não houve diferença significativa entre os diferentes tipos de intervenções de atividade física em relação às variáveis que caracterizam o monitoramento e avaliação destas ações. Menos da metade dos gestores usaram os resultados das ações de monitoramento e avaliação para suas ações de planejamento; A maioria dos profissionais informou ter níveis médios de conhecimento e habilidades para realizar ações de monitoramento e avaliação; Menos da metade dos usuários participaram de ações de monitoramento e avaliação de intervenções de AF.
QUEIROGA <i>et al.</i> (2016) Brasil	Descritivo	27 Unidades Básicas de Saúde da zona urbana de Guarapuava – PR. Sendo que 10	Ambiente físico e a prática de atividades físicas em unidades básicas de saúde	Questionário dicotômico formulado pelos pesquisadores para coletar informações sobre a existência de espaços físicos	Das 27 UBS estudadas, nove ofereciam aos usuários AF como caminhada e alongamento uma vez por semana, 18 contavam com áreas de gramado, 17 apresentavam áreas de estacionamento e 11 contavam com salas

		delas eram Centros Integrados de Atendimento (CIA) e 17 Estratégias Saúde da Família (ESF)	da zona urbana de Guarapuava (Paraná) entre os anos de 2011 e 2012.	na UBS e na comunidade possíveis de serem utilizados para a prática de AF; informações sobre AF realizadas nas UBS e existência de risco de violência e criminalidade nas proximidades da unidade. Para a avaliação do ambiente externo foi utilizado um instrumento adaptado ao contexto brasileiro: International Physical Activity & the Environment Network.	possíveis de serem utilizadas para a prática de algum tipo de AF, no espaço compreendido pela UBS. No entorno das unidades, constatou-se a presença de parques (n=4), ginásios e quadras de esportes (n=7), campos de futebol (n=11) e igrejas (n=24) na redondeza. Em relação à avaliação objetiva do ambiente, foram constatadas estruturas físicas que, além de desestimular a prática de AF, poderiam pôr em risco a integridade física dos praticantes. A presença de pichações foi observada na região de sete UBS, em três foram encontradas casas abandonadas, e em sete, casas sem acabamento. O risco de violência e criminalidade no bairro foi apontado pelas coordenadoras de apenas quatro UBS.
ROMERO <i>et al.</i> (2016) Brasil	Transversal	91 Profissionais de Educação Física vinculados aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família de São Paulo.	Atividades desenvolvidas por Profissionais de Educação Física (PEF) inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do estado de São Paulo.	Questionário desenvolvido pelos pesquisadores contendo 57 questões divididas em 5 domínios: 1) Identificação do participante; 2) Status profissional; 3) Relação do profissional com o NASF 4) Cobertura do serviço; 5) intervenção profissional no NASF.	A maioria dos profissionais realiza atendimento em grupos (n = 88; 96,7%), sendo principalmente com ginástica (76,1%), grupos de caminhada (67,1%) e sessões mistas (60,2%), que incluiu diferentes tipos de ações. 38,6% dos profissionais realizaram atividades educacionais. Grande parte dos profissionais de EF (n = 68; 72,7%), trabalharam com orientação sobre a importância da prática de AF, bem como orientação para grupos de prática de AF dentro do NASF. Apenas 35,2% dos profissionais de EF trabalhavam com promoção da AF no ambiente escolar, envolvendo crianças e grupos de adolescentes e 53,8% avaliaram os resultados das ações.

<p>SILVA <i>et al.</i> (2021) Brasil</p>	<p>Transversal</p>	<p>154 usuários participantes dos grupos para prática de atividade física realizados por fisioterapeutas em 4 UBSF de Alfenas, Minas Gerais.</p>	<p>Adesão de usuários a grupos de atividade física realizados por fisioterapeutas na atenção básica e fatores associados</p>	<p>Questionário semiestruturado para dados sociodemográficos, uso de serviços de fisioterapia, variáveis clínicas, tabagismo, etilismo, tempo de participação nos grupos e relato de dor. Para verificar o nível de adesão aos grupos foi utilizado questionário adaptado de Picorelli et al., que relaciona motivos gerais que levam o indivíduo a faltar ao grupo, motivadores que incentivam a participação e barreiras que levam à não participação.</p>	<p>46,8% dos usuários apresentaram baixa adesão, 42,2% média adesão e 11% alta adesão ao grupo. A maioria (90,9%) era composta por mulheres. Entre os participantes dos grupos avaliados, mais tempo de participação aumentou as chances de média e alta adesão e relatar mais motivos gerais para não adesão diminuiu a chance de média adesão. Como conclusão, os autores apontam que os fisioterapeutas devem articular-se com os demais profissionais das UBSF para consolidar o vínculo com os usuários, evitar desistências precoces e criar estratégias para aumentar a adesão aos grupos.</p>
<p>OLIVEIRA JUNIOR <i>et al.</i> (2021) Brasil</p>	<p>Estudo de caso Qualitativo</p>	<p>38 profissionais de saúde de várias áreas que compõem as quatro equipes de Saúde da Família (eSF) e a equipe de Nasf-AB de uma Unidade Básica de Saúde do</p>	<p>Práticas corporais como instrumentos de controle dos corpos na Atenção Primária à Saúde</p>	<p>Grupos focais norteados por um roteiro de debate dividido em duas partes: 1) Questões relacionadas ao perfil dos participantes; 2) Discussão coletiva quanto à percepção dos participantes em relação às concepções de Práticas Corporais, e à maneira como eram utilizadas na APS.</p>	<p>Em geral, os profissionais acompanhados no estudo, relacionaram as práticas corporais ao movimento humano, atreladas ao exercício físico, de maneira prescritiva, terapêutica, para prevenção de doenças e promoção da saúde. O conceito de práticas corporais se dá de forma mais restrita no âmbito teórico, pois os profissionais, de maneira geral, não diferenciam os conceitos de exercício físico, atividade física e práticas corporais, utilizando-os como sinônimos. A concepção dos profissionais acerca das práticas corporais ainda é predominantemente baseada no</p>

		município de Itajaí (SC).			modelo biomédico, atrelando-as ao comportamento, estilo de vida e movimento geral, com finalidades voltadas à prevenção e/ou tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.
SEUS <i>et al.</i> (2019) Brasil	Transversal	1.773 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	<p>1) Ações de promoção da saúde dirigidas a portadores de doenças crônicas não transmissíveis</p> <p>2) O apoio do profissional de educação física</p> <p>3) Realização de ações de promoção de práticas corporais e atividade física pelas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.</p>	<p>Avaliação externa do PMAQ (2013-2014)</p> <p>O instrumento de continha 4 módulos:</p> <p>Módulo I – Observação da estrutura da unidade de saúde;</p> <p>Módulo II – Entrevista com um profissional sobre o processo de trabalho da equipe de AB e verificação de documentos na unidade básica de saúde (UBS);</p> <p>Módulo III – Entrevista com usuário na unidade de saúde;</p> <p>Módulo IV – Entrevista com profissional do NASF</p>	Do total das equipes de NASF, 95,3% relataram apoiar e desenvolver estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, junto às equipes de AB. As proporções de ações de promoção da saúde voltadas a pessoas com DCNT, apoiadas ou desenvolvidas pelas equipes de NASF, foram entre 62,8% (para o monitoramento de usuários acompanhados em outros pontos de atenção) e 90,8% (para ações de avaliação e reabilitação de condições psicossociais). Observou-se que 84,6% das equipes de NASF (n=1.430) realizavam ações de promoção de práticas corporais e atividade física com este público. Segundo relatos do PMAQ, a realização de ações de promoção de práticas corporais e atividade física foi a sexta mais realizada pelas equipes de NASF. Entre as equipes de Atenção Básica, 87% (n=14.931) recebiam o apoio de profissional de educação física na condição de integrante das equipes de NASF.
SÁ; VELARDI; FLORINDO (2016) Brasil	Qualitativa Pesquisa participativa	39 trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na região leste da cidade de São Paulo.	Limites e as potencialidades da educação para a promoção da atividade física na	Um programa educativo através de grupos focais foi desenvolvido em seis encontros, de 1h30min.	Cinco limites e potencialidades foram identificados: organização do trabalho e educação no trabalho; relação dos profissionais com a AF; ponto de vista dos profissionais sobre o processo saúde-doença e sobre aconselhamento; falta de cuidados para os profissionais de saúde; e

			Estratégia Saúde da Família.		avaliação dos elementos-chave da estratégia pedagógica. No geral, a atividade física foi predominantemente entendida como uma atividade programada, realizada no tempo de lazer, como uma obrigação ou tarefa útil, relacionada, sobretudo, para fins estéticos e curativos. O relato dos participantes sobre a dinâmica de aconselhamento de AF pareceu indicar a prevalência de um aconselhamento baseado na reprodução de uma comunicação pré-estabelecida e não de um processo de diálogo e de escuta com o usuário da saúde.
BORGES; OLIVEIRA (2020) Brasil	Qualitativo Pesquisa Etnográfica	14 voluntários sendo 13 participantes do programa de Práticas Corporais realizado numa UBS do município de Santos-SP, e 1 profissional de educação física responsável por desenvolver as atividades do programa.	Dinâmica das aulas de práticas corporais de uma Unidade Básica de Saúde de Santos-SP.	Observação participante e diário de campo.	As aulas foram pautadas por métodos clássicos do treinamento desportivo, divididas em 3 etapas: 1) Aquecimento: momento inicial com o intuito de preparar o corpo. 2) Parte principal: destinada a desenvolver os objetivos ou metas da aula do dia. 3) Desaquecimento: utilizada para que o corpo volte ao estado de repouso de maneira gradual. Essa estrutura foi encontrada em todas as aulas, com exceção da última aula de cada mês, que foi dedicada exclusivamente à realização de uma caminhada. Foi utilizada a troca de conhecimento e experiências, por meio do processo de aprendizado e reflexão das Práticas Corporais com a saúde e não apenas reproduzindo movimentos e exercícios físicos.
CARVALHO; NOGUEIRA (2016)	Qualitativo Revisão Crítica	Não se aplica.	Processo de institucionalização e fortalecimento	Análise histórica dos eventos, através da busca em base de dados e contato	Houve expressivo aumento na oferta das PCAF na AB, ampliando o acesso da população. A visão das PCAF apenas como fator de prevenção de doenças

Brasil	(Não se enquadra em revisão sistemática)		das práticas corporais e atividades físicas como ações de Promoção da Saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde	com o Ministério da Saúde para levantamento de dados.	crônicas não transmissíveis, em uma perspectiva estritamente biológica ainda é hegemônica, representando um desafio a ser superado. É necessário que as equipes de saúde avancem na oferta das PCAF numa perspectiva ampliada a partir do trabalho multiprofissional, aumentando o escopo e as modalidades oferecidas, a participação social e o acesso de populações menos presentes nos serviços de saúde.
FLORINDO <i>et al.</i> (2016) Brasil	Transversal	914 gestores de municípios que receberam recursos de 2011 a 2012 para o desenvolvimento do PAS.	1) Prevalências de ações de promoção de AF e da alimentação saudável. 2) Prevalências dessas ações segundo a presença de NASF e de profissionais de EF e nutricionistas nas equipes	Questionário elaborado pelos pesquisadores com os seguintes blocos de perguntas: 1) Informações gerais do gestor respondente; 2) Estrutura da rede de atenção básica e da saúde da família do município; 3) Ações de promoção da saúde do município	A prevalência de ações de promoção da atividade física e de alimentação saudável foi maior nos municípios com cobertura da estratégia saúde da família mais ampla e que tinham NASF. Além disso, foi maior naqueles municípios que tinham, nas equipes do NASF, profissionais de educação física (para as ações de atividade física) e de nutrição (para as ações de alimentação saudável). Estes profissionais têm sido apontados como de extrema relevância para a promoção da saúde no SUS. A participação popular nas ações de promoção da atividade física e da alimentação saudável foi muito relatada pelos gestores.
GOMES <i>et al.</i> (2019) Brasil	Transversal	222 mulheres participantes e não participantes de um programa de exercícios físicos nas unidades de saúde da Atenção	Barreiras para atividade física entre mulheres participantes e não participantes de um programa de exercícios físicos	Questionário para variáveis sociodemográficas. Questionário de estágios de prontidão para AF. Questionário IPAQ (versão longa) para avaliar os níveis de atividade física.	A maioria das mulheres tinha mais de 60 anos, com quatro a 12 anos de estudo, pertencentes à classe C1 ou C2 e eram casadas. As barreiras mais prevalentes se referem à ausência de local apropriado para prática de atividade física, falta de companhia, falta de energia e sentir-se cansado/preguiçoso ou desmotivado. O grupo não participante do programa de exercícios físicos em

		Básica no município de Rio Claro, SP	da Atenção Básica de Saúde	Questionário para avaliar as barreiras para a realização de AF	UBS apresentou mais barreiras para prática de AF quando comparado com o grupo participante, principalmente nos aspectos psicológicos, crenças e psicológicos-motivacionais.
NOVAES <i>et al.</i> (2020) Brasil	Qualitativo Investigação-ação	Academias da Saúde e Núcleo Ampliado em Saúde de Família e Atenção Básica (NASF-AB) de Arapiraca (AL)	Elaboração e implementação de um protocolo de Prática Corporal/Atividade Física remota.	<p>1) Reuniões entre os Profissionais de Educação Física e a coordenação dos programas Academia da Saúde e NASF-AB.</p> <p>2) Enquetes com os usuários por aplicativos de mensagens.</p> <p>3) Desenvolvimento do protocolo para o formato remoto de prescrição de práticas corporais e atividades físicas.</p> <p>4) Criação de um banco de armazenamento de vídeos curtos.</p>	O protocolo desenvolvido por profissionais de EF das Academias de Saúde e NASF-AB do município de Arapiraca, Alagoas foi denominado “Agite em Casa” e iniciou em maio de 2020 como estratégia de reativação dos grupos de atividade física, considerando o plano de contingência devido à Pandemia da COVID-19. Todas as orientações e prescrições dos professores são enviadas aos alunos por Whatsapp®. As principais limitações foram: dificuldade de acesso da população mais idosa à tecnologia, maior percentual de usuários utilizando internet de dados móveis (baixa qualidade); número reduzido de sessões acompanhadas pelos profissionais (duas sessões por semana, 45min por sessão), por grupo.
SOUZA NETO; FLORINDO; COSTA (2021) Brasil	Transversal	591 profissionais de saúde que atuam nas Equipes de Saúde da Família de João Pessoa-PB	Prevalência e os fatores associados ao aconselhamento de atividade física entre os trabalhadores da Estratégia Brasileira de Saúde da Família	Questionários criados pelos pesquisadores e baseados em estudos anteriores.	Mais da metade dos profissionais de saúde não aconselham regularmente a AF, e a prevalência é ainda menor em profissionais de baixa escolaridade (agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem). As barreiras mais citadas foram falta de materiais instrucionais (37%), falta de especialistas em exercícios para o aconselhamento (30%), baixo conhecimento sobre o assunto (24%) e falta de características de bairro para a prática de AF (21%).



<p>SANTOS <i>et al.</i> (2021) Brasil</p>	<p>Transversal</p>	<p>779 usuários de 15 Unidade Básicas de Saúde de São José dos Pinhais (Paraná).</p>	<p>Prevalência e fatores associados ao aconselhamento de Atividades Físicas em adultos na Atenção Primária à Saúde no Brasil.</p>	<p>Questionários baseados em estudos anteriores.</p>	<p>Cerca de 4 em 10 usuários relataram ter recebido aconselhamento de AF, demonstrando uma prevalência de 43,0%. O aconselhamento foi maior entre adultos de meia-idade e idosos, aqueles com menor escolaridade, casados, obesos, aqueles que consomem medicamentos para doenças crônicas e aqueles que caminham no lazer. Não haviam profissionais de EF nas equipes de saúde ou programas de AF das UBS selecionadas. Estes podem, em parte, alterar a prevalência de aconselhamento.</p>
<p>RIBEIRO <i>et al.</i> (2017) Brasil</p>	<p>Experimental não randomizado</p>	<p>157 adultos alocados em três grupos: 1) classes de exercícios físicos (n = 54); 2) educação em saúde (n = 54); 3) controle (n = 49) De três UBSF no distrito de Ermelino Matarazzo (SP).</p>	<p>Efeito de intervenções nos níveis de atividade física de adultos saudáveis, usuários do Sistema Único de Saúde e atendidos pela Estratégia de Saúde da Família</p>	<p>Grupo de educação em saúde, grupo de exercícios físicos e grupo controle.  Avaliação por meio de: Questionário IPAQ Questionário Baecke Acelerômetro da marca ActiGraph, modelos GT1M e GT3X+</p>	<p>Tanto a intervenção baseada em educação em saúde como a intervenção de classes de exercícios físicos foram efetivas para aumentar a prática de atividades físicas de adultos usuários do SUS que vivem em uma região de baixo nível socioeconômico. Somente a intervenção de educação em saúde foi efetiva na manutenção do nível de AF nos seis meses de acompanhamento pós-intervenção, mas recomenda-se ambas as intervenções para a promoção da atividade física no SUS, de acordo com as realidades locais de profissionais, instalações e objetivos das equipes.</p>

## Apêndice 2

**Tabela 1:** Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas por região e Estado. SISAB, Brasil, 2013-2021.

Região/Estado	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Centro-Oeste</b>									
Distrito Federal									
Goiás									
Mato Grosso									
Mato Grosso do Sul									
<b>Nordeste</b>									
Alagoas									
Bahia									
Ceará									
Maranhão									
Paraíba									
Pernambuco									
Piauí									
Rio Grande do Norte									
Sergipe									
<b>Norte</b>									
Acre									
Amapá									
Amazonas									
Pará									
Rondônia									
Roraima									
Tocantins									
<b>Sudeste</b>									
Espírito Santo									
Minas Gerais									
Rio de Janeiro									
São Paulo									
<b>Sul</b>									
Paraná									
Rio Grande do Sul									
Santa Catarina									

**Tabela 2:** Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas por região. SISAB, Brasil, 2013-2021.

<b>Região/Estado</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Centro-Oeste</b>									
<b>Nordeste</b>									
<b>Norte</b>									
<b>Sudeste</b>									
<b>Sul</b>									
<b>Total País</b>									

**Tabela 3:** Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas de acordo com o tipo de equipe em cada região. SISAB, Brasil, 2013 – 2021.

Tipo de Equipe	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>eAB</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									
<b>eSF</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									
<b>NASF</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									
<b>eACS</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									
<b>eCR</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									
<b>eSB</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									
<b>eABp</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									
<b>eAP</b>									
Centro-Oeste									
Nordeste									
Norte									
Sudeste									
Sul									

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 Atenção Básica Prisional; eAP = Equipe de Atenção Primária.

**Tabela 4:** Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas por tipo de equipe no País. SISAB, Brasil, 2013-2021.

Tipo de Equipe	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
eAB									
eAP									
eACS									
eAP									
eCR									
eSB									
eSF									
NASF									
<b>Total País</b>									

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.

**Tabela 5:** Frequência absoluta e relativa da quantidade de práticas corporais e atividades físicas registradas de acordo com o público alvo. SISAB, Brasil, 2013-2021.

Público Alvo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Adolescente									
Comunidade em geral									
Criança 0 a 3 anos									
Criança 4 a 5 anos									
Criança 6 a 11 anos									
Família									
Gestante									
Homem									
Idoso									
Mulher									
Pessoas com doença crônica									
Portador de sofrimento mental/saúde mental									
Profissional da educação									
Usuário de álcool									
Usuário de outras drogas									
Usuário de tabaco									
<b>Total País</b>									

**Tabela 6:** Frequência absoluta e relativa da quantidade de participantes das ações de práticas corporais e atividades físicas registradas de acordo com o público alvo. SISAB, Brasil, 2013-2021.

Público Alvo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Adolescente									
Comunidade em geral									
Criança 0 a 3 anos									
Criança 4 a 5 anos									
Criança 6 a 11 anos									
Família									
Gestante									
Homem									
Idoso									
Mulher									
Pessoas com doença crônica									
Portador de sofrimento mental/saúde mental									
Profissional da educação									
Usuário de álcool									
Usuário de outras drogas									
Usuário de tabaco									
<b>Total País</b>									

## **ADAPTAÇÕES EM RELAÇÃO AO PROJETO INICIAL**



### **1. Análise Complementar**

Conforme sugerido na banca de qualificação do projeto, realizamos uma análise complementar utilizando as variáveis de Cobertura de Saúde da Família e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

### **2. Objetivos Específicos**

Diante da sugestão supracitada, adicionamos como objetivo específico do estudo:

Será realizada analisada complementarmente a correlação entre os registros de PCAF e as seguintes variáveis, anualmente:

- A cobertura de Saúde da Família;
- O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

### **3. Método de coleta e análise dos dados complementares**

Para a extração dos dados de cobertura de ESF foi utilizado o relatório de Histórico de Cobertura disponibilizado no portal e-Gestor. Utilizamos as informações do período entre os anos de 2013 e 2019. Em 2020 houve 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. Ademais, utilizamos o dado no período limítrofe de 2019, que antecede o cenário de Pandemia da COVID-19, por compreendermos que tal situação, somada as 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. Em termos de análise, foram estimados os coeficientes de correlação de Spearman entre os registros de PCAF e os indicadores de cobertura da saúde da família e IDH.

**NORMAS DA REVISTA A QUAL O ARTIGO SERÁ SUBMETIDO**

<b>CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA</b>	
<b>Qualis CAPES (Classificação de Periódicos Quadriênio 2017-2020):</b>	<b>A1 (Saúde Coletiva)</b>
<b>Impact Factor (JCR):</b>	<b>3.371</b>

## **Instruções aos autores**

### **Forma e preparação de manuscritos**

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais).

#### **1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

1.1. Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras);

1.2. Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3. Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4. Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO; as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais) (Editorial 37(4));

1.5. Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6. Questões Metodológicas (leia mais): artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7. Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica (leia mais) na epidemiologia (Editorial 37(5)) e artigo utilizando metodologia qualitativa (leia mais);

1.8. Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 2.200 palavras e 3 ilustrações);

1.9. Cartas: comentário a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.400 palavras);

1.10. Resenhas: Análise crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As resenhas devem conter título e referências bibliográficas. A resenha contempla uma análise da obra no conjunto de um campo em que a mesma está situada, não se restringe a uma apresentação de seu conteúdo, quando obra única, ou de seus capítulos, quando uma obra organizada. O esforço é contribuir com a análise de limites e contribuições, por isto podem ser necessários acionamentos a autores e cenários políticos para produzir a análise, a crítica e a apresentação da obra. O foco em seus principais conceitos, categorias e análises pode ser um caminho desejável para a contribuição da resenha como uma análise crítica, leia o Editorial 37(10).

Obs: A política editorial de CSP é apresentada por meio dos editoriais. Recomendamos fortemente a leitura dos seguintes textos: Editorial 29(11), Editorial 32(1) e Editorial 32(3).

## **2. Normas para envio de artigos**

2.1. CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro

periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3. Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4. Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5. A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 2.12.

2.6. Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

2.7. Serão aceitos artigos depositados em servidor de preprint, previamente à submissão a CSP ou durante o processo de avaliação por pares. É necessário que o autor informe o nome do servidor e o DOI atribuído ao artigo por meio de formulário específico (contatar cadernos@fiocruz.br). NÃO recomendamos a publicação em servidor de preprint de artigo já aprovado.

### **3. Publicação de ensaios clínicos**

3.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2. Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3. As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Netherlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### **4. Fontes de financiamento**

4.1. Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2. Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3. No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### **5. Conflito de interesses**

5.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### **6. Colaboradores**

6.1. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2. Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3. Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4. Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação CSP o direito de primeira publicação, conforme a Licença Creative Commons do tipo atribuição BY (CC-BY).

6.5. Recomendamos a leitura do Editorial 34(11) que aborda as normas e políticas quanto à autoria de artigos científicos em CSP.

## **7. Agradecimentos**

7.1. Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios de coautoria.

## **8. Referências**

8.1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página

8.2. Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. Nomenclatura**

9.1. Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

10.1. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2. Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4. CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia Editorial 34(1) e Editorial 38(1).

10.5. O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.



**ARTIGO**

# Práticas Corporais e Atividades Físicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021

## Práticas corporais e atividades físicas realizadas na atenção primária

Rinely Pazinato Dutra<sup>1</sup>

Alan Goularte Knuth<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal do Rio Grande. Campus Saúde - Área Acadêmica Prof. Newton Azevedo Rua Visconde de Paranaguá, 102, 4º piso. Cep: 96200-190, Rio Grande/RS

**Palavras-chave:** Atividade Motora; Sistema Único de Saúde; Registros Eletrônicos de Saúde; Sistemas de Informação em Saúde.

### Resumo

**Objetivo:** Mapear os registros de práticas corporais e atividades físicas (PCAF) desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde entre os anos de 2013 e 2021. **Método:** Estudo transversal e descritivo, utilizando dados do Sistema de Informação à Saúde da Atenção Básica (SISAB). Foram apresentados os registros de PCAF ano a ano em valores absolutos e relativos nos estados, regiões e no país e de acordo com o tipo de equipe e público alvo. Também foi analisada a correlação entre estes registros e os dados de cobertura de Saúde da Família (SF) e do Índice de Desenvolvimento Humano. **Resultados:** Foram registradas 2.664.288 ações de PCAF nacionalmente em todo o período. Houve crescimento de 19.977,5% nos registros entre 2013 e 2019, mas a partir de 2020 e a pandemia de Covid-19, estes caíram 75,5%. As regiões que mais registraram PCAF foram o 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 à comunidade em geral, mulheres, idosos e pessoas com doenças crônicas. As equipes de saúde com maiores registros foram as do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e de Saúde da Família. Também foi observada uma correlação positiva entre as PCAF e a cobertura de SF, com coeficientes entre  $p=0,39$  e  $p=0,53$ . **Conclusão:** Houve crescimento expressivo nos registros de PCAF entre os anos de 2013 e 2019, porém a partir de 2020 e atrelado ao período pandêmico, houve importante redução. A distribuição das ações ainda é desigual em âmbito estadual e regional, o que tornam necessárias estratégias intersetoriais de fomento às políticas públicas e fortalecimento das PCAF e da promoção da saúde no SUS.

## 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<sup>1</sup>. A inserção das PCAF como prioridade na PNPS perpassa pelo entendimento de que a inatividade física, ao estar relacionada a uma maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), é um dos principais fatores de risco para a mortalidade precoce no mundo<sup>2-4</sup>. 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<sup>5-7</sup>.

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<sup>3,8</sup>. Contudo, medidas de austeridade fiscal como a Emenda Constitucional nº 95/2016<sup>9</sup>, o Programa Previne Brasil que abarca o novo financiamento da APS<sup>10</sup>, bem como o descredenciamento de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ocasionado pela mudança no repasse de recursos a nível federal<sup>11</sup>, podem trazer impactos consideráveis na oferta de tais serviços, o que precisa ser monitorado e analisado<sup>12</sup>.

Nesta perspectiva, 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)<sup>13</sup>.

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 destas ações. Contudo, até o momento não foram encontrados estudos que tenham agrupado e analisado estes dados, ainda que tais registros estejam disponíveis para consulta pública no SISAB desde o ano de 2013.

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 deste mapeamento pretende-se descrever estes 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).

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal e de caráter descritivo, 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). 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 doenças 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<sup>13,14</sup>.

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 online 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 a quantidade de atividades desenvolvidas, e também os filtros do público alvo e do tipo de equipe. Para todas as consultas realizadas 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 neste 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 os anos de 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, além disso, apresenta apenas os dados das equipes financiadas pelo Ministério da Saúde (MS). Esses aspectos são consequência das novas formas de cadastro e financiamento propostos pelo programa Previne Brasil<sup>10</sup>. 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 destas

informações foi realizado um cálculo do percentual de crescimento dos registros até o ano de 2019, que antecede a pandemia. Dessa forma foi possível também realizar uma descrição dos registros de PCAF no período pré pandêmico e durante a pandemia da COVID-19. Para apresentação dos dados a nível estadual, optou-se pelo formato de mapa para ilustrar a distribuição dos registros, bem como os incrementos percentuais durante os anos. 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. 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 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 um total de 2.664.288 registros de PCAF desenvolvidas na APS, nacionalmente. Observou-se um aumento expressivo no quantitativo de ações registradas anualmente, partindo de 3.075 em 2013 e chegando a 617.383 em 2019, ou seja, um crescimento da ordem de 19.977,5%. A partir do ano de 2020, e atrelado ao período pandêmico, houve uma redução de aproximadamente 75,5% no número de registros de PCAF no Brasil. 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 43.230 no Centro-Oeste, 139.227 no Nordeste, 26.159 no Norte, 342.736 no Sudeste e 66.031 no Sul. Em termos percentuais, o crescimento no número de registros de PCAF entre os anos de 2013 e 2019 foi superior nas regiões Sudeste (59.299,7%) e Norte (33.012,7%) (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.

**Tabela 1: Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas por região no período de 2013-2021 e percentual de crescimento. 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)	20885,4%
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)	7200,8%
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)	33012,7%
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)	59299,7%
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)	21478,8%
<b>Total País</b>	3.075	76.658	214.275	440.354	448.957	547.453	617.383	151.156	164.977	19977,5%

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

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. 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).

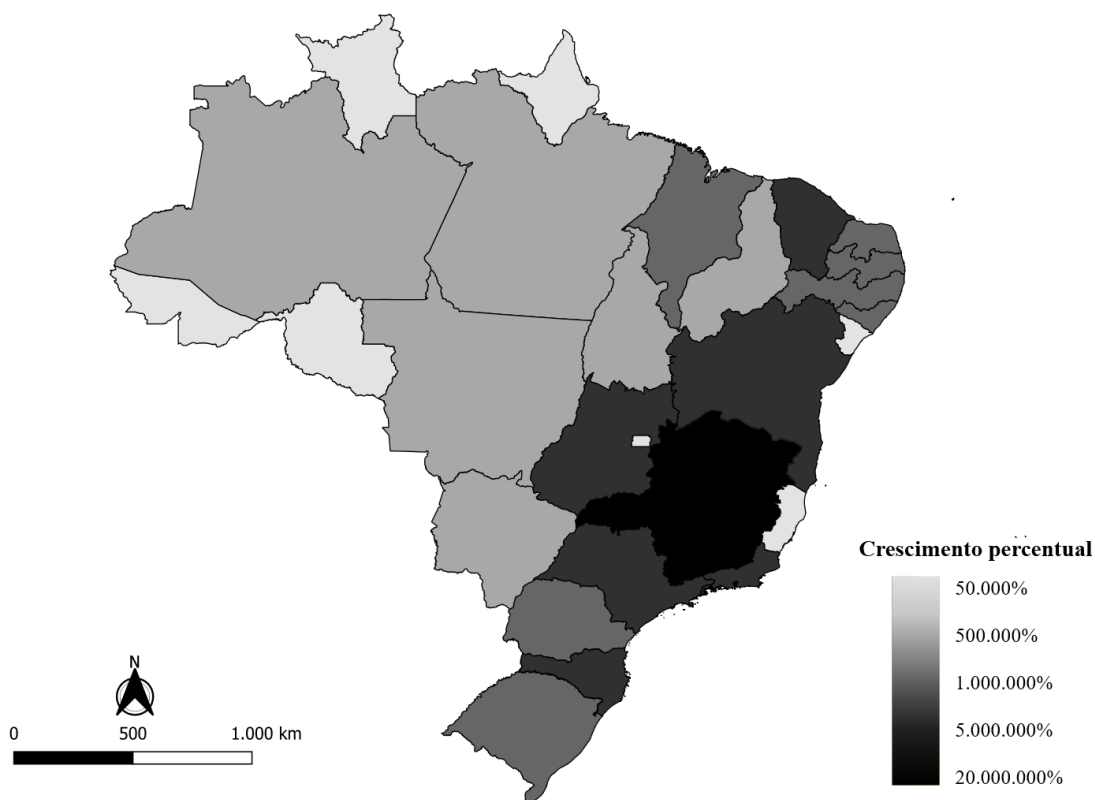
**Tabela 2: Registros de práticas corporais e atividades físicas por estado no período de 2013-2021. SISAB, Brasil, 2013-2021.**

<b>Estado</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Acre	0	45	303	1.373	1.551	1.611	1.828	435	391
Alagoas	248	2.096	3.721	8.335	6.335	10.792	12.828	2.633	2.801
Amapá	13	230	454	1.285	925	642	557	145	474
Amazonas	13	478	1.967	3.598	2.098	4.335	5.970	754	1.018
Bahia	515	9.055	16.536	21.365	18.911	27.925	32.530	5.515	6.421
Ceará	71	1.353	8.864	14.816	14.545	18.286	27.807	6.057	8.250
Distrito Federal	0	0	1	163	516	1.835	1.551	340	498
Espírito Santo	0	57	446	1.017	820	1.813	2.103	301	547
Goiás	202	2.731	15.840	20.052	13.919	23.056	25.508	6.200	5.184
Maranhão	167	4.072	6.156	6.973	7.368	9.334	13.090	2.352	3.709
Mato Grosso	4	496	1.894	6.514	7.192	8.216	8.329	1.834	1.408
Mato Grosso do Sul	0	716	1.909	4.833	5.847	6.169	7.842	1.611	1.916
Minas Gerais	378	17.786	53.829	154.120	174.496	212.381	230.522	61.491	59.574
Pará	53	1.119	2.384	4.503	4.126	7.559	9.714	2.395	3.157
Paraíba	229	5.360	12.060	12.219	11.379	12.247	12.340	3.340	4.391
Paraná	65	2.935	10.807	15.531	15.129	16.342	17.984	5.519	6.884
Pernambuco	262	5.770	7.433	12.768	11.229	16.128	18.250	3.929	3.736
Piauí	30	1.317	4.414	7.399	7.003	7.938	8.475	2.070	2.906
Rio de Janeiro	1	621	6.904	28.055	33.775	32.542	34.970	8.167	10.271
Rio Grande do Norte	347	3.617	5.594	6.570	7.644	8.644	10.341	2.833	2.564
Rio Grande do Sul	41	2.972	12.597	21.333	16.540	18.710	22.953	5.193	7.354
Rondônia	0	12	213	1.486	374	733	944	153	1.135
Roraima	0	1	139	163	402	534	530	45	40
Santa Catarina	200	3.107	9.536	25.736	21.315	25.953	25.094	5.848	8.198
São Paulo	198	8.843	24.376	51.889	59.584	65.483	75.141	19.756	18.669
Sergipe	38	330	1.062	1.329	1.795	2.208	3.566	801	1.713
Tocantins	0	1.539	4.836	6.929	4.139	6.037	6.616	1.439	1.768



A Figura 1 ilustra a variação percentual nos registros de PCAF nos estados brasileiros entre os anos de 2013 e 2019, período que antecede a pandemia da Covid-19. Todos os estados apresentaram importante crescimento, no entanto, os incrementos percentuais 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%).

**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 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.

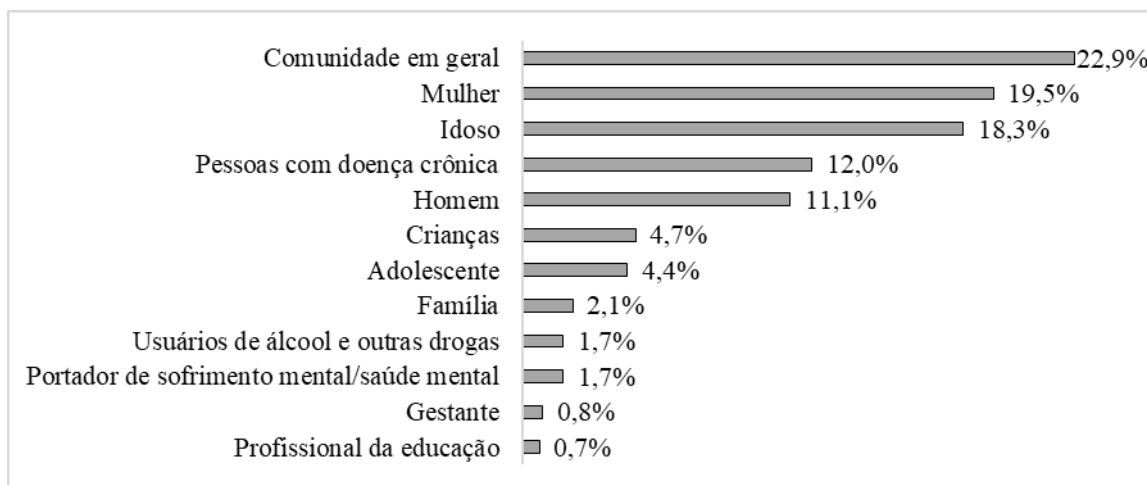
**Tabela 3: Frequência absoluta e relativa dos registros de práticas corporais e atividades físicas por tipo de equipe no período de 2013-2021. SISAB, Brasil, 2013-2021.**

Tipo de 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)	1455 (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)	1519 (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)	117175 (71,0)
<b>Total País</b>	<b>4.432</b>	<b>94.416</b>	<b>253.018</b>	<b>506.352</b>	<b>509.237</b>	<b>614.813</b>	<b>696.842</b>	<b>161.490</b>	<b>164.977</b>

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.

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 desenvolvido 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, houveram 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 um crescimento de 19.977,5% 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 uma acentuada queda no número de registros (75,5%). Regionalmente, destacam-se como maiores promotores de PCAF o Sudeste e o Nordeste e com os menores quantitativos a região Norte. Nos estados brasileiros 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 observado. Em relação ao público alvo, as atividades abrangeram principalmente 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 uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre os registros de PCAF e a cobertura de saúde da

família durante os anos de 2013 e 2019, sendo o maior coeficiente observado no ano de 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 destas atividades como uma forma de cuidado no SUS<sup>3,12</sup>. Além disso, entre os anos de 2005 e 2018, principalmente, houveram diversos movimentos e ações nos três níveis de gestão do SUS, visando o 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<sup>3,8,12</sup>.

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 à pacientes com sintomatologias respiratórias<sup>15</sup>. Este cenário preocupante, concorrente às alterações na política de atenção primária, com o modelo do Previne Brasil<sup>10</sup>, contribuiu 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<sup>16-18</sup>. 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<sup>17,18</sup>.

Somado às condições impostas pela pandemia, a diminuição de ações de promoção da saúde e, neste caso de oferta de PCAF, está implicada às medidas neoliberais intensificadas nos últimos anos<sup>12,19</sup>. Por outro 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<sup>20-22</sup>. Além disso, as modificações mencionadas anteriormente em termos de congelamentos orçamentários<sup>9</sup>, além do novo modelo de financiamento da APS<sup>10</sup> e a revogação do custeio federal das equipes NASF dentre os

programas prioritários<sup>11</sup>, são exemplos claros do retrocesso nas políticas de saúde. 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<sup>19,23</sup>.

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<sup>24</sup>. 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)<sup>25</sup>. 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 tratam-se de manifestações complexas e atravessadas pelas condições socioeconômicas, culturais e políticas e pelos modos de viver<sup>24</sup>.

Regiões mais populosas como o Nordeste e o Sudeste<sup>26</sup> foram as que mais registraram PCAF na APS, enquanto o Norte, com menor densidade demográfica<sup>26</sup>, manteve-se como a localidade com menor quantitativo de registros embora com um percentual de crescimento considerável. Além das questões populacionais, 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<sup>27</sup>. 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)<sup>27-30</sup>. Além disso, a histórica desigualdade em demais indicadores sociais e de saúde entre as regiões, especialmente na região norte<sup>31,32</sup>, também é visualizada nos achados.

Em relação ao Programa Academia da Saúde (PAS)<sup>29</sup>, criado em 2011, dos 5.570 municípios brasileiros o programa está presente em 48% e possui um total de 3.821 polos

habilitados em todos os estados. 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%) Nordeste (54,7%), e a região com menor percentual foi a região sudeste (37,9%)<sup>33</sup>. Além disso, dados da Pesquisa Nacional de Saúde demonstram 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%)<sup>27</sup>. Ainda que a quantidade de programas de PCAF e a participação da população seja superior nas regiões supracitadas, observa-se uma discrepância na quantidade de registros produzidos no SISAB, o que provoca a reflexão de haver uma lacuna entre o fazer e o registrar ou se realmente a oferta de ações de PCAF ocorre em menor escala nestas localidades.

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<sup>34</sup>. 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<sup>27</sup>.

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<sup>35-37</sup>. 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<sup>27,37,38</sup>.

As equipes de NASF e eSF apresentaram-se como as maiores promotoras de PCAF na APS e estes achados corroboram com o estudo de Florindo *et al.* (2016)<sup>39</sup>, 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. Além disso, dentro da APS, uma das principais estratégias de promoção da saúde é o PAS, que através do último monitoramento realizado, apresentou crescimento significativo no número de polos em funcionamento, bem como na oferta de ações de PCAF<sup>33,40</sup>. 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<sup>41,42</sup>. No entanto, a retirada do custeio federal que ocasionou o descredenciamento destas equipes<sup>11</sup>, 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<sup>41,42</sup>.

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<sup>12,43</sup>. As análises iniciais sobre o Incentivo de Atividade Física (IAF), demonstram um potencial para ampliar o acesso da população às PCAF desenvolvidas na APS<sup>43</sup>, 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<sup>12,43</sup>, uma vez que o IAF é um modelo que ainda não foi avaliado perante a realidade brasileira<sup>43</sup>. 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<sup>12</sup>. Sugere-se, portanto, que estudos específicos se debrucem sobre orçamento, delimitação conceitual e ações da CGPROFI e acompanhamento do IAF, bem como seus desdobramentos na pasta da saúde.

É preciso mencionar, contudo, 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. Além disso, deve-se considerar que os sistemas de informação podem apresentar fragilidades em termos operacionais das plataformas, como padronização, normatização e compatibilidade das informações<sup>44</sup> 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<sup>45,46</sup>. 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<sup>47</sup>. 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<sup>13</sup>. 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 lócus 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 limita-se 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.

#### **Declarações:**

**Fontes de financiamento:** Este estudo foi parcialmente financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código 001.

**Conflitos de interesse:** Todos os autores declaram não haver conflitos de interesse.

**Colaboradores:** Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados: Dutra, RP; Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Dutra, RP; Knuth, AG; Aprovação final da versão a ser publicada: Dutra, RP; Knuth AG; Ser responsável por todos os



aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Dutra, RP; Knuth, AG.

## Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. 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). 2017.
2. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380:219-29.
3. Malta DC, Silva M, Albuquerque G, Amorim R, Rodrigues G, Silva T, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2014; 19:286-99.
4. World Health Organization (WHO). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance [Internet]. 2020. [cited 2022 Nov 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014886>
5. Latorre-Román PÁ, Guzmán-Guzmán IP, Delgado-Floody P, 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* 2021:1-12.
6. Sallis JF, Adlakha D, Oyeyemi A, Salvo D. An international physical activity and public health research agenda to inform coronavirus disease-2019 policies and practices. *J Sport Health Sci.* 2020;9(4):328-334.
7. Jimeno-Almazán A, Pallarés JG, Buendía-Romero Á, et al. Post-COVID-19 Syndrome and the Potential Benefits of Exercise. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(10):5329.
8. Carvalho FFB de, Nogueira JAD. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. *Cien Saude Colet.* 2016; 21(6):1829–38.
9. Brasil. Emenda Constitucional no 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília; Diário Oficial da União. 2016.
10. 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. Brasília; Diário Oficial da União. 2019.
11. 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.
12. Carvalho FFB de, Almeida ER de, Loch MR, Knuth AG. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Cien Saude Colet.* 2022; 27(6):2163–74.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2 [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. 2021 [cited 2022 Nov 3]. Available from: <https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Sistema De Informação em Saúde para a Atenção Básica. Nota Técnica Explicativa – Relatório De Saúde (Atividade Coletiva) [Internet]. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da família Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária. 2021 [cited 2022 Nov 3]. Available from: [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)[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)
15. World Health Organization (WHO). COVID-19: Operational Guidance for Maintaining Essential Health Services during an Outbreak. [Internet]. 2020. [cited 2023 jan 4]. Available from: [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)
16. Novaes CRM da N, Wanderley FAC, Falcão IM, Alves RB, Lima AT, Soares MCB. Protocolo de atividade física remoto para grupos de Academia da Saúde e Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2020;25:1-6.
17. Cristine Becchi A, Cristina Cavalli Moisés S, Serra Lovato N, et al. Incentivo a prática da atividade física: estratégias do NASF-AB em meio à Pandemia de Covid-19. *APS em Revista*. 2021;3(3):2021.
18. Oliveira G da S, Pajeú RB, Lemos EC de, et al. Implementation of the remote activities of the Programa Academia da Cidade in times of COVID-19. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2020;25:1-6.
19. Palma A, Espírito-Santo G, Wachs F, Oliveira VJM. Educação física e saúde em tempos de pandemias. In: Vago TM, Lara LM, Molina Neto V, eds. Educação física e ciências do esporte no tempo presente: desmonte dos processos democráticos, desvalorização da ciência, da educação e ações em defesa da vida. *EDUEM*; 2021;403:374-394.
20. Knuth AG, Carvalho FFB de, Freitas DD. Discursos de instituições de saúde brasileiras sobre atividade física no início da pandemia de COVID-19. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2020; 14;25:1–9.
21. 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 da saúde. Ministério da Saúde, Brasília; 2021. 20 p.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Ministério da Saúde, Brasília; 2021. 54 p.
23. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. *Saúde em Debate*. 2019;43(spe5):58–70.

24. Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saúde e Sociedade*. 2021;30(2):1–11.
25. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2009;18(1):79–86
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas - IBGE. Indicadores: Estimativas da população. [Internet] 2021. [cited 2023 jan 4] Available from: <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>
27. Ferreira RW, Caputo EL, Häfele CA, Jerônimo JS, Florindo AA, Knuth AG, et al. Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saude Publica*. 2019;35(2):1–13.
28. Vieira LA, Albuquerque SBG, Venturim FO, Carvalho FFB, Almeida UR. 30 anos do Serviço de Orientação ao Exercício em Vitória/ES: pioneirismo nas práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde. *Movimento*. 2020; 9;26:e26086.
29. Skowronski M. Do Programa Agita São Paulo ao Programa Academia da Saúde: programas públicos envolvendo práticas corporais/atividade física para a promoção da saúde [Trabalho de Conclusão de Curso]. [Porto Alegre]: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2014.
30. 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*. 2016; 1;21(2):110.
31. Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila, Lima LD de, Ferreira MP, Fusaro ER, Iozzi FL. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. *Cien Saude Colet*. 2017;22(4):1055-1064.
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: Informações Sobre Domicílios, Acesso e Utilização Dos Serviços de Saúde: Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. IBGE; 2020.
33. 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. 2018.
34. Bortolini GA, de Oliveira TFV, da Silva SA, Santin R da C, de Medeiros OL, Spaniol AM, et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2020; 23;44:1.
35. Silva CR de M, Bezerra J, Soares FC, Mota J, Barros MVG, Tassitano RM. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. *Cad Saude Publica*. 2020;36(4).
36. Silva AG da, Prates EJS, Malta DC. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cad Saude Publica*. 2021;37(5).

37. Souza Neto JM, Brito GEG, Loch MR, Silva SS, Costa FF. Aconselhamento para atividade física na Atenção Primária à Saúde: Uma revisão integrativa. *Movimento* 2020;26:e26075.
38. Vagetti GC, Oliveira V de, Silva MP, Pacífico AB, Costa TRA, Campos W de. Association of body mass index with the functional fitness of elderly women attending a physical activity program. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20(2):214-224.
39. Florindo AA, Nakamura PM, Farias Jr. JC, Siqueira FV, Reis RS, Cruz DKA, et al. Promoção da atividade física e da alimentação saudável e a saúde da família em municípios com academia da saúde. *Rev Bras Educ Fís Esporte* 2016; 30:913-24.
40. Manta SW, Sandreschi PF, Quadros EN, Souza PV, Rech CR, Benedetti TRB. Planejamento em saúde sobre práticas corporais e atividade física no Programa Academia da Saúde. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. 2020; 22;25:1–6.
41. Almeida ER, Medina MG. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. *Cad Saude Publica*. 2021;37(10).
42. Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. *Saúde em Debate*. 2018;42(spe1):130-144.
43. Carvalho FFB, Sposito LAC, Rodrigues PAF, Vieira LA. Promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cad Saude Publica*. 2022;38(8).
44. Almeida MF, Alencar GP. Informações em saúde: Necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. *Informe Epidemiológico do SUS*. 2000;9(4):241–9.
45. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Health management: The use of Information Systems and knowledge sharing for the decision making process. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2016;25(3):1–9.
46. Lima VS, Vale TM, Pisa IT. Prontuário eletrônico do cidadão: desafios e superações no processo de informatização. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*. 2018;3(0):100–13.
47. Cielo AC, Raiol T, Silva EN, Barreto JOM. Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. *Rev Saude Publica*. 2022; 7;56:5.

## **NOTA À IMPRENSA**



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA  
FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



## PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADES FÍSICAS DESENVOLVIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL ENTRE 2013 E 2021

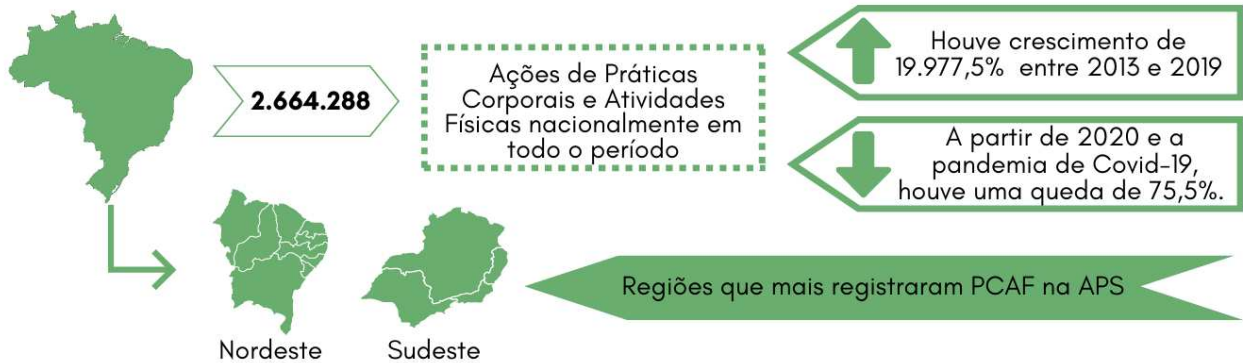
Este estudo é resultado da dissertação de mestrado da aluna **Rinelly Pazinato Dutra**, do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob orientação do Professor Dr. Alan Goularte Knuth.

A pesquisa utilizou dados do Sistema de Informação à Saúde da Atenção Básica (SISAB) e buscou mapear os registros de Práticas Corporais e Atividades Físicas desenvolvidas APS entre os anos de 2013 e 2021, nos estados, regiões e no país.

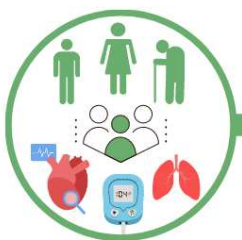
O que são  
**Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF)**

São compreendidas como manifestações corpóreas complexas que envolvem pessoas se movimentando, agindo e atuando em espaços e contextos culturalmente definidos.

As PCAF foram demarcadas como eixo prioritário das ações da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e amplamente reconhecidas como potentes ações de cuidado em saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) e especialmente na Atenção Primária Saúde (APS).



Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Ceará, Goiás e Santa Catarina, foram os estados com maior produção de PCAF no país e com maior crescimento percentual observado



As ações de PCAF foram direcionadas principalmente à comunidade em geral, mulheres, idosos, pessoas com doenças crônicas e homens.

As equipes de saúde com maiores registros foram as de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família

