

# As práticas corporais e atividades físicas nos 15 anos da política nacional de promoção da saúde: a defesa da equidade em um contexto de austeridade<sup>1</sup>



**Leonardo Araújo Vieira**

Prefeitura Municipal de Vitória, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

e-mail: lcaramuru@gmail.com



**Fabio Fortunato Brasil de Carvalho**

Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

e-mail: fabiofbcarvalho@gmail.com

**Resumo:** A relação entre a Promoção da Saúde e as Práticas Corporais e Atividades Físicas, por meio de uma política nacional, completa 15 anos em 2021. Por intermédio deste texto de caráter ensaístico, com o objetivo de atualizar discussões sobre estas práticas como política pública de saúde, a partir da defesa da equidade como eixo norteador, são apresentados elementos da conformação da política nacional e acontecimentos no atual contexto do fortalecimento da política neoliberal, caracterizada pela austeridade fiscal com cortes de gastos e privatização dos serviços públicos. Em conclusão, destaca-se a defesa da equidade, sendo urgentes investimentos em políticas públicas das referidas práticas que oportunizem o acesso e a continuidade aos grupos mais atingidos pelas iniquidades.

**Palavras-chave:** Política Pública. Sistema Único de Saúde. Modelos de Assistência à Saúde. Atividade Motora.

**Abstract:** Body Practices and Physical Activities in the 15 years of the National Health Promotion Policy: the defense of equity in a context of austerity. The relationship between Health Promotion and Body Practices

<sup>1</sup> O presente trabalho não contou com apoio financeiro de nenhuma natureza para sua realização.

and Physical Activities, through a national policy, turns 15 in 2021. Through essay text and with the aim of updating discussions on these practices as public health policy from the defense of equity as a guiding axis, elements of the conformation of national policy and events in the current context of the strengthening of neoliberal policy, characterized by fiscal austerity with cuts in spending and privatization of public services, are brought up. In conclusion, the defense of equity stands out, with urgent investments in public policies of the referred practices that provide access and continuity for the groups most affected by inequities.

**Keywords:** Public Policy. Unified Health System. Healthcare Models. Motor Activity.

**Resumen:** Prácticas corporales y actividades físicas en los 15 años de la Política Nacional de Promoción de la Salud: la defensa de la equidad en un contexto de austeridad. La relación entre Promoción de la Salud y Prácticas Corporales y Actividades Físicas, a través de una política nacional, cumple 15 años en 2021. Mediante texto ensayo y con el objetivo de actualizar las discusiones sobre estas prácticas como política de salud pública desde la defensa de la equidad como eje rector, elementos de la conformación de la política nacional y se plantean hechos en el actual contexto de fortalecimiento de la política neoliberal, caracterizado por la austeridad fiscal con recortes en el gasto y privatización de los servicios públicos. En conclusión, se destaca la defensa de la equidad, con inversiones urgentes en políticas públicas de las referidas prácticas que brinden acceso y continuidad a los colectivos más afectados por las inequidades.

**Palabras Clave:** Política Pública. Sistema Único de Salud. Modelos de Atención de Salud. Actividad Motora.

Submetido em: 24-04-2021

Aceito em: 29-05-2021

## Introdução

A Promoção da Saúde (PS) busca uma mudança paradigmática baseada na superação do modelo de atenção à saúde biomédico, considerado limitado, medicalizante e centrado no profissional (KNUTH *et al.*, 2018; BAGRICHEVSKY, 2021). Sua relação com as Práticas Corporais e Atividades Físicas (PCAF) é, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), formalizada por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, que foi revisada em 2014 (BRASIL, 2006; 2014), portanto completa 15 anos em 2021.

Embora exista uma ampla e complexa rede de conceitos e entendimentos sobre a PS, ela tem sido evocada como se fosse autoexplicativa, definitiva ou até mesmo sem nenhuma base em autores e políticas (KNUTH *et al.*, 2018; ANTUNES *et al.*, 2020), mesmo após os 35 anos da Carta de Ottawa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS, 1986), documento que trouxe o conceito moderno de PS.

Na perspectiva conceitual, o presente texto considera que a PS não se restringe a atividades coletivas, educativas ou a esforços direcionados a mudança de comportamentos a partir de prescrições descontextualizadas ou, ainda, de concepções idealísticas e inalcançáveis, relacionadas às condições de vida. A PS é caracterizada a partir da consideração de princípios e diretrizes relacionados à concepção ampliada de saúde, que inclui equidade, autonomia, empoderamento e protagonismo dos sujeitos de forma a abarcar as complexidades relacionadas à saúde (CARVALHO *et al.*, 2020).

O cenário atual, no qual a PNPS completa 15 anos, tem sido marcado pelo fortalecimento dos ditames neoliberais na economia, principalmente caracterizados por cortes de gastos e privatização dos serviços públicos. Para a presente discussão, mais importante que conceituar neoliberalismo, algo difícil devido à existência de distintas vertentes e de desacordos entre autores, é salientar que ele, na perspectiva econômica, busca o 'enfraque-

cimento' do Estado, a redução de investimentos públicos e valorização do mercado (PALMA *et al.*, 2021). Assim, a política neoliberal resulta na fragilização da saúde enquanto direito social, fortalecendo uma concepção de privilégio em que a saúde é tida como mercadoria.

Diante dos 15 anos da formalização das PCAF como ação prioritária da PNPS e do contexto atual de austeridade fiscal, este texto possui o objetivo de, sucintamente, atualizar discussões sobre as PCAF como política pública de saúde, ancorada na PS, a partir da defesa da equidade como eixo norteador. Pois, ele parte da reflexão teórica com caráter ensaístico, baseada em literatura referente às PCAF, PS e analisa os impactos da austeridade nelas. A relevância deste trabalho está: primeiro, em demarcar o percurso de desenvolvimento da PS no Brasil, com enfoque nas PCAF nesse processo, dialogando com referências atuais e, em segundo lugar, por ser um posicionamento em defesa do SUS frente ao contexto de ataque às políticas sociais e aos serviços públicos, intensificados no país a partir de 2016.

Ainda como aspecto introdutório, é necessário registrar que a literatura internacional, em geral, aborda a AF e, no Brasil, há a defesa em torno das PC. A discussão em torno destes elementos terminológicos e conceituais ganhou destaque ao aparecerem ambos os termos na PNPS. Por considerarmos que há intercessões e aproximações entre esses conceitos, sem desconsiderar as disputas e distanciamentos, optamos por abordá-los em conjunto, em especial a partir de compreensões existentes na literatura de que a AF não se restringe aos músculos gastando energia, a partir do movimento, e nem às abordagens centradas na necessidade de cumprir metas de frequência, duração e intensidade (WARBURTON; BREDIN, 2019; PIGGIN, 2020).

## Discussão

### A Promoção da Saúde no Brasil: contexto de conformação de uma política nacional até a atualidade

Embora este texto não tenha o objetivo de esgotar todos os acontecimentos relacionados à PS no Brasil, um breve resgate histórico, com a definição dos principais marcos desta trajetória (Figura 1), pode contribuir para a compreensão do debate empreendido em torno da relação com as PCAF no SUS.

No contexto geral, desde o final da década de 1970, ocorreram movimentos relacionados à conformação do sistema de saúde brasileiro que culminaram na Reforma Sanitária Brasileira e na criação de um campo de saberes e práticas denominado Saúde Coletiva. A partir desse processo, a criação do SUS, em 1990, significou a superação de um sistema no qual a assistência à saúde era associada, principalmente, à contribuição previdenciária que restringia a cobertura à população formalmente vinculada ao mercado de trabalho, substituindo-o por um sistema de acesso universal e igualitário, como um direito de cidadania (SOUZA, 2002; PAIM, 2015). A criação do SUS foi precedida pela definição de um modelo de seguridade social compreendido como garantia de direitos relativos à saúde (e também à previdência e assistência social), por meio de um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade. E ainda, pela definição de que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988).

Essa sucinta contextualização busca trazer elementos sobre a conjuntura na qual a PS foi sendo construída e implementada no Brasil, um país de dimensões continentais, com disparidades regionais marcantes e com um modelo federativo no qual coexistem três esferas de governo com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica (SOUZA, 2002).

No contexto 'específico'<sup>2</sup> da PS, de 1986 a 2005, destacam-se: a Carta de Ottawa e a VIII Conferência Nacional de Saúde – 1986, sendo importante registrar que não há na literatura elementos para afirmar que havia influência do movimento internacional no contexto brasileiro, mas são inegáveis suas convergências (SILVA; CARVALHO, 2014), o Programa Saúde da Família – 1994, responsável pela reorientação do modelo assistencial no Brasil. O projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção”, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – 1998, a elaboração de um documento denominado “Política Nacional de Promoção da Saúde” que apesar de não ter sido oficializado, foi uma proposta formal de política – 2002. E a criação do Comitê Gestor da PNPS (CGPNPS) – 2005 (BUSS; CARVALHO, 2009; ROCHA *et al.*, 2014; MALTA *et al.*, 2016; GONÇALVES *et al.*, 2020).

Merece destaque ainda a Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS) - 2005, que teve como objetivo principal a mobilização para ações na saúde, levando em conta o campo social, capazes de gerar mudanças positivas para a sociedade brasileira. A CNDSS trabalhou com a produção e a disseminação de conhecimentos e informações, apoio às políticas e programas, mobilização social e articulação internacional com enfoque na redução de desigualdades sociais, econômicas, da degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (PELLEGRINI FILHO, 2008; GONZALES, 2015).

A publicação da PNPS - 2006 representa o principal marco da PS no SUS, tendo desencadeado uma série de ações para o fortalecimento da temática, tais como: criação de linha orçamentária específica, inserção nos Planos Plurianual e no Nacional de Saúde e a criação de programas (MALTA *et al.*, 2014a). Em 2014, a PNPS foi redefinida, com ampla participação de membros de diferentes segmentos, impulsionada por avanços e desafios das transformações sociais, pela necessidade de articulação de agendas e a pequena participação social na elaboração da PNPS de 2006 (ROCHA *et al.*, 2014; GONÇALVES *et al.*, 2020).

<sup>2</sup> A pretensa especificidade se refere a um recurso didático que acreditamos não ser possível separá-lo de outros acontecimentos mais gerais, relacionando-se tanto ao sistema de saúde quanto à vida em sociedade.

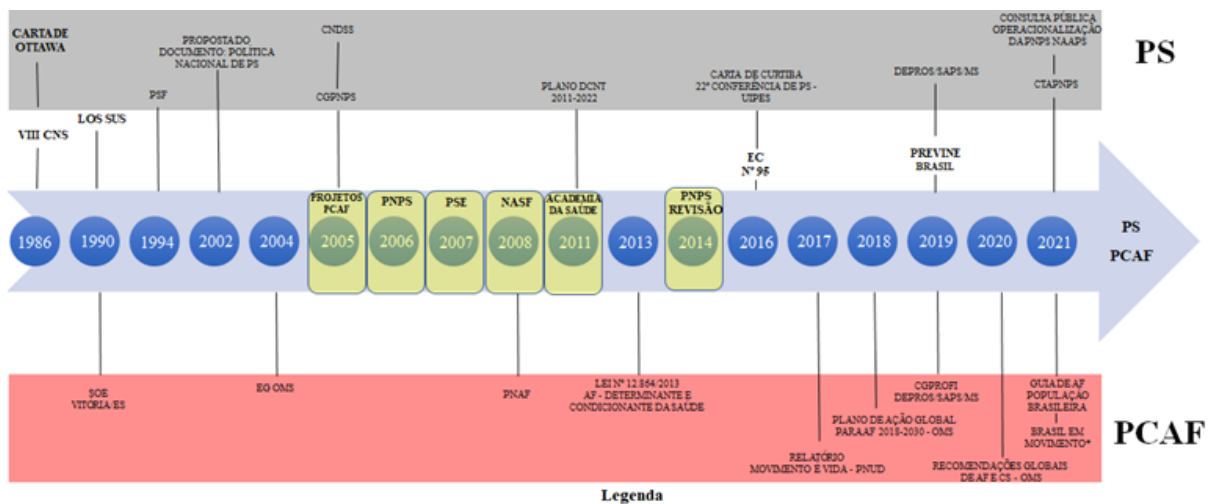
Neste contexto, a partir do 'olhar ampliado' sobre o processo saúde-adoecimento, a PS se tornou um campo indutor de 'modos diferenciados' de se pensar e realizar o cuidado nos serviços de saúde ao privilegiar a incorporação – por gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) – de estratégias guiadas pelos princípios da integralidade e da equidade e atentas às demandas populacionais nos territórios (BAGRICHEVSKY, 2021).

A trajetória histórica da PNPS foi sistematizada por Malta *et al.* (2016) em três períodos: de 1998 a 2004, representando o embrião da PNPS; 2005 a 2013, em que houve o nascimento, crescimento e desenvolvimento da política; 2013 a 2015, em que ocorreu o processo de revisão, ampliação e divulgação da PNPS. Após esses períodos, o Brasil sediou a 22ª Conferência Mundial de PS da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação em Saúde (UIPES) – 2016 (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO, 2016). Este evento resultou na publicação da Carta de Curitiba sobre Promoção da Saúde e Equidade que conclamou as Organizações Internacionais a reconhecer que austeridade causa iniquidade – diferenças em saúde, desnecessárias, evitáveis e injustas (WHITEHEAD, 1992) – e que a saúde é um direito humano e não deve ser tratada como mercadoria. Neste mesmo ano, ocorreu a interrupção das reuniões do CGPNPS após a sua última reformulação (BRASIL, 2016a), o que ainda traz preocupações quanto aos mecanismos de gestão da PNPS.

Com relação à demarcação do local institucional da PS nos espaços de gestão do SUS, merece destaque a criação do Departamento de PS (que contou ainda com a criação de uma Coordenação de AF e Ações Intersetoriais), em 2019, vinculados à Secretaria de APS no atual organograma do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2019a). Entretanto, é preciso ressaltar que já existia um departamento na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) anteriormente, ficando a reflexão sobre se a mudança do local institucional, por si só, representa o fortalecimento da PS, sobretudo diante das ameaças recorrentes ao SUS, as quais serão abordadas posteriormente.

Assim, de 2016 a 2019, aparentemente a PS ficou relegada a um plano mais discreto e sem ações estruturantes na perspectiva da gestão do SUS. Porém, recentemente, em janeiro de 2021, foi realizada uma consulta pública sobre as recomendações para a implementação da PNPS no âmbito da APS e, em julho, foi instituída a Câmara Técnica Assessora da Política Nacional de Promoção da Saúde (CTAPNPS) (BRASIL, 2021a; b). Esse documento e esse colegiado podem ser sinais de que o tema voltará a ter mais atenção dos gestores do SUS. Em seguida, após o resgate histórico apresentado, abordaremos a PS no contexto da austeridade.

Figura 1 - Principais marcos da Promoção da Saúde e das Práticas Corporais e Atividades Físicas no Brasil



Fonte - elaboração própria baseada em: Buss e Carvalho, 2009; Knuth et al., 2010; Rocha et al., 2014; Gonzales, 2015; Abrasco, 2016; Malta et al., 2016; OMS, 2018; 2020; Gonçalves et al., 2020; Brasil, 2006; 2014; 2016a; 2016b; 2019a; 2019b; 2021a; 2021b; 2021c.



## A Promoção da Saúde no Sistema Único de Saúde na atualidade em um contexto de austeridade

Para abordar o cenário de austeridade atual, é essencial trazer alguns acontecimentos recentes que julgamos relevantes para traçar um panorama no qual a PS, em conjunto com outras políticas sociais mais macro, além da de saúde, vêm passando por constrangimentos, especialmente na fonte de recursos. Faremos uma abordagem geral e sintética, uma vez que o detalhamento desses aspectos foge ao escopo da presente discussão.

De forma geral, no Brasil, um país de terceiro mundo/subdesenvolvido/em desenvolvimento/de média renda<sup>3</sup> (FREITAS, [20--]; RIBEIRO, [201-], ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS, 2013), ou seja, dependente ou muito influenciado por externalidades relacionadas às agendas econômicas e políticas de grandes potências que lideram o mundo globalizado, as ideias neoliberais relacionadas à contenção de gastos, principalmente, nas políticas sociais sempre estiveram presentes nas discussões sobre as políticas públicas e foram prioridade de 1990 a 2002. Mas tendo algumas inflexões, entre 2003 e 2014, quando, por exemplo, se investiu na expansão do ensino superior público e na ampliação da cobertura da APS.

A crise econômica, iniciada em 2014, já vinha comprometendo de forma importante as políticas sociais e a destinação de recursos para a saúde (VIEIRA, 2020) e em 2015, sob a liderança do então vice-presidente da República Michel Temer, foi lançado um programa econômico denominado “Ponte para o Futuro” que possuía a finalidade de preservar e tornar viável o desenvolvimento da economia. O documento afirma que o Brasil gasta muito com políticas públicas com resultados piores do que a maioria dos países relevantes, sendo necessário avaliar os impactos dos programas e que seria fundamental: construir uma trajetória de equilíbrio fiscal duradouro; estabelecer um limite para as despesas de custeio inferior

<sup>3</sup> Classificações baseadas em diferentes critérios, teorias e épocas que no contexto da presente discussão buscam mostrar a dependência e influência que as economias de outros países exercem na brasileira.

ao crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), após serem eliminadas as vinculações e as indexações que engessam o orçamento; executar uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada; reformar o processo de elaboração e execução do orçamento público; dentre outros (FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES, 2015). Este documento foi identificado como um ponto de ruptura com a então Presidenta da República, Dilma Rousseff, quando ela refutou a sua adoção (TOLOTTI, 2016).

Assim, em 2015, as ideias neoliberais voltam a ganhar mais força e, a partir de 2016, com a ascensão, via controverso processo de impedimento, de Michel Temer à Presidência da República, passam a guiar a política econômica e são iniciadas as medidas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional (EC) nº 95 de 2016 (BRASIL, 2016b), considerada por Palma *et al.* (2021) um marco decisivo para a agenda neoliberal no Brasil, pois congelou o orçamento público para áreas como a saúde e a educação durante vinte anos. Além disso, “foram implementadas contrarreformas, como a trabalhista em 2017 e a da previdência em 2019” (BRASIL, 2017; 2019c).

Desta forma, apesar de alguns avanços conquistados a partir da PNPS, as medidas de austeridade fiscal tendem a resultar na retração significativa da oferta de ações e serviços de saúde e representam ameaças e incertezas sobre a sustentabilidade da PNPS e do próprio SUS (MALTA *et al.*, 2018a). Essas medidas preconizam a redução do gasto público, com diminuição do investimento social, retração da máquina pública e a substituição do Estado pelo setor privado na provisão dos serviços vinculados às políticas sociais (PAES-SOUSA *et al.*, 2019).

Neste contexto, o subfinanciamento, caracterizado pela alocação insuficiente de recursos orçamentários e financeiros para cumprir plenamente os princípios constitucionais da universalidade, integralidade e equidade (FUNCIA, 2019), tem sido apresentado como um dos principais aspectos limitadores para o fortalecimento da PS e do SUS (PAIM, 2018; MALTA *et al.*, 2018b). De acordo com Paim (2018), a aprovação da EC nº 95 constitucionalizou o

subfinanciamento crônico do SUS e cristalizou as dificuldades acumuladas desde 1988<sup>4</sup>. Para Nogueira *et al.* (2021), essa EC afetará, principalmente, o orçamento de infraestrutura e programas sociais, causando retrocessos nos direitos de cidadania.

Para Castro *et al.* (2019), apesar de êxitos no SUS relacionados a busca pelo acesso universal aos programas e serviços de saúde para a população, as políticas fiscais implementadas em 2016, que instituíram medidas de austeridade e as novas políticas de saúde do governo brasileiro que culminam em financiamento insuficiente, podem reverter as conquistas do SUS e ameaçar sua sustentabilidade e sua capacidade de cumprir seu mandato constitucional de prover saúde cuidar de todos.

Por exemplo, a perda de recursos do SUS, entre 2018 a 2020, estimada em R\$ 22 bilhões, possibilitaria o financiamento para a construção de 15 Polos do Programa Academia da Saúde (considerando o valor de R\$ 240.000,00 por polo ampliado repassado pelo MS) em cada um dos 5.570 municípios brasileiros (GUERRA *et al.*, 2020). Ou ainda, buscando adequar o referido valor com a necessária contrapartida de outras esferas da gestão, em geral a municipal (considerando R\$ 480.000,00), a partir de critérios de equidade seriam mais de 30 polos em cada um dos 1.399 municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) – abaixo de 0,59 (PNUD *et al.*, 2020). Esse exemplo leva em conta somente o âmbito das PCAF, sendo inegável inferir que tais recursos contribuiriam para outras ações do SUS, em especial em um contexto de pandemia de COVID-19 e de contração econômica. Outro ponto relevante sobre o tema é o novo modelo de financiamento da APS, que será abordado na parte específica das PCAF por compreendermos que, possivelmente, terá uma relação direta com elas.

Assim, as medidas de austeridade fiscal têm sido apresentadas como fator determinante da piora de acesso e condição de saúde da população, especialmente entre os grupos de maior vul-

<sup>4</sup> Anteriormente, afirmamos no texto que a criação do SUS ocorreu em 1990 e aqui a referência é à Constituição Federal. Essas diferentes interpretações não mudam substancialmente o processo histórico de conformação do SUS.

nerabilidade socioeconômica. Em função da elevada desigualdade social e de renda, do subfinanciamento do SUS e da alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), associadas com a persistência de doenças transmissíveis, as consequências dessas medidas podem ser ainda mais graves (SANTOS; VIEIRA, 2018; PAES-SOUSA *et al.*, 2019; ROCHA *et al.*, 2021).

O que foi descrito até aqui vai de encontro ao anunciado pela Carta de Curitiba, durante a 22ª Conferência Mundial de PS da UIPES, que faz a defesa pelo fortalecimento da PS e equidade, e pelo reconhecimento de que das medidas de austeridade resultam no agravamento das iniquidades (ABRASCO, 2016). Portanto, é diante deste contexto adverso, de uma agenda neoliberal, que a PNPS “celebra” 15 anos com repercussões no SUS e nas PCAF, culminando no aumento das iniquidades e no agravamento das condições de saúde da população, sendo necessário fortalecer a busca pela equidade. Assim, dando continuidade a trajetória histórica da PNPS sistematizada por Malta *et al.* (2016), de 2016 até o presente seria o período de tentar frear retrocessos.

## Alinhamento entre a Promoção da Saúde e as práticas corporais e atividades físicas

Em relação às PCAF, apesar da existência de um programa de PCAF ser contemporânea à criação do SUS, em 1990, com o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de Vitória – ES (VIEIRA *et al.*, 2020) e de o MS financiar programas comunitários de PCAF desde 2005, que vieram a constituir a Rede Nacional de Atividade Física (RNAF) (KNUTH *et al.*, 2010), é inegável que a PNPS deu maior visibilidade ao tema. Assim, a PNPS pode ser considerada um dos mais importantes marcos para as PCAF no SUS (MALTA *et al.*, 2014b).

Na APS, principal locus de desenvolvimento das PCAF (CARVALHO; NOGUEIRA, 2016; SEUS *et al.*, 2019), destacam-se o Programa Saúde na Escola (PSE) criado em 2007, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, atualmente Núcleo Ampliado de Saúde

da Família e Atenção Básica (Nasf AB), e o Programa Academia da Saúde, criados, respectivamente, em 2008 e 2011, estes dois últimos são as principais estratégias para a promoção das PCAF no SUS. Contudo, o novo modelo de financiamento da APS, instituído em 2019 pelo Programa Previne Brasil<sup>5</sup> (BRASIL, 2019d), traz possíveis ameaças para a continuidade e ampliação das equipes Nasf AB.

O Programa Academia da Saúde, entretanto, foi elencado como uma das ações estratégicas relacionadas ao supracitado modelo de financiamento, o que pode pelo menos sustentar a continuidade das ações. Contudo, é necessário atentar para o baixo percentual de polos do Academia da Saúde atualmente custeados pelo MS, em torno de 30%, por motivos diversos (TUSSET, 2021). Ou seja, sem o incentivo financeiro de custeio do MS é possível inferir que as ações do Academia da Saúde podem ficar comprometidas. Assim, diante, no âmbito macro, da política neoliberal atual e, no micro, da nova forma de financiamento da APS, há riscos importantes para as políticas, programas e ações relacionadas às PCAF no SUS.

Em 2021 foi lançado o “Guia de Atividade Física para a População Brasileira” (Brasil, 2021c) e está previsto um novo programa denominado “Brasil em Movimento” (BRASIL, 2019b), em conjunto com o contexto que se estabelecerá pós-pandemia de Covid-19 (CARVALHO *et al.*, 2021), demandarão acompanhamento e análises de forma a verificar se ampliarão a oferta de PCAF considerando a equidade e outros princípios do SUS e da PS, como a integralidade, universalidade, autonomia, entre outros. A Figura 1 ilustra alguns marcos relacionados às PCAF no SUS.

Assim, apesar de Carvalho e Nogueira (2016) afirmarem que, após a publicação da PNPS, houve expansão da oferta das PCAF no SUS e avanços na compreensão destas práticas como potentes ferramentas de PS que englobam a busca pela equidade, autonomia e integralidade do cuidado e Bagrichevsky (2021) afirmar que

5 O Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979 de 2019, estabelece uma nova forma de financiamento da APS, com extinção dos pisos fixo e variável (PAB), introdução de repasse de recursos federais a partir do número de pessoas cadastradas e estabelecimento de uma nova forma de pagamento por desempenho.

ocorreram avanços importantes na APS, este autor complementa que, atualmente, boa parte das metas e propostas da PNPS foram transformadas em perspectivas inalcançáveis à maioria dos brasileiros devido ao cenário de retrocessos sociais instalado pelo atual governo federal e pela manutenção da conjuntura socio sanitária profundamente desigual.

Avançando, após o breve apanhado histórico sobre a relação das PCAF com a PS, destaca-se que essas práticas foram introduzidas nas políticas de saúde a partir do enfoque no exercício físico, devido ao conhecimento científico disponível à época (DING *et al.*, 2020), fortemente influenciado pelo saber biomédico e no método epidemiológico que apontava a relação com prevenção e controle de DCNTs. O SOE, destacado anteriormente, serve como exemplo da inserção de programas no SUS com foco no exercício físico (REZENDE, 1997).

Para Antunes *et al.* (2020), a abordagem epidemiológica das PCAF e saúde foi amplamente incorporada nas políticas públicas de saúde, principalmente a partir da possibilidade de prevenção de DCNTs e também da reabilitação de suas consequências, fortemente embasadas no discurso de PS, inclusive com a PNPS de 2006 surgindo no auge desta abordagem. Vale registrar que a crença e a ênfase na abordagem supracitada tiveram nos movimentos da constituição da Saúde Coletiva, do SUS e na perspectiva crítica da PS importantes inflexões.

Não se trata de negar a importância desta abordagem, a qual respalda amplamente a relação entre as PCAF e a saúde, mas de considerar que ela é uma perspectiva do fenômeno do movimento corporal humano relacionado à saúde, não o todo ou a mais importante, como geralmente é divulgado e internalizado tanto pelo público leigo quanto por profissionais de saúde. Carvalho *et al.* (2020) afirmam que o debate sobre tais práticas muitas vezes fica centrado nos seus potenciais efeitos nos indicadores biológicos em desfechos clássicos de morbimortalidade e defendem que elas podem ir além deles.

Na PS existe um embate entre concepções, a que privilegia o enfrentamento das doenças crônicas por meio de diminuir ou aumentar, respectivamente, a exposição a fatores de risco e os de proteção, e aquela que se baseia nos determinantes e condicionantes da saúde (ABRASCO, 2017). De nossa parte, refuta-se o entendimento raso de PS restrita a intervenções em fatores de risco, buscando prevenir DCNTs ou amenizando severidades delas quando já instaladas, principalmente por meio do discurso que atribui a responsabilidade única e exclusiva de mudanças de comportamento aos indivíduos. Dentre elas, as PCAF que pregam “tudo nos indivíduos, nada, ou quase nada no contexto”, desconsiderando desde as insuficiências das políticas públicas, desigualdades regionais e locais, em especial as socioeconômicas e de gênero, até os interesses de mercados, dentre outros (KNUTH *et al.* 2018), ou seja, considerando os referidos condicionantes e determinantes.

Com isso, defendemos uma compreensão de PCAF que integra distintas concepções, do biológico ao social, sendo por vezes necessário focar um ou outro aspecto, mas sem perder de vista a amplitude e complexidade destas práticas, e que suas oportunidades também são influenciadas pelas políticas públicas, desigualdades etc. Ou seja, tais práticas englobam benefícios e desafios sociais, culturais relacionados ao desenvolvimento humano, além dos biológicos, buscando superar a hierarquia existente e hegemônica.

## A premente busca por equidade nas práticas corporais e atividades físicas

A equidade, entendida como a distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos a partir do reconhecimento das diferenças nas condições de vida e de saúde e nas necessidades das pessoas (BRASIL, 2013; 2014), é um aspecto relevante para as PCAF porque há importantes diferenças de acesso relacionadas ao sexo, status socioeco-

nômico – renda e nível de escolaridade, ciclo de vida, cor da pele e região brasileira (LIMA *et al.*, 2019; WENDT *et al.*, 2019; BRASIL, 2020b; 2020c). Destaca-se que a equidade não possui um fim em si mesma, ou seja, uma espécie de jargão panfletário para tornar o tema aceitável, mas uma perspectiva de luta por ampliação de direitos sociais, os quais poderão contribuir para uma vida mais saudável na qual as PCAF estarão incluídas.

Pesquisas recentes de âmbito nacional apontam que as PCAF, no domínio do lazer, ao qual daremos destaque pela compreensão de que é o que melhor se associa à realização destas práticas como direito, são mais realizadas por homens, ocorrendo um aumento com o nível de socioeconômico e uma diminuição com o avançar da idade, em ambos os sexos (BRASIL 2020b; 2020c). Estes resultados evidenciam que características como ser jovem, homem, branco, de alto nível socioeconômico estão frequentemente vinculados a um maior acesso e realização de PCAF, enquanto o contrário ocorre ao ser idoso, mulher, negro, de baixo nível socioeconômico.

Portanto, como um dos principais princípios da PS, nossa defesa é que equidade deve ser privilegiada a partir do cenário supracitado, no qual as iniquidades no acesso às PCAF evidenciam a imprescindibilidade de políticas públicas para ampliar as oportunidades para mulheres, idosos, negros, pessoas em situação de vulnerabilidade social, pessoas com deficiência e com baixa escolaridade (PNUD, 2017).

Ainda que seja preciso reconhecer que ocorreram avanços nos indicadores de PCAF a partir da publicação da PNPS, com análise do Vigitel, no período entre 2006 a 2019, revelando um pequeno aumento anual da prevalência destas práticas no lazer (IDE *et al.*, 2020; SILVA *et al.* 2021); defendemos que a prevalência – relacionada a frequência, duração e intensidade - retratada nas pesquisas supracitadas, é uma das dimensões do tema, em geral a mais valorizada, mas que não exclui outras possibilidades, como a valorização da vivência dessas práticas em detrimento de recomendações e metas.



Sobre programas públicos de PCAF, principal política pública sobre o tema em tela no presente texto, Ferreira *et al.* (2019) apontaram que, em 2013, apenas 20% da população tinha conhecimento dos programas públicos de PCAF e que apenas 9,7% deles participam das atividades ofertadas, correspondendo a uma cobertura populacional de apenas 1,9%. Em 2019, havia apenas 2,7% de participação da população<sup>6</sup> (BRASIL, 2020c). Embora o alcance e cobertura populacional dos programas de PCAF no SUS ainda sejam limitados, estas iniciativas têm demonstrado ser uma estratégia importante para a redução das iniquidades de acesso às PCAF, uma vez que o setor privado (ex: academias de ginástica) se vincula às relações de mercado, o que tende a agravar as iniquidades. Palma *et al.* (2021) também destacam a relevância dos programas públicos de PCAF. Além disso, é necessário ressaltar que as políticas de promoção das PCAF ainda podem ser consideradas recentes e com limitações de financiamento (FERREIRA *et al.*, 2019).

Assim, apesar do pioneirismo do Brasil na introdução das PCAF nas políticas públicas de saúde e de avanços conquistados ao longo dos 30 anos do SUS, ainda existem desafios relacionados à garantia de financiamento e à redução das iniquidades de acesso (LOCH *et al.*, 2018), além do fortalecimento da compreensão de que, além de interesse ou esforço individual, há fatores que condicionam e determinam o acesso às PCAF (VIEIRA *et al.*, 2020).

Portanto, as iniquidades de acesso às PCAF não serão revertidas por meio de ações isoladas, com caráter predominantemente informativos, que usualmente empregam um tom moralista, ancoradas no discurso neoliberal, e que colocam nos sujeitos uma responsabilidade cada vez maior por seus estilos de vida (ABIB; GOMES, 2019), sem a efetiva oportunidade de acesso às ações de PCAF por meio de programas públicos e investimentos em espaços públicos de lazer.

<sup>6</sup> Os dados de participação da população em programas de incentivo à AF não são comparáveis já que estão sendo realizados procedimentos de forma a permitir comparações entre os resultados das edições 2013 e 2019 (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/PNS/Documentacao\\_Geral/Nota\\_Tecnica\\_Revisao\\_Plano\\_Tabular\\_PNS2013.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/PNS/Documentacao_Geral/Nota_Tecnica_Revisao_Plano_Tabular_PNS2013.pdf). Acesso em: 14/Dez/2020.

## Considerações finais

Para Nogueira *et al.* (2021), a finalidade da PS envolve o fortalecimento da capacidade individual e coletiva na resolução de problemas que afetam os modos de viver e adoecer dos sujeitos em seus territórios. O que é fortalecido com a combinação de aspectos como: confiança, solidariedade, apoio mútuo, alianças, ação intersetorial, mobilização social, capacidade de resistência (resiliência), proteção dos mais frágeis, entre outros.

Segundo esses autores, após mais de 30 anos de acúmulo no campo da PS, alguns pontos merecem destaque: Equidade – já que os diferentes grupos sociais estão sendo tratados de forma diferente; Empoderamento e Participação em medidas de saúde pública –, principalmente, no aumento da resistência coletiva; Intersetorialidade - ao mobilizar a ação colaborativa entre setores governamentais e entidades da sociedade civil; e Perspectiva do ciclo de vida – medidas diferenciadas para cada grupo, mulheres, trabalhadores, idosos etc (NOGUEIRA *et al.*, 2021).

Deste modo, compreendemos que o necessário fortalecimento da capacidade de resolução de problemas, que afetam os modos de viver e adoecer, cursa com um momento de tentar frear retrocessos nas políticas de saúde em geral, sendo a principal medida: a revogação da EC 95 que impõe restrição ao financiamento do SUS e ao acesso a saúde como direito. Tais retrocessos possuem repercussões na PS e nas PCAF, como evidenciado na presente discussão e, complementando os cinco pontos trazidos acima e que convergem com os princípios da PNPS, destacamos, principalmente, a equidade. Necessariamente articulada com a universalidade e a integralidade – como uma das primordiais questões que devem motivar a busca de medidas com a finalidade de reverter a perda de recursos do SUS, em busca da ampliação de investimentos em políticas públicas de PCAF de forma a ampliar o acesso e as possibilidades de continuidade das pessoas e coletivos, em especial os grupos mais atingidos pelas iniquidades, como mulheres, idosos, negros, dentre outros.

## Referências

ABIB, L.T.; GOMES, I.M. A educação e o governmentamento dos corpos na atualidade: uma análise do “Movimento 21 dias por uma vida mais saudável”. **Saude soc.**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 229-242, 2019. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170583>

ANTUNES, D.S.H.; KNUTH, A.G.; DAMICO, J.G. Educação Física e promoção da saúde: uma revisão de perspectivas teórico-metodológicas no Brasil. **Educación Física y Ciencia**, Buenos Aires, v. 22, n. 1, 2020. <https://doi.org/10.24215/23142561e116>

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **GT de Promoção da Saúde e Desenvolvimento Sustentável: 15 anos de trajetória (2002 a 2017)**. 2017. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtpromocaodasaude/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Carta de Curitiba sobre promoção da saúde e equidade**. 2016. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/carta-de-curitiba-sobre-promocao-da-saude-e-equidade/19821/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

BAGRICHEVSKY, M. Pelas lentes do SUS: notas sobre desafios e avanços da promoção da saúde na atenção primária. **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 24, e66137, 2021. <https://doi.org/10.5216/rpp.v24.66137>

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 103 de 12/11/2019. Altera o sistema de previdência social e estabelece regras de transição e disposições transitórias**. Brasília, DF, 2019c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc103.htm). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ (FIOCRUZ). Equidade. **Pense SUS. 2013. Disponível em:** <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília, DF, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Blog da Saúde. **Primeiros passos do Brasil em Movimento.** 2019b. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/cursos-e-eventos/54020-primeiros-passos-do-brasil-em-movimento>. Acesso em: 14 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687\\_30\\_03\\_2006.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 227, de 19 de fevereiro de 2016.** Redefine o Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde (CGPNPS). Brasília, DF, 2016a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0227\\_19\\_02\\_2016.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0227_19_02_2016.html). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** 2019d. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2-979-de-12-de-novembro--de-2019-227652180>. Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Ministério da Saúde quer ouvir a população sobre a**

**qualificação da Promoção da Saúde.** 2021a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/10836>. Acesso em: 23 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Portaria nº 43, de 13 de julho de 2021.** Institui a Câmara Técnica Assessora da Política Nacional de Promoção da Saúde - CTAPNPS. 2021b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-43-de-13-de-julho-de-2021-331887179>. Acesso em: 14 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para a População Brasileira** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_atividade\\_fisica\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf) . Acesso em: 27 jun. 2021.

BRASIL. 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, 2020b. Disponível em:** [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2019\\_vigilancia\\_fatores\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** - Rio de Janeiro: IBGE, 2020c. 113p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>. Acesso em 17/05/2021.

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. 2016b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 9.795, de 17 de maio de 2019.** Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo - FCPE, 2019a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm). Acesso em: 17 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017.** Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm). Acesso em: 17 mai. 2021.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000600039>

**CARVALHO, F.F.B.; NOGUEIRA, J.A.D. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1829-1838, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07482016>

CARVALHO, F.F.B.; GUERRA, P.H.; LOCH, M.R. Potencialidades e desafios das práticas corporais e atividades físicas no cuidado e promoção da saúde. **Motrivivência. Florianópolis**, v. 32, n. 63, p. 1-19, 2020. <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2020e71546>

CARVALHO, F.F.B.; FREITAS, D.D.; AKERMAN, M. O “novo normal” na atividade física e saúde: pandemias e uberização? **Movimento, Porto Alegre**, v. 27, e27022, 2021. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.105524>

CASTRO, M.C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, London, v. 394, n. 10195, p. 345-356, 2019. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

DING, D. *et al.* Physical activity guidelines: comprehensive and inclusive recommendations to activate populations. **Lancet**, London, v. 396, n. 10265, p. 1780-1782, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32229-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32229-7)

FERREIRA, R.W. *et al.* Acesso aos programas públicos de atividade física no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 35, n. 2, e00008618, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00008618>

FREITAS, E. Primeiro, Segundo e Terceiro Mundo. **Mundo Educação. Disponível em:** <https://mundoeducacao.uol.com.br/geografia/primeiro-segundo-terceiro-mundo.htm>. Acesso em: 10 mar. 2021.

FUNCIA, F.R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4405-4415, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>

FUNDAÇÃO ULYSSES GUIMARÃES. **Uma Ponte para o Futuro. 2015. Disponível em:** <https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

GUERRA, P.H. *et al.* *Formação e intervenção do profissional de educação física na atenção primária à saúde: cenário atual e caminhos a seguir.* In: GUIMARÃES, J.A.C.; NAKAMURA, P.M. **A inserção da atividade física na Atenção Básica à Saúde por meio da extensão universitária.** 1. Ed. Florianópolis, SC. Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde – SBAFS, 2020. Disponível em: [https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file\\_3PR21GeGpqcs.pdf](https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_3PR21GeGpqcs.pdf). Acesso em: 17 mai. 2021.

GONÇALVES, R.N. *et al.* Política Nacional de Promoção da Saúde: o percurso de elaboração, implementação e revisão no Brasil. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar**, Matinhos, v. 13, n. 2, p. 198-205, 2020. <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/75213>

GONZALEZ, V. V. **A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde.** 2015. 97 f. **Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015.** Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24422>. Acesso em: 10 mar. 2021.

IDE, P.H.; MARTINS, M.S.A.S; SEGRI, N.J. Tendência dos diferentes domínios da atividade física em adultos brasileiros: dados do Vigitel de 2006-2016. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00142919, 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00142919>

KNUTH, A.G. *et al.* Rede Nacional de Atividade Física do Ministério da Saúde: resultados e estratégias avaliativas. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 229-233, 2010.** <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.15n4p229-233>

KNUTH, A.G.; SILVA, I.C.M.; MIELKE, G.I. Promoção da saúde: um convite à releitura de imprecisões teóricas na área de Atividade Física e Saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde, Florianópolis, v.23, e0032, 2018.** <https://doi.org/10.12820/rbafs.23e0032>

LIMA, M.G. *et al.* Leisure-time physical activity and sports in the Brazilian population: A social disparity analysis. **PLoS One**, San Francisco, v. 14, n. 12, e0225940, 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225940>



LOCH, M.R. *et al.* As práticas corporais/atividade física nos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3469-3469, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.19102018>

MALTA, D.C. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.07732014>

MALTA, D.C. *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**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 286-299, 2014b. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n3p286>

MALTA D.C. *et al.* Medidas de austeridade fiscal comprometem metas de controle de doenças não transmissíveis no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3115-3122, 2018a. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.25222018>

MALTA, D.C. *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1799-1809, 2018b. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>

MALTA, D.C. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>

NOGUEIRA, J.; ROCHA, D.G.; AKERMAN, M. Políticas públicas adotadas en la pandemia de la COVID-19 en tres países de América Latina: contribuciones de la Promoción de la Salud para no volver al mundo que existía. **Global Health Promotion**, London, v. 28, n. 1, 2021. <https://doi.org/10.1177%2F1757975920977837>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.** Disponível em: <https://bvs->

ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\_ottawa.pdf. Acesso em: 17 mai. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Global action plan to promote physical activity 2018-2030**: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 20 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>. Acesso em: 20 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Países de renda média, como o Brasil, respondem por 80% das mortes no trânsito no mundo. 2013. Disponível em:** [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3176:países-de-renda-media-como-o-brasil-respondem-por-80percent-das-mortes-no-transito-no-mundo&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3176:países-de-renda-media-como-o-brasil-respondem-por-80percent-das-mortes-no-transito-no-mundo&Itemid=839)  
Acesso em: 10 mar. 2021.

PAES-SOUSA, R.; SCHRAMM, J.M.A.; MENDES, L.V.P. Fiscal austerity and the health sector: the cost of adjustments. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 4375-4384, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.23232019>

PAIM, J.S. **O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. 93 p. (Coleção Temas em Saúde). Disponível em:** <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/1/>. Acesso em: 25 fev. 2021.

PAIM, J.S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PALMA, A. *et al.* **Neoliberalismo, promoção da saúde e atividade física. In. PALMA, A. et al. Práticas Corporais & Atividades Físicas: saúde e sociedade. Curitiba: CRV, 2021. 334 p.**

**PELLEGRINI FILHO, A. Biblioteca de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde apresenta relatório inédito. 2008. Disponível em:** <http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from%5Finfo%5Findex=51&infolid=239&sid=103>. Acesso em: 10 mar. 2021.

PIGGIN, J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers in Sports and Active Living**. Switzerland, v. 2, n. 72, 2020. <https://doi.org/10.3389/fspor.2020.00072>

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Relatório de Desenvolvimento Humano Nacional – Movimento é Vida: Atividades Físicas e Esportivas para Todas as Pessoas. Brasília, 2017.**

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO PNUD. **Atlas Brasil de Desenvolvimento Humano Municipal. Disponível em:** <http://www.atlasbrasil.org.br>. Acesso em: 01 mar. 2021.

REZENDE, L. SOE-Vitória, ES: Sete anos de sucesso com uma idéia simples, eficaz e de baixo custo. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 3, n. 3, p. 84-86, 1997. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-86921997000300006>.

RIBEIRO, A. Países em desenvolvimento. **Infoescola. [201-]. Disponível em:** <https://www.infoescola.com/geografia/paises-em-desenvolvimento/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ROCHA, D.G. *et al.* Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4313-4322, 2014. <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.11232014>

ROCHA, R. *et al.* Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **Lancet Global Health**, S2214-109X(21)00081-4, 2021. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4)

SANTOS, I.S.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2303-2314, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>

SEUS, T.L.C. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil - inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, e2018308, 2019. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742019000200009>

SILVA, T.S.; CARVALHO, F.F.B. Promoção da saúde na atenção primária: possibilidades e desafios. In: Associação Brasileira de Enfermagem; KALINOWSKI, C.E. et al. orgs. **Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 2. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2014. p. 71-92. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 4).**

SILVA, A.G. et al. *Monitoramento e projeções das metas de fatores de risco e proteção para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nas capitais brasileiras.* **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1193-1206, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.42322020>

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro. 2002. Disponível em:** [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf). Acesso em: 10 mar. 2021.

TOLOTTI, R. Temer diz que impeachment aconteceu porque Dilma rejeitou o "Ponte para o Futuro". **Infomoney.** 2016. Disponível em: <https://www.infomoney.com.br/politica/temer-diz-que-impeachment-aconteceu-porque-dilma-rejeitou-o-ponte-para-o-futuro/>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TUSSET, D. **Ações da atividade física no âmbito da Atenção Primária à saúde, com ênfase na Promoção da Saúde.** In: **Seminário Mato-Grossense em Comemoração aos 15 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde. 2021. Disponível em:** <https://www.youtube.com/watch?v=X4LyB5GOio4>. Acesso em: 07 abr. 2021.

VIEIRA, L.A. *et al.* 30 anos do Serviço de Orientação ao Exercício em Vitória/ES: pioneirismo nas práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde. **Movimento**, Porto Alegre, v. 26, e26086, 2020. <https://doi.org/10.22456/1982-8918.103142>

VIEIRA, F.S. O financiamento da saúde no Brasil e as metas da Agenda 2030: alto risco de insucesso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 54, 127, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002414>

WARBURTON, D.E.R.; BREDIN, S.S.D. Health benefits of physical activity: A Strengths-Based Approach. **J. Clin. Med.** Switzerland, v. 8, n. 12, p. 2044. <https://doi.org/10.3390/jcm8122044>

WENDT, A. *et al.* Preferências de atividade física em adultos brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde, Florianópolis**, v. 24, e0079, 2019. <https://doi.org/10.12820/rbafs.24e0079>

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, Los Angeles, v. 22, n. 3, p. 429-445, 1992. <https://doi.org/10.2190%2F986L-LHQ6-2VTE-YRRN>

## Publisher

Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Educação Física e Dança. Publicação no Portal de Periódicos UFG. As ideias expressadas neste artigo são de responsabilidade de seus autores, não representando, necessariamente, a opinião dos editores ou da universidade.