

Análise da implementação do incentivo federal à Atividade Física na atenção primária: a equidade em foco

Analysis of the implementation of the federal incentive for Physical Activity in primary care: Equity in focus

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho¹, Leonado Araújo Vieira², Thainá Alves Malhão¹, Mathias Roberto Loch³

DOI: 10.1590/2358-289820251449804P

RESUMO O trabalho teve como objetivos apresentar o panorama nacional do primeiro ano de implementação do incentivo financeiro à Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde e analisar se a nota de priorização municipal foi um critério efetivo para maior equidade na distribuição dos recursos. Trata-se de um estudo ecológico com análises sobre o número de municípios e unidades de saúde homologadas ao Incentivo de Atividade Física na APS e dos valores pagos no período entre maio de 2022 e setembro de 2023. Para avaliar a equidade, foram calculadas as medidas de desigualdades absolutas e relativas entre as unidades de saúde, agrupadas em quartis conforme a nota de priorização municipal. O percentual de unidades de saúde custeadas não passou de 37,6%, e o estabelecimento de metas reduziu em 68,9% o número de unidades de saúde que receberam recursos do Incentivo de Atividade Física na APS e em 44% o montante de recursos pagos. Foram observadas importantes desigualdades na alocação de recursos, com maior percentual de unidades de saúde localizadas em municípios com menor prioridade. Assim, os critérios adotados foram insuficientes para garantir equidade na distribuição de recursos.

PALAVRAS-CHAVE Equidade em saúde. Financiamento governamental. Práticas corporais. Promoção da saúde.

ABSTRACT This study aimed to present a national overview of the first year of implementation of the financial incentive for Physical Activity in Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System and analyze whether the municipal prioritization score was an adequate criterion for more significant equity in the distribution of resources. This ecological study analyzed the number of municipalities and health units approved for the Physical Activity Incentive in PHC and the amounts paid between May 2022 and September 2023. Absolute and relative inequalities measures were calculated between health units and grouped into quartiles per the municipal prioritization score to assess equity. The percentage of health units funded did not exceed 37.6%, and the establishment of goals reduced the number of health units that received resources from the Physical Activity Incentive in PHC by 68.9% and the amount of resources paid by 44%. Significant inequalities were observed in the allocation of resources, with a higher percentage of health units located in municipalities with lower priority. Thus, the criteria adopted were insufficient to ensure equity in the distribution of resources.

KEYWORDS Health equity. Financing, government. Body practices. Health promotion.

¹Ministério da Saúde (MS), Instituto Nacional de Câncer (Inca) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. fabiofbcarvalho@gmail.com

²Prefeitura Municipal de Vitória, Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) – Vitória (ES), Brasil.

³Universidade Estadual de Londrina (UEL), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) – Londrina (PR), Brasil.



Introdução

As políticas públicas buscam efetivar a saúde como direito fundamental, demarcando o papel do Estado de prover as condições ao seu pleno exercício¹. No Sistema Único de Saúde (SUS), um sistema universal, responsável por melhorias em indicadores de saúde populacionais^{2,3}, os desafios para a implementação dessas políticas vão desde: a (in)suficiência de recursos, as desigualdades regionais na distribuição de unidades de saúde e da força de trabalho, a formação dos profissionais, a capacidade de gestão das diferentes esferas, principalmente a municipal, para operacionalizá-las, entre outros⁴⁻⁶.

Ao considerar que o Brasil tem relevantes desigualdades sociais e iniquidades em saúde, mas que dispõe da equidade como um dos princípios doutrinários do SUS, é fundamental que os programas e as ações busquem critérios para efetivá-la. A equidade está intrinsecamente relacionada com a justiça social, o que a constitui como forma de garantir o direito à saúde, a partir da produção do cuidado que busque atender às necessidades dos diversos grupos populacionais ao considerar a determinação social da saúde⁷⁻⁹ – assim como há, também, o reconhecimento do desafio da operacionalização da equidade já que existe grande demanda pelas ações de saúde e recursos finitos⁷⁻⁹.

Ofertada no SUS desde meados dos anos 2000, a Atividade Física (AF) está associada a benefícios individuais e coletivos, que abrangem as perspectivas sanitárias, sociais, ambientais, econômicas e outras¹⁰⁻¹⁵. Nesse sentido, em 2022, foi lançado o incentivo financeiro federal de custeio (Incentivo de Atividade Física – IAF) com os objetivos de implementar ações na Atenção Primária à Saúde (APS) e melhorar o cuidado das pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por meio de contratação de Profissionais de Educação Física (PEF), aquisição de materiais de consumo e da qualificação de ambientes¹⁶. Para a habilitação das unidades de saúde ao IAF, considerando a disponibilidade orçamentária existente, foi

estabelecida uma nota de priorização municipal que visou distribuir os recursos financeiros de forma equitativa a partir de indicadores de saúde e sociodemográficos.

No momento do lançamento, foi anunciado que a previsão de investimento no IAF seria de R\$ 99 milhões em 2022 e de R\$ 170 milhões em 2023¹⁷. Em junho de 2022, foram homologadas milhares de unidades de saúde na maior parte dos municípios brasileiros, com previsão orçamentária mensal que variava de R\$ 7,9 milhões a R\$ 16,1 milhões¹⁸.

Na literatura, verifica-se um crescimento expressivo de estudos sobre implementação de políticas públicas¹⁹ e de pesquisas que analisam esse processo, incluindo critérios de equidade que são relevantes para apontar caminhos para sua efetivação no SUS. Contudo, ainda são escassas pesquisas relacionadas com as estratégias adotadas para promover equidade na alocação de recursos financeiros e na implementação de políticas de promoção da AF. Assim, os objetivos do presente artigo foram: a) apresentar o panorama nacional do primeiro ano de implementação do IAF; e b) analisar se a nota de priorização municipal foi um critério efetivo para maior equidade na distribuição dos recursos.

Esta pesquisa se enquadra na vertente da política, planejamento e gestão do campo da educação física e saúde coletiva²⁰, a qual busca debater a promoção da AF enquanto política pública de saúde por meio de análises sobre o financiamento, a agenda de planejamento, a oferta de atividades, entre outros^{17,21}. O ineditismo está na análise do primeiro ano de implementação de um incentivo financeiro que incluiu critérios que buscavam ser equitativos.

Material e métodos

Delineamento e período de análise

Trata-se de um estudo ecológico construído a partir de dados secundários provenientes

de bases de dados de plataformas do governo federal, que analisou a implementação do IAF no período compreendido entre maio de 2022 e setembro de 2023. Esse recorte temporal permitiu a análise de 12 competências (meses) de pagamento de recursos do IAF, uma vez que a primeira competência de pagamento foi a de outubro de 2022.

Para avaliar o comportamento dos distintos momentos de implementação, relacionados com a condição normativa que prevê alcance de metas, a análise foi dividida em dois períodos: sem metas – primeiros 6 meses após a publicação da portaria de homologação (outubro de 2022 a fevereiro de 2023); e com metas – a partir do sétimo mês (de março a setembro de 2023). No período sem metas, bastaria registrar as ações de AF (fichas de atividades coletivas) no sistema de informação em saúde indicado. Já no intervalo com metas, seria necessário alcançar um quantitativo mensal das referidas fichas de acordo com o tipo de unidade de saúde: Centro de Saúde/Unidade Básica = 30; Posto de Saúde = 10; Unidade Móvel Fluvial = 5, independentemente da modalidade¹⁶. Destaca-se, em complemento, que o IAF possui 3 modalidades: 1 – sem PEF, 2 – com PEF 20 horas, 3 – com PEF 40 horas.

Fonte de dados

A consulta de informações sobre o IAF foi realizada no ‘e-Gestor Atenção Básica (e-Gestor AB)’, que possibilita acesso aos vários sistemas de informação da APS²². Foram utilizadas as informações disponíveis em relatórios públicos do sistema de informação do Financiamento da APS.

A extração dos dados foi realizada e revisada em outubro de 2023, por dois autores com experiência na gestão do SUS, de forma cegada, a partir de prévia pactuação. Para a seleção das Unidades Geográficas, foram selecionadas todas as Unidades Federativas (UF) e os municípios, sendo feita a extração de dados das parcelas no período entre maio de 2022 e setembro de 2023, por meio do uso de filtros disponíveis no e-Gestor AB. Os dados

referentes ao IAF foram obtidos na planilha ‘Ações Estratégicas – Incentivo de Atividade Física’, gerada no *download* dos arquivos. Na sequência, os dados foram exportados e tabulados para uma planilha do *software* Microsoft Excel[®]. A extração e a tabulação dos dados foram revisadas por um autor diferente daquele que inicialmente a realizou, e divergências foram resolvidas por consenso.

Para a identificação da nota de priorização municipal do IAF, foram consideradas as informações dispostas em normativa²³. Essa nota considerou as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), as inscrições no Cadastro Único (CadÚnico), a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a existência de PEF no SUS. Variou de 0, baixa prioridade, a 1, alta prioridade, a partir da equação: $(\text{Pontuação ICSAP} * 50\%) + (\text{Pontuação CadÚnico} * 30\%) + (\text{Pontuação ESF} * 15\%) + (\text{Pontuação PEF} * 5\%)$. Ou seja, eram mais prioritários os municípios que possuíam mais ICSAP e inscrições no CadÚnico, menor cobertura da ESF e nenhum PEF, portanto, mais vulneráveis segundo esse critério de priorização.

Além disso, houve agrupamento dos municípios de acordo com o porte com vistas a serem ordenados entre si. Ademais, ocorreram quatro rodadas de análise para contemplar as unidades de saúde que solicitaram credenciamento a partir de pontos de corte estabelecidos pelo Ministério da Saúde, sendo a primeira delas uma estratégia para contemplar ao menos uma unidade de saúde de todos os municípios que solicitaram o credenciamento ao IAF²³, independentemente da nota de priorização. Ainda assim, tais municípios possuíam nota de priorização.

Para a presente pesquisa, as notas de priorização municipal foram agrupadas em quartis (Q1 = 0,650 a 1; Q2 = 0,475 a 0,649; Q3 = 0,300 a 0,474; Q4 = 0 a 0,299), em ordem decrescente, na qual Q1 representa os municípios e, conseqüentemente, as unidades de saúde com maior prioridade para a homologação e alocação de recursos do IAF.

Variáveis analisadas

Foram analisadas as seguintes variáveis – número e percentual de: a) municípios com unidades de saúde homologadas; b) unidades de saúde homologadas (aptas a receber recursos); c) unidades de saúde que receberam recursos (custeadas); e o valor total de recursos recebidos. A distinção entre as unidades de saúde homologadas e custeadas se deve às condições normativas já citadas.

Análise

Para apresentar um panorama nacional do primeiro ano de implementação do IAF, foi usada estatística descritiva, sendo analisados o número absoluto e relativo de municípios e de unidades de saúde da APS homologadas; de unidades de saúde custeadas; e o valor total pago ao longo de 12 meses.

Para avaliar se a nota de priorização para a homologação das unidades de saúde da APS, criada a partir do já apresentado conjunto de critérios, alcançou o objetivo de ser equitativo, foi analisada a magnitude da desigualdade na implementação do IAF entre as unidades de saúde localizadas em municípios do Q1, de maior prioridade, e o Q4, de menor prioridade. Para tanto, foram utilizadas as medidas de

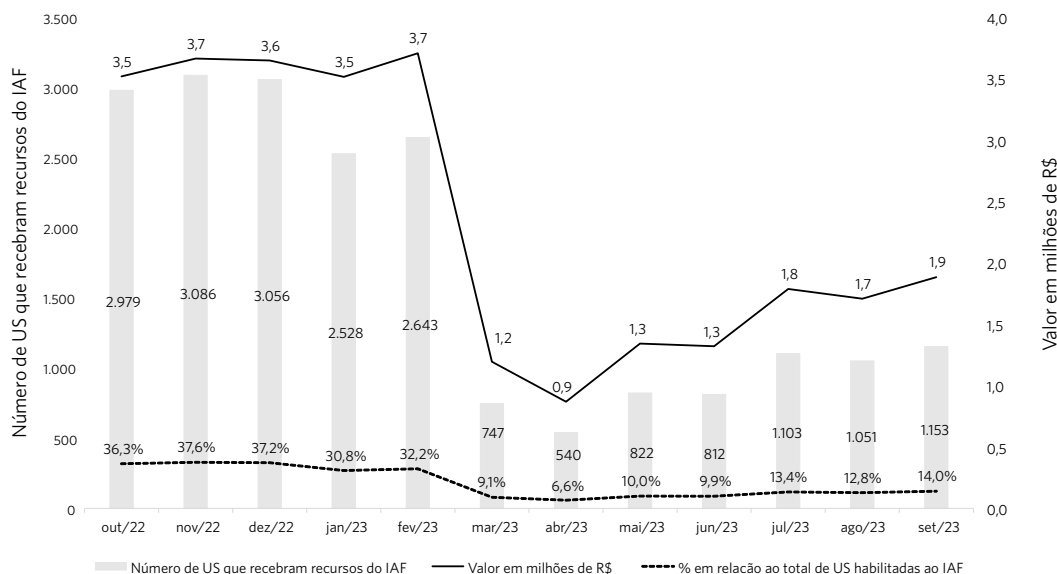
desigualdade absoluta (calculada a partir da diferença entre os quartis extremos e expressa em Pontos Percentuais – PP) e relativa (calculada pela razão entre Q4 e Q1)²⁴⁻²⁶. Destaca-se que, conforme exposto, independentemente de a primeira rodada não considerar a nota de priorização municipal, todos os municípios possuíam tal nota, logo, sua análise permitiu identificar se a equidade foi efetivada.

Resultados

Com relação ao panorama geral do primeiro ano de implementação do IAF, foram homologadas 8.214 unidades de saúde da APS em 4.128 municípios para o custeio¹⁸, o que representa 74% dos municípios brasileiros²⁷ e 16,7% das unidades de saúde elegíveis ao IAF do Brasil²⁸.

Foi demonstrado que, no período sem metas (out./22 a fev./23), o número de unidades de saúde custeadas variou de 2.528 (jan./23) a 3.086 (nov./22), correspondendo a 30,8% e 37,6%, respectivamente, do total de unidades de saúde homologadas. Já no período com metas (mar. a set./23), o número de unidades de saúde custeadas variou de 540 (abr./23) a 1.153 (set./23), o que corresponde a 6,6% e 14%, respectivamente, do total de unidades de saúde homologadas (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Número de unidades de saúde custeadas, percentual em relação ao total de unidades de saúde homologadas e montante de recursos (em R\$ milhões) por competência, Brasil, de outubro de 2022 a setembro de 2023



Fonte: elaboração própria com base em dados do eGestor²².

US : Unidades de Saúde.

A evolução do montante de recursos do IAF por competência no Brasil possibilitou identificar a variação do valor total de recursos pagos nos períodos analisados. No período sem metas (out./22 a fev./23), o valor total de recursos pagos em uma competência chegou a R\$ 3,7 milhões (fev./23). A partir da competência em que o alcance de metas era uma condicionalidade para a transferência do IAF, houve uma queda importante nos recursos, com o valor de R\$ 1,2 milhão (mar./23), o que representa uma redução de 67,8%. No total, foram pagos R\$ 18 milhões no período sem metas (5 competências) e R\$ 10,1 milhões no período com metas (7 competências), retratando uma redução de 44% no montante de recursos pagos com o estabelecimento de metas (gráfico 1).

Com relação à nota de priorização municipal, como estratégia para maior equidade na distribuição dos recursos para a promoção da AF na APS, foi demonstrado que, do total de 8.214 unidades de saúde homologadas, 35,4% pertenciam aos municípios do Q1 (n = 2.905

em 1.122 municípios); 27,9%, aos do Q2 (n = 2.292 em 1.017 municípios); 23%, aos do Q3 (n = 1.890 em 1.004 municípios); e 13,7%, aos do Q4 (n = 1.127 em 985 municípios). Portanto, aproximadamente 2 em cada 3 unidades homologadas no Brasil estavam em municípios prioritários (Q1 e Q2) (tabela 1).

Em relação ao total de unidades de saúde que receberam recursos do IAF em cada uma das competências, Q1 e Q2 também apresentaram maior percentual de unidades de saúde custeadas quando comparados a Q3 e Q4 ao longo de todo o período analisado (tabela 1). Para dar uma dimensão dessa diferença, a média de unidades de saúde dos Q1 e Q2 que receberam recursos do IAF (entre out./22 e set./23) foi, respectivamente, de 30,1% e 28,8%, enquanto as dos Q3 e Q4 foram de 25,3% e 15,7%. Foi observado que o percentual de unidades de saúde custeadas diminuiu a partir do estabelecimento das metas, independentemente do quartil de classificação da nota de priorização municipal (tabela 1).

Tabela 1. Número absoluto e relativo de unidades de saúde custeadas do IAF, Brasil, entre outubro de 2022 e setembro de 2023, por quartil

Q	US	US que receberam recursos do IAF													Média (DP)
		homol.	out/22	nov/22	dez/22	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	
Q1*	n	2.905	757	783	769	750	800	224	184	258	258	355	335	397	489,2 (256,1)
	%	35,4	25,4	25,4	25,2	29,7	30,3	30,0	34,1	31,4	31,8	32,2	31,9	34,4	30,1
Q2	n	2.292	940	977	985	766	802	238	154	222	212	289	273	281	511,6 (345,0)
	%	27,9	31,6	31,7	32,2	30,3	30,3	31,9	28,5	27,0	26,1	26,2	26,0	24,4	28,8
Q3	n	1.890	698	726	707	634	659	175	127	224	218	300	292	313	422,8 (238,1)
	%	23,0	23,4	23,5	23,1	25,1	24,9	23,4	23,5	27,3	26,8	27,2	27,8	27,1	25,3
Q4	n	1.127	584	600	595	378	382	110	75	118	124	159	151	162	286,5 (208,9)
	%	13,7	19,6	19,4	19,5	15,0	14,5	14,7	13,9	14,4	15,3	14,4	14,4	14,1	15,7
Total geral	n	8.214	2.979	3.086	3.056	2.528	2.643	747	540	822	812	1.103	1.051	1.153	1.710 (1038,3)
	%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

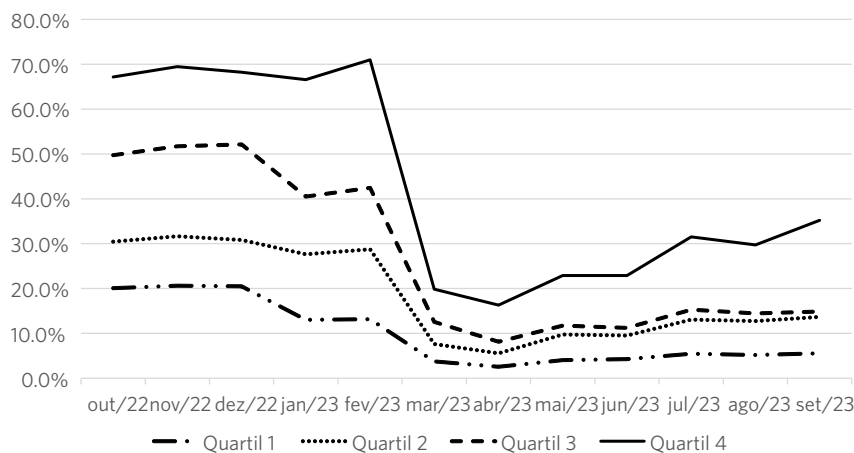
Fonte: elaboração própria com base em dados do eGestor²².

Q: Quartil; * maior prioridade; US homol.: Unidades de Saúde homologadas; IAF: Incentivo federal de custeio para a promoção da atividade física; DP: Desvio-Padrão.

Contudo, quando analisado o percentual de unidades de saúde custeadas com o IAF, em relação ao total de homologadas em cada quartil, foi revelado que o maior percentual do Q1 (maior prioridade) foi de 20,7% (nov./22) no período sem metas e de 5,6% (set./23) no período com metas, sendo o quartil com o

menor percentual de unidades de saúde custeadas em todo o período analisado. No sentido oposto, o maior percentual de unidades de saúde custeadas do Q4 (menor prioridade) foi de 71% (fev./23) no período sem metas e de 35,2% (set./23) no período com metas (gráfico 2).

Gráfico 2. Percentual de unidades de saúde custeadas em relação ao total de unidades de saúde homologadas em cada quartil, por competência, Brasil, de outubro de 2022 a setembro de 2023



Fonte: elaboração própria.

No Brasil, houve uma redução de 68,9% e 24 PP nas unidades de saúde custeadas com o IAF entre os diferentes períodos analisados, passando de 34,8% no período sem metas para 10,8%, no período com metas. Em relação aos quartis, em média, 17,5% das unidades de saúde do Q1 (mais prioritário) receberam recursos no período sem metas, e 4,4%, no período com metas, o que representa uma redução de 74,7% e 13,1 PP. Por outro lado, o Q4 (menos

prioritário) teve 68,5% de unidades de saúde custeadas no período sem metas e 25,5% no período com metas, havendo redução de 62,8% e 43 PP. Com relação à magnitude das desigualdades absolutas e relativas na implementação do IAF, foram reveladas importantes diferenças percentuais entre os Q4 e Q1 de 3,9 no período sem metas (51 PP) e de 5,8 no período com metas (21,1 PP) (tabela 2).

Tabela 2. Percentual de unidades de saúde custeadas no período sem e com meta, redução e variação em pontos percentuais entre os períodos

Quartis / Períodos	P1	DP	P2	DP	Redução (%)	Redução (PP)
Q1 *	17,5%	1,9	4,4%	1,5	74,7%	13,1
Q2	29,9%	3,1	10,3%	0,9	65,6%	19,6
Q3	47,3%	1,1	12,6%	1,2	73,3%	34,7
Q4	68,5%	0,2	25,5%	0,4	62,8%	43
Brasil	34,8%	2	10,8%	1,1	68,9%	24
Des. Relativa	3,9	-	5,8	-	-	-
Des. Absoluta	51	-	21,1	-	-	-

Fonte: elaboração própria com base em dados do eGestor²².

Q: Quartis; * Mais prioritário; P1: período sem metas; P2: período com metas; DP: Desvio-Padrão; PP: Pontos Percentuais; Des.: Desigualdade; Relativa: Q4/Q1; Absoluta: Q4-Q1.

Discussão

A análise realizada apontou que, no primeiro ano do IAF, houve um baixo grau de implementação, já que não passou de 37,6% de unidades de saúde custeadas. Isso revela que o desenvolvimento de ações de promoção da AF na APS do SUS é um desafio, mesmo com a existência de recursos federais de custeio, como indução para a ampliação da oferta dessas práticas.

O estabelecimento de metas no primeiro ano de implementação do IAF, embora seja um aspecto relacionado com a eficiência das políticas públicas, reduziu de forma expressiva o custeio para as ações de AF na APS pelos

municípios brasileiros. Logo, deixa o questionamento sobre o dimensionamento das metas, em especial, por elas serem as mesmas independentemente da modalidade do IAF, ou seja, não mudam nos casos em que as unidades de saúde não têm PEF, ou se possuem PEF 20 ou 40 horas, a temporalidade de sua implementação (6 meses) como condicionalidade para a transferência dos recursos e sobre a existência e a efetividade de apoio aos gestores municipais para que elas sejam alcançadas, uma vez que o IAF é uma iniciativa recente e sem precedentes no SUS.

O impacto das metas também pode ser observado no montante de recursos alocados.

Foi possível identificar que, embora tenha ocorrido um aumento gradativo no montante total de recursos no período com metas, o maior valor mensal transferido nesse período, R\$ 1,8 milhão (set./2023), corresponde a praticamente a metade do maior valor mensal repassado no período sem metas (R\$ 3,7 milhões em fev./2023). Assim, no primeiro ano de implementação, os valores mensais transferidos pelo Ministério da Saúde ficaram muito abaixo daqueles inicialmente previstos (R\$ 7,9 milhões a R\$ 16,1 milhões¹⁸).

Algumas hipóteses para o baixo grau de implementação são: o valor do custeio mensal (no máximo R\$ 2 mil por unidade de saúde com PEF de 40 horas) diante do real custo com a contratação de PEF; a baixa capacidade da gestão municipal para fazer processos seletivos e novas contratações, principalmente, quando não há o cargo de PEF no âmbito da secretaria de saúde; o curto prazo para adesão e planejamento para adequação às condições normativas pela gestão municipal (20 dias, a contar da data de publicação da portaria de lançamento, prorrogada por mais 7 dias^{16,29}); a dificuldade de alcançar as metas, principalmente na modalidade 1 (sem PEF) em Centros de Saúde/Unidades Básicas (n = 30); entre outros.

Além disso, embora os PEF tenham um importante protagonismo, enquanto parte da força de trabalho do SUS, na oferta de ações de AF na APS³⁰, existem desafios na inserção desses profissionais, como as disparidades geográficas, entre outras³¹, que culminam em vazios assistenciais. Esse cenário é agravado pela tímida participação das secretarias estaduais de saúde no cofinanciamento das ações voltadas para a promoção da AF e pela ausência de uma área específica na estrutura organizacional da gestão estadual e municipal do SUS, o que potencialmente dificulta a implementação das ações de AF na APS³².

A partir da análise do planejamento do SUS, foi identificado que o IAF não partiu do planejamento sanitário, dada a sua ausência nos instrumentos de gestão, permitindo inferir que o incentivo foi criado devido a oportunidades

de ocasião para cumprir uma proposta do governo (2019-2022)²¹. Isso pode ter deixado lacunas importantes, por exemplo, metas que passaram a vigorar em um momento de incipiente implementação da iniciativa.

No Brasil, há um padrão histórico e persistente de desigualdades sociais e de saúde, que incluem a AF^{33,34}, justificando a busca pela equidade em políticas, programas e ações relacionadas com tal prática, sobretudo, considerando que municípios com piores indicadores socioeconômicos e de DCNT apresentaram menor adesão ao Programa Academia da Saúde, um dos principais de promoção da AF no SUS³⁵.

Em relação à nota de priorização municipal como critério para que a distribuição de recursos seja equitativa, o cenário verificado aponta que a maior parte das unidades de saúde está em municípios mais prioritários, o que já era esperado. Entretanto, esse padrão não se confirmou no que se refere ao recebimento de recursos, já que o Q1 (mais prioritário) teve o menor percentual de unidades de saúde beneficiadas, quando comparados entre o mesmo quartil, em todo o período analisado. Um dos motivos que podem explicar essa ocorrência é que os municípios mais prioritários possuíam maiores desafios na implementação do IAF, já que possuem menor estrutura (menor cobertura da ESF e sem PEF) e maior população vulnerável social e sanitariamente (maior inscrição no CadÚnico e mais ICSAP).

A magnitude das desigualdades absolutas e relativas encontradas entre Q4 e Q1 – respectivamente, de 51 PP e 3,9 no período sem metas e de 21,1 PP e 5,8 no período com metas – denota o tamanho do desafio e a complexidade da implementação de políticas de saúde equitativas. Assim, embora tenha sido proposta uma estratégia para maior equidade na distribuição dos recursos financeiros para a promoção da AF na APS no momento de homologação, foi demonstrado que existem dificuldades para o cumprimento dos requisitos para o custeio das unidades de saúde nos municípios do quartil mais prioritário. Alguns

estudos também identificaram desigualdades na implementação de políticas e serviços de saúde do SUS relacionados com a AF, como no caso das equipes multiprofissionais em municípios da região Sul²⁶ ou das unidades de um programa de promoção da AF no SUS, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de Vitória – ES³⁶.

Assim, os indicadores sociodemográficos e de saúde – CadÚnico, porte dos municípios e ESF, ICSAP e PEF – são elementos importantes para direcionar a implantação das políticas de saúde, como as de promoção da AF, visando à equidade. Entretanto, é preciso considerar outros aspectos, tais como: as metas estabelecidas nos instrumentos de planejamento e gestão; as propostas aprovadas nas conferências de saúde; os recursos disponíveis, incluindo materiais, infraestrutura, força de trabalho e financiamento; o potencial de articulação intersetorial; a capacidade de mobilização comunitária, entre outros.

A partir das teorias da Hipótese da Equidade Inversa e da Lei dos Cuidados Inversos, foram apresentadas duas reflexões sobre as desigualdades de acesso nas ações referentes à AF^{26,37}. A primeira delas busca compreender como as desigualdades tendem a se estabelecer em indicadores de saúde, partindo do aumento esperado dessas desigualdades quando surgem inovações em saúde que atingem inicialmente os mais privilegiados social e economicamente. Já a segunda destaca que a disponibilidade de uma atenção adequada em saúde tende a variar inversamente à necessidade da população. No caso do IAF, no primeiro ano de implementação, essas teorias foram confirmadas já que as unidades de saúde do quartil menos prioritário foram as que mais receberam recursos quando comparado ao quantitativo homologado por quartil. Com isso, potencialmente não ocorreu a efetivação da equidade enquanto importante elemento da justiça social e forma de garantir o direito à saúde, ratificando a existência de desafios na sua operacionalização.

Ademais, é necessário atentar para o desafio que significa buscar a superação de

um possível paradoxo relacionado com a busca por equidade nas políticas de saúde, uma vez que essas objetivam privilegiar municípios mais vulneráveis social e sanitariamente e que, devido a isso, têm potencialmente menos possibilidades estruturais e organizacionais para a efetivação das políticas de saúde, como o IAF, o que foi confirmado pelos achados da presente pesquisa.

Na literatura internacional, são escassos estudos que analisaram a implementação de programas de promoção da AF em sistemas de saúde universais como o SUS, particularmente, a partir de critérios de equidade; contudo, é possível encontrar a promoção da AF como parte das ações de saúde do National Health Service (NHS) no Reino Unido^{13,38}. Em relação à integração da promoção da AF em ambientes de cuidados primários e secundários do NHS, defendeu-se a importância: da garantia de recursos para o desenvolvimento das ações; do envolvimento das principais partes interessadas no planejamento para que todos os aspectos das ações sejam apoiados e aceitáveis; de que processos e caminhos estejam claros e que toda a governança esteja em vigor; e da criação de mecanismos para que tanto as equipes envolvidas na ação quanto os participantes possam contribuir para melhorias nas ações, permitindo antecipar barreiras e soluções potenciais^{13,38}.

É possível apontar, portanto, algumas estratégias para qualificar a implementação do IAF, tais como: a) repactuação tripartite das metas e dos prazos para o início do cumprimento; b) apoio técnico para as ações de planejamento para os gestores municipais; c) monitoramento periódico, feito em conjunto com gestores municipais e profissionais das equipes de saúde, para a identificação das principais barreiras e facilitadores; d) capacitação dos profissionais da APS sobre o tema da AF, incluindo os conteúdos de documentos orientadores^{39,40}. Outrossim, avaliação da pertinência de custeio diferenciado, por exemplo, com valores maiores nos municípios mais vulneráveis, como já ocorre nos recursos

de construção de diferentes unidades de saúde (por região do País)⁴¹.

Dados de diferentes pesquisas, ao longo do tempo (2009-2021), indicam o desafio relativo à ampliação do acesso à AF pela população brasileira. O melhor cenário apontado nesse período girou em torno de pouco mais de um terço da população brasileira adulta (18 anos ou mais) sendo fisicamente ativa no lazer e, ainda, mais da metade sendo inativa fisicamente, com destaque para as marcantes iniquidades^{33,42-44}. Com isso, fica evidente que ser fisicamente ativo está relacionado com gradientes sociais, com grupos sociais com desvantagens socioeconômicas tendo mais barreiras de acesso à AF^{45,46}.

Assim, considerando a evolução das pesquisas, da comunicação e das políticas públicas no campo da AF e saúde, ainda se verifica um quadro preocupante, pois permanece a lacuna entre a literatura científica e a implementação prática de ações de promoção da AF⁴⁷⁻⁵⁰. No entanto, é possível afirmar que a APS do SUS vem contribuindo para ampliação da oferta de AF para a população brasileira³⁰ e redução das iniquidades de acesso⁵¹, ainda que seja necessário frisar que esses são desafios intersetoriais e não apenas do SUS, assim como reafirmar o potencial do IAF em ampliar o acesso à AF na APS do SUS⁵², de forma que buscar sanar as questões apresentadas é essencial para que o incentivo possa ampliar as oportunidades para uma vida fisicamente ativa.

Os achados apresentados devem ser interpretados considerando suas limitações e potencialidades. Como limitações do estudo, destacam-se: i) o período observado foi relativamente curto (17 meses no geral e 12 meses de custeio), o que se justifica pela finalidade de analisar o primeiro ano de implementação do IAF, sendo necessário ampliar a referida série em análises futuras, e ii) a não apresentação dos valores efetivamente transferidos devido ao uso e-Gestor AB como fonte para a análise dos recursos financeiros, pois ele tem o papel de permitir o acompanhamento do alcance dos critérios

normativos dos programas da APS como o IAF, mas a transferência de recursos para a gestão municipal é efetivada pelo Fundo Nacional de Saúde.

Já a principal potencialidade é a análise de critérios sobre equidade nas políticas públicas de saúde, incluindo critérios sociais, como o CadÚnico, sanitários, como a cobertura de ESF e as ICSAP, e demográficos, como o porte populacional dos municípios. No entanto, esses critérios não garantem a efetivação da distribuição equitativa dos recursos. Assim, apesar de ser essencial que as políticas e programas busquem priorizar municípios e unidades de saúde mais vulneráveis, muitas vezes, estes apresentam maiores desafios, pois possuem menos estrutura para a implementação. Logo, é importante que medidas diferenciadas estejam planejadas para tais casos.

Cabe destacar que a implementação do IAF, além de considerar a nota de priorização municipal a partir de critérios de equidade, tentou contemplar, na rodada inicial de análise, todos os municípios que solicitaram o incentivo. Esse critério pode ser considerado uma estratégia importante na implementação de políticas de saúde, uma vez que a priorização da pauta pelos gestores municipais e o estabelecimento de metas nos instrumentos de planejamento do SUS voltadas para a promoção da AF na APS também devem ser considerados.

É relevante salientar que, no momento de confecção do manuscrito, o IAF foi expandido com a homologação de mais de 17 mil unidades de saúde⁵³, sem utilização do critério de priorização municipal. Essa expansão, mesmo em um contexto de mudança na gestão federal em 2023, significou o fortalecimento do IAF, o que pode ser ratificado pelo teto orçamentário de aproximadamente R\$ 397 milhões⁵³ e sua inclusão no novo modelo de cofinanciamento federal da APS em 2024⁵⁴, evidenciando a relevância da presente análise e apontando a necessidade de novas pesquisas sobre a implementação do IAF.

Ainda, como agenda de pesquisa, sugere-se simular a priorização municipal a partir de

outros critérios, que incluam, por exemplo, os Índices de Desenvolvimento Humano e/ou de Vulnerabilidade Social, conforme usado na iniciativa das equipes multiprofissionais⁵⁵; e verificar se a distribuição dos recursos seria mais equitativa como legado para a formulação de outros programas de promoção da AF ou mais gerais. Além disso, pesquisas qualitativas, por permitirem maior profundidade, podem auxiliar na compreensão dos desafios na implementação do IAF na ótica dos profissionais e gestores municipais.

Considerações finais

Conclui-se que o grau de implementação do IAF no primeiro ano foi baixo já que apenas em torno de uma em cada cinco unidades de saúde homologadas recebeu recursos. Em relação à busca pela equidade, os critérios adotados para a priorização de unidades de saúde foram insuficientes já que, proporcionalmente, quando comparados no mesmo quartil, mais unidades de saúde em municípios do Q4 (menos prioritário) receberam recursos, em especial, no período sem metas. Logo, as

unidades de saúde em municípios mais vulneráveis, segundo os critérios de priorização, apresentaram menor possibilidade de atender às condições normativas para o custeio, evidenciando um possível paradoxo. Assim, para que a busca pela equidade, contemplando os mais vulneráveis, não resulte em uma menor efetivação de políticas públicas, é essencial um olhar mais específico para esses contextos.

Colaboradores

Carvalho FFB (0000-0003-2979-6359)* e Vieira LA (0000-0003-4382-9719)* contribuíram para concepção, projeto, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, e aprovação final da versão do manuscrito. Malhão TA (0000-0002-5644-1089)* e Loch MR (0000-0002-2680-4686)* contribuíram para análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual, e aprovação final da versão do manuscrito. Todos os autores são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. ■

Referências

1. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil [Internet], Brasília, DF. 1990 set 20 [acesso em 2023 dez 13]; Edição 182; Seção I:18055-18059. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018;42(esp1):18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
3. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-356. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7)

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1751-1762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>
5. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc saúde coletiva*. 2019;24(12):4405-4414. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
6. Paim JS. SUS aos 30 anos. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1723-1728. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
7. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saude Soc*. 2016;25(1):9-18. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>
8. Carvalho AMP, Silva GA, Rabello ET. A equidade no SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(4):590-598. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>
9. Albrecht CAM, Rosa RS, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saude Soc*. 2017;26(1):115-128. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684>
10. Salvo D, Garcia L, Reis RS, et al. Physical Activity Promotion and the UN Sustainable Development Goals: Building Synergies to Maximize Impact. *J Phys Act Health*. 2021;13;18(10):1163-1180. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0413>
11. Reis R, Hunter RH, Garcia L, et al. What the Physical Activity Community Can Do for Climate Action and Planetary Health? *J Phys Act Health*. 2022;1;19(1):2-3. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0719>
12. Garcia L, Pearce M, Abbas A, et al. Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose-response meta-analysis of large prospective studies. *Br J Sports Med*. 2023;57(15):979-989. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105669>
13. Speake H, Copeland RJ, Till SH, et al. Embedding Physical Activity in the Heart of the NHS: The Need for a Whole-System Approach. *Sports Med*. 2016;46(7):939-946. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0488-y>
14. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, et al. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health*. 2023;11(1):e32-e39. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8)
15. Amorim T, Knuth A, Cruz D, et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2013;18(1):63-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.12820/2317-1634.2013v18n1p63>
16. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). *Diário Oficial da União [Internet]*, Brasília, DF. 2022 maio 17 [acesso em 2023 dez 13]; Edição 92; Seção I:120-121. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1105_17_05_2022.html
17. Carvalho FFB, Loch MR, Sposito LAC, et al. Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise de 2019-2022. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(1):e19352022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19352022>
18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM nº 3.872, de 26 de outubro de 2022. Define e homologa os códigos referentes ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) credenciados, por meio da Portaria GM/MS nº 2.103, de 30 de junho de 2022, e cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional

- de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para fins da transferência do Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 out 31 [acesso em 2023 dez 13]; Edição 206; Seção I:90. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt3872_31_10_2022.html
19. Lotta G. Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília, DF: Enap; 2019. 324 p.
 20. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. *Ciênc saúde coletiva*. 2017;22(6):1913-1922. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.23882015>
 21. Vieira LA, Carvalho FFB. Planejamento no SUS: análise da agenda das práticas corporais e atividades físicas no âmbito federal no período de 2004 a 2023. *Saúde debate*. 2024;48(141):e8865. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418865P>
 22. Ministério da Saúde (BR). e-Gestor AB [Internet]. [local desconhecido]: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 out 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>
 23. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Credencia os municípios e o Distrito Federal, e seus respectivos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde, ao Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, instituído por meio da Portaria GM/MS nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Diário Oficial da União [Internet], Brasília, DF. 2022 jul 4 [acesso em 2023 out 20]; Edição 124; Seção I:54. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt2103_04_07_2022.html
 24. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low-and middle-income countries [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [acesso em 2023 dez 13]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/handbook-on-health-inequality-monitoring/handbook-on-health-inequality-monitoring.pdf>
 25. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(1):1-12. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>
 26. Augusto NA, Fernandes BO, Silva ICM, et al. A hipótese da equidade inversa na implementação do NASF-AB no Sul do Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(7):2099-2108. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.04952022>
 27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). IBGE divulga relação da população dos municípios. Agência IBGE [Internet], 2023 ago 31 [acesso em 2023 nov 15]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/37758-ibge-divulga-relacao-da-populacao-dos-municipios>
 28. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Tabnet [Internet]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 nov 20]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>
 29. Confederação Nacional dos Municípios (BR). Saúde Prorrogado prazo para credenciar ações de atividade física no SUS e receber verba. CNM [Internet], [local desconhecido], 2022 jun 6 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://cnm.org.br/comunicacao/noticias/prorrogado-prazo-para-credenciar-acoes-de-atividade-fisica-no-sus-e-receber-verba>
 30. Carvalho FFB, Guerra PH, Silva DB, et al. Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na APS no Brasil: análise de 2014 a 2022. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30:e09492023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232025301.09492023>
 31. Dutra RP, Viero VSF, Knuth AG. Inserção de profissionais de educação física no SUS: análise temporal (2007-2021). *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2023;28:1-9. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0296>

32. Carvalho FFB, Almeida ER, Loch MR, et al. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(6):2163-2174. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15242021>
33. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, et al. Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210008. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.2>
34. Mielke GI, Malta DC, Nunes BP, et al. All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. *BMC Public Health*. 2022;22(1):36. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12428-7>
35. Tusset D, Santos L, Merchan-Hamann E, et al. Programa Academia da Saúde: correlação entre internações por DCNT e adesão nos municípios brasileiros, 2011-2017. *Epidemiol Serv Saúde*. 2020;29(5):e2019453. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500013>
36. Bagrichevsky M, Santos Júnior VJ, Estevão A, et al. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. *Saúde Soc*. 2013;22(2):497-510. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200019>
37. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Mielke GI, et al. 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. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(6):e00155119. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155119>
38. Rennie K, Ahern A, King B, et al. Integration of Physical Activity Promotion within Primary and Secondary Care Settings: Rapid Evidence Review and Lessons from Practice Case Studies. London: Public Health England; 2020. DOI: <https://doi.org/10.17863/CAM.64187>
39. Ministério da Saúde (BR). Guia de Atividade Física para a População Brasileira [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021 [acesso em 2023 nov 23]. 54 p.: il. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf
40. Ministério da Saúde (BR). Guia de orientação para o aconselhamento breve sobre atividade física na APS do SUS: Material de apoio [Internet]. Versão para Consulta Pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/consultas-publicas/2022/consulta-publica-guia-de-orientacao-para-o-aconselhamento-breve-sobre-atividade-fisica-na-atencao-primaria-a-saude-do-sistema-unico-de-saude/anexo-2-guia-de-orientacao-para-o-aconselhamento-breve-sobre-atividade-fisica-na-aps-do-sus_material-de-apoio.pdf
41. Ministério da Saúde (BR). Cartilha de Emendas Parlamentares PLOA 2024 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2023 [acesso em 2023 nov 23]. 148 p.: il. Disponível em: <https://portalfnns.saude.gov.br/cartilha-de-emendas-parlamentares-ploa-2024/>
42. Ministério da Saúde (BR). Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: prática de atividade física nas capitais entre 2006 e 2021 [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2006-2021-pratica-de-atividade-fisica/view>
43. Ministério da Saúde (BR); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>
44. Ministério da Saúde (BR); Ministério do Planejamento, Gestão e Orçamento; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e

doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 2023 nov 23]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>

45. Kohler S, Dippon L, Helsper N, et al. Population-based physical activity promotion with a focus on health equity: a review of reviews. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):18. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01834-5>
46. Jerome GJ, Boyer WR, Bustamante EE, et al. Increasing equity of physical activity promotion for optimal cardiovascular health in adults: A scientific statement from the AHA. *Circulation*. 2023;147(25):1951-1962. DOI: <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001148>
47. Wendt A, Knuth AG, Nunes BP, et al. Leisure-Time physical activity in a southern Brazilian City (2004-2021): Applying an equity lens to time-trend analyses. *J Phys Act Health*. 2023;31(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0259>
48. Varela AR, Hallal PC, Grueso JM, et al. Status and trends of physical activity surveillance, policy, and research in 164 countries: Findings from the GoPA! 2015 and 2020 surveys. *J Phys Act Health*. 2022;20(2):112-128. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0464>
49. Katzmarzyk PT. Expanding our understanding of the global impact of physical inactivity. *Lancet Glob Health*. 2023;11(1):e2-e3. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00482-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00482-X)
50. Pratt M, Varela AR, Bauman A. The Physical Activity Policy to Practice Disconnect. *J Phys Act Health*. 2023;16;20(6):461-464. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0071>
51. Faria TMT, Brenner S, Deckert A, et al. Health Academy Program and physical activity levels in Brazilian State capitals. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2020;25:1-8. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0133>
52. Carvalho FFB, Sposito LAC, Rodrigues PAF, et al. Promoção das práticas corporais e atividades físicas no SUS: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cad Saúde Pública*. 2022;38(8):e00095722. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT095722>
53. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM nº 1.733, de 3 de novembro de 2023. Credencia os municípios e o Distrito Federal, e seus respectivos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde, ao incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 1.105, de 15 de maio de 2022. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 nov 7 [acesso em 2023 nov 23]; Edição 211; Seção I:53. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.733-de-3-de-novembro-de-2023-521119735>
54. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2024 abr 11 [acesso em 15 set 2024]; Edição 70; Seção I:100-102. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html
55. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet], Brasília, DF. 2023 maio 26 [acesso em 2023 nov 23]; Edição 96-B; Seção I Extra-B:11. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html

Recebido em 16/09/2024

Aprovado em 20/01/2025

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Ingrid D'avilla Freire Pereira