



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Daiane Bottamedi

Atividade Física no Sistema Único de Saúde brasileiro:
Análise dos manuais orientadores de Atividade Física publicados pelo Ministério da Saúde

Florianópolis
2024

Daiane Bottamedi

Atividade Física no Sistema Único de Saúde brasileiro:

Análise dos manuais orientadores de Atividade Física publicados pelo Ministério da Saúde

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof.(a) Dr.(a) Daniela Alba Nickel

Florianópolis

2024

Bottamedi, Daiane

Atividade Física no Sistema Único de Saúde brasileiro :
Análise dos Manuais orientadores de Atividade Física
publicados pelo Ministério da Saúde / Daiane Bottamedi ;
orientadora, Daniela Alba Nickel, 2024.

84 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2024.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Atividade Física. 3. Promoção da
Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Nickel, Daniela
Alba. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa
de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Daiane Bottamedi

Atividade Física no Sistema Único de Saúde brasileiro: Análise dos Manuais orientadores de Atividade Física publicados pelo Ministério da Saúde

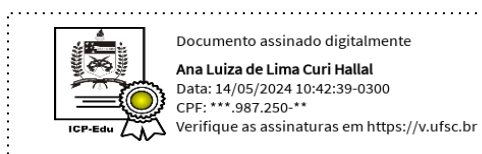
O presente trabalho em nível de Mestrado foi avaliado e aprovado, em 17 de abril de 2024, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Andreia Morales Cascaes Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

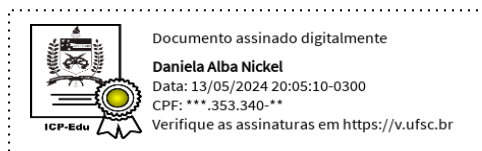
Prof.(a) George Saliba Mankse, Dr.(a)
Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI

Prof.(a) Maria Cristina Antunes Willemann Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação.



Coordenação do Programa de Pós-Graduação



Prof.(a) Daniela Alba Nickel, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2024

Dedico esta pesquisa a todos os atores que lutam pela saúde pública e universal e dedicam-se ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Universo, a oportunidade de ocupar este espaço em defesa do SUS. Aos meus pais pelo privilégio de concluir um curso de pós-graduação, e que junto ao meu irmão forneceram apoio, suporte, amor e carinho nesta trajetória.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva pela oportunidade de incríveis experiências e sua excelência no ensino.

À minha orientadora, Prof. Dra. Daniela Alba Nickel, pela disponibilidade, contribuições e afeto nos encontros, proporcionando leveza no processo.

A banca examinadora, Profa. Dra. Andreia Morales Cascaes, ao prof. Dr. George Saliba Manske e Profa. Dra. Maria Cristina Antunes Willemann agradeço a disponibilidade em participar desse momento de finalização de uma etapa e pela gentileza e contribuições para a qualificação desta pesquisa.

Aos professores do PPG, por todas as reflexões e conhecimento compartilhado. Agradeço também a Maria Júlia e aos demais servidores da instituição, ao prof. Dr. Thiago Matias pelo acolhimento no grupo de pesquisa MOTUS e a todos os integrantes pela oportunidade de vivência e aprendizagem proporcionada a cada encontro.

Aos colegas do PPG que tive a oportunidade de conhecer, em especial às amigas construídas Adriana, Anelise, Ariná, Juliberta e aos companheiros de residência Ana Keila e João que tive o prazer de reencontrar, obrigada por tornarem esta trajetória mais leve.

Aos meus amigos, agradeço por todo apoio, incentivo, compreensão e afeto nestes dois anos, principalmente no percurso final. A todos que passaram por minha vida neste espaço-tempo e que de alguma forma me acolheram, contribuíram e se fizeram presentes para a conclusão desta importante etapa da minha vida.

E por fim, à CAPES que deu suporte a esta pesquisa por meio da bolsa de estudos.

RESUMO

O estudo tem o objetivo de analisar os guias de atividade física (AF) publicados pelo Ministério da Saúde vigentes em 2023. Trata-se de uma análise documental, de natureza qualitativa, a partir de fontes primárias derivadas de documentos governamentais oficiais publicados pelo Ministério da Saúde a partir da análise de conteúdo. Foram analisados o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (GAF); Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde (GAFGP); Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de AF na Atenção Primária (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) (RPE). A análise resultou em 659 segmentos codificados distribuídos em nove categorias: Acesso, Intersetorialidade, Autonomia, Benefícios com a prática de AF, Definições de AF, Estilo de vida, Estratégias para a disseminação da AF; Operacionalização da AF, Recomendações da AF. O Acesso apresenta-se em todos os documentos, o GAF possui um capítulo direcionado a pessoas com deficiência. A Intersetorialidade, presente no GAF e GAFGP, enfatiza a cooperação entre diferentes setores para promover a AF. Autonomia é identificada no GAF e RPE, limitada a responsabilização individual. Benefícios da AF, encontram-se no GAF e GAFGP, sendo mais frequentes os benefícios biológicos, a definição da AF está presente somente no GAF. O Estilo de vida, presente no GAF e RPE, aborda a mudança de comportamento para uma vida ativa, relacionado à qualidade de vida. Encontram-se nos três documentos a categoria de Estratégias para a disseminação da AF, incluindo ações relacionadas a divulgação, educação em saúde e aconselhamento e a Operacionalização da AF, ações de gestão, equipe da APS, participação popular e organização da AF. As Recomendações da AF, no GAF e RPE, incluem frequência e intensidade, domínios de AF e orientações para a segurança. No GAF, as categorias Recomendações de AF, Estilo de vida e Benefícios com a prática de AF foram mais frequentes. O GAFGP teve como categoria mais frequente a Operacionalização da AF e Estratégias para a disseminação da AF. O RPE apresentou a categoria Operacionalização da AF com maior frequência. As categorias emergentes da análise estiveram de acordo com os princípios da PNPS, embora algumas serem pouco mencionadas, como equidade e participação social, presentes na subcategoria Acessibilidade e Operacionalização da AF respectivamente. Houve menção superficial da Autonomia e a ausência de menção do Empoderamento. Finalmente, identificou-se o reforço da promoção da Atividade Física limitada ao biológico, e a promoção da AF com pouca consideração dos aspectos sociais, econômicos e históricos.

Palavras-chave: Atividade Física; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The study aims to analyze the physical activity (PA) guidelines published by the Ministry of Health in force in 2023. This is a qualitative documentary analysis based on primary sources derived from official government documents published by the Ministry of Health, using content analysis. The following guides were analyzed: the Physical Activity Guidelines for the Brazilian Population (PAG); Physical Activity Guidelines for the Brazilian Population: Recommendations for Managers and Health Professionals (PAGMP); Recommendations for the Development of Successful Physical Activity Practices in Primary Care of the Unified Health System (RSP). The analysis resulted in 659 coded segments, which were distributed into nine categories: Access, Intersectorality, Autonomy, Benefits of practising PA, Definitions of PA, Lifestyle, Strategies for disseminating PA; Operationalisation of PA, Recommendations for PA. Access is presented in all documents; the PAG has a chapter aimed at people with disabilities. Intersectorality, present in the PAG and PAGMP, emphasises cooperation between different sectors to promote PA. Autonomy is identified in the PAG and RSP, limited to individual responsibility. Benefits of PA are found in the PAG and PAGMP, with biological benefits being the most frequent, the definition of PA is only present in the PAG. Lifestyle, presented at PAG and RSP, addresses changing behavior towards an active life, related to quality of life. The three documents include the category of Strategies for the dissemination of PA, including actions related to dissemination, health education and counselling, and the Operationalization of PA, management actions, Primary Health Care team, popular participation and organization of PA. The PA Recommendations in the PAG and RSP include frequency and intensity, PA domains and safety guidelines. In the PAG, the categories PA recommendations, Lifestyle and Benefits of PA practice were more frequent. The PAGMP's most frequent categories were Operationalization of PA and Strategies for disseminating PA. RSP had the category Operationalization of PA with the highest Frequency. The categories that emerged from the analysis were in line with the principles of the National Health Promotion Policy (NHP), although some were barely mentioned, such as equity and social participation, present in the subcategory Accessibility and Operationalization of PS respectively. There was superficial mention of Autonomy and no mention of Empowerment. Finally, the reinforcement of the promotion of Physical Activity limited to the biological, and the promotion of PA with little consideration of social, economic and historical aspects were identified.

Keywords: Physical Activity; Health Promotion; Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo Conferências Internacionais de Promoção da Saúde	25
Figura 2: Política Nacional de Promoção da saúde, princípios, eixos operacionais, temas transversais e temas prioritários. Brasil, 2014.....	30
Figura 3: Linha do tempo das principais iniciativas e publicações do Ministério da Saúde sobre atividade física. Brasil, 2006 a 2023.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 (dissertação): Abordagens de promoção da saúde segundo Westphal (2006)	28
Quadro 2 (dissertação): Documentos analisados, origem e ano de publicação.....	42
Quadro 3 (dissertação): Constituição do corpus de análise.....	43
Quadro 4 (dissertação): Categorias e subcategorias de análise e rationale	45
Quadro 1 (artigo): Documentos analisados, origem e ano de publicação	53
Quadro 2 (artigo): Categorias e subcategorias de análise e seu rationale	55
Quadro 3 (artigo): Presença (X) e ausência (-) de categorias e subcategorias nos documentos analisados. Brasil, 2023	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AC	Análise de Conteúdo
AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária à Saúde
CGPROFI	Coordenação Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DEPROS	Departamento de Promoção da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégias da Saúde da Família
GAF	Guia de Atividade Física para a População Brasileira
GAFGP	Guia de Atividade Física para a População Brasileira: Recomendações para gestores e profissionais de saúde
GT	Grupo de trabalho
IAF	Incentivo financeiro federal de custeio para ações de AF na APS
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAS	Programa Academia da Saúde
PC	Práticas corporais
PCAF	Práticas corporais e atividade física
PCD	Pessoas com deficiência
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PCAF	Práticas corporais e atividade física
PS	Promoção da Saúde

RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPE	Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de AF na APS do SUS
SAPS	Secretaria de Atenção Primária
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologias de informação e comunicação
UC	Unidade de contexto
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UR	Unidade de registro
VIGITEL Telefônico	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3	MARCO TEÓRICO	19
3.1	POLÍTICAS PÚBLICAS	19
3.1.1	POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE.....	20
3.2	PROMOÇÃO DA SAÚDE	21
3.2.1	AS ABORDAGENS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	26
3.2.2	A PROMOÇÃO DE SAÚDE NO SUS: POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	28
3.3	ATIVIDADE FÍSICA.....	31
3.3.1	A ATIVIDADE FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	34
3.4	ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	39
4	MÉTODO	41
4.1	ESCOLHA DOS DOCUMENTOS	41
4.2	ANÁLISE DOCUMENTAL	42
4.2.1	PRÉ-ANÁLISE	42
4.2.2	EXPLORAÇÃO DO MATERIAL	44
4.2.3	TRATAMENTO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES	47
4.3	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	47
4.4	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	48
5	RESULTADOS	49
5.1	ARTIGO	50
6	CONCLUSÃO.....	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
	APÊNDICES.....	81
	APENDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS.....	81

1 INTRODUÇÃO

A Atividade Física (AF) é reconhecida internacionalmente por seus múltiplos benefícios, incluída na agenda da saúde pública como estratégia da Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030 (World Health Organization, 2018). É objeto de interesse no meio científico e gestão pública. Visto que o investimento em Atividade Física como prática de saúde impacta na qualidade de vida da população (Ferreira, Diettrich e Pedro, 2015).

A atividade física hegemonicamente é conceituada por qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que exija gasto energético (Caspersen, Powell e Christenson, 1985). Os programas governamentais de AF são associados a uma estratégia para a promoção da saúde e combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A AF está associada a alterações fisiológicas e consequentemente, benefícios para a saúde a partir da prevenção de doenças, principalmente DCNT (Coelho e Burini, 2009). Este aspecto é observado em diretrizes e publicações de instituições e documentos públicos norteadores da AF, derivando conotações biomédicas (Malacarne *et al.*, 2022). Em uma perspectiva aproximada à concepção ampliada de saúde, em detrimento aos determinantes sociais, a AF relaciona-se a questões sociais às decisões individuais (Carvalho, 2009).

No curso histórico, as práticas em saúde são hegemonicamente modeladas pela representação do modelo biomédico (Ivo, Malta e Freitas, 2019), com abordagem individual e centralidade na patologia. Vista a urgência de modificar o modelo de saúde embasado no modelo biomédico, com a ampliação do conceito de saúde. Deriva a leitura da Saúde Coletiva, fomenta a compreensão do funcionamento e da organização dos serviços, assim como os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, promove o entendimento do modelo de promoção de saúde em busca da autonomia dos sujeitos, amparadas no modo de pensar dos sujeitos (Ivo, Malta e Freitas, 2019).

No cenário brasileiro, na década de 90, houve a inserção das Práticas Corporais (PC) e Atividade Física (AF) como prática de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), através de programas comunitários (Ferreira e Najar, 2005; Carvalho e Nogueira, 2016). A ampliação da oferta de AF, principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), foi marcada pela publicação da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) (Malta *et al.*, 2009).

A PNPS é considerada um marco institucional, revisada em 2014, objetiva a redução de riscos à saúde e melhoria das condições de saúde e de vida, é fundamentada em princípios e diretrizes que vão ao encontro do SUS, atenta sobre temáticas a serem desenvolvidas dentre as quais se incorpora as práticas corporais e atividade física e direciona a necessidade de

transversalizar a Promoção da Saúde na rede de atenção, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais e integralidade do cuidado (Brasil, 2018).

Partindo da PNPS que passou a reconhecer as práticas corporais e atividade física (PCAF) como uma das estratégias de promoção da saúde, alinhando a promoção da AF com os pilares da PNPS e diretrizes do SUS (Brasil, 2006), a Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013, adicionou a AF à Lei orgânica do SUS como determinante e condicionante de saúde:

Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (p.1).

Tal mudança legislativa representa um avanço na perspectiva de promoção da saúde (PS) e relevância da AF. Mostra-se relevante para o direcionamento de recursos, na busca de acesso equitativo e estratégias abrangentes de PS. E aproxima-se da concepção sobre a PS a partir do Relatório de Ottawa (1986), que incorpora a compreensão ampliada do processo saúde-doença, junto a um movimento crítico à medicalização do setor saúde, reconhecendo os determinantes e condicionantes sociais da saúde (Sicoli e Nascimento, 2003).

Ressalta-se que o entendimento sobre a PS tem se formado e modificado no decorrer das últimas décadas, sob a ótica de distintas temporalidades e concepções do processo saúde-doença (Buss, 2003). O termo possui uma interpretação conceitual heterogênea, e consequentemente, leva a abordagens distintas a partir da premissa adotada (Buss, 2003; Rabello, 2010). Ele está estreitamente relacionado a concepção do processo saúde-doença (Westphal, 2006). Sua concepção tem se formado ao longo das últimas décadas, sob a ótica de diferentes tempos históricos e concepções do processo saúde-doença, que associados aos eventos internacionais colaboram para o direcionamento mais preciso deste campo (Buss, 2003).

Em 1946, o termo foi mencionado por Sigerist, um dos precursores da PS, como associado a uma das tarefas fundamentais da medicina (Carvalho, 2004). Nos anos 60, conforme Leavell e Clark (1965), a PS foi alocada junto à prevenção primária, mediada no tratamento precoce dos indivíduos, porém sem menção aos determinantes sociais. A prevenção primária é uma das três fases da evolução natural das doenças: prevenção primária, a prevenção secundária e a prevenção terciária (Pettres e Da Ros, 2018). Nos anos 70, o Relatório Lalonde expandiu o debate sobre a promoção da saúde, em conjunto com as DCNT e seu aumento de prevalência. Ele recomendava uma revisão da política de saúde para destacar os fatores ambientais, as mudanças comportamentais e dos serviços e ações de saúde nos investimentos

em saúde dos governos (Carvalho, 2004). Em 1986, a concepção sobre a promoção da saúde, a partir do Relatório de Ottawa, manifesta a capacitação e ação comunitária, criação de ambientes favoráveis e reorganização dos serviços de saúde para participação e controles dos indivíduos para atuação na sua qualidade de vida e saúde. Assim, incorpora a compreensão ampliada do processo saúde-doença junto a um movimento crítico à medicalização do setor saúde, reconhecendo os determinantes e condicionantes sociais da saúde (Sicoli e Nascimento, 2003), culminando em diferentes perspectivas ao termo promoção da saúde (Westphal, 2006; Rodrigues e Ribeiro, 2012). Portanto, entre as concepções da promoção da saúde, uma vertente direciona ao estilo de vida e a mudanças comportamentais a partir de atividades educativas, sob os aspectos de controle individuais e outra vertente direciona a promoção da saúde para as políticas intersetoriais, ambientes facilitadores à saúde, participação e empoderamento das comunidades e indivíduos, considerando os determinantes e condicionantes sociais (Buss, Hartz e Pinto, 2020).

Assim, deve-se olhar para os modos de produzir saúde que podem se aproximar ou distanciar das práticas, dos princípios e dos objetivos propostos pelo SUS e pela promoção da saúde. Devido à abrangência de concepções e sua influência nas práticas de saúde, associado ao contexto de fragmentação do SUS, justifica-se a análise das políticas públicas que envolvem a atividade física para o fortalecimento da sua disseminação e aproximação com os princípios do SUS e da promoção da saúde. Frente aos avanços e desafios da consonância da atividade física no contexto do SUS, a produção da análise documental das políticas públicas e de documentos governamentais possui relevância para a saúde coletiva. A análise contribui para o reconhecimento das ações governamentais e qualificação das políticas públicas (Estevão e Ferreira, 2018). Consequentemente, torna favorável a otimização no processo de implementação e avaliação das políticas.

Em 2024, os documentos orientadores da AF no SUS são: (a) Guia de Atividade Física para a população Brasileira (GAF), diretriz nacional brasileira para a promoção da atividade física, elaborado para ser uma ferramenta informativa e educativa, com linguagem clara e acessível à população; (b) Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde; e (c) Recomendações de práticas exitosas de atividade física na atenção primária à saúde.

A análise de guias e documentos orientadores auxilia na identificação e entendimento da constituição das políticas existentes, assim como a revisão dos documentos e discursos, origem, objetivos, recursos e grupos sociais afetados. É uma ferramenta para avaliação das políticas existentes e estabelecer recursos para o desenvolvimento de políticas futuras. É

relevante como um olhar crítico sobre o que está sendo descrito sobre a atividade física nos documentos e para entender o direcionamento das ações sugeridas nos documentos, a pretexto de qualificá-las no campo prático.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar os guias de atividade física publicados pelo Ministério da Saúde e vigentes em 2023, e questiona: por qual perspectiva se orientam as ações de atividade física descritas nesses documentos? Espera-se que o direcionamento da AF no SUS supere o modelo biomédico, considerando os eixos da promoção da saúde da PNPS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar os manuais orientadores de atividade física publicados pelo Ministério da Saúde, vigentes no ano de 2023.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os manuais orientadores de atividade física publicados pelo Ministério da Saúde;
- Analisar o conteúdo dos manuais orientadores de atividade física publicados pelo Ministério da Saúde,
- Relacionar as categorias de análise identificadas nos manuais orientadores de atividade física e os eixos da Política Nacional de Promoção da Saúde.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas estão atreladas a mediação entre o Estado e a sociedade. Na literatura há uma gama de definições acerca das políticas públicas. São um conjunto de regulamentos, medidas e procedimentos que refletem a orientação política de uma nação, regem as atividades governamentais pertinentes a assuntos de interesse público e inferem sobre a realidade aplicada, variam conforme a diversificação da economia, sociedade, regime político e nível de atuação e participação dos atores sociais (Lucchese e Aguiar, 2004). E refletem os interesses do Estado e da sociedade (Viana e Baptista, 2008).

As políticas públicas são operacionalizadas transversalmente entre os atores sociais e atividades institucionais qual condicionam os seus resultados a partir de seu contexto, portanto, a análise dos processos deve ser permanente para compreensão da implementação e impactos sobre o problema inicial (Lucchese e Aguiar, 2004). A análise das políticas públicas proporciona uma maior transparência nas ações e decisões do Estado, identifica os condicionantes envolvidos, serve como subsídio para novas formulações, ainda, possibilita o estudo em profundidade de cada fase do processo (Viana e Baptista, 2008). As políticas são formuladas a partir das demandas identificadas. As problemáticas são conexões para a construção de uma política pública, no entanto, os problemas podem existir e ser relevantes, mas não entrarem na agenda, nesta perspectiva, os problemas podem ser elencados a partir de calamidades, interesses ou oportunidades (Viana e Baptista, 2008). O caminho da elaboração das políticas públicas é denominado como ciclo de políticas públicas, que apontam o percurso para a implementação de uma política pública (Secchi, 2014). Cada etapa é constituída por características singulares, por uma rede de atores, sob influência do contexto político, em um constante processo de negociações (Viana e Baptista, 2008). O processo de formulação de uma política envolve negociação a partir da apresentação dos objetivos e recursos humanos, financeiros e físicos a serem disponibilizados para a concretização da mesma, qual a negociação bem-sucedida corresponde a um fator favorável na formulação e implementação da política (Lucchese e Aguiar, 2004).

São as fases do ciclo da política pública: a entrada na agenda; a formulação da política; a tomada de decisão; a implementação da política; e a avaliação da política (Viana e Baptista, 2008). Para desenvolver uma política pública, primeiramente um problema deve ser reconhecido por sua relevância pública, no momento que o problema se torna prioritário ele

entra na agenda do Estado; a agenda consiste na definição dos conjuntos de problemáticas a serem priorizadas, portanto, após a entrada na agenda segue o processo de formulação. Na etapa de formulação são dimensionadas soluções para o problema através da dialética entre intenções e ações, consiste na investigação de um problema e alternativas para sua resolução. A tomada de decisões resulta na escolha das ações a partir do desenho das metas, recursos, temporalidade e consiste na definição dos princípios e diretrizes das ações. A implementação é a fase em que se busca colocar uma solução em prática, envolve sistemas e atividades da administração pública, é um momento em que as definições da fase de tomada de decisões podem ser alteradas, pode-se ocorrer negociações e novas decisões, corresponde a um momento intenso de negociação em que se sustentam os pactos estabelecidos. Por fim, a avaliação consiste no julgamento de valor a respeito de uma intervenção, esta fase refere-se aos processos constantes de monitoramento dos resultados, visando subsidiar uma análise de implementação (Viana e Baptista, 2008).

O sistema brasileiro é democrático, organizado de forma representativa, qual a população elege representantes para decidir as ações a serem realizadas. E neste processo, as políticas de governo são decididas a partir do processo de formulação e implementação de programas, visando o retorno à agenda política, enquanto as políticas de Estado passam por instâncias e discussões múltiplas, resultando em mudanças a normas já existentes e maior abrangência (Oliveira, 2011). Ou seja, as políticas de governo são formuladas unilateralmente, veiculadas as propostas e ideais de um governo, e as políticas de Estado envolvem múltiplos atores e instituições para elaboração e sistematização, objetivando-se sua permanência e estabilidade.

3. 1. 1 POLÍTICAS SOCIAIS E POLÍTICAS DE SAÚDE

As políticas públicas que se aproximam no cotidiano da população são as políticas sociais, organizadas em políticas públicas setoriais. As políticas sociais correspondem ao desenvolvimento das responsabilidades públicas empreendidas para a seguridade e bem-estar social, através de meios, atividades e ações que proporcionem a entrega de recursos e oportunidades, a promoção dos direitos civis, o ideal e a efetivação dos valores humanos, a serem tomados como referência para estruturação da sociedade (Fleury e Ouverney, 2008).

Neste loco de políticas estão inseridas as políticas direcionadas à saúde que operam ações de nível coletivo a individual para a proteção social (Viana e Baptista, 2008). Conceitualmente, as políticas de saúde caracterizam-se como medidas organizadas em ações

setoriais executadas conforme as normas pré-estabelecidas para melhorar a qualidade de vida populacional (Fleury e Ouverney, 2008). São destinadas a melhoria dos condicionantes e condições de saúde a partir do desenvolvimento da promoção, proteção e recuperação da saúde com finalidade de avanços na saúde populacional (Lucchese e Aguiar, 2004). Envolvem variáveis socioeconômicas, políticas, culturais e a relação entre diferentes atores na sua construção, balizando-se na relação entre o Estado, sociedade e mercado mediado pelo envolvimento estratégico e consideradas instrumentos e ações orientadas para o cumprimento de metas em seus campos de atuação (Fleury e Ouverney, 2008).

No Brasil, as políticas de saúde são orientadas pelos princípios de universalidade, equidade e acesso, e pelas diretrizes de descentralização, integralidade e participação social (Lucchese e Aguiar, 2004). O Sistema Único de Saúde (SUS), política nacional de saúde brasileira, foi desenhado na Constituição Federal de 1988, a qual estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, visando o desenvolvimento de políticas sociais, econômicas e setoriais de saúde para a promoção do acesso universal e equânime aos serviços de saúde. Esta política está inserida na seguridade social que abrange, além da saúde, a previdência e assistência social (Wargas, 2004). Este marco institui a saúde brasileira enquanto direito social, de acesso universal e responsabilidade do Estado (Brasil, 2000; Noronha e Soares, 2001). Os conselhos de saúde atuam como mecanismos de controle e participação social

No SUS, existem políticas setoriais de saúde, programas e ações desenvolvidos em âmbito federal, estadual e municipal, orientados por seus princípios e diretrizes. O funcionamento do SUS é estruturado pela rede de atenção à saúde (RAS), com distribuição de pontos de atenção e complexidades onde a Atenção Primária à Saúde (APS) centra-se como coordenadora do cuidado.

3.2 PROMOÇÃO DA SAÚDE

O termo promoção da saúde possui uma interpretação conceitual heterogênea, e consequentemente, leva a abordagens distintas a partir da premissa adotada (Buss, 2003; Rabello, 2010). Ele está estreitamente relacionado a concepção do processo saúde-doença e a vertente político-ideológica empregado, portanto, distinguindo-se os modos de ação (Westphal, 2006). Sua concepção tem se formado ao longo das últimas décadas, sob a ótica de diferentes tempos históricos e concepções do processo saúde-doença, que associados aos eventos internacionais colaboram para o direcionamento mais preciso deste campo (Buss, 2003).

Entre as concepções da promoção da saúde, uma vertente direciona ao estilo de vida e a mudanças comportamentais a partir de atividades educativas, sob os aspectos de controle individuais e outra vertente direciona a promoção da saúde para as políticas intersetoriais, ambientes facilitadores à saúde, participação e empoderamento das comunidades e indivíduos, considerando os determinantes e condicionantes sociais (Buss, 2003).

Ao ponderar as interpretações frente a conceituação e práticas da promoção da saúde, uma breve contextualização elucida os caminhos históricos e vestígios até sua concepção contemporânea. A ideia da Promoção da saúde, no campo da saúde, está intrínseca na percepção de Wilson (1920), em que menciona a promoção da saúde como esforço comunitário para alcançar políticas que otimizem as condições de vida e estratégias educativas para que assegure a todos, em nível pessoal e comunitário a otimização e manutenção da saúde (Buss, 2003; Westphal, 2006). No entanto, a expressão promoção da saúde foi utilizada por Sigerist (1946) considerado um dos pioneiros a referenciar o termo para mencionar as quatro tarefas da medicina: promoção da saúde; prevenção das doenças; o tratamento e a reabilitação, direcionando a promoção da saúde a determinantes de condições de vida e momentos de lazer (Buss, 2003).

Posteriormente, Leavell e Clark (1965) com o modelo explicativo da história natural da doença, voltada à tríade ecológica – agente, ambiente, hospedeiro -, em que a relação do agente e ambiente favorecem ou não o condicionamento do hospedeiro (Westphal, 2006; Pettres e Da Ros, 2018). Os autores redefinem a prevenção à saúde em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária. Qual, a prevenção primária, é direcionado ao período pré-patogênico, ou seja, momento em que a doença ainda não foi instalada, a prevenção específica neste momento corresponde a medidas educativas e no ambiente, neste modelo a promoção da saúde foi inserida neste nível, gerando posteriormente, confusão entre os termos (Westphal, 2006). A promoção da saúde, nesta concepção passou a fazer parte da prevenção primária, relacionada ao bem-estar e a melhor condição de saúde no período anterior à doença (Buss, 2003; Tavares, 2009). A prevenção secundária é direcionada a indivíduos em risco ou já adoecidos, são utilizadas estratégias de exame e mudanças comportamentais e a prevenção terciária visa a recuperação ou manutenção funcional dos indivíduos já adoecidos (Westphal, 2006).

No entanto, o movimento de promoção da saúde moderna tomou notoriedade no Canadá, a partir da década de 70, sob um contexto de fragmentação das ações e altos custos em saúde, associados às mudanças no perfil epidemiológico, inquietações com o aumento de doenças crônicas (Carvalho, 2013; Pereira e Oliveira, 2014). Como resultante deste movimento, houve a publicação do documento ‘New perspective on the health of Canadians’, por Marc

Lalonde, então Ministro da Saúde, em 1974 e reconhecido posteriormente por Relatório Lalonde (Lalonde, 1974).

O Relatório Lalonde foi o primeiro documento oficial a utilizar o termo promoção da saúde para relacionar a saúde, desenvolvimento econômico e justiça social (Buss, 2003; Tavares, 2009). Assim, é um marco ao considerar para a elaboração de políticas governamentais a biologia humana, estilos de vida, o ambiente e a organização do sistema de saúde (Westphal, 2006), e um avanço para a reestruturação nas práticas em saúde na relação destes elementos (estilo de vida, ambiente, organização dos serviços de saúde, biologia) nos determinantes do processo saúde-doença (Carvalho, 2013). Aborda nesta concepção a saúde vinculada ao estilo de vida, além das ações preventivas clínicas, incorporando a promoção de ambientes e estilos de vida saudável, significativa para reforçar a importância das mudanças de hábitos e estilo de vida, das ações ambientais e políticas (Lalonde, 1974; Heidmann *et al.*, 2006; Westphal, 2006).

Em 1986, ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, como produto deste encontro foi escrita a Carta de Ottawa, responsável por ampliar a concepção da promoção da saúde, incorporando um novo paradigma para a promoção da saúde, com base em uma gestão integrada e participativa, que proporcione o desenvolvimento da saúde, social e econômico (Westphal, 2006; Rabello, 2010). A promoção da saúde ultrapassa o setor saúde e associa-se ao bem-estar global, compreende a identificação dos determinantes sociais e controle sobre estes, nesta perspectiva, associa-se a estratégias e ações conjuntas entre o Estado, o sistema de saúde, a comunidades e indivíduos (World Health Organization, 1986; Buss, 2003). Fundamentada nos seguintes campos de ação: construção de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis; ação comunitária; habilidades pessoais e reorientação dos serviços.

A construção de políticas públicas saudáveis e ambientes favoráveis são ações coordenadas que visam a equidade na saúde e distribuição equitativa das políticas sociais e de renda - que insere a saúde como tema prioritário na agenda política, e inclui medidas legislativas, fiscais e mudanças organizacionais, contribuindo para assegurar bens, serviços e ambientes desfrutáveis. A adoção de políticas públicas saudáveis vai além do setor saúde, sendo um movimento intersetorial (World Health Organization, 1986). Compreende a produção social da saúde em espaços que transcendem o espaço físico e englobam o espaço social e as relações (Pereira e Oliveira, 2014).

A criação de ambientes favoráveis relaciona a população e o ambiente, e são ações globais para preservação e monitoramento do ambiente, recursos naturais, tecnológicos,

urbanização, condições de vida e de trabalho, que afetam a saúde da população (World Health Organization, 1986).

A ação comunitária reforça o desenvolvimento de ações junto à comunidade, o empoderamento e participação popular para o desenvolvimento de prioridades e tomadas de decisão no controle da saúde, para isso deve-se o acesso à informação e apoio financeiro adequados (World Health Organization, 1986). A partir do empoderamento para acionar o poder comunitário e o fortalecimento da participação e luta pela garantia dos direitos, fiscalização das ações do Estado (Pereira e Oliveira, 2014).

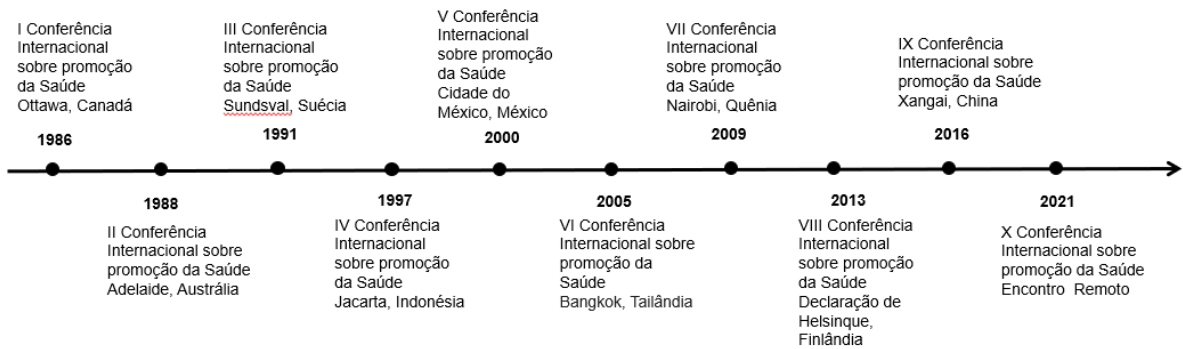
O desenvolvimento de habilidades pessoais volta-se para a educação e para a saúde, acredita-se na capacitação das pessoas ao longo dos ciclos da vida, para a condução de uma melhor saúde (World Health Organization, 1986). Deve ser realizada por distintas organizações e espaços coletivos, além da educação em saúde, o *empowerment* a partir da aquisição de conhecimento e poder político de governança individual e comunitário está presente (Pereira e Oliveira, 2014).

A reorientação dos serviços de saúde significa organizar os serviços de saúde para uma responsabilidade compartilhada entre os profissionais de saúde e os indivíduos usuários do serviço de saúde para a construção de um sistema de saúde abrangente, com olhar para as singularidades culturais e apoio às necessidades coletivas e individuais, abrangendo outros setores. Assim como mudanças na educação e formação dos profissionais de saúde, para mudanças na organização dos serviços focalizando nas necessidades globais e integralidade dos indivíduos e sistema (World Health Organization, 1986). Esta reorientação dos serviços de saúde propõe superar a assistência clínica curativa e individual do modelo biomédico, para o desenvolvimento de políticas públicas engajadas com a redução das desigualdades sociais em saúde e desenvolvimento sustentável (Pereira e Oliveira, 2014).

A partir da I Conferência de promoção da saúde, as posteriores reforçam os eixos propostos na Carta de Ottawa e abordam a globalização junto as discussões (Westphal, 2006). A Figura 1 apresenta a Linha do tempo das conferências.

A II Conferência de Promoção da Saúde, realizada em Adelaide, no ano de 1988, apontou como as políticas públicas inclusive de setores distintos da saúde impactam nos determinantes sociais e contribuem para a redução de iniquidades sociais e econômicas (Brasil, 2001; Westphal, 2006). Posteriormente, a III Conferência de Promoção da Saúde, em Sundsvall, em 1991, inseriu o ambiente na agenda da saúde, qual a centralidade foi ‘a criação de ambientes saudáveis’, com seu potencial em relação à saúde abrangendo ambientes físicos, sociais, econômicos e políticos (Brasil, 2001; Buss, 2003).

Figura 1: Linha do tempo Conferências Internacionais de Promoção da Saúde



Fonte: Elaboração da autora (2024)

Já a IV Conferência em Jacarta, realizada em 1997, abordou sobre a internacionalização, tecnologia e capitalismo e interferências nas dinâmicas de trabalho e vida. A declaração de Jacarta teve como prioritárias para a promoção da saúde a responsabilidade social, o aumento do controle social, a consolidação de alianças, o aumento de investigações e infraestrutura para o desenvolvimento e promoção da saúde (Westphal, 2006).

A V Conferência de Promoção da Saúde, em 2000, foi positiva para o reconhecimento das estratégias de promoção de saúde em níveis locais e comprometimento com elaboração de planos nacionais de ação, para o monitoramento e progresso de estratégias em níveis locais e nacional (Brasil, 2001).

A VI Conferência, realizada em Bangkok, na Tailândia, em 2005, trouxe o crescimento das DCNT associada ao contexto de mudança de saúde global e tratou sobre os efeitos da globalização no aumento das iniquidades, a urbanização acelerada e a degradação ambiental, e direcionada a Promoção da Saúde junto aos compromissos de desenvolvimento da agenda global, apontou para a responsabilização governamental e sociedade civil (Heidmann *et al.*, 2006).

A VII edição da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Nairóbi, Quênia, em 2009, trouxe os desafios da inserção de distribuição de renda nas agendas políticas e a VIII Conferência sobre Promoção da Saúde, marcada pelo lema: Saúde em Todas as Políticas, realizada em Helsinki, Finlândia, em 2013, apresentou a defesa da intersectorialidade na saúde (Paula, Aparecido De Faria e Lacerda De Almeida, 2013).

A IX Conferência, realizada em Xangai, na China, em 2016, discutiu os princípios da Carta de Ottawa, após os 30 anos de sua publicação. Teve como foco a promoção da saúde frente o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (World Health Organization, 2017).

E a X conferência, realizada de forma remota devida pandemia pelo vírus SARS-COV-2, e em consideração aos desafios enfrentados no período pandêmico, junto aos avanços da digitalização, trouxe o comprometimento do Estado e sociedades na reestruturação do modo de vida, de produção e de consumo para o alcance das metas da Agenda 2030 (Fiocruz, 2021).

3.2.1. AS ABORDAGENS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

As concepções e práticas sobre o processo saúde-doença constantemente evoluem e consequentemente, as práticas e concepções sobre a promoção da saúde também apresentam abordagem distintas, que se modificam de acordo a concepção do processo saúde-doença (Buss, 2003).

Diante da pluralidade de abordagens sobre promoção de saúde, Naido e Wills (1994) classificou as ações voltadas à Promoção da Saúde em cinco grupos: 1) Biomédica: com ações que direcionam à prevenção, tratamento e cura de doenças específicas, baseada na concepção de saúde enquanto ausência de doença; 2) Comportamental: conduz à transformação do estilo de vida e comportamentos individuais, limitante a fatores de risco individuais; 3) Educacionais: enfatiza no estilo de vida, contudo, sob a perspectiva de empoderamento individual, sem considerar os aspectos estruturais para as mudanças; 4) Empoderamento coletivo: compreende o desenvolvimento coletivo e comunitário, a partir da participação dos envolvidos frente os problemas; 5) Transformação social: visa a construção participativa como produção social da saúde, volta-se a equidade e intersetorialidade das políticas públicas, ao envolvimento e participação na construção sob estas, e ações sob os determinantes sociais.

Westphal (2006) sintetizou a classificação de Naido e Wills (1994) em três abordagens de promoção da saúde contemporaneamente utilizadas: Biomédica, Comportamental e Socioambiental (Quadro 1).

Na abordagem biomédica, a prática é gerenciada por profissionais de saúde e a prevenção a doenças específicas considera os determinantes biológicos e fisiológicos. A abordagem comportamental muda o foco da atenção médica para às ações comportamentais relacionadas ao estilo de vida (Carvalho, 2013). Sustentada no Informe de Lalonde, com base no estilo de vida e mudanças comportamentais, utiliza de estratégias de responsabilização individual sobre o estado de saúde da população (Ferreira, Castiel e Cardoso, 2011).

Apesar de sua evolução, a abordagem comportamental manteve o direcionamento para ações individuais, visando a mudança de estilo de vida individual (Heidmann *et al.*, 2006; Pereira e Oliveira, 2014). A promoção da saúde consistiria em ações de educação e

conscientização direcionadas ao comportamento e estilo de vida sem considerar os fatores que não podem ser gerenciados pelos indivíduos, priorizando estratégias de intervenções no estilo de vida, às escolhas individuais que as pessoas possuem controle e que afetam sua saúde. Ainda, a educação para a saúde ocorre de forma verticalizada e autoritária entre os profissionais e sujeitos, buscando a responsabilidade do sujeito sobre o seu modo de vida (Carvalho, 2013).

A abordagem socioambiental da promoção da saúde (Carvalho, 2013) pressupõe a concepção ampliada da promoção da saúde, com base em uma gestão participativa, que proporcione o desenvolvimento social, da saúde e econômico (Westphal, 2006). Rompe com o paradigma biomédico e amplia a compreensão do processo saúde-doença, compreendo o entorno social para além do comportamento do indivíduo (Carvalho, 2013). Considera a dimensão biopsicossocial e ambiental da saúde, leva em consideração os determinantes sociais, reforça os direitos e as responsabilidades dos cidadãos (Westphal, 2006; Rodrigues e Ribeiro, 2012), assim, eleva a promoção da saúde a fatores coletivos e políticos, atrelada à transformação social, políticas públicas e ações intersetoriais (Ferreira, Castiel e Cardoso, 2011).

A promoção da saúde a partir das conferências internacionais é definida pelos seguintes princípios: Ações voltadas à multicausalidade do processo saúde-doença; equidade; intersetorialidade; participação social; sustentabilidade (Westphal, 2006). Nesta perspectiva são considerados múltiplos fatores para nortear o desenvolvimento das ações, planejamentos, programas e políticas. Ao considerar as multicausalidades do processo saúde-doença, considera-se os determinantes e determinação social da saúde e as complexidades envolvidas na realidade, mediante práticas que considerem esses aspectos. A equidade, busca minimizar as diferenças de alcance dos direitos, sob concepção da justiça social, busca a partir da construção de possibilitar o alcance à saúde e ao acesso ‘aos direitos’ de forma universal. A intersetorialidade, permite uma multiplicidade de olhares, a partir de uma rede que atue sobre a realidade. A participação social, visa a participação no planejamento, execução e avaliação dos projetos e corresponsabilização dos sujeitos, via ambientes democráticos. E sustentabilidade, correspondente a práticas com intencionalidade de preservação ambiental, mas principalmente, meios para garantir a continuidade e fortalecimento das práticas (Westphal, 2006). Propõe a equidade, ampliação de ações preventivas, fortalecimento das capacidades dos indivíduos para lidar com as limitações da DCNT, autocuidado (Carvalho, 2013).

Quadro 1: Abordagens de promoção da saúde segundo Westphal (2006)

Abordagens/ Características	Biomédica	Comportamental	Socioambiental
Conceito de saúde	Ausência de doenças e incapacidades	Capacidades físico-funcionais, bem-estar físico e mental dos indivíduos	Estado positivo, bem-estar biopsicossocial e espiritual. Realização de aspirações e atendimentos de necessidades.
Determinantes de saúde	Condições biológica e fisiológicas para categorias específicas de doenças	Biológicos, comportamentais. Estilos de vida inadequados à saúde	Condições de risco biológicas, patológicas, socioeconômicas, culturais, políticas, ambientais
Principais estratégias	Vacinas, análises clínicas individuais e populacionais, terapias com drogas, cirurgias	Mudanças de comportamento para adoção de estilos de vida saudáveis	- Coalizações para advocacia e ação política; - Promoção de espaços saudáveis; - Empoderamento da população; - Desenvolvimento de habilidades, conhecimentos, atitudes; - Reorientação dos serviços de saúde.
Desenvolvimento de programas	Gerenciamento profissional	Gerenciamento pelos indivíduos, comunidades de profissionais	Gerenciados pela comunidade em diálogo crítico com profissionais e agências

Fonte: Westphal (2006)

3.2.2 A PROMOÇÃO DE SAÚDE NO SUS: POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) transitou por oito anos desde sua entrada na agenda em 1998, até sua formulação final em 2006, pelo Ministro Saraiva Felipe, derivada de modificação de gestão federal e uma trajetória conflituosa (Ferreira Neto *et al.*, 2013). Em análise da perspectiva de Promoção da Saúde intrínseca no documento, foi notória a sua pluralidade, adjacente das propostas refletidas aos diversos atores sociais e da sociedade

(Raddatz *et al.*, 2011). O foco da PNPS são as esferas federal, estadual e municipal da saúde, com as ações designadas aos setores não governamentais e representatividade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Ferreira Neto *et al.*, 2013).

Destaca-se que com a publicação da PNPS em 2006, houve avanços na inserção e financiamento de programas de promoção da saúde - incluindo a atividade física-, na vigilância de fatores de risco e DCNT, em recursos humanos, avaliação dos programas e mobilização social (Malta *et al.*, 2014).

Na PNPS identifica-se os discursos em saúde com abordagem comportamental e/ou biomédica entrelaçados à sua divulgação e implementação; articulação e implementação de ações direcionadas a fatores de risco individual; monitoramento e controle de agravos e fatores de risco, enquanto as discussões e avaliação da PNPS e a articulação para implementação de ações sustentáveis identifica-se a abordagem socioambiental (Raddatz *et al.*, 2011). Ainda, nota-se discordância entre a discussão conceitual entre os tópicos apresentados, pois, se a intencionalidade prioritária do documento não é a mudança do estilo de vida, a maior parte das ações prioritárias partem para este direcionamento (Ferreira Neto *et al.*, 2013). Em consideração à Promoção da Saúde como eixo transversal do SUS, em busca da visão ampliada de saúde, integralidade do sistema e iniquidades sociais, questiona-se a centralidade das propostas nas perspectivas comportamental e biomédico, frente à socioambiental, e a sua aproximação com os princípios do SUS (Raddatz *et al.*, 2011).

Em 2014, houve a revisão da PNPS, frente às novas demandas das agendas internacionais e necessidade de novas pactuações, dado os avanços e as dificuldades ainda existentes (Rocha *et al.*, 2014), a articulação com outras políticas públicas, esferas de governo e movimentos sociais e sociedade civil (Malta *et al.*, 2016). O documento foi desenvolvido em parceria pelo MS, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, Grupo de Trabalho (GT) de promoção de saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), de forma coletiva, com ampliação na participação de diferentes atores, com múltiplos olhares das diferentes regiões brasileiras (Rocha *et al.*, 2014; Malta *et al.*, 2016).

A PNPS revisada foi publicada na Portaria nº 2.446, de 13 de novembro de 2014, e estabelece estratégias para a organização da promoção da saúde e definição da responsabilidade nas esferas municipal, estadual e federal do SUS e possui como objetivo “*promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes*

sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (Brasil, 2014b). A Figura 2 apresenta a descrição dos principais pontos da PNPS. Ela possui em seu texto os valores e princípios, objetivos, diretrizes, temas transversais e eixos operacionais fundamentados nos princípios do SUS e no conceito ampliado de saúde, cita a articulação com outras políticas públicas e a participação social, assim visando a equidade, melhorias das condições e modos de vida e afirmação do direito à saúde. A PNPS possui em sua base o conceito ampliado de saúde e o referencial teórico da promoção da saúde como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial, formação da RAS e buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Brasil, 2014b).

Figura 2: Política Nacional de Promoção da saúde, princípios, eixos operacionais, temas transversais e temas prioritários. Brasil, 2014

OBJETIVO GERAL: Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais

PRINCÍPIOS	Eixos Operacionais	Temas transversais	Temas prioritários
Equidade	Territorialização	Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade	Formação e educação permanente
Participação social	Articulação e cooperação intra e intersetorial	Desenvolvimento sustentável	Alimentação adequada e saudável
Autonomia	RAS	Produção de saúde e cuidado	Práticas corporais e atividades físicas
Empoderamento	Participação e controle social	Ambientes e territórios saudáveis	Enfrentamento do uso do tabaco e seus derivados,
Intersetorialidade	Gestão	Vida no trabalho	Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas
Intrasetorialidade	Educação e formação	Cultura da paz e direitos humanos	Promoção da mobilidade segura
Sustentabilidade	Vigilância, monitoramento e avaliação		Promoção da cultura da paz e de direitos humanos
Integralidade	Produção e disseminação de conhecimentos e saberes		Promoção do desenvolvimento sustentável
Territorialidade	Comunicação social e mídia		

Fonte: Elaboração da autora, 2024.

Segundo a PNPS, são princípios adotados para as práticas e ações de PS a equidade, com base na distribuição igualitária, considerando as especificidades dos indivíduos e coletivos; a participação social, com a participação comunitária no planejamento e execução das ações; autonomia, como facilitador para escolhas conscientes sobre a trajetória de vida e saúde; o empoderamento, como processo de incentivo dos indivíduos e coletivo ao controle de suas

decisões e escolhas do modo de viver alinhadas aos condicionantes socio-econômico-cultural; a intersectorialidade, enquanto articulação entre setores para a construção compartilhada e cogestão de intervenções e ações alinhadas a objetivos em comum; a intrasetorialidade, para corrigir a fragmentação inserida em um setor, através da articulação de redes cooperativas e resolutivas; a sustentabilidade, referente a relevância da continuidade das ações, considerando os fatores sócio-político, econômico e cultural; a integralidade, em reconhecimento da complexidade e singularidades individuais e dos coletivos, assim como a construção de processos de trabalho integrados e articulados, e a territorialidade, em respeito às especificidades locais para o planejamento e desenvolvimento das ações (Brasil, 2014b).

Os temas prioritários, correspondentes às ações específicas na PNPS de 2006, foram mantidos e renomeados – referente a alimentação; práticas corporais e atividade física, tabagismo, álcool, desenvolvimento sustentável, cultura da paz – com ampliação da promoção da mobilidade segura e educação permanente (Brasil, 2006, 2014b; Silva e Baptista, 2015). A reformulação dos temas prioritários aponta para a aproximação da atuação sob os determinantes sociais da saúde (DSS), com atualização nas terminologias, em passo que a versão anterior apresentava uma agenda com abertura para o delineamento de ações mais preventivas que promotoras em saúde (Albuquerque, Franco De Sá e Araújo Júnior, 2016).

Em consonância, ao passo que a revisão da PNPS levanta a importância do enfoque integrado na promoção da saúde, traz as tensões presentes no debate brasileiro sobre a PS, que oscila entre uma abordagem prescritiva-normativa, com enfoque na responsabilização individual e a urgência de considerar os determinantes sociais e condições de vida em uma visão mais abrangente da saúde (Pereira e Oliveira, 2014; Silva e Baptista, 2015). Contudo, observa-se o avanço para a PS, com o documento mais abrangente e coerente com sua abordagem e menor teor prescritivo (Albuquerque, Franco De Sá e Araújo Júnior, 2016).

3.3 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física é compreendida como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que exija gasto energético (Caspersen, Powell e Christenson, 1985). Os termos exercício físico, aptidão física e atividade física são diferentes (Damico e Knuth, 2014). Enquanto o exercício físico é uma subcategoria da atividade física, organizada e executada sistematicamente, a aptidão física é o desenvolvimento de capacidades físicas adquiridas com a prática regular de atividade física ou exercício (Caspersen, Powell e Christenson, 1985).

A definição de atividade física foi difundida na área da saúde e ganhou força neste campo quando se apresentou como um dispositivo para a mudança/combate à ameaça do comportamento sedentário para a saúde (Fraga, 2006; Damico e Knuth, 2014). Outras definições de atividade física são utilizadas por diversos autores, pela Organização Mundial de Saúde e consequentemente instituições de saúde, e possuem adaptações mantendo o sentido direcionado ao gasto energético (Mcardle, Katch e Katch, 1998; Shephard e Balady, 1999; Nahas, 2017; World Health Organization, 2022). No Brasil, o glossário de Promoção da Saúde define Atividade Física como “Movimento corporal que produz gastos de energia acima dos níveis de repouso” (Brasil, 2013a).

Este entendimento faz referência a todos os movimentos corporais voluntários, distribuídos em quatro domínios: ocupacional, relacionado as atividades em tempo laboral; tarefas domésticas, atividades do cotidiano em casa; deslocamento, atividades dimensionadas ao deslocamento ativo e tempo de lazer, atividades recreativas, realizadas intencionalmente (Nahas, 2017). As atividades são categorizadas por níveis de intensidade leve, moderada e intensa. Com o enfoque no gasto energético, a atividade física enquadra-se como algo mecanizado (Piggin, 2020). Nesta compreensão, enquanto algumas atividades são feitas por escolha e podem ser prazerosas, outras atividades físicas relacionadas ao trabalho ou tarefas domésticas podem ser necessárias ou obrigatórias, mas não necessariamente satisfatórias ao praticante. Os relatos de atividades físicas de deslocamento, ocupacional e domésticas são mais frequentes no Brasil que em países desenvolvidos, onde a atividade física no período de lazer é significativamente maior em consideração ao nível de atividade física total (Martinez-Gonzalez *et al.*, 2001).

Nesta concepção, a atividade física é associada a reprodução de movimentos. E a prática de qualquer atividade física, realizada regularmente beneficia a saúde (World Health Organization, 2018). Esta perspectiva atrela saúde a um estilo de vida em que o indivíduo esteja fisicamente ativo, independente do domínio de atividade física realizado. Tal perspectiva frequentemente relaciona o sujeito com o objeto, priorizando aspectos quantitativos e individuais em detrimento da busca pelo significado das ações humanas (Carvalho, 2001). No entanto, esta afirmativa deve ser refletida, a observar as atividades de esforço repetitivo que não produzem benefícios à saúde, portanto, pondera-se evitar afirmações absolutas sobre os benefícios da atividade física para a promoção da saúde (Piggin, 2020). Além do distanciamento em relação a problemas estruturais que determinam a prática (Fraga, 2006). Que podem afetar o acesso, disponibilidade e motivação para a prática da atividade física, tais como condições financeira, de infraestrutura e segurança, apoio social e padrões culturais.

O termo atividade física e vida ativa estão entrelaçados aos sentidos biomédicos e descobertas científicas-tecnológicas e surgem como medidas para o combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e comportamento sedentário (Fraga, 2006). A vida ativa e atividade física se firmaram a partir de correlatos entre atividade física e saúde na década de 50 e em meados dos anos 80, os termos de vida ativa junto às políticas de promoção da saúde e ajustando seus saberes (Fraga, 2006).

A partir desta compreensão, a produção científica resulta de estudos biológicos sob a perspectiva do corpo e do movimento (Silva e Damiani, 2005). A produção científica a partir da concepção de atividade física obteve significativo enfoque nos estudos epidemiológicos no cenário brasileiro e literatura interacional (Hallal *et al.*, 2007; Damico e Knuth, 2014). Utilizado frequentemente nos estudos epidemiológicos, a atividade física refere-se à prática benéfica à saúde, levando em consideração o gasto energético e intensidade (Carvalho e Manoel, 2015). Para além da produção científica, reflexos da perspectiva epidemiológica da atividade física são difundidos em programas de saúde, inseridas nos espaços do SUS, inclusive na APS (Damico e Knuth, 2014), uma vez que a prática regular está associada aos benefícios fisiológicos e consequentemente, à redução do risco de desenvolvimento de doenças, principalmente DCNT.

A perspectiva biológica da atividade física é insuficiente em função de sua complexidade. Autores apresentam uma definição de atividade física com uma concepção ampliada, sendo atribuídos componentes e determinantes biopsicossociais, culturais e comportamentais ao movimento (Pitanga, 2002; Damico e Knuth, 2014; Piggin, 2020; Silva *et al.*, 2022). A “atividade física envolve pessoas que se movem e atuam em espaços e contextos culturalmente específicos e são influenciados por uma gama única de interesses, emoções, ideias, instruções e relacionamentos” (Piggin, 2020, p.5). Nesta perspectiva, compreende-se a atividade física como um momento afetivo, emocional com incorporações da experiência vivida através do movimento (Piggin, 2020). Maltagliati *et.al.*, (2022) apontam para a incorporação do discurso dos benefícios afetivos na promoção de atividade física no campo da saúde, e que os seus benefícios em saúde seriam secundários para a adesão e sustentabilidade da prática pelos indivíduos.

Também é necessário reconhecer que os fatores sociais e políticos modificam as experiências inerentes a atividade física (Matias e Piggin, 2020). Entende-se que sob a perspectiva de desigualdades, os múltiplos fatores e determinações devem ser considerados (Silva *et al.*, 2022). Esta concepção avança além das lentes biológicas para o reconhecimento das dimensões inseridas na prática da atividade física.

A atividade física é vivenciada ao longo da vida das pessoas, com investimentos em políticas públicas e no campo científico (Damico e Knuth, 2014). A prática está associada a efeitos fisiológicos e redução de risco para as DCNT (Miles, 2007; Guthold *et al.*, 2018; Rutter *et al.*, 2019), efeitos psicológicos e de bem-estar (Guthold *et al.*, 2018; Mau *et al.*, 2021), efeitos sociais (Ferreira, Kirk e Drigo, 2022) e efeitos sustentáveis (Rutter *et al.*, 2019).

No entanto, desafios são postos para promoção da AF no cotidiano da população, em especial no cenário brasileiro. Em consideração a dimensão territorial e desigualdades sociais enfrentadas no país, reconhece-se a relação dos fatores ambientais, sociais e econômicos em que a população está inserida repercutem no acesso e possibilidades de prática da AF (Silva *et al.*, 2022; Knuth e Antunes, 2021). Identificar os limitantes envolvidos e reconhecer que a prática não está restrita a decisões individuais são importantes para a construção de políticas e recomendações sólidas para a prática da AF.

A Atividade Física sob uma perspectiva ampliada contribui em outras dimensões da vida, para além dos fatores biológicos e físicos. São potenciais espaços para a produção de encontros entre os sujeitos e coletividades, humanização e contribuição nos modos de viver (Ferreira, Kirk e Drigo, 2022). E potentes para o fortalecimento do controle e corresponsabilidade social, integralidade do cuidado e acesso aos serviços de saúde e lazer (Brasil, 2009). O conteúdo proposto nos programas de AF deve basear-se na ideia de que é o conhecimento e vivência do ser humano e seu corpo que dá a possibilidade de se manifestar, de se expressar para melhorar sua saúde, e não priorizado na relação entre atividade física visando a saúde, proporcionar através do contato e experiência com o movimento corporal, melhores condições de expressão, e construção de possibilidades para se situar no mundo, e viver melhor individualmente e coletivamente (Carvalho, 2001). A integração social e sociabilidade são potencial para alteração das experiências afetivas durante a atividade física (Rice *et al.*, 2020).

Para além da dimensão da atividade física em si, a atuação no campo da saúde deve ser direcionada ao indivíduo, em uma perspectiva centrada no sujeito e junto à comunidade no serviço de saúde (Damico e Knuth, 2014).

3.3.1 A ATIVIDADE FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

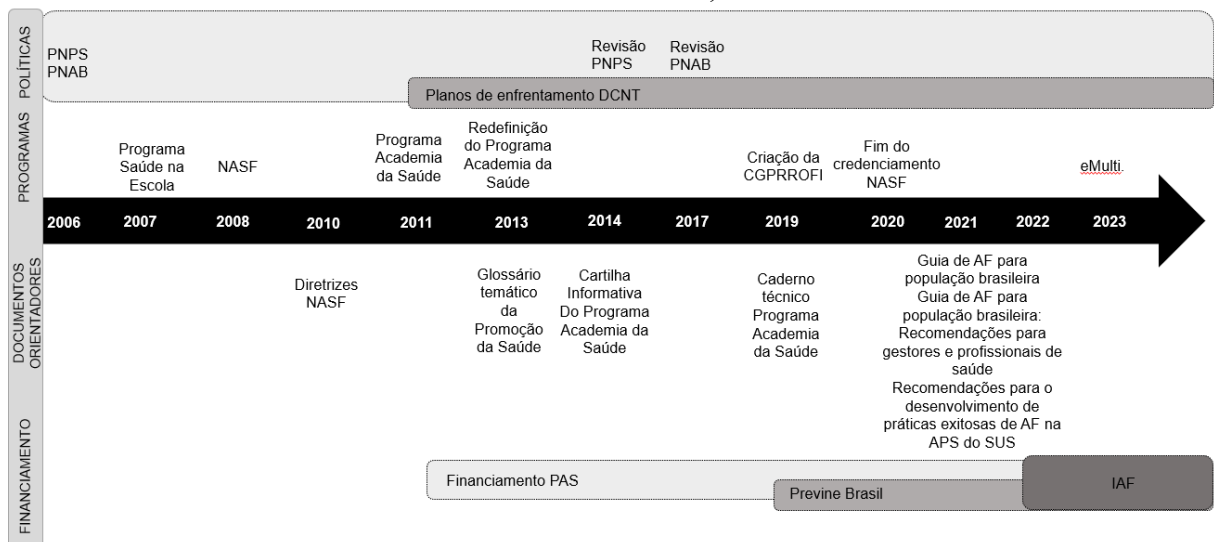
Na década de 90, programas de promoção e incentivo à prática de atividade física, com objetivo de ampliar a disseminação, conhecimento e benefícios da prática foram implementados no território brasileiro (Ferreira e Najar, 2005). Os projetos com práticas independentes voltadas ao estilo de vida ativo foram indiciados pelas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)

relacionadas ao sedentarismo. Foram desenvolvidos através de documentos do Ministério da Saúde e de financiamento de programas comunitários de práticas corporais e atividade física, como exemplo, o programa Agita Brasil, inspirado no Agita SP, que surgiu com foco no combate ao comportamento sedentário e DCNT, através do discurso da vida ativa e benefícios sanitários, do bem corporal; econômicos, a partir da gratuidade; e morais, como oportunidade para conhecer novas pessoas (Fraga, 2006; Carvalho e Nogueira, 2016).

Destaca-se a parceria entre representatividades do Ministério da Saúde e Ministério do Esporte para a elaboração das ações, disseminando principalmente em níveis estaduais e municipais programas e campanhas de incentivo à atividade física, além da constituição a Rede Nacional de Atividade Física (Knuth *et al.*, 2010).

No ano de 2006, foram concebidas normativas e programas que direta ou indiretamente apresentam relação com a AF, principalmente no nível da atenção primária no Sistema Único de Saúde (SUS) (Carvalho e Nogueira, 2016). A linha do tempo das publicações das políticas, programas e normativas relacionadas com a AF estão descritas na Figura 3.

Figura 3: Linha do tempo das principais iniciativas e publicações do Ministério da Saúde sobre atividade física. Brasil, 2006 a 2023



AF: Atividade Física; APS: Atenção Primária à Saúde; CGPROFI: coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais; eMulti: equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família (posteriormente renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; IAF: Incentivo Financeiro Federal de Custeio para Ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde; PAS: Programa Academia da Saúde; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaboração da Autora (2024)

Quanto às políticas públicas, tanto a PNAB quanto a PNPS apresentam itens sobre AF. O lançamento da PNPS ocorreu em 2006, e apresentava eixos temáticos de atuação, entre os quais, estavam presentes as práticas corporais e atividade física (Brasil, 2006). A compreensão da atividade física como fator de proteção para a morbidade e mortalidade por DCNT foi

fundamental para a inserção da AF como temática na PNPS naquele momento (Malta *et al.*, 2014). Foi um marco para institucionalização da atividade física no SUS, e para o crescimento da oferta destas práticas nos serviços de saúde (Malta *et al.*, 2009; Carvalho e Nogueira, 2016). Destaca-se a aproximação da atividade física à promoção de saúde, via PNPS, contribuindo para a estruturação e disseminação da AF em nível federal (Malta *et al.*, 2009; Carvalho e Nogueira, 2016). Neste sentido, as práticas passaram a ser consideradas em magnitude e atreladas à perspectiva da promoção da saúde e princípios do SUS. A PNPS foi revisada em 2014 mantendo a AF como um dos eixos e sintetizando as ações.

Já a PNAB reforçou a organização da atenção primária e aproximou a promoção das práticas corporais e atividade física direcionada à população pertencente ao território da APS. A PNAB, instituída em 2006, foi revisada pela primeira vez em 2011, mantendo sua base e com introdução de novos arranjos em vista da ampliação do acesso e resolubilidade da AB, no entanto, novos programas e ações foram instituídos ou modificados, iniciando em 2015 o processo de nova revisão da PNAB (De Almeida *et al.*, 2018).

A reformulação possuía como objetivos a reafirmação das diretrizes e fundamentos estratégicos da PNAB e reforço da ESF como prioritária, além de mudanças para a ampliação do acesso, acolhimento e resolubilidade da AB, no entanto, este processo foi interrompido devido os acontecimentos políticos, mudança de Ministro da Saúde, com a saída de Arthur Chioro e início de Marcelo Castro – fundamentada na sustentação política da presidente no Congresso Nacional - e posterior impeachment da presidenta Dilma Rousseff, em agosto de 2016, com ascensão do Vice-Presidente, Michel Temer (De Almeida *et al.*, 2018). O Ministério da Saúde foi assumido pelo deputado e engenheiro Ricardo Barros, e a revisão da PNAB foi retornada em 2017, em cenário de tensão e disputas políticas, a agenda foi realizada prioritariamente entre gestores, com posterior consulta pública, e publicação em setembro de 2017 (De Almeida *et al.*, 2018).

Os programas federais criados no período 2007-2008 são o Programa Saúde na Escola (PSE), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente nomeado Núcleo Ampliado à Saúde de Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Academia da Saúde (PAS). A criação do PSE em 2007, destinado a crianças e adolescentes escolares, trouxe a AF como eixo norteador para as ações, contribuindo significativamente para a visibilidade da AF e interlocução entre setores saúde e educação. A criação dos NASF, em 2008, com objetivo de ampliação da abrangência e escopo das ações da APS (Brasil, 2008), através das equipes multiprofissionais e inclusão do profissional de educação física foi um fator contribuinte para o fortalecimento da AF na APS (Carvalho e Nogueira, 2016).

A publicação do Caderno de diretrizes do NASF e ferramentas para gestão e trabalho, em 2010 e 2014 respectivamente, reforçam a AF na perspectiva da transversalidade, integralidade e acessibilidade (Brasil, 2010, 2014a). Os Cadernos da Atenção Básica publicados pelo Ministério da Saúde e produzidos para a orientação dos profissionais de saúde atuantes na APS apontam a AF como estratégia de ação coletiva e/ou individual para o cuidado em diferentes grupos populacionais e condições de saúde.

O lançamento do PAS ocorreu em 2011, com objetivo primário de contribuir para a oferta da AF, através de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal. Com incentivo financeiro federal para construção e manutenção dos polos, difundiu-se em nível federal, através da articulação com a atenção primária (Malta *et al.*, 2018). Em 2013, o PAS foi revisado e seus objetivos ampliados para contribuição da promoção da saúde e aproximação com a APS como um ponto da RAS, orientado pelas diretrizes na PNPS e PNAB (Brasil, 2013b). No mesmo ano foi lançado o glossário temático de promoção da saúde, com as definições de atividade física e práticas corporais. Em 2014, foi lançada a cartilha informativa do PAS, contendo sinteticamente os objetivos e diretrizes, eixos e propostas de atuação, modalidades de polo e forma de custeio. Em 2019, foi lançado o caderno técnico de apoio à implantação e implementação do PAS, direcionado aos profissionais de saúde e gestores, para instrumentalização em nível local do PAS. O material foi validado em oficinas realizadas em PE, PR, ES, MG para gestores estaduais e municipais, adequando as informações e disposição do conteúdo e o conteúdo visual e experiências de diversas realidades foram apresentadas (Brasil, 2019). Em 2023, o PAS foi financiado por emenda parlamentar (Tusset *et al.*, 2020; Carvalho e Vieira, 2022).

Entrelaçado ao discurso da promoção da saúde, as agendas sociais nacionais e internacionais de estratégias para o desenvolvimento sustentável e discussões para o enfrentamento das DCNT, potencializadas na década de 90 (Prata, 1992) e apresentando-se crescentes no século XXI, foram elaborados os Planos de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT, 2011-2022, e posteriormente a versão 2022-2030. Estas iniciativas visam o aumento da prática de AF da população brasileira (Carvalho e Nogueira, 2016).

Em 2019, houve a modificação do modelo de financiamento da APS, instituído pelo Programa Previne Brasil, em 2019, com alteração nos indicadores para a distribuição dos recursos financeiros federais destinados à APS. E em 2020, houve a descontinuidade do credenciamento das equipes de NASF-AB, com autonomia da gestão municipal para a composição da equipe conforme as necessidades locais (Carvalho e Vieira, 2022; BRASIL, 2020a),

Ainda, com a modificação na estrutura de gestão federal em 2019, o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 criou a Coordenação Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI), junto ao Ministério da Saúde, no Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), da Secretaria de Atenção Primária (SAPS), com vista ao fomento e gerência de políticas públicas em nível nacional (Brasil, 2022b). O CGPROFI foi responsável pela gestão da AF, especialmente na APS e PAS no período de 2019 a 2022.

Em 2021, foi publicado o Guia de atividade física para a população brasileira, com apresentação das primeiras recomendações elaboradas pelo Ministério da Saúde sobre atividade física (Brasil, 2021a). Ele aborda os elementos da prática e domínios da atividade física, quantificação, intensidade e recomendações de acordo aos ciclos de vida ou condicionantes específicas. As recomendações são veiculadas por imagens e linguagem prática, voltada a população. Também foi publicada a versão direcionada aos gestores e profissionais de saúde, com a elaboração de ambas constituída a partir da revisão de literatura e consulta pública a população e especialistas (Brasil, 2021a). No mesmo ano foi publicada a cartilha intitulada como as recomendações para o desenvolvimento de práticas exitosas de atividade física na APS do SUS, esse material busca através da explanação de experiências a qualificação do serviço com efeito sob a prevenção de doenças crônicas e qualidade de vida, foi desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) com subsídios do Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Brasil, 2021b).

No ano de 2022, foi divulgado pelo Ministério da Saúde o incentivo financeiro federal de custeio para ações de atividade física na APS (IAF), visando à aquisição de recursos humanos e materiais, qualificação do ambiente, na perspectiva de ampliar as ações de atividade física no âmbito do SUS (Brasil, 2022a).

O programa e-Multi foi lançado em 2023, pela Portaria nº. 635, de 22 de maio de 2023, a qual instituiu o incentivo financeiro federal para a implementação e custeio de equipes Multiprofissionais na APS. O profissional de educação física está inserido como categoria profissional do e-Multi, como atualização deste programa está a possibilidade de atendimentos remotos, via tecnologias de informação e comunicação (TIC), o pagamento por desempenho com ciclos de monitoramento e a ampliação para vinte e duas especialidades (Brasil, 2023).

No Brasil são realizados inquéritos populacionais de âmbito nacional e constituem instrumentos para a produção de conhecimento e auxiliar no planejamento e orientação das políticas do setor saúde (Malta *et al.*, 2008; Travassos, Viacava e Laguardia, 2008). Neste loco, a Pesquisa Nacional da Saúde (PNS) e o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), incluem blocos de questões

direcionadas às práticas de AF. O VIGITEL é um inquérito telefônico realizado anualmente de forma contínua desde sua implementação em 2006, com foco no monitoramento dos determinantes das DCNT e fatores de risco no país (Brasil, 2010). E a PNS é um inquérito domiciliar de entrevista face a face e dá continuidade ao Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), foi aplicada em 2013, e sequencialmente em 2019, continuando o monitoramento dos indicadores em saúde (Damacena *et al.*, 2015; Stopa *et al.*, 2020).

3.4 ANÁLISE DAS RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

A atividade física incorporadas na PNPS se fundamentam na concepção de promoção de saúde sustentadas pela intersetorialidade, equidade, educação em saúde, aprimoramento de ambientes e mobilidade urbana (Malta *et al.*, 2014; Brasil, 2018).

Em análise do discurso sobre AF veiculadas no site Saúde Brasil, do MS, entre 2017-2020 realizada por Nunes, Knuth (2023), observou-se entre os anos de 2017-2018, a predominância de orientações de AF de lazer, direcionadas para a realização no tempo livre, que se entrelaçam a socialização, gostos pessoais, divertimento. No entanto, nas publicações o destaque aos benefícios fisiológicos/biológicos, de rendimento e condicionamento físico destacaram-se em relação aos sentidos sociais e culturais. Ainda, entre as práticas de lazer, as práticas esportivas se destacaram, e foram escassas as ginásticas, lutas, danças e jogos. Foram observadas recomendações de atividades em que são necessários ambientes específicos e incentivo a vestimentas adequadas para a prática, com aparente falta de compreensão da realidade social do país e criando distanciamento de grupos sociais das práticas indicadas.

No período de 2019-2020, as orientações sobre as atividades físicas diárias são aquelas práticas com possibilidade de inserção na rotina e realizadas a qualquer momento, destacando-se as recomendações de AF de deslocamento, laboral e doméstica. As publicações da AF associadas ao comportamento sedentário estiveram presentes em todos os momentos, acentuando-se neste último período analisado. Observou-se o aumento da instrumentalização da AF, atribuindo o seu incentivo e prática às contribuições e valores físicos, emocionais, econômicos e de produtividade. Encontra-se um objetivo para a movimento, além do movimento em si, no entanto, o usufruto do tempo livre para si próprio a partir do movimento é pouco explorado e incentivado. Em síntese, percebe-se o reforço da saúde relacionada

exclusivamente ao biológico, promovidos sem consideração dos aspectos sociais, econômicos e históricos para a promoção da saúde e isso poderá resultar na acentuação das desigualdades.

Seguem reflexões sobre os discursos frente a Atividade Física no SUS. Carvalho (2020), em análise de conteúdo dos textos, imagens e vídeos das notícias do sítio eletrônico da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e rede social do MS publicados em 2019 vinculados à AF, referiu o posicionamento da AF como fator para a saúde e prevenção de doenças, presente no discurso de vida ativa e saudável.

Malacarne (2022), em estudo realizou a análise do capítulo direcionado a educação física escolar presente no Guia de Atividade Física para a população Brasileira, como resultado identificou que o discurso e ideário de saúde aproxima-se a aspectos biológicos, funcionalidades do corpo e predominância de práticas esportivas.

Em estudo de Carvalho *et.al* (2024), foi realizada a análise de conteúdo categorial-temática do GAF, a partir da concepção ampliada da saúde. A partir das categorias encontradas, concluiu-se que a concepção ampliada de saúde está inserida no GAF, levando em consideração elementos vinculados ao bem-estar, empoderamento, participação social, determinação social da saúde, fortalecimento de vínculos, em aproximação ao debate sobre o desenvolvimento humano. Também foi identificada a ausência do conceito de saúde qual o documento foi embasado, associação da AF ao profissional de educação; questões relacionadas as vulnerabilidades das minorias.

No cenário internacional, em análise das diretrizes de AF do continente americano, as recomendações de atividade apresentaram-se associadas à melhores parâmetros da saúde e com foco na intensidade e volume da prática (GUERRA, *et.al*, 2021). E sugere-se que futuras diretrizes nacionais de AF transcendam a abordagem meramente prescritiva, considerando a complexidade dos determinantes e consequências da AF, com incorporação de elementos que integrem a AF no âmbito ampliado de saúde, juntamente a intervenções nos determinantes sociais e ambientais de saúde, ao empoderamento da população e instituições como agentes protetores de saúde.

4 MÉTODO

O presente estudo caracteriza-se uma análise documental, exploratório e descritivo, de natureza qualitativa.

A pesquisa exploratória, visa a familiarização com o problema de pesquisa, tornando-o mais explícito ou ainda, construindo hipóteses a seu respeito (Gil, 2008). E descritiva, pois busca descrever as características de determinado fenômeno (Gil, 2008). Busca-se adquirir uma compreensão inicial sobre o objeto de estudo, seguida da análise das características e descrição de forma detalhada. A pesquisa qualitativa envolve um meio para explorar e entender os significados atribuídos a um problema social, o processo envolve a coleta de dados, a análise constituída a partir das singularidades para os temas gerais e a interpretação realizada acerca do significado dos dados (Creswell, 2010).

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa classifica-se como documental, utiliza materiais que não receberam tratamento analítico, apresentando como vantagem a estabilidade dos dados. Realizada a partir de fontes primárias derivadas de documentos governamentais oficiais publicados pelo Ministério da Saúde. Com aplicação da análise documental a partir da análise de conteúdo (AC) com base referencial de Laurence Bardin (1977). A AC abrange técnicas de análise que através de procedimentos organizados e sistemáticos fragmentam o conteúdo, com indicadores qualitativos e/ou quantitativos que permitem a inferência de conhecimentos referentes às condicionantes de produção e recepção destas mensagens (Bardin, 1977). Para Minayo (2000), a AC permite a descoberta do que se manifesta nas entrelinhas dos documentos, ultrapassa o que está aparente na comunicação. Esta técnica proporciona uma análise crítica da comunicação dos documentos.

A pesquisa documental apresenta dois momentos: 1) A escolha dos documentos; 2) Análise documental (Lucke, 1986; Godoy, 1995; Calado, 2009).

4.1 ESCOLHA DOS DOCUMENTOS

A escolha dos documentos foi intencional e incluiu a totalidade dos manuais orientadores de atividade física publicados pelo Ministério da Saúde e vigentes em 2023

Portanto, foram incluídos: (1) Guia de atividade física para a população brasileira; (2) Guia de atividade física para gestores e profissionais, e (3) Recomendações para o desenvolvimento de práticas exitosas de AF na APS.

Os documentos foram obtidos por meio do sítio eletrônico de acesso gratuito do Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>). A coleta dos documentos foi realizada entre os meses de janeiro a março de 2023.

Os documentos analisados estão descritos no quadro 2, conforme natureza, origem e ano de publicação.

Quadro 2: Documentos analisados, origem e ano de publicação

Identificação	Título do documento	Origem/ Ano de publicação
1	Guia de Atividade Física para a População Brasileira	Ministério da Saúde, 2021
2	Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde	Ministério da Saúde, 2021
3	Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde, 2021

Fonte: Elaboração da Autora (2024)

4.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental caracteriza-se por um momento de interpretação e síntese das informações, determinação das tendências e possíveis conclusões (Sá-Silva, Almeida e Guindani, 2009). Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo e para a condução da análise serão seguidas as etapas metodológicas: a) Pré-análise; b) Exploração do material; c) Tratamento dos resultados (BARDIN, 2004).

4.2.1 PRÉ-ANÁLISE

Esta etapa consiste na organização primária do material, direciona o olhar analítico aos documentos com objetivo de sintetizar as informações iniciais (BARDIN, 2004). Possui as dimensões de constituição do corpus de análise, leitura flutuante e aproximação com os textos e documentos (BARDIN, 2004; FRANCO, 2008).

Primeiramente, foi realizada a leitura flutuante dos documentos previamente selecionados, para estabelecer o contato com os dados e as primeiras percepções contidas nos

documentos. Para a constituição do corpus de análise utiliza-se os critérios de exaustividade, que consiste na reunião de todos os elementos desse corpus sem omissão; de representatividade, com amostras representativas ao universo; de homogeneidade, com dados coletados referindo-se ao mesmo tema; de pertinência, quais os documentos adequados aos objetivos da pesquisa e exclusividade, em que um elemento não deve ser classificado em várias categorias (BARDIN, 2004). O critério de exaustividade foi aplicado na análise dos documentos na íntegra. Para cumprir a representatividade, a análise foi realizada nos documentos guias e recomendações de AF no SUS publicados pelo MS. Os documentos selecionados são homogêneos quanto a autoria e sua origem de publicação, como unidade de análise, todos os documentos foram analisados na íntegra. O corpus foi constituído em conformidade e pertinência ao objetivo e problema de pesquisa (Quadro 3).

Quadro 3: Constituição do corpus de análise

Documento	Nome do documento	Número de páginas	Descrição
	Guia de Atividade Física para a População Brasileira	52p	Guia de 8 capítulos, com recomendações para a atividade física direcionada à população brasileira.
	Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde	20p.	Guia composto por 3 capítulos. Auxilia o planejamento e desenvolvimento de programas de saúde e ações intersetoriais voltadas à promoção da atividade física e planejamento do processo de trabalho e na composição e qualificação das equipes da Atenção Primária à Saúde.
	Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.	36p.	Guia composto por 3 capítulos direcionados aos profissionais de saúde para planejamento e avaliação de práticas de atividade física no âmbito da APS no SUS.

Fonte: Elaboração da autora (2024)

4.2.2 EXPLORAÇÃO DO MATERIAL

Esta etapa corresponde à sistematização das decisões, através da codificação que consiste em agrupamentos conforme as características do conteúdo (Bardin, 2004). O processo de codificação foi implementado a partir da leitura integral dos documentos selecionados, de forma sequencial, respectivamente à codificação em uma categoria exclusiva.

Para isso foi determinada a análise categorial temática. Esta análise menciona o núcleo de sentido conforme a frequência de aparição ao longo do documento (Bardin, 2004). Se definiu como Unidade de Registro (UR) o tema e a Unidade de Contexto (UC) a frase. Qual a UR é a menor fragmentação do conteúdo a ser codificado, enquanto a UC representa o posicionamento em que a UR está inserida para auxiliar sua compreensão (Bardin, 2004; Franco, 2008).

Foi realizada a análise da presença e frequência das UR. A contagem de frequência verifica a regularidade de uma temática, a ordem em que são evidenciadas as UR, e a presença de mais de uma UR na UC ou a ausência de uma UR são considerados indicadores (Bardin, 2004).

As categorias são constituídas por classes que agrupam elementos por sua similaridade (Bardin, 2004). Estas mediadas por teorias que fornecem possibilidades de uma unidade analíticas de descrição do fenômeno e ampliação do conhecimento sobre ele, essencialmente, os códigos são agrupados em categorias quando são relacionados em termos de conteúdo ou contexto, portanto, a codificação ocorre pela aplicação de códigos contidos em categorias. (Sampaio, 2021). No estudo, as categorias foram criadas a posteriori, de modo indutivo, ou seja, a partir dos dados obtidos durante a pesquisa.

A codificação inicial foi realizada manualmente pela pesquisadora com auxílio do Microsoft Excel 365. As temáticas foram identificadas a partir da leitura do material (*a posteriori*). Neste primeiro momento o escopo de UR identificadas foi abrangente: *“Planejamento da AF; monitoramento e avaliações individuais - Ações organizativas da equipe APS - Territorialidade - Educação permanente - Gestão local - Ampliação do acesso - Acessibilidade - Inclusão de Pessoas com Deficiência- Autonomia - Preferência pessoal - responsabilidade individual - Benefícios com a prática de AF Benefício biológico AF Benefício social Benefício psicológico/cognitivo - Socialização - Satisfação - Comportamento - Estilo de vida - Hábitos - Mudança de comportamento e vida ativa – Cultura - Definições de AF – Atuação do Profissional de Educação Física - Domínios AF - AF lazer AF deslocamento AF laboral AF doméstica - Modalidades de prática - Difusão da AF – Aconselhamento - Divulgação em massa - Educação em saúde - convite para a prática - Rede de apoio -*

Intersetorialidade - parcerias ensino-serviço - governança de gestão - Planejamento, monitoramento e avaliação macro - locais para a prática - movimento comunitário/cultural - oferta de AF em local privado - programas e espaços públicos de oferta de AF - planejamento participativo - Segurança - Busca por orientação de profissional - Segurança com a prática - Segurança - fatores biológicos Tecnologias em AF - Uso de tecnologias individuais - Telessaúde Orientações e recomendações de frequência e intensidade”.

Vista a similaridade entre as UR, os elementos que apresentavam maior grau de sentido em comum foram agrupados., posteriormente agrupados em categorias, seguido da elaboração do livro de códigos, com a descrição das categorias, códigos e critério de classificação. resultando na versão final em nove categorias e onze subcategorias, apresentada no Quadro 4.

Quadro 4: Categorias e subcategorias de análise e rationale

Categoria/ Subcategoria
Acesso
Conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza e facilitam a inserção do indivíduo na prática de AF.
<i>Locais para a prática</i>
Oferta de AF em locais e programas financiados por agentes públicos ou privados, através de programas e políticas direcionadas para a prática de AF, tais como Academia da saúde, e-Multi, sistema S.
<i>Acessibilidade</i>
Estratégias e ações para garantir o acesso à AF por Pessoas com Deficiência (PCD), tais como modificações nas estruturas físicas, e oferta igualitária de acesso em serviços e ações.
Intersetorialidade
Comunicação e ações conjuntas, planejamento e discussões entre setores públicos distintos.
Autonomia
Capacidade de um indivíduo de agir, tomar decisões e se comportar de forma independente, com base em suas próprias escolhas, valores e interesses, tendo liberdade de assumir as escolhas e responsabilizar-se por suas consequências.
Benefícios com a prática de AF
Resultados favoráveis atribuídos à prática de AF.
<i>Benefício biológico</i>
Efeitos nas estruturas fisiológicas do organismo devido a prática de AF.
<i>Benefício cognitivo/psicológico/bem-estar</i>
Efeitos nas estruturas psíquicas e cognitivas devido a prática de AF, incluindo o bem-estar.
<i>Benefício social/socialização</i>
Efeitos nas estruturas sociais e de integração devido a prática de AF, considera-se o momento de interação entre os indivíduos, com envolvimento de habilidades sociais.
Definições de AF
Significados e compreensões atribuídos aos termos relacionados a AF.
Estilo de vida
Conjunto de hábitos e costumes influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Estilo de vida em que a atividade física é valorizada,

envolvendo a inclusão da prática regular de AF, redução do comportamento sedentário e modificações alimentares.
Estratégias para a disseminação da AF
Estratégia para a promoção da AF a partir da disseminação de informação, espaços de diálogo entre profissional-população e apoio entre pares. Inclui a educação em saúde e aconselhamento em espaços de trocas de saberes e diálogos entre profissionais de saúde e comunidade com objetivo de resolução dos problemas ou promoção da saúde; a rede de apoio, sendo ela o contato social, comunitário ou familiar que estabeleça vínculo e facilite tomadas de decisões para a adesão e a disseminação das práticas de AF; e a divulgação em massa, sendo ela uma estratégia para disseminar conhecimento sobre temas de saúde, de forma verticalizada para o maior quantitativo de indivíduos, por meio de mídias como TV, rádio, folders, cartazes ou redes sociais.
Operacionalização da AF
Gerenciamento da AF para potencializar a continuidade das ações e práticas, a partir do financiamento, organização, planejamento, monitoramento e avaliação da AF nos serviços públicos de saúde, com destaque para o nível municipal, mas não exclusivamente.
<i>Governança de gestão</i>
Processos e práticas utilizadas para a garantia de planejamento, organização e tomadas de decisões em espaços de gestão da saúde.
<i>Ações equipe de APS</i>
Incluem ações da equipe, como a educação permanente, um processo de aquisição acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele; a gestão local para a execução, planejamento, monitoramento e avaliação das ações de AF; a participação popular, sendo a inclusão ativa da comunidade nas tomadas de decisão, planejamento, formulação e controle de ações e políticas públicas; a territorialidade, o processo de vivência do território pela sociedade, na perspectiva das relações políticas, econômicas e culturais; e o uso de tecnologias como o telessaúde, como serviços de assistência à saúde e educação à distância.
<i>Ações para a prática de AF</i>
Ações realizadas pelo profissional de educação física para o planejamento, inserção e execução da AF no local de prática. Também incluem ações realizadas pelos outros profissionais de saúde com os participantes da AF para mensurar os resultados da prática.
Recomendações de AF
Orientam o cumprimento e a segurança da prática da AF.
<i>Domínios AF</i>
Categorizações da AF em distintos locais e modalidades, sendo eles: domínio lazer (realizada intencionalmente no tempo livre, em momento de lazer), deslocamento ativo (como forma de transporte entre locais distintos), laboral (realizada no local de trabalho ou estudo), e doméstico (realizada durante as atividades domésticas e do lar)
<i>Orientações frequência e intensidade</i>
Orientações e recomendações sobre o nível e regularidade da prática
<i>Segurança</i>
Refere-se à cuidados e medidas de segurança recomendadas para a execução antes, durante ou após a prática de AF, modificações fisiológicas esperadas que garantem a segurança na prática da AF, e busca por auxílio profissional ou serviço de saúde para tomada de decisão clínica.

Fonte: Elaboração da autora (2024)

Para o processo de codificação final do material, foi utilizada o software de análise qualitativa MAXQDA Analytics Pro®, versão 2022 como ferramenta auxiliar na qualificação do rigor na organização e exploração do material. A utilização de software otimiza a gestão de tempo no processo de codificação. O software possui ferramentas que possibilitam incorporar dados textuais, áudio e imagens, otimiza o armazenamento e organização dos dados com a busca textual de códigos, comparação entre códigos e documentos, importação e exportação dos dados qualitativos e quantitativos (Creswell, 2010).

A criação do projeto na interface do software se deu por meio da importação dos três documentos, seguida pela codificação manual. Neste momento, foram adicionadas '*notas e comentários*' com os critérios de codificação, registros e organização dos insights dos temas relevantes para aprofundamento posterior. O co-autor realizou a revisão para verificação da consistência da formulação e locação dos códigos. Como critério de confiabilidade da categorização foram aplicadas em todas as categorias os critérios de: exclusividade; homogeneidade; objetividade; pertinência e produtividade (Bardin, 2004; Sampaio, 2021).

4.2.3 TRATAMENTO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Remete ao tratamento dos resultados brutos para a apresentação da síntese e a interpretação das informações obtidas pela análise (Bardin, 2004). Foram aplicadas as técnicas de codificação e enumeração descritas anteriormente. Utilizadas as ferramentas de frequência de códigos para os dados quantitativos. Para a análise qualitativa elaborou-se resumos para cada categoria e documento, exportados em formato de tabela para software Microsoft Excel® para embasar a construção do resumo das categorias. Assim, os resultados e conclusões obtidos são descritos a seguir por meio de tabela e resumos, com alguns segmentos textuais extraídos do corpus documental para qualificar a ilustração das discussões propostas.

Os resultados e conclusões estão apresentados no próximo capítulo em formato de artigo científico. Resultados provenientes da análise e que não foram utilizados no artigo estão apresentados no Apêndice B.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

É válido ressaltar que esta pesquisa não demanda submissão ao comitê de ética, pois trata-se de um estudo de análise documental, com dados provenientes de documentos governamentais públicos.

4.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo apresenta a limitação de ser uma análise de documentos com um recorte temporal. Também, a análise documental foi utilizada como única fonte de evidência, bem como utilizou uma única fonte de autoria, o Ministério da Saúde, excluindo outras fontes de dados para a análise.

5 RESULTADOS

Atendendo aos dispositivos legais do Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados e discussões desta pesquisa serão apresentados por meio do artigo científico intitulado “Atividade Física no Sistema Único de Saúde brasileiro: Análise dos Manuais orientadores de Atividade Física publicados pelo Ministério da Saúde”, que será submetido à revista Saúde em Debate (A4), periódico reconhecido pelo sistema de avaliação vigente.

5.1 ARTIGO

Autora: Daiane Bottamedi

e-mail: dai.bottamedi@gmail.com

ORCID: 0000-0002-4651-8847

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Colaboração: Desenho do trabalho; coleta, análise e interpretação dos dados; redação do artigo; aprovação final da versão a ser publicada.

Co-autora: Daniela Alba Nickel

e-mail: daniela.nickel@ufsc.br

ORCID: 0000-0001-5236-5229

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Colaboração: Desenho do trabalho; análise e interpretação dos dados; revisão crítica do artigo; aprovação final da versão a ser publicada.

Correspondência: Daiane Bottamedi

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, s/nº, Centro de Ciências da Saúde (CCS), Departamento de Saúde Pública (SPB), 1º andar, sala 107. CEP: 88040-900. Florianópolis, SC, Brasil. Telefone: (48) 37219388.

Conflitos de interesse: Os autores informam a inexistência de qualquer tipo de conflito de interesses

Financiamento e agradecimento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela Bolsa CAPES no período de fev/2022 a out/2023.

Atividade Física no Sistema Único de Saúde brasileiro: Análise dos Manuais orientadores de Atividade Física publicados pelo Ministério da Saúde

Physical Activity in the Brazilian Unified Health System: Analysis of the Physical Activity Guidance Manuals published by the Ministry of Health

Resumo: O estudo tem o objetivo de analisar os manuais orientadores de atividade física publicados pelo Ministério da Saúde e vigentes em 2023. Trata-se de uma análise documental, de natureza qualitativa, a partir de fontes primárias derivadas de documentos governamentais oficiais publicados pelo Ministério da Saúde a partir da análise de conteúdo. Foram analisados o Guia de Atividade Física para a População Brasileira (GAF); Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde (GAFGP); Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de AF na APS do SUS (RPE). A análise dos três documentos resultou em 659 segmentos codificados distribuídos em nove categorias: Acesso, Intersetorialidade, Autonomia, Benefícios com a prática de AF, Definições de AF, Estilo de vida, Estratégias para a disseminação da AF; Operacionalização da AF, Recomendações da AF. As categorias emergentes da análise estiveram de acordo com os princípios da PNPS, embora algumas serem pouco mencionadas, como Equidade, na subcategoria Acessibilidade, a participação social – incluída na categoria operacionalização da AF, a menção superficial da Autonomia e a ausência de menção do Empoderamento. No GAF, as categorias Recomendações de AF, Estilo de vida e Benefícios com a prática de AF foram mais frequentes. O GAFGP, possui as categorias mais frequentes a operacionalização da AF e Estratégias para a disseminação da AF. O RPE, apresentou a Operacionalização da AF com maior frequência. Percebe-se com a análise o reforço da promoção da AF relacionada ao biológico, e a promoção da AF com pouca consideração dos aspectos sociais, econômicos e históricos.

Palavras-chave: Atividade Física; Promoção da Saúde; Atenção Primária à Saúde

Abstract: The study aims to analyze the Physical Activity (PA) guidance manuals published by the Ministry of Health in effect in 2023. This analysis adopts a qualitative and documentary approach, drawing upon primary sources derived from official government documents published by the Ministry of Health. The following documents were analyzed; The Physical Activity Guide for the Brazilian Population (PAG); Physical Activity Guide for the Brazilian Population: recommendations for managers and health professionals (PAGMP) and Recommendations for the Development of Successful Physical Activity Practices in SUS Primary Health Care (RSP). The analysis of the 3 documents resulted in 659 coded segments distributed across nine categories, namely: Access, Intersectionality, Autonomy, Benefits of PA practice, Definitions of PA, Lifestyle, Strategies for PA dissemination, Operationalization of PA, and PA Recommendations. The emerging categories of analysis were in line with the principles of the National Policy of Health Promotion (NPHP), although some were mentioned less frequently, such as Accessibility, related to equity, social participation (included in the PA operationalization category), the superficial mention of Autonomy and the absence of the Empowerment. In PAG, the most frequent categories were PA recommendations, Lifestyle, and Benefits of physical activity practice. In PAGMP, has the most frequent categories the Operationalization of PA and Strategies for the dissemination of PA. The RSP presented the Operationalization of AF more frequently. The analysis shows the reinforcement of the promotion of PA related to the biological, and the promotion of PA with little consideration of social, economic and historical aspects.

Key-work: Physical activity; Health promotion; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A atividade física hegemonicamente é reconhecida como qualquer movimento corporal produzido pelo músculo esquelético que exija gasto energético (1). Os programas governamentais de AF são associados a uma estratégia para a promoção da saúde e combate às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

A Atividade Física (AF) é reconhecida internacionalmente por seus múltiplos benefícios, incluída na agenda da saúde pública como estratégia da Agenda de Desenvolvimento Sustentável 2030 (2). A ampliação da sua oferta no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente na Atenção Primária à Saúde (APS), foi marcada pela publicação da Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) (3).

Está associada a alterações fisiológicas e consequentemente, benefícios para a saúde a partir da prevenção de doenças, principalmente DCNT (4,5). Este aspecto é observado em diretrizes e publicações de instituições e documentos públicos norteadores da AF, derivando conotações biomédicas e medicalizantes (6,7). Em uma perspectiva aproximada à concepção ampliada de saúde, a AF relaciona-se a questões sociais às decisões individuais (6).

A Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013 adicionou a AF à Lei orgânica do SUS como determinante e condicionante de saúde. Tal mudança legislativa representa um avanço na perspectiva de promoção da saúde (PS) e relevância da AF para o direcionamento de recursos, acesso equitativo e estratégias abrangentes de promoção da saúde (8).

Frente aos avanços e desafios da atividade física no contexto do SUS, a produção da análise documental das políticas públicas e de documentos governamentais possui relevância para a saúde coletiva. A análise contribui para o reconhecimento das ações governamentais e qualificação das políticas públicas (9). Consequentemente, torna favorável a otimização no processo de implementação e avaliação das políticas.

A análise de guias e documentos orientadores auxilia na identificação e entendimento da constituição das políticas existentes, assim como a revisão dos documentos e discursos, origem, objetivos, recursos e grupos sociais afetados. Tornando-se uma ferramenta para avaliação das políticas existentes e estabelecer recursos para o desenvolvimento de políticas futuras. É relevante o olhar crítico sobre o que está sendo descrito sobre a atividade física nos documentos e entender o direcionamento das ações sugeridas nos documentos, a pretexto de qualificá-las no campo prático.

Atualmente, os documentos orientadores da AF no SUS são: (a) Guia de Atividade Física para a população Brasileira (GAF), diretriz nacional brasileira para a promoção da

atividade física, elaborado para ser uma ferramenta informativa e educativa, com linguagem clara e acessível à população, (b) Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde, e (c) Recomendações de práticas exitosas de atividade física na atenção primária à saúde.

Assim, este artigo tem como objetivo analisar os guias de atividade física publicados pelo Ministério da Saúde e vigentes em 2023, e questiona: por qual perspectiva se orientam as ações de atividade física descritas nesses documentos? Espera-se que o direcionamento da AF no SUS supere o modelo biomédico, considerando os eixos da promoção da saúde da PNPS.

METODOLOGIA

Caracteriza-se como uma análise documental, de natureza qualitativa, a partir de fontes primárias derivadas de documentos governamentais oficiais publicados pelo Ministério da Saúde a partir da análise de conteúdo (10).

A escolha dos documentos foi realizada a partir do objetivo proposto e incluiu a totalidade dos Guias de AF e Recomendações publicados pelo Ministério da Saúde e vigentes em 2023. Portanto, foram incluídos: (1) Guia de atividade física para a população brasileira (GAF); (2) Guia de atividade física para gestores e profissionais (GAFGP), e (3) Recomendações para o desenvolvimento de práticas exitosas de AF na APS (RPE). Os documentos foram obtidos por meio do sítio eletrônico de acesso gratuito do Ministério da Saúde (<https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>). A coleta dos documentos foi realizada entre os meses de janeiro a março de 2023.

Os documentos analisados estão descritos no Quadro 1, conforme natureza, origem e ano de publicação.

Quadro 1: Documentos analisados, origem e ano de publicação

Identificação	Título do documento	Origem/ Ano de publicação/ páginas
1	Guia de Atividade Física para a População Brasileira	Ministério da Saúde, 2021. 52p.
2	Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde	Ministério da Saúde, 2021. 20p.

3	Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde, 2021. 36p.
---	---	---------------------------------

Fonte: Autores, 2024.

A análise documental caracteriza-se por um momento de interpretação e síntese das informações, determinação das tendências e possíveis conclusões (11). Utilizou-se a técnica de análise de conteúdo e para a condução da análise serão seguidas as etapas metodológicas: a) Pré-análise; b) Exploração do material; c) Tratamento dos resultados (10).

Na etapa de Pré-análise foi realizada a leitura flutuante dos documentos previamente selecionados, para estabelecer o primeiro contato com os dados. Para a constituição do corpus de análise utiliza-se os critérios de exaustividade, que consiste na reunião de todos os elementos desse corpus sem omissão; de representatividade, com amostras representativas ao universo; de homogeneidade, com dados coletados referindo-se ao mesmo tema; de pertinência, quais os documentos adequados aos objetivos da pesquisa e exclusividade, em que um elemento não deve ser classificado em várias categorias (10). O critério de exaustividade foi aplicado na análise dos documentos na íntegra. Para cumprir a representatividade, a análise foi realizada em todos os documentos guias e recomendações de AF no SUS publicados pelo MS. Os documentos selecionados são homogêneos quanto a autoria e sua origem de publicação, como unidade de análise, todos os documentos foram analisados na íntegra.

Na etapa de exploração do material, foi feita a leitura integral dos documentos selecionados, de forma sequencial, respectivamente à codificação em uma categoria exclusiva. Para isso foi determinada a análise categorial temática. Esta análise menciona o núcleo de sentido conforme a frequência de aparição ao longo do documento (10). Se definiu como Unidade de Registro (UR) o tema e a Unidade de Contexto (UC) a frase (10,12). As categorias foram criadas a posteriori, de modo indutivo, ou seja, a partir dos dados obtidos durante a pesquisa. A codificação inicial foi realizada manualmente pela pesquisadora com auxílio do Microsoft Excel 365.

As temáticas foram identificadas a partir da leitura do material, vista a similaridade entre as UR, os elementos foram agrupados aos que apresentavam maior grau de sentido em comum. E, posteriormente agrupados em categorias, seguido da elaboração do livro de códigos, com a descrição das categorias, códigos e critério de classificação. Resultante na versão final, com nove categorias e onze subcategorias, apresentada no Quadro 2.

Quadro 2: Categorias e subcategorias de análise e seu rationale

Categoria/ Subcategoria
Acesso
Conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabiliza e facilitam a inserção do indivíduo na prática de AF.
<i>Locais para a prática</i>
Oferta de AF em locais e programas financiados por agentes públicos ou privados, através de programas e políticas direcionadas para a prática de AF, tais como Academia da saúde, e-Multi, sistema S.
<i>Acessibilidade</i>
Estratégias e ações para garantir o acesso à AF por Pessoas com Deficiência (PCD), tais como modificações nas estruturas físicas, e oferta igualitária de acesso em serviços e ações.
Intersetorialidade
Comunicação e ações conjuntas, planejamento e discussões entre setores públicos distintos.
Autonomia
Capacidade de um indivíduo de agir, tomar decisões e se comportar de forma independente, com base em suas próprias escolhas, valores e interesses, tendo liberdade de assumir as escolhas e responsabilizar-se por suas consequências.
Benefícios com a prática de AF
Resultados favoráveis atribuídos à prática de AF.
<i>Benefício biológico</i>
Efeitos nas estruturas fisiológicas do organismo devido a prática de AF.
<i>Benefício cognitivo/psicológico/bem-estar</i>
Efeitos nas estruturas psíquicas e cognitivas devido a prática de AF, incluindo o bem-estar.
<i>Benefício social/socialização</i>
Efeitos nas estruturas sociais e de integração devido a prática de AF, considera-se o momento de interação entre os indivíduos, com envolvimento de habilidades sociais.
Definições de AF
Significados e compreensões atribuídos aos termos relacionados a AF.
Estilo de vida
Conjunto de hábitos e costumes influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização. Estilo de vida em que a atividade física é valorizada, envolvendo a inclusão da prática regular de AF, redução do comportamento sedentário e modificações alimentares.
Estratégias para a disseminação da AF
Estratégia para a promoção da AF a partir da disseminação de informação, espaços de diálogo entre profissional-população e apoio entre pares. Inclui a educação em saúde e aconselhamento em espaços de trocas de saberes e diálogos entre profissionais de saúde e comunidade com objetivo de resolução dos problemas ou promoção da saúde; a rede de apoio, sendo ela o contato social, comunitário ou familiar que estabeleça vínculo e facilite tomadas de decisões para a adesão e a disseminação das práticas de AF; e a divulgação em massa, sendo ela uma estratégia para disseminar conhecimento sobre temas de saúde, de forma verticalizada para o maior quantitativo de indivíduos, por meio de mídias como TV, rádio, folders, cartazes ou redes sociais.
Operacionalização da AF
Gerenciamento da AF para potencializar a continuidade das ações e práticas, a partir do financiamento, organização, planejamento, monitoramento e avaliação da AF nos serviços públicos de saúde, com destaque para o nível municipal mas não exclusivamente.
<i>Governança de gestão</i>

Processos e práticas utilizadas para a garantia de planejamento, organização e tomadas de decisões em espaços de gestão da saúde.
<i>Ações equipe de APS</i>
Incluem ações da equipe, como a educação permanente, um processo de aquisição acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele; a gestão local para a execução, planejamento, monitoramento e avaliação das ações de AF; a participação popular, sendo a inclusão ativa da comunidade nas tomadas de decisão, planejamento, formulação e controle de ações e políticas públicas; a territorialidade, o processo de vivência do território pela sociedade, na perspectiva das relações políticas, econômicas e culturais; e o uso de tecnologias como o telessaúde, como serviços de assistência à saúde e educação à distância.
<i>Ações para a prática de AF</i>
Ações realizadas pelo profissional de educação física para o planejamento, inserção e execução da AF no local de prática. Também incluem ações realizadas pelos outros profissionais de saúde com os participantes da AF para mensurar os resultados da prática.
Recomendações de AF
Orientam o cumprimento e a segurança da prática da AF.
<i>Domínios AF</i>
Categorizações da AF em distintos locais e modalidades, sendo eles: domínio lazer (realizada intencionalmente no tempo livre, em momento de lazer), deslocamento ativo (como forma de transporte entre locais distintos), laboral (realizada no local de trabalho ou estudo), e doméstico (realizada durante as atividades domésticas e do lar)
<i>Orientações frequência e intensidade</i>
Orientações e recomendações sobre o nível e regularidade da prática
<i>Segurança</i>
Refere-se à cuidados e medidas de segurança recomendadas para a execução antes, durante ou após a prática de AF, modificações fisiológicas esperadas que garantem a segurança na prática da AF, e busca por auxílio profissional ou serviço de saúde para tomada de decisão clínica.

Fonte: Autores, 2024.

Para o processo de codificação final do material, foi utilizada o software de análise qualitativa MAXQDA Analytics Pro®, versão 2022 como ferramenta auxiliar na organização e exploração do material. Um segundo pesquisador realizou a revisão para verificação da consistência da formulação e locação dos códigos. Como critério de confiabilidade da categorização foram aplicadas em todas as categorias os critérios de: exclusividade; homogeneidade; objetividade; pertinência e produtividade (10,13).

Para o tratamento dos resultados foram utilizadas as frequências de códigos para os dados quantitativos e para a análise qualitativa elaborou-se resumos para cada categoria e documento, exportados em formato de tabela para software Microsoft Excel® para embasar a construção do resumo das categorias.

Esta pesquisa não demanda submissão ao comitê de ética, pois trata-se de um estudo de análise documental, com dados provenientes de documentos governamentais públicos.

RESULTADOS

A análise dos três documentos resultou em 659 segmentos codificados (GAF, n=468; GAFGP, n=77; RPE, n=114) distribuídos em nove categorias: *Acesso*; *Intersetorialidade*; *Autonomia*; *Benefícios com a prática de AF*; *Definições de AF*; *Estilo de vida*; *Estratégias para a disseminação da AF*; *Operacionalização da AF*; *Recomendações da AF*. No quadro 3 encontram-se as categorias e subcategorias segundo sua presença nos documentos analisados.

Quadro 3: Presença (X) e ausência (-) de categorias e subcategorias nos documentos analisados. Brasil, 2023

Categorias Subcategorias	Documentos		
	GAF	GAFGP	RPE
Acesso	52 (11,1%)	4 (5,2%)	6 (5,3%)
Locais para a prática	X	X	X
Acessibilidade	X	-	-
Intersetorialidade	3 (0,6%)	8 (10,4%)	-
Autonomia	19 (4,1%)	-	3 (2,6%)
Benefícios com a prática de AF	80 (17,1%)	1 (1,3%)	-
Benefício Biológico	X	-	X
Benefício cognitivo/psicológico/bem-estar	X	-	-
Benefício social/socialização	X	-	-
Definições de AF	1 (0,2%)	-	-
Estilo de vida	82 (17,1%)	-	3 (2,6%)
Estratégias para a disseminação da AF	31 (6,6%)	14 (18,2%)	19 (17,5%)
Operacionalização da AF	12 (2,6%)	50 (64,9%)	76 (66,7%)
Governança de gestão	X	X	X
Ações equipe APS	X	X	X
Ações para a prática de AF	X	-	X
Recomendações de AF	188 (40,2%)	-	6 (5,3%)
Orientações frequência e intensidade	X	-	X
Segurança	X	-	
Domínios AF	X	-	X

Legenda: GAF: Guia de Atividade Física para a População Brasileira, GAFGP: Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde, RPE: Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Autores, 2024.

Das nove categorias, apenas três estão presentes em todos os documentos, *Acesso*, *Estratégias para a disseminação da AF*, *Operacionalização da AF*.

Na categoria *Acesso*, a subcategoria *Acessibilidade* esteve presente apenas no GAF, sendo que o documento possui um capítulo direcionado às pessoas com deficiência (PCD), e cita aspectos de infraestrutura nos locais públicos e institucionais.

A categoria *Intersetorialidade* representa a articulação dos setores para a promoção da AF. O GAF reconhece o setor da saúde como propulsor para a criação e manutenção de espaços e ações favoráveis à atividade física, em conjunto o envolvimento de outros setores. No GAFGP também são identificadas as parcerias entre setores públicos, instituições e organizações comunitárias para a promoção da AF. “Estabelecer parcerias intersetoriais com gestores de setores públicos afins, com conselhos e conferências de esporte e lazer, da juventude, de educação, instituições de ensino, hospitais universitários (...)” (GAFGP, p.13).

A categoria *Autonomia* remete a escolha de atividades que tragam satisfação pessoal e menções que sinergicamente podem ser interpretadas por responsabilização individual. “Você pode inclusive fazer vários tipos de atividades físicas na sua própria casa” (GAF, p. 41).

Quanto à categoria *Benefícios com a prática*, os benefícios biológicos têm maior frequência nos documentos, e estão direcionados à prevenção e manejo das DCNT, seguido das menções frente aos benefícios psicossociais.

A AF é definida como “(...) um comportamento que envolve os movimentos voluntários do corpo, com gasto de energia acima do nível de repouso, promovendo interações sociais e com o ambiente” (GAF, p.7) no documento do GAF e compreende a categoria de *Definições de AF*. Os demais documentos não citam a definição de AF.

Na categoria *Estilo de vida*, o GAF menciona majoritariamente a AF como meio para uma vida ativa e a redução do comportamento sedentário, associando essa mudança de comportamento à qualidade de vida e ao indivíduo saudável. Os fatores motivacionais ou determinantes sociais que influenciam estas alterações comportamentais não são completamente explorados no corpus analisado.

Estratégias para aumentar o alcance e número dos participantes nas ações de AF, como a divulgação boca-a-boca, distribuição de cartazes, e utilização de redes sociais, são mencionadas na categoria *Estratégias para a disseminação da AF*. São citados o aconselhamento em consultas individuais e interconsultas, o acolhimento, os grupos de prevenção e educação em saúde, e as visitas domiciliares, como espaços para disseminar os benefícios da AF. O único documento citando trocas de experiências entre profissionais e população é o GAFGP (p.13). A rede de apoio é mencionada em um documento: “Incentivar a participação da família e amigos dos participantes nas atividades como eventos ou atividades coletivas (...)” (RPE, p.13).

A categoria *Operacionalização da AF* está presente nos documentos GAFGP e RPE, orientadores para profissionais e gestores na organização das ações em saúde para incorporar a AF, portanto a presença dessas subcategorias é adequada a esse propósito. Na *Governança de gestão*, destaca-se a inserção da AF nos instrumentos de gestão e a realização de monitoramento e avaliação, bem como o compartilhamento das ações de AF e resultados alcançados para busca de apoio para melhorias em infraestrutura, recursos humanos e materiais: “Incluir ações de atividade física com base nas orientações do Guia no Plano Estadual ou Municipal de Saúde e nas Programações Anuais e Orçamentárias de Saúde” (GAFGP, p.12). *Ações de equipe APS* apresenta os aspectos locais da operacionalização das ações de AF: participação popular, uso de telessaúde e teleducação, educação permanente e inserção da AF e suas recomendações na rotina. No GAF há menção à composição da equipe multiprofissional com a inserção do profissional de educação física (GAFGP, p.13). Destaca-se que a participação popular é mencionada nos três documentos analisados, como meio para formalizar as ações de AF em pautas de discussão quanto para a mobilização comunitária: “Converse com as pessoas (...) e procure os representantes da prefeitura e do governo do estado – como vereadores, deputados, responsáveis pelas secretarias municipais ou estaduais de saúde, de esporte, lazer, entre outros (...)” (GAF, p.10). *Ações para a prática da AF*, incluem práticas do profissional de educação física e demais profissionais para a organização, planejamento, execução e avaliação da AF no território. Está presente apenas no RPE e cita estratégias para a adesão, monitoramento e avaliação dos participantes, como estabelecimento de metas, utilização de recursos tecnológicos, antropometria, aferição de pressão e outros indicadores quantitativos de saúde individual e coletivos.

A categoria *Recomendações de AF* apresenta a recomendação de 150 minutos de AF moderada por semana ou 75 minutos de AF vigorosa para adultos, e menciona alternativas para inserir a AF no cotidiano: “Tenha em mente que fazer qualquer atividade física, no tempo e no lugar em que for possível, é melhor que não fazer nada” (GAF, p.25). Para os *Domínios da AF*, há maior frequência no GAF e apresentam os domínios de lazer, deslocamento, laboral e doméstico, com orientações generalizadas para todas as faixas etárias a partir de 18 anos. Para população de 6 a 17 anos são recomendados 60 minutos de AF diária, nos mesmos domínios, substituído o laboral por escolar, com incentivo a participação das aulas de educação física e fortalecimento muscular a partir de atividades lúdicas. Para crianças até 5 anos, o tempo de AF variam e crescem conforme a idade, com recomendação de jogos, brincadeiras e atividades estruturadas. Quanto à temática segurança com a prática, são citados os cuidados e riscos durante a prática e a busca por profissionais de saúde quando necessário: “Se você tiver alguma

lesão ou sentir algum desconforto anormal, como alguma dor na região do peito ou tontura, procure a Unidade Básica de Saúde mais próxima de você” (GAF, p.26). São mencionadas a utilização de roupas e calçados confortáveis e opção por locais que ofereçam segurança: “procure fazer atividade física em ambientes seguros e iluminados” (GAF, p.31).

Categorias e sua relação com os princípios da PNPS

As categorias emergidas da análise dos documentos relacionam-se de alguma maneira com os princípios da PNPS: Equidade; Participação social; Autonomia; Empoderamento; Intersetorialidade; Intrasetorialidade; Sustentabilidade; Integralidade; Territorialidade. No entanto, algumas categorias e subcategorias são mais frequentes que outras, determinando desafios nos documentos orientadores da AF.

As categorias e subcategorias citadas com menor frequência incluem a acessibilidade, o acesso de PCD é pouco citado e há ausência de menção a grupos vulneráveis e minorias sociais. Assim, os documentos apresentam fragilidade quanto ao princípio de equidade para orientação das ações de AF, que considera as diferentes necessidades, riscos e vulnerabilidades de grupos populacionais. A participação social foi mencionada no RPE e GAFGP, como a participação no processo de construção de planejamento da AF e inserção da AF nos conselhos de saúde, respectivamente. O GAF não aborda orientações para a população sobre a relevância da participação nos conselhos de saúde como possibilidade de participação e responsabilização no planejamento e avaliação da AF.

A autonomia presente nos documentos, principalmente no GAF, traz a responsabilização para a tomada de decisões para a AF. O termo empoderamento não foi mencionado nos três documentos.

A intersetorialidade esteve presente em todos os documentos. Reconhecendo-se a articulação entre distintos atores e setores, com ações integradas para a mudança do cenário brasileiro na promoção da AF. A intrasetorialidade foi mencionada uma vez, junto à intersetorialidade, no GAFGP, como estratégia para desfragmentação das ações e serviços.

A sustentabilidade, foi contemplada em estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação da promoção da AF nas esferas federal, estadual e municipal. Quanto ao financiamento da AF, não foram abordados nos documentos.

A integralidade e territorialidade foram exploradas no GAF e GAFGP, citadas como apoio a movimentos locais como possibilidade da promoção da AF em contexto local.

DISCUSSÃO

A definição de AF presente no GAF acompanha a literatura internacional, que busca, nos últimos anos, ampliar a compreensão do movimento corporal, considerando também o ambiente e contexto cultural (14).

O uso de espaços públicos para a prática da AF está presente nos documentos, a disponibilidade e proximidade de espaços públicos para o lazer são associadas à maior nível de AF (15). No entanto, a presença de espaços e equipamentos públicos não contribui de maneira isolada, existindo fatores intrapessoais, interpessoais e ambientais como barreiras ou facilitadores para a prática de AF (16). Visto o cenário de iniquidades sociais do país, em que parcela da população não possui acesso a serviços privados ou condições para desfrutar da AF de lazer, reconhece-se a defesa de política que ofertem esta prática no SUS como um compromisso social (17) e faz-se importante o entendimento e enfrentamento dos determinantes sociais como barreiras de acesso a prática da AF (18). Desvincular a AF da promoção comportamental, em direcionamento da determinação social, implica na necessidade de políticas públicas que reafirmem os direitos sociais, criando ambientes que facilitem as escolhas saudáveis (19).

A autonomia dos indivíduos é enfatizada na Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde como estratégia para redução de iniquidades e incentivo ao protagonismo (20). Nos documentos analisados, a atividade física é mostrada como ponto para mudança de comportamento para uma vida ativa, a alterações nos níveis de saúde e qualidade de vida, no entanto, os fatores motivacionais ou determinantes sociais que influenciam estas alterações comportamentais não são explorados no corpus analisado, constituindo uma abordagem individual para a mudança de comportamento. A autonomia se limitou a escolha de atividades que tragam satisfação pessoal e menções que podem ser interpretadas por responsabilização individual. Uma visão de autonomia com foco na responsabilidade individual pela saúde resulta na estigmatização e redução do compromisso ético-social, uma vez que não considera os fatores externos que afetam ações e comportamentos. Fatores externos que devem ser alvo de ações do Estado visando à melhoria do acesso a AF (21).

Os benefícios da AF na sua dimensão biológica são frequentes em dois dos três documentos analisados, destacando-se a prevenção de DCNT. Contudo, os benefícios

psicológicos e sociais da prática de AF não são citados na mesma frequência e aparecem em apenas um documento. A AF e seus benefícios para a saúde, historicamente é destacado pelos aspectos biológicos e preventivos a médio e longo prazo. O interesse do setor público no movimento humano, especialmente na dimensão biológica está relacionada às DCNT, no entanto, destaca-se a importância da dimensão sociocultural, considerando-se que a saúde, alinhada aos princípios do SUS, não restringe-se ao biológico, buscando uma abordagem ampliada de saúde (17).

A AF, sob uma perspectiva ampliada, contribui em outras dimensões da vida, para além dos fatores biológicos e físicos. A AF e seus espaços são potenciais para a produção de encontros entre os sujeitos e coletividades, humanização e contribuição nos modos de viver (22). Assim, os conteúdos dos programas de AF devem se basear na vivência do ser humano e seu corpo, proporcionar melhores condições de expressão por meio do movimento corporal, e viver melhor individualmente e coletivamente (23). Por fim, a integração social e sociabilidade podem alterar as experiências afetivas durante a atividade física (24).

Como estratégias para a disseminação da AF, além da divulgação em massa, a aproximação a partir da educação em saúde e aconselhamento estão presentes nos documentos, assim como a rede de apoio. A literatura corrobora que o apoio social contribui na adesão à prática de atividade física (25,26), inclusive em populações de minorias sociais (27,28). O aconselhamento, embora reconheça fatores socioeconômicos-culturais, muitas vezes é associado ao enfoque curativista e responsabilização individual (29). A educação em saúde, com abordagem horizontal, com promoção da AF através do pertencimento coletivo são positivas (30). As políticas públicas de promoção da AF têm um papel na criação e manutenção de espaços públicos e de atividades que favoreçam o convívio e a formação de redes sociais para a prática de AF e para troca de experiências (25).

A intersetorialidade é essencial para a inclusão da AF em políticas públicas e para operacionalização dos programas de AF. Iniciativas intersetoriais, como o Programa Saúde na Escola (PSE) orientam ações descentralizadas intersetoriais, aproximando os setores. A inclusão de ações de AF nos instrumentos de gestão formalizam essas ações na agenda do governo e contribui para a sustentabilidade das atividades.

Os documentos analisados apontam para o monitoramento e avaliação da AF de modo individual pautada em indicadores biológicos, salienta-se a importância deste indicador de saúde associado a indicadores que apontem para as subjetividades dos indivíduos. Também que o monitoramento inclua grupos ou populações para verificar a participação e a evolução das ações e levando em consideração aspectos do contexto de vida dos participantes (31).

A mobilização comunitária e participação conformam a categoria de Operacionalização da AF e foram sutilmente abordadas nos documentos. Corroboram com (18), em que a participação social esteve menos presente comparada as demais categorias do estudo.

Com relação às recomendações sobre frequência e intensidade, elas são embasadas a partir das recomendações da OMS (2), no entanto, há a generalização das recomendações dos domínios de AF, em descon sideração das realidades sociais brasileiras. As desigualdades socioeconômicas determinam o engajamento e envolvimento de distintos grupos sociais em diferentes domínios de AF (32). Disparidades de gênero estão presentes nos domínios de AF, enquanto homens realizam mais AF de lazer, mulheres apresentam maior AF laboral doméstica, maior escolaridade e melhores indicadores socioeconômicos relacionam-se a maior AF de lazer e redução dos demais domínios de AF (33,34).

Finalmente, a ausência de menção de acessibilidade e PCD nos GAFGP e no RPE é um aspecto negativo dos documentos analisados, já que é papel dos gestores e profissionais de saúde facilitar o acesso e criar estratégias para que todas as pessoas tenham acesso à AF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No documento GAF, as categorias Recomendações de AF, Estilo de vida e Benefícios com a prática de AF foram mais frequentes, o que se espera de um guia com orientações para a população. Em síntese, o documento apresenta um conteúdo direcionado à responsabilização individual para a prática de AF e benefícios focados no aspecto biológico.

O GAFGP, enquanto suplemento do Guia de AF, direcionado aos gestores públicos e profissionais de saúde, visa à promoção da AF segundo as orientações do GAF. Seu objetivo coincide com as categorias mais frequentes: Estratégias para a disseminação da AF e Operacionalização da AF. Há menção aos espaços institucionais de tomada de decisão, como conselhos de saúde, comissões intergestores e à formalização da tomada de decisão a partir dos instrumentos de planejamento, como estratégias para a sustentabilidade das ações de AF e disseminação das orientações do GAF.

O RPE, direcionado aos profissionais de saúde, apresentou a categoria Operacionalização da AF com maior frequência. Ele aponta para estratégias de engajamento para a autonomia da população, participação social no planejamento participativo e sustentabilidade das ações de AF. Quando trata de monitoramento da AF, possui enfoque individual e quantitativo.

Entende-se que os manuais fornecem orientações em uma perspectiva individual comportamental. Embora sejam encontrados elementos que se aproximem dos princípios e diretrizes do SUS e da PNPS, estes não são totalmente explorados.

Nos documentos, percebe-se o reforço da promoção da Atividade Física limitada ao biológico, e a promoção da AF com pouca consideração dos aspectos sociais, econômicos e históricos. As categorias e subcategorias emergentes da análise estiveram em acordo com os princípios da PNPS, apesar de algumas possuírem raras menções, tal como a categoria Acessibilidade, relacionada com o princípio de Equidade, a Participação social – incluída na categoria de Operacionalização da AF, a menção superficial da categoria Autonomia e a ausência de menção de Empoderamento.

A publicação pelo Ministério da Saúde dos documentos analisados é positiva porque produz documentos direcionados especificamente à AF, portanto, um passo importante para a promoção da atividade física no âmbito do SUS. Quanto ao conteúdo dos documentos, observam-se orientações relevantes, com recomendações e possibilidades para inserção da AF no cotidiano. Para documentos futuros, sugere-se o direcionamento ao contexto cultural e socioeconômico brasileiro.

Por fim, a publicação destes documentos não são suficientes por si só, é necessário implementar as diretrizes e políticas públicas direcionadas à promoção da AF, e incentivar o desenvolvimento de pesquisas científicas na temática, cobrindo a diversidade cultural e a desigualdade de acesso à AF no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research Public Health Reports. 1985;100(2):126–31.
2. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030 – more active people for a healthier world [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado 10 de agosto de 2022]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf>
3. Malta DC, Castro AMD, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. março de 2009 [citado 31 de maio de 2022];18(1). Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
4. Coelho CDF, Burini RC. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. Rev Nutr. dezembro de 2009;22(6):937–46.
5. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. World Health Organization; 2020.
6. Carvalho FFBD. Análise crítica da Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. Saude soc. junho de 2009;18(2):227–36.
7. Malacarne JAD, Carvalho PHMD, Araújo MFDS, Rocha MB, Palma A. Análise dos discursos e imagens presentes no capítulo sobre Educação Física Escolar no Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Rev Bras Ciênc Esporte. 2022;44:e005122.
8. Brasil. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013 [Internet]. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm
9. Estevão RB, Ferreira MDM. Análise de políticas públicas: uma breve revisão de aspectos metodológicos para formulação de políticas. HOLOS. 23 de setembro de 2018;3:168–85.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
11. Sá-Silva JR, Almeida CD de, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais. 2009;1(1).
12. Franco MLPB. Análise de conteúdo. Brasília: Liber Livro Editora; 2008. (3).
13. Sampaio RC, Lucarion D. Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação SAMPAIO, Rafael Cardoso [Internet]. Brasília: Enap; 2021 [citado 20 de dezembro de 2022]. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6542/1/Analise_de_conteudo_categorial_final.pdf

14. Piggin J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. *Frontiers in Sports and Active Living* [Internet]. 2020 [citado 18 de dezembro de 2022];2. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fspor.2020.00072/full>
15. Hino AAF, Rech CR, Gonçalves PB, Reis RS. Acessibilidade a espaços públicos de lazer e atividade física em adultos de Curitiba, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(12):e00020719.
16. Rech CR, Camargo EMD, Araujo PABD, Loch MR, Reis RS. Perceived barriers to leisure-time physical activity in the brazilian population. *Rev Bras Med Esporte*. agosto de 2018;24(4):303–9.
17. Knuth AG, Silva AG, Malta DC. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde. Em: Hallal PC, organizador. *Duas décadas de pesquisa em epidemiologia da atividade física em Pelotas - RS*. Pelotas: Ed. UFPel; 2023. p. 340–54.
18. Carvalho FFBD, Trapé ÁA, Vieira LA. O guia brasileiro de atividade física: análise a partir da concepção ampliada de saúde. *Motriv*. 2 de fevereiro de 2024;36(67):1–19.
19. Maltagliati S, Sarrazin P, Fessler L, Lebreton M, Cheval B. Why people should run after positive affective experiences instead of health benefits. *Journal of Sport and Health Science* [Internet]. novembro de 2022 [citado 23 de março de 2023]; Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2095254622001053>
20. Penido CMF, Romagnoli RC. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. *Psicol Soc* [Internet]. 13 de dezembro de 2018 [citado 24 de fevereiro de 2024];30(0). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018V30173615>
21. Camargo-Borges C, Mishima S, McNamee S. Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2008;1(1):8–19.
22. Ferreira HJ, Kirk D, Drigo AJ. “Não é só exercício físico”: o trabalho de profissionais de Educação Física na promoção da saúde. *Movimento*. 29 de julho de 2022;28:e28039.
23. Carvalho YM de. Atividade Física e saúde: Onde está e quem é o “sujeito” da relação? *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*. 2001;22(2):9-21 *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*.
24. Rice EL, Adair KC, Tepper SJ, Fredrickson BL. Perceived social integration predicts future physical activity through positive affect and spontaneous thoughts. *Emotion*. setembro de 2020;20(6):1074–83.
25. Florindo AA, Salvador EP, Reis RS, Guimarães VV. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. *Rev Saúde Pública*. abril de 2011;45(2):302–10.
26. Croezen S, Picavet HSJ, Haveman-Nies A, Verschuren WM, De Groot LC, Van't Veer P. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. *BMC Public Health*. dezembro de 2012;12(1):65.

27. Mama SK, McNeill LH, McCurdy SA, Evans AE, Diamond PM, Adamus-Leach HJ, et al. Psychosocial Factors and Theory in Physical Activity Studies in Minorities. *Am J Hlth Behav*. 1º de janeiro de 2015;39(1):68–76.
28. Soto SH, Arredondo EM, Haughton J, Shakya H. Leisure-Time Physical Activity and Characteristics of Social Network Support for Exercise Among Latinas. *Am J Health Promot*. fevereiro de 2018;32(2):432–9.
29. Figueira TR, Davis NA, Moraes MN, Lopes ACS. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. *Trab educ saúde*. abril de 2015;13(1):181–200.
30. Gomes M de A, Duarte M de F da S. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia de saúde da família: Programa ação e saúde Floripa - Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde* [Internet]. 2008 [citado 20 de novembro de 2023];13(44–56). Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/782/791>
31. Carvalho FFBD. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do Sistema Único de Saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. *Movimento*. 12 de dezembro de 2015;22(2):647.
32. Cruz DKA, Silva KSD, Lopes MVV, Parreira FR, Pasquim HM. Iniquidades socioeconômicas associadas aos diferentes domínios da atividade física: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. *Epidemiol Serv Saúde*. 2022;31(spe1):e2021398.
33. Florindo AA, Hallal PC, Moura ECD, Malta DC. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. novembro de 2009;43(suppl 2):65–73.
34. Loch MR, Guerra PH. A preguiça como explicação da inatividade física: comentários e reflexões sobre discrepâncias entre as evidências científicas e o discurso jornalístico. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 29 de novembro de 2018 [citado 24 de fevereiro de 2024];34(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223017>.

6 CONCLUSÃO

De modo geral, os conteúdos dos documentos analisados estiveram adequados aos objetivos que foram criados. No documento GAF, as categorias Recomendações de AF, Estilo de vida e Benefícios com a prática de AF foram mais frequentes, o que se espera de um guia com orientações para a população. Em síntese, o documento apresenta um conteúdo direcionado à responsabilização individual para a prática de AF e benefícios focados no aspecto biológico.

O GAFGP, enquanto suplemento do Guia de AF, direcionado aos gestores públicos e profissionais de saúde, visa à promoção da AF segundo as orientações do GAF. Seu objetivo coincide com as categorias mais frequentes: Estratégias para a disseminação da AF e Operacionalização da AF. Há menção aos espaços institucionais de tomada de decisão, como conselhos de saúde, comissões intergestores e à formalização da tomada de decisão a partir dos instrumentos de planejamento, como estratégias para a sustentabilidade das ações de AF e disseminação das orientações do GAF.

O RPE, direcionado aos profissionais de saúde, apresentou a categoria Operacionalização da AF com maior frequência. Ele aponta para estratégias de engajamento para a autonomia da população, participação social no planejamento participativo e sustentabilidade das ações de AF. Quando trata de monitoramento da AF, possui enfoque individual e quantitativo.

Os documentos voltados à gestores e profissionais não fazem menção a categoria Acessibilidade.

É válido destacar que a publicação e disseminação dos guias devem ser acompanhados de investimentos na infraestrutura adequada dos espaços públicos, e facilite o acesso da população estruturas e programas de AF. Ainda, é importante a educação permanente de gestores e profissionais da saúde para fortalecimento e mobilização para qualificar a inserção e a prática da AF, reconhecendo-a como direito e facilitando a mediação com a população.

As categorias e subcategorias emergentes da análise estiveram em acordo com os princípios da PNPS, apesar de algumas possuírem raras menções, tal como a categoria Acessibilidade, relacionada com o princípio de Equidade, a participação social – incluída na categoria de Operacionalização da AF, a menção superficial da Autonomia e a ausência de menção de Empoderamento.

Nos documentos, percebe-se o reforço da saúde relacionada ao biológico, e promoção da AF sem consideração dos aspectos sociais, econômicos e históricos. O que resulta em um

conceito limitado frente ao potencial da AF para os indivíduos, quanto ao bem-estar e produção de sua autonomia, e para o coletivo, a partir da promoção da equidade.

Os documentos analisados, em especial o GAF, apresentam uma abordagem que não considera as necessidades e especificidades dos grupos populacionais, no entanto, eles avançam por serem os primeiros documentos específicos para a promoção da Atividade Física no âmbito do SUS e dialogam com a PNPS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz E.; FRANCO DE SÁ, Ronice Maria Pereira; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz Do Amaral Correia De. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1695–1706, jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07672016>. Acesso em: 10 ago. 2023

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Brasil, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008**. [S. l.: s. n.], 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwMw==>. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso em: 12 maio 2022.

BRASIL. **Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013**. [S. l.: s. n.], 2013b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm. Acesso em: 20 maio 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: Núcleo de Apoio à Saúde da Família Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº2.446, de 11 de novembro de 2014**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTQ0MQ==>. Acesso em: 4 jan. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. **Guia de Atividade Física para população brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA1MA==>. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Recomendações para o Desenvolvimento de Práticas Exitosas de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA2MQ==>. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n 1.105, de maio de 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-gm-ms-no-1-105/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

BRASIL, Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde. Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais: gestão da atividade física no Ministério da Saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 27, p. 1–4, 21 mar. 2022b. Disponível em: 10.12820/rbafs.27e0248. Acesso em: 05 out. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 4 jan. 2024.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de Promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BUSS, Paulo Marchiori; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; PINTO, Luiz Felipe. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4723–4735, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>. Acesso em: 22 set. 2022.

CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana; e MCNAMEE, Sheila. Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 8–19, 2008.

CARVALHO, Yara Maria de. Atividade Física e saúde: Onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 22, n. 2, p. 9-21, 2001.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669–678, set. 2004. Disponível em: 10.1590/S1413-81232004000300018. Acesso em: 20 abr. 2022.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. De. Análise crítica da Carta Brasileira de Prevenção Integrada na Área da Saúde na Perspectiva da Educação Física através do enfoque radical de promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 2, p. 227–236, jun. 2009. Disponível em: 10.1590/S0104-12902009000200006. Acesso em: 20 mar. 2022.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde coletiva e promoção da saúde: Sujeito e mudança**. 3. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. Práticas corporais e atividades físicas na atenção básica do sistema único de saúde: ir além da prevenção das doenças crônicas não transmissíveis é necessário. **Movimento**, v. 22, n. 2, 12 dez. 2015. Disponível em: 10.22456/1982-8918.58174. Acesso em: 20 out. 2023.

CARVALHO, Yara Maria; MANOEL, Edison De J. A survey of body practices and primary health care in a district of São Paulo, Brazil. **Motriz: Revista De Educação Física**, v. 21, n. 1, p. 75–83, mar. 2015. Disponível em: 10.1590/S1980-65742015000100010. Acesso em: 20 mar. 2022.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé. Práticas corporais e atividades físicas na perspectiva da Promoção da Saúde na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1829–1838, jun. 2016. Disponível em: 10.1590/1413-81232015216.07482016. Acesso em: 20 jan. 2022.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; TRAPÉ, Átila Alexandre; VIEIRA, Leonardo Araújo. O guia brasileiro de atividade física: análise a partir da concepção ampliada de saúde. **Motrivivência**, v. 36, n. 67, p. 1–19, 2 fev. 2024. Disponível em: 10.5007/2175-8042.2024.e96659. Acesso em: 01 mar. 2024.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de; VIEIRA, Leonardo Araújo. O financiamento como desafio nas políticas públicas de saúde: o caso do Programa Academia da Saúde. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 44, p. e002322, 2022. Disponível em: 10.1590/rbce.44.e002322. Acesso em: 20 jun. 2023.

CASPERSEN, Carl J.; POWELL, Kenneth E.; CHRISTENSON, Gregory M. Physical activity, exercise and physical fitness: definitions and distinctions for health-related. **Research Public Health Reports**, v. 100, n. 2, p. 126–131, 1985.

COELHO, Christianne De Faria; BURINI, Roberto Carlos. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 937–946, dez. 2009. Disponível em: 10.1590/S1415-52732009000600015. Acesso: 10 dez. 2022.

CRESWELL, W. John. **Projeto de pesquisa Método qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CROEZEN, Simone; PICALET, H. Susan J.; HAVEMAN-NIES, Annemien; VERSCHUREN, Wm Monique; DE GROOT, Lisette Cpgm; VAN'T VEER, Pieter. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? Results from the Doetinchem Cohort Study. **BMC Public Health**, v. 12, n. 1, p. 65, dez. 2012. Disponível em: 10.1186/1471-2458-12-65. Acesso em: 13 nov. 2022.

CRUZ, Danielle Keylla Alencar; SILVA, Kelly Samara Da; LOPES, Marcus Vinicius Veber; PARREIRA, Fernanda Ramos; PASQUIM, Heitor Martins. Iniquidades socioeconômicas associadas aos diferentes domínios da atividade física: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, n. spe1, p. e2021398, 2022. Disponível em: DOI 10.1590/ss2237-9622202200015.especial. Acesso em: 14 out. 2023.

DAMACENA, Giseli Nogueira; SZWARCOWALD, Célia Landmann; MALTA, Deborah Carvalho; SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de; VIEIRA, Maria Lúcia França Pontes; PEREIRA, Cimar Azeredo; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 197–206, jun. 2015. Disponível em: 10.5123/S1679-49742015000200002. Acesso em: 13 abr. 2023.

DAMICO, José; KNUTH, Alan Goularte. O (des)encontro entre as práticas corporais e a atividade física: hibridizações e borramentos no campo da saúde. **Movimento**, v. 20, n. 1, p. 329, 2014. Disponível em: 10.22456/1982-8918.39474. Acesso em: 12 set. 2022.

DE ALMEIDA, Erika Rodrigues; DE SOUSA, Allan Nuno Alves; BRANDÃO, Celmário Castro; DE CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil; TAVARES, Graziela; SILVA, Kimielle Cristina. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, 2018. Disponível em: 10.26633/RPSP.2018.180. Acesso em: 24 abr. 2023.

ESTEVÃO, Renildo Barbosa; FERREIRA, Maria D’Alva Macedo. ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS: uma breve revisão de aspectos metodológicos para formulação de políticas. **HOLOS**, v. 3, p. 168–185, 23 set. 2018. Disponível em: 10.15628/holos.2018.6818. Acesso em: 20 set. 2022.

FERREIRA, Joel Saraiva; DIETRICH, Sandra Helena Correia; PEDRO, Danielly Amado. Influência da prática de atividade física sobre a qualidade de vida de usuários do SUS. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 106, p. 792–801, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201510600030019>. Acesso em: 17 mar. 2024.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David; CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. Atividade física na perspectiva da Nova Promoção da Saúde: contradições de um programa institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 865–872, 2011. Disponível em: 10.1590/S1413-81232011000700018. Acesso em: 21 set. 2022.

FERREIRA, Heidi Jancer; KIRK, David; DRIGO, Alexandre Janotta. “Não é só exercício físico”: o trabalho de profissionais de Educação Física na promoção da saúde. **Movimento**, v. 28, p. e28039, 29 jul. 2022. Disponível em: 10.22456/1982-8918.120717. Acesso em: 13 dez. 2022.

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Programas e campanhas de promoção da atividade física. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. suppl, p. 207–219, dez. 2005. Disponível em: 10.1590/S1413-81232005000500022. Acesso em: 20 abr. 2022.

FERREIRA NETO, João Leite; KIND, Luciana; RESENDE, Maria Carolina Costa; COLEN, Natália Silva. Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1997–2007, out. 2013.

FIGUEIRA, Taís Rocha; DAVIS, Nakita Agostini; MORAIS, Mariana Nunes; LOPES, Aline Cristine Souza. Percepções sobre adoção e aconselhamento de modos de vida saudáveis por profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, n. 1, p. 181–200, abr. 2015. Disponível em: 10.1590/1981-7746-sip00021. Acesso em: 13 dez. 2023.

FIOCRUZ. **10ª Conferência Global de Promoção da Saúde**. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/10a-conferencia-global-de-promocao-da-saude>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FLEURY, Sonia; OUVÉNEY, Assis Mafort. Política de Saúde: Uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia (ed.). **Políticas Públicas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

FLORINDO, Alex Antonio; HALLAL, Pedro Curi; MOURA, Erly Catarina De; MALTA, Deborah Carvalho. Prática de atividades físicas e fatores associados em adultos, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl 2, p. 65–73, nov. 2009. Disponível em: 10.1590/S0034-89102009000900009. Acesso em: 13 fev. 2022.

FLORINDO, Alex Antonio; SALVADOR, Emanuel Péricles; REIS, Rodrigo Siqueira; GUIMARÃES, Vanessa Valente. Percepção do ambiente e prática de atividade física em adultos residentes em região de baixo nível socioeconômico. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 302–310, abr. 2011. Disponível em: 10.1590/S0034-89102011000200009. Acesso em: 04 nov. 2023.

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa**. Campinas, SP: Autores Associados, 2006.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Marcius de Almeida; DUARTE, Maria de Fátima da Silva. Efetividade de uma intervenção de atividade física em adultos atendidos pela Estratégia de saúde da família: Programa ação e saúde Floripa - Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 44–56, 2008. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/782/791>. Acesso em: 20 nov. 2023.

GUTHOLD, Regina; STEVENS, Gretchen A.; RILEY, Leanne M.; BULL, Fiona C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. **The Lancet Global Health**, v. 6, n. 10, p. e1077–e1086, out. 2018.

HALLAL, Pedro Curi; DUMITH, Samuel De Carvalho; BASTOS, Juliano Peixoto; REICHERT, Felipe Fossati; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; AZEVEDO, Mario Renato. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 453–460, jun. 2007. Disponível em: 10.1590/S0034-89102007000300018. Acesso em: 20 out. 2022.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel De; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio De Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352–358, 2006. Disponível em: 10.1590/S0104-07072006000200021. Acesso em: 15 jul. 2022.

HINO, Adriano Akira Ferreira; RECH, Cassiano Ricardo; GONÇALVES, Priscila Bezerra; REIS, Rodrigo Siqueira. Acessibilidade a espaços públicos de lazer e atividade física em

adultos de Curitiba, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, p. e00020719, 2019. Disponível em: [10.1590/0102-311x00020719](https://doi.org/10.1590/0102-311x00020719). Acesso em: 04 dez. 2023.

IVO, Ana Mônica Serakides; MALTA, Deborah Carvalho; FREITAS, Maria Imaculada De Fátima. Modos de pensar dos profissionais do Programa Academia da Saúde sobre saúde e doença e suas implicações nas ações de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e290110, 2019. Disponível em: [10.1590/s0103-73312019290110](https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290110). Acesso em: 20 mar. 2023.

KNUTH, Alan Goularte; MALTA, Deborah Carvalho; CRUZ, Danielle Keylla; FREITAS, Paulo Carvalho de; LOPES, Marcos Paulo; FAGUNDES, Janaína; REIS, Rodrigo Siqueira; HALLAL, Pedro Curi. Rede nacional de atividade física do Ministério da Saúde: Resultados e estratégias avaliativas. **Revista brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 15, n. 4, p. 229–233, 2010. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/730>. Acesso em: 20 fev. 2022.

KNUTH, Alan Goularte; ANTUNES, Priscilla De Cesaro. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 2, p. e200363, 2021. Disponível em: [10.1590/s0104-12902021200363](https://doi.org/10.1590/s0104-12902021200363). Acesso em: 20 set. 2022.

KNUTH, Alan Goularte; SILVA, Alanna Gomes; MALTA, Deborah Carvalho. Práticas corporais e atividade física no Sistema Único de Saúde. In: HALLAL, Pedro Curi (ed.). **Dois décadas de pesquisa em epidemiologia da atividade física em Pelotas - RS**. Pelotas: Ed. UFPel, 2023. p. 340–354.

LALONDE, Marc. **New Perspective on the Health of Canadians. a working document**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2022.

LOCH, Mathias Roberto; GUERRA, Paulo Henrique. A preguiça como explicação da inatividade física: comentários e reflexões sobre discrepâncias entre as evidências científicas e o discurso jornalístico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, 29 nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223017>. Acesso em: 24 fev. 2024.

LUCCHESI, Patrícia; AGUIAR, Dayse. Descrição Introdutória ao tema: Políticas Públicas em Saúde. In: LUCCHESI, Patrícia (ed.). **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, 2004. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Politicas_publicas.pdf. Acesso em: 1 abr. 2022.

MALACARNE, José Augusto Dalmonte; CARVALHO, Pedro Henrique Melo De; ARAÚJO, Mariane Ferreira Dos Santos; ROCHA, Marcelo Borges; PALMA, Alexandre. Análise dos discursos e imagens presentes no capítulo sobre Educação Física Escolar no Guia de Atividade Física para a População Brasileira. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 44, p. e005122, 2022. Disponível em: [10.1590/rbce.44.e005122](https://doi.org/10.1590/rbce.44.e005122). Acesso em: 20 ago. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; LEAL, Maria Do Carmo; COSTA, Maria Fernanda Lima; MORAIS NETO, Otaliba Libânio De. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. suppl 1, p. 159–167, maio 2008. ISSN 1415-790X. Disponível em: [10.1590/S1415-790X2008000500017](https://doi.org/10.1590/S1415-790X2008000500017). Acesso em: 20 abr. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; CASTRO, Adriana Miranda de; GOSCH, Cristiane Scolari; CRUZ, Danielle Keylla Alencar; BRESSAN, Aline; NOGUEIRA, Júlia Devidé; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; TEMPORÃO, José Gomes. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 1, mar. 2009. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000100008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 31 maio 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta; ALBUQUERQUE, Geórgia; AMORIM, Roberta; RODRIGUES, Gisele; SILVA, Thaís; JAIME, Patricia. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 3, 31 maio 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.19n3p286>. Acesso em: 20 abr. 2023.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libanio; SILVA, Marta Maria Alves da; ROCHA, Dais; CASTRO, Adriana Miranda de; REIS, Ademar Arthur Chioro dos; AKERMAN, Marco. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 1683–1694, jun. 2016. Disponível em: 10.1590/1413-81232015216.07572016. Acesso em: 15 mar. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; REIS, Ademar Arthur Chioro Dos; JAIME, Patrícia Constante; MORAIS NETO, Otaliba Libanio De; SILVA, Marta Maria Alves Da; AKERMAN, Marco. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799–1809, jun. 2018. Disponível em: 10.1590/1413-81232018236.04782018. Acesso em: 10 ago. 2022.

MALTAGLIATI, Silvio; SARRAZIN, Philippe; FESSLER, Layan; LEBRETON, Maël; CHEVAL, Boris. Why people should run after positive affective experiences instead of health benefits. **Journal of Sport and Health Science**, nov. 2022. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2095254622001053>. Acesso em: 23 mar. 2023.

MAMA, Scherezade K.; MCNEILL, Lorna H.; McCURDY, Sheryl A.; EVANS, Alexandra E.; DIAMANTE, Pamela M.; ADAMUS-LEACH, Heather J.; LEE, Rebeca E. Psychosocial Factors and Theory in Physical Activity Studies in Minorities. **American Journal of Health Behavior**, v. 39, n. 1, p. 68–76, 1 jan. 2015. Disponível em: 10.5993/AJHB.39.1.8. Acesso em: 20 ago. 2022.

MARTINEZ-GONZALEZ, Miguel Angel; VARO, José Javier; SANTOS, José Luis; DE IRALA, Jokin; GIBNEY, Michael; KEARNEY, João; MARTINEZ, Alfredo J. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union: **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 33, n. 7, p. 1142–1146, 2001. Disponível em: 10.1097/00005768-200107000-00011. Acesso em: 20 ago. 2022.

MATIAS, Thiago Sousa; PIGGIN, Joe. Physical activity promotion: can a focus on disease limit successful messaging? **The Lancet Global Health**, v. 8, n. 10, p. e1263, out. 2020. Disponível em: 10.1016/S2214-109X(20)30355-7. Acesso em: 20 ago. 2022.

MAU, Martin; AABY, Anders; KLAUSEN, Søren Harnow; ROESSLER, Kirsten Kaya. Are Long-Distance Walks Therapeutic? A Systematic Scoping Review of the Conceptualization of Long-Distance Walking and Its Relation to Mental Health. **Internacional Journal**

Environmental Research and Public Health v. 18, n. 15, p. 7741, 21 jul. 2021. Disponível em: 10.3390/ijerph18157741. Acesso em: 24 set. 2022.

MCARDLE, William; KATCH, Frank; KATCH, Victor L. **Fisiologia do Exercício. Energia Humana Nutrição e Desempenho Humano**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

MILES, L. Physical activity and health. **Nutrition Bulletin**, v. 32, n. 4, p. 314–363, dez. 2007. Disponível em: 10.1111/j.1467-3010.2007.00668.x. Acesso em: 20 ago. 2022.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis: Edição do autor, 2017.

NORONHA, José Carvalho De; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 445–450, 2001. Disponível em: 10.1590/S1413-81232001000200013. Acesso em: 17 jul. 2022.

OLIVEIRA, Dalila Andrade. Das políticas de governo à política de estado: reflexões sobre a atual agenda educacional Brasileira. **Educação & Sociedade**, v. 32, n. 115, p. 323–337, 2011. Disponível em: 10.1590/S0101-73302011000200005. Acesso em: 17 jul. 2022.

PAULA, Douglas Marcos Pereira De; APARECIDO DE FARIA, Mateus; LACERDA DE ALMEIDA, Jullien Dábini. Cooperação multilateral em saúde: a Oitava Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Cadernos ibero-americanos de direito sanitário**, [s. l.], v. 2, n. 2, p. 860–869, 20 dez. 2013. Disponível em: 10.17566/ciads.v2i2.127. Acesso em: 12 mai. 2022.

PENIDO, Claudia Maria Filgueiras; ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Apontamentos sobre a clínica da autonomia na promoção da saúde. **Psicologia & Sociedade**, v. 30, n. 0, 13 dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018V30173615>. Acesso em: 24 fev. 2024.

PEREIRA, Iara Cristina; OLIVEIRA, Campos Maria Amélia de. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

PETTRES, Andreia Assmann; DA ROS, Marco Aurélio. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. **Arquivos catarinenses de medicina**, v. 47, n. 3, p. 183–196, 2018. Disponível em: <https://revista.acm.org.br/index.php/arquivos/article/view/375>.

PIGGIN, Joe. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. **Frontiers in Sports and Active Living**, v. 2, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fspor.2020.00072/full>. Acesso em: 18 dez. 2022.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 10, n. 3, p. 49–54, 2002. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/463>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PRATA, Pedro Reginaldo. A transição epidemiológica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, n. 2, p. 168–175, jun. 1992. Disponível em: 10.1590/S0102-311X1992000200008. Acesso em: 23 mar. 2022.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde: a construção de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

RADDATZ, Aline; SCHOLZE, Alessandro da Silva; JÚNIOR, Carlos Francisco Duarte; SILVEIRA, Plínio Augusto Freitas. Análise do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 3, p. 191–198, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/408/40820076002.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2022.

RECH, Cassiano Ricardo; CAMARGO, Edina Maria De; ARAUJO, Pablo Antonio Bertasso De; LOCH, Mathias Roberto; REIS, Rodrigo Siqueira. Perceived barriers to leisure-time physical activity in the brazilian population. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 24, n. 4, p. 303–309, ago. 2018. Disponível em: 10.1590/1517-869220182404175052. Acesso em: 14 out. 2023.

RICE, Elise L.; ADAIR, Kathryn C.; TEPPER, Stephanie J.; FREDRICKSON, Barbara L. Perceived social integration predicts future physical activity through positive affect and spontaneous thoughts. **Emotion**, v. 20, n. 6, p. 1074–1083, set. 2020. Disponível em: 10.1037/emo0000616. Acesso em: 12 out. 2023.

ROCHA, Dais Gonçalves; ALEXANDRE, Veruska Prado; MARCELO, Vânia Cristina; REZENDE, Regiane; NOGUEIRA, Júlia Devidé; FRANCO DE SÁ, Ronice. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 11, p. 4313–4322, 2014. Disponível em: 10.1590/1413-812320141911.11232014. Acesso em: 04 fev. 2022.

RODRIGUES, Phillipe Ferreira; MELO, Marcelo; ASSIS, Monique; OLIVEIRA, Alexandre. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 22, n. 3, p. 217–232, 1 maio 2017. Disponível em: 10.12820/rbafs.v.22n3p217-232. Acesso em: 29 set. 2023.

RODRIGUES, Carol Cardoso; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 2, p. 235–255, 2012. Disponível em: 10.1590/S1981-77462012000200004. Acesso em: 21 set. 2022.

RUTTER, Harry; CAVILL, Nick; BAUMAN, Adrian; BULL, Fiona. Systems approaches to global and national physical activity plans. **Bulletin of the World Health Organization**, [s. l.], v. 97, n. 2, p. 162–165, 1 fev. 2019. Disponível em: 10.2471/BLT.18.220533. Acesso em: 15 out. 2023.

SAMPAIO, Rafael Cardoso; LUCARIÃO, Diógenes. **Análise de conteúdo categorial: manual de aplicação**. Brasília: Enap, 2021. Disponível em: https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/6542/1/Analise_de_conteudo_categorial_final.pdf. Acesso em: 20 dez. 2022.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingo de; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira De História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351>. Acesso em 10 ago. 2022.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2014.

SHEPHARD, Roy J.; BALADY, Gary J. Exercise as Cardiovascular Therapy. **Circulation**, [s. l.], v. 99, n. 7, p. 963–972, 1999. Disponível em: 10.1161/01.CIR.99.7.963. Acesso em: 08 jun. 2023.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto do. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101–122, fev. 2003. Disponível em: 10.1590/S1414-32832003000100008. Acesso em: 08 ago. 2023.

SILVA, Sanderson Soares Da; BRASILEIRO-SANTOS, Maria Do Socorro; SOUZA NETO, João Miguel; COSTA, Filipe Ferreira da. Por uma visão ampliada da atividade física na saúde. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 27, p. 1–2, 2022. Disponível em: 10.12820/rbafs.27e0246.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo Da; BAPTISTA, Tatiana Wargas De Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 91–104, 1 dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005327>. Acesso em: 21 ago. 2022.

SILVA, Ana Márcia; DAMIANI, Iara Regina (ed.). **Práticas corporais gênese de um movimento investigativo em Educação Física**. Florianópolis: Nauemblu Ciência & Arte, 2005.

SOTO, Sandra H.; ARREDONDO, Elva M.; HAUGHTON, Jessica; SHAKYA, Holly. Leisure-Time Physical Activity and Characteristics of Social Network Support for Exercise Among Latinas. **American Journal of Health Promotion**, v. 32, n. 2, p. 432–439, fev. 2018. Disponível em: 10.1177/0890117117699927. Acesso em: 20 ago. 2023.

STOPA, Sheila Rizzato; SZWARCOWALD, Célia Landmann; OLIVEIRA, Max Moura de. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000501201&tlng=pt. Acesso em: 5 abr. 2023.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 351–362.

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco; LAGUARDIA, Josué. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. suppl 1, p. 98–112, 2008. Disponível em: 10.1590/S1415-790X2008000500010. Acesso em: 21 mai. 2023.

TUSSET, Dalila; OLKOSKI, Mabel; MERCHAN-HAMANN, Edgar; CALMON, Paulo Carlos Du Pin; SANTOS, Leandro Dos. Programa Academia da Saúde: um olhar quantitativo das adesões entre 2011 a 2017. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, [s. l.], v. 25, p. 1–9, 2020. Disponível em: 10.12820/rbafs.25e0165. Acesso em: 14 set. 2022.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Análise de Políticas Públicas de Saúde. In: GIOVANELLA, Ligia (ed.). **Políticas Públicas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

WARGAS, Tatiana. Perguntas Frequentes a saúde como política. *In*: LUCCHESE, Patricia. **Políticas públicas em Saúde Pública**. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS, 2004. p. 11–22.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC/ FIOCRUZ, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 4 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Health Promotion Conferences. Promoting health in the SDGs: report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all. Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-health-in-the-sdgs>. Acesso em: 13 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan on physical activity 2018-2030 – more active people for a healthier world**. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour**. Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical activity [online]. out. 2022. Disponível em: [Atividade física \(who.int\)](https://www.who.int/physical-activity). Acesso em: 10 jan. 2023.

APÊNDICES

APENDICE A - CARACTERIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS

Os documentos analisados, retirados da biblioteca da APS, de responsabilidade do Ministério da Saúde, são documentos de autoria governamental, de acesso público, o que assegura a autenticidade e confiabilidade dos documentos. Os três documentos foram publicados no ano de 2021, neste recorte temporal o Ministério da Saúde manteve-se sob mesma a estrutura e organização, em conformidade a autoria das publicações, manteve-se homogenia.

Em termos de contextualização, no cenário político, a eleição de 2018 foi marcada pela polarização, atribuído ao discurso da extrema direita a mudanças governamentais. Os indícios da polarização são observados em 2014, evidenciando-se em 2018. Com Jair Bolsonaro (PL) eleito, em termos do MS, houve instabilidade na gestão, rotatividade dos ministros de saúde, durante o período de gestão, concomitante, a pandemia de COVID-19, em 2020 foi um fenômeno de proporção mundial, que interferiu na gestão pública e vida social populacional. Nas eleições de 2022, Luiz Inácio Lula da Silva (PT), retornou a posse, iniciando seu terceiro mandato.

No contexto da gestão pública direcionada à AF, em 2019, com o Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019 foi criada a Coordenação geral de promoção da Atividade Física e Ações intersetoriais (CGPROFI), junto ao MS, no departamento de Promoção da Saúde (DEPROS), da Secretaria de Atenção Primária (SAPS), com vista o fomento e gerência de políticas públicas em nível nacional. Foi responsável pela gestão da AF (2019-2022) e possui duas linhas de atuação, uma direcionada às ações de atividade física, e outra às ações intersetoriais. Os documentos analisados foram publicados no ano de 2021, período de vigência da CGPROFI. Ela foi revogada em 2023, com a reestruturação organizacional do MS.

Ressalta-se que o Programa Previne Brasil (2019) seguida da modificação de financiamento do NASF-AB, trouxe descontinuidade do credenciamento das equipes, com autonomia da gestão municipal para a composição das equipes e continuidade das equipes conforme as necessidades locais e manutenção a partir de recursos próprios. Reconhece-se pela literatura que a criação do NASF e PAS foram marcos para a inclusão das PCAF no âmbito do SUS, principalmente na APS.

No ano de 2022, foi divulgado pelo MS o incentivo financeiro federal de custeio para ações de atividade física na APS (IAF), na perspectiva de ampliar as ações de AF no âmbito do

SUS. E em 2023, foi lançado o programa e-Multi, com a portaria 635, de 22 de maio de 2023, qual institui de incentivo financeiro federal para a implementação e custeio de equipes Multiprofissionais na APS. A portaria insere dentre as categorias profissionais, o profissional de educação física, e entre as atualizações, a possibilidade de atendimentos remotos, via utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), a ampliação para 22 especialidades da saúde, incluindo áreas médicas.

Referente aos documentos analisados, o guia de Atividade Física para a População Brasileira, nome do documento qual apresenta as Diretrizes de Atividade Física para a População Brasileira, possui recomendações sobre a Atividade Física para a saúde, com base especialmente nas Diretrizes da Organização Mundial da Saúde. O documento foi produzido em parceria do Ministério da Saúde mediado pela CGPOROFI, Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), envolvendo 70 pesquisadores, passou por revisão de literatura, escuta de especialistas e consulta pública antes da publicação¹. Sob Supervisão-Geral de Juliana Rezende Melo da Silva; Raphael Câmara Medeiros Parente; Fabiana Vieira Santos Azevedo. Coordenação técnica de Alex Antonio Florindo; Christianne de Faria Coelho Ravagnani; Daniel Umpierre de Moraes; Douglas Roque Andrade; Katia de Pinho Campos; Leandro Martin Totaro Garcia; Lorena Lima Magalhães; Luisete Moraes Bandeira; Maria Cecília Marinho Tenório; Paula Fabricio Sandreschi; Pedro Rodrigues Curi Hallal; Roseanne Gomes Autran e Sofia Wolker Manta. E revisão técnica geral: Pedro Rodrigues Curi Hallal. Foi produzido no idioma português, espanhol, inglês e versão em braile, publicado em 2021.

O documento apresenta o direcionamento das recomendações para a população e visa auxiliar os profissionais de saúde, a escrita e linguagem coloquial facilitam a compreensão e interpretação textual. O guia é subdividido em 8 capítulos: entendendo a Atividade Física; Atividade Física para crianças até 5 anos; Atividade Física para crianças e jovens de 6 a 11 anos; Atividade física para adultos; Atividade Física para idosos; Atividade Física escolar; Atividade Física para gestantes e mulheres no pós-parto e Atividade Física para pessoas com deficiência. Portanto, o primeiro capítulo corresponde ao conteúdo direcionado para termos e conceitos utilizados para a compreensão da AF, de modo introdutório. Os demais capítulos são seguidos das subdivisões por faixa-etária, orientações da EF no cenário escolar, orientações no período da gestação e pós-parto, considerando as especificidades deste período e o capítulo direcionado

¹ Informações presentes no Guia de Atividade Física documento complementar. O documento apresenta as etapas para o processo de elaboração do Guia de Atividade Física para a população brasileira e referencial bibliográfico utilizado.

a PCD, incorporando medidas para a redução das barreiras de acesso e prática de AF para esta população. Com exceção do primeiro capítulo, os demais possuem estruturação semelhante, com características do porquê a prática da AF associada a seus benefícios, apresentam os domínios da AF, com exemplos e possibilidades de prática individual, em companhia ou coletivo. Apresentam orientações e recomendações frente a prática da AF, e para a redução do comportamento sedentário para um modo de vida fisicamente ativo, segundo os respectivos públicos dos capítulos.

O Guia de Atividade Física para a População Brasileira: recomendações para gestores e profissionais de saúde é um material complementar do guia de atividade física para a população brasileira, qual possui orientações e recomendações direcionadas aos gestores e profissionais de saúde. O documento foi elaborado sob organização do Ministério da Saúde mediado pela CGPOROFI e da UFPel. Sob supervisão-geral de Dalila Tusset; Juliana Rezende Melo da Silva; Raphael Câmara Medeiros Parente. Coordenação técnica de Douglas Roque Andrade; Paula Fabricio Sandreschi; Pedro Rodrigues Curi Hallal e Coordenação editorial: Júlio César de Carvalho e Silva e revisão técnica geral de Pedro Rodrigues Curi Hallal.

Publicado em 2021, como documento suplementar do Guia de Atividade Física, possui indicações aos gestores e profissionais de saúde para a promoção da AF, com objetivo de auxiliar no direcionamento organizacional e planejamento para a promoção da AF e disseminação do Guia de AF para a população brasileira, assim como a qualificação dos profissionais frente a temática. O documento é dividido em 3 capítulos: Porque você precisa conhecer o guia; em que aspectos o guia pode ajudar em sua atuação; Como você pode inserir o Guia de AF para a população Brasileira na sua atuação, com os seguintes tópicos: Ações de difusão e disseminação do guia; ações de implementação do guia; ações de monitoramento e avaliação do guia. Aponta para estratégias para disseminação da AF na APS, e possui como base o Guia de AF para a população brasileira.

As recomendações para o desenvolvimento de práticas exitosas em Atividade Física na Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde, publicado em 2021, sob organização do Ministério da Saúde, mediado pela CGPROFI e Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por intermédio do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física e Saúde (NUPAF). Elaborado com a supervisão-geral de Juliana Rezende Melo da Silva e Raphael Câmara Medeiros Parente. E elaboração técnica geral de Tânia Rosane Bertoldo Benedetti.

As recomendações são resultado da pesquisa Saúde a partir de Atividades Físicas Exitosas - SAFE, que foi desenvolvida pelo NUPAF, da UFSC, com apoio e financiamento do

Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O documento direcionado aos profissionais de saúde e apresentado em 3 capítulos: O que é uma prática exitosa em Atividade Física na APS do SUS; quais são as estratégias para o desenvolvimento de práticas exitosas de Atividade Física; considerações finais para o desenvolvimento de práticas exitosas de AF na APS do SUS. Aponta para estratégias que contribuem para o planejamento, monitoramento e avaliação da AF no âmbito da APS, sua sustentabilidade e incentivo a participação social, com objetivo de auxiliar os profissionais de saúde para a promoção da AF.