

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/2358-289820251449804p>

Análise da implementação do Incentivo Federal à Atividade Física na Atenção Primária: a equidade em foco

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Leonardo Araújo Vieira, Thainá Alves Malhão, Mathias Roberto Loch

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.8137>

Submetido em: 2024-02-26

Postado em: 2024-09-12 (versão 2)
(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o endosso de:

Letícia Aparecida Calderão Sposito (ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5008-2003>)

Justificativa da versão: O texto foi reformulado a partir do recebimento de pareceres.

Análise da implementação do Incentivo Federal à Atividade Física na Atenção Primária: a equidade em foco

Analysis of the implementation of the Federal Incentive for Physical Activity in Primary Care: equity in focus

Análisis de la implementación del Incentivo Federal a la Actividad Física en Atención Primaria: equidad en el foco

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Afiliação institucional: Instituto Nacional de Câncer (INCA) / Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2979-6359>

Leonardo Araújo Vieira

Afiliação institucional: Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Orientação ao Exercício (SOE). Vitória, ES, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4382-9719>

Thainá Alves Malhão

Afiliação institucional: Instituto Nacional de Câncer (INCA) / Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5644-1089>

Mathias Roberto Loch

Afiliação institucional: Universidade Estadual de Londrina (UEL). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2304-1051>

Resumo

O trabalho teve como objetivos apresentar o panorama nacional do primeiro ano de implementação do Incentivo Financeiro à Atividade Física na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e analisar se a nota de priorização municipal foi um critério efetivo para maior equidade na distribuição dos recursos. Trata-se de um estudo ecológico com análises sobre o número de municípios e unidades de saúde homologadas ao Incentivo à Atividade Física na APS e dos valores pagos no período entre maio de 2022 e setembro de 2023. Para avaliar a equidade, foram calculadas as medidas de desigualdades absolutas e relativas entre as unidades de saúde, agrupadas em quartis conforme a nota de priorização municipal. O percentual de unidades de saúde custeadas não passou de 37,6% e o estabelecimento de metas reduziu em 68,9% o número de unidades de saúde que receberam recursos do Incentivo à Atividade Física na APS e em 44,0% o montante de recursos pagos. Foram observadas importantes desigualdades na alocação de recursos, com maior percentual de unidades de saúde localizadas em municípios com menor prioridade. Assim, os critérios adotados foram insuficientes para garantir equidade na distribuição de recursos.

Palavras-chave: Equidade em saúde; Financiamento Governamental; Práticas Corporais; Promoção da Saúde.

Abstract

The objectives of this study were to present a national overview of the first year of implementation of the Financial Incentive for Physical Activity in Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS) and to analyze whether the municipal prioritization score was an effective criterion for greater equity in the distribution of resources. This is an ecological study with analyses of the number of municipalities and health units approved for the Physical Activity Incentive in PHC and the amounts paid between May 2022 and September 2023. To assess equity, measures of absolute and relative inequalities were calculated between health units, grouped into quartiles according to the municipal prioritization score. The percentage of health units funded did not exceed 37.6%, and the establishment of goals reduced the number of health units that received resources from the Physical Activity Incentive in PHC by 68.9% and the amount of resources paid by 44.0%. Significant inequalities were observed in the allocation of resources, with a higher percentage of health units located in

municipalities with lower priority. Thus, the criteria adopted were insufficient to ensure equity in the distribution of resources.

Keywords: Health Equity; Financing, Government; Body Practices; Health Promotion.

Introdução

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

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

Ofertada no SUS desde meados dos anos 2000, a atividade física (AF) está associada a benefícios individuais e coletivos, que abrangem as perspectivas sanitárias, sociais, ambientais, econômicas e outras¹⁰⁻¹⁵ e, em 2022, foi lançado o Incentivo Financeiro Federal de custeio destinado à implementação de ações de AF (IAF) com os objetivos de implementar ações na Atenção Primária à Saúde (APS) e melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por meio de contratação de profissionais de educação física (PEF), aquisição de materiais de consumo e da qualificação de ambientes¹⁶. Para a habilitação das unidades de saúde ao IAF, considerando a disponibilidade orçamentária existente, foi estabelecida uma nota de priorização municipal que visou distribuir os recursos financeiros de forma equitativa, a partir de indicadores de saúde e sociodemográficos.

No momento do lançamento foi anunciado que a previsão de investimento no IAF seria de R\$ 99,0 milhões em 2022 e de R\$ 170,0 milhões em 2023¹⁷. Em junho de 2022, foram homologadas milhares de unidades de saúde na maior parte dos municípios brasileiros, com previsão orçamentária mensal que girava de R\$ 7,9 milhões a R\$ 16,1 milhões¹⁸.

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

Esta pesquisa se enquadra na vertente da Política, Planejamento e Gestão do campo da Educação Física e Saúde Coletiva²⁰, a qual busca debater a promoção da AF enquanto política pública de saúde por meio de análises sobre o financiamento, a agenda de planejamento, a oferta de atividades, entre outros^{17,21}. O ineditismo está na análise do primeiro ano de implementação de um incentivo financeiro que incluiu critérios que buscavam ser equitativos.

Método

Delineamento e período de análise

Trata-se de um estudo ecológico construído a partir de dados secundários provenientes de bases de dados de plataformas do governo federal, que analisou a implementação do IAF no período compreendido entre maio de 2022 e setembro de 2023. Esse período permitiu a análise de 12 competências (meses) de pagamento de recursos do IAF, uma vez que a primeira competência de pagamento foi a de outubro de 2022.

Para avaliar o comportamento dos distintos momentos de implementação, relacionados à condição normativa que prevê alcance de metas, a análise foi dividida em dois períodos: sem metas – primeiros 6 meses após a publicação da portaria de homologação (outubro de 2022 a fevereiro de 2023); e com metas – a partir do sétimo

mês (de março a setembro de 2023). No período sem metas bastaria registrar as ações de AF (fichas de atividades coletivas) no sistema de informação em saúde indicado. Já no período com metas seria necessário alcançar um quantitativo mensal das referidas fichas de acordo com o tipo de unidade de saúde: Centro de Saúde/Unidade Básica = 30; Posto de Saúde = 10; Unidade Móvel Fluvial = 5, independente da modalidade¹⁶. Destaca-se, em complemento, que o IAF possui 3 modalidades: 1 - sem PEF, 2 - com PEF 20 horas, 3 – com PEF 40 horas.

Fonte de dados

A consulta de informações sobre o IAF foi realizada no ‘e-Gestor Atenção Básica (e-gestor AB)’, que possibilita acesso aos vários sistemas de informação da APS²². Foram utilizadas as informações disponíveis em relatórios públicos do sistema de informação do Financiamento da APS (<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relFinanciamentoParcela.xhtml>).

A extração dos dados foi realizada e revisada em outubro de 2023, por dois autores com experiência na gestão do SUS, de forma cegada, a partir de prévia pactuação. Para a seleção das Unidades Geográficas, foram selecionadas todas as Unidades Federativas (UF) e municípios, sendo realizada a extração de dados das parcelas no período entre maio de 2022 e setembro de 2023, por meio do uso de filtros disponíveis no e-Gestor AB. Os dados referentes ao IAF foram obtidos na planilha “Ações Estratégicas - Incentivo de Atividade Física” gerada no download dos arquivos. Na sequência, os dados foram exportados e tabulados para uma planilha do software Microsoft Excel®. A extração e a tabulação dos dados foram revisadas por um autor diferente daquele que inicialmente a realizou e divergências foram resolvidas por consenso.

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

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

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

Variáveis analisadas

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

Análise

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

Para avaliar se a nota de priorização para a homologação das unidades de saúde da APS, criada a partir do já apresentado conjunto de critérios, alcançou o objetivo de ser equitativo, foi analisada a magnitude da desigualdade na implementação do IAF entre as unidades de saúde localizadas em municípios do Q1, de maior prioridade e o Q4, de menor prioridade. Para tanto, foram utilizadas as medidas de desigualdade absoluta (calculada a partir da diferença entre os quartis extremos e expressa em pontos percentuais - PP) e relativa (calculada pela razão entre Q4 e Q1)²⁴⁻²⁶. Destaca-se que, conforme exposto, independente da primeira rodada não considerar a nota de

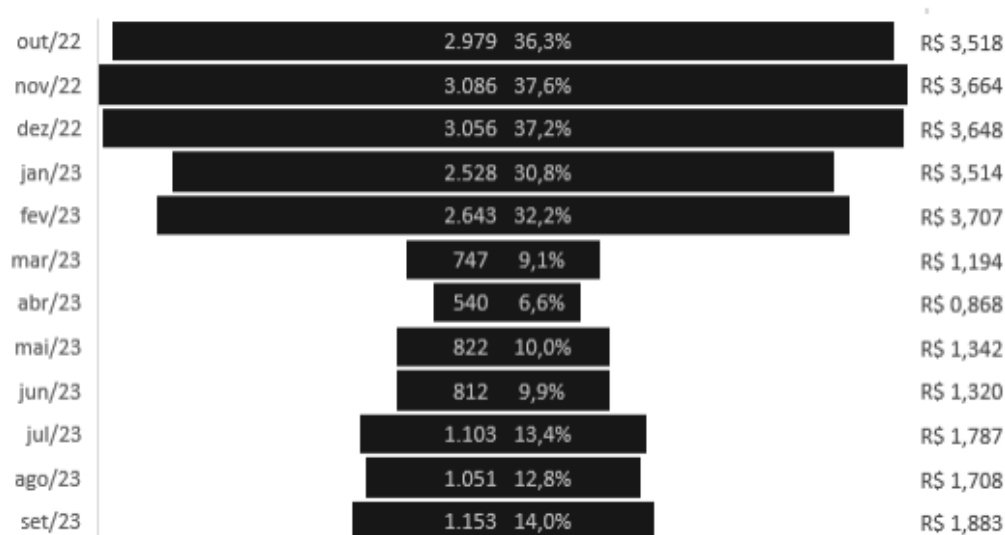
priorização municipal, todos os municípios possuíam tal nota, logo sua análise permitiu identificar se a equidade foi efetivada.

Resultados

Com relação ao panorama geral do primeiro ano de implementação do IAF, foram homologadas 8.214 unidades de saúde da APS em 4.128 municípios para o custeio¹⁸, o que representa 74,0% dos municípios brasileiros²⁷ e 16,7% das unidades de saúde elegíveis ao IAF do Brasil²⁸.

Foi demonstrado que no período sem metas (out/22 a fev/23), o número de unidades de saúde custeadas variou de 2.528 (jan/23) a 3.086 (nov/22), o que corresponde a 30,8% e 37,6%, respectivamente, do total de unidades de saúde homologadas. Já no período com metas (mar a set/23), o número de unidades de saúde custeadas variou de 540 (abr/23) a 1.153 (set/23), o que corresponde a 6,6% e 14,0%, respectivamente, do total de unidades de saúde homologadas (Figura 1).

Figura 1 - Número de unidades de saúde que receberam recursos do IAF, percentual em relação ao total de unidades de saúde homologadas, e montante de recursos (em R\$ milhões) por competência, Brasil, de outubro de 2022 a setembro de 2023.



Fonte: A autoria própria baseado em dados do eGestor.

A evolução do montante de recursos do IAF por competência no Brasil possibilitou identificar a variação do valor total de recursos pagos nos períodos analisados. No período sem metas (out/22 a fev/23), o valor total de recursos pagos em

uma competência chegou a R\$3,7 milhões (fev/23). A partir da competência em que o alcance de metas era uma condicionalidade para a transferência do IAF, houve uma queda importante nos recursos, com o valor de R\$ 1,2 milhões (mar/23), o que representa uma redução de 67,8%. No total foram pagos R\$18,0 milhões no período sem metas (5 competências) e R\$10,1 milhões no período com metas (7 competências), o que representa uma redução de 44,0% no montante de recursos pagos com o estabelecimento de metas (Figura 1).

Com relação à nota de priorização municipal, como estratégia para maior equidade na distribuição dos recursos para a promoção da AF na APS, foi demonstrado que do total de 8.214 unidades de saúde homologadas, 35,4% pertenciam aos municípios do Q1 (n= 2.905 em 1.122 municípios), 27,9% do Q2 (n= 2.291 em 1.017 municípios), 23,0% do Q3 (n= 1.889 em 1.004 municípios) e 13,7% do Q4 (n= 1.127 em 985 municípios). Portanto, aproximadamente 2 em cada 3 unidades homologadas no Brasil estavam em municípios prioritários (Q1 e Q2) (Tabela 1).

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

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

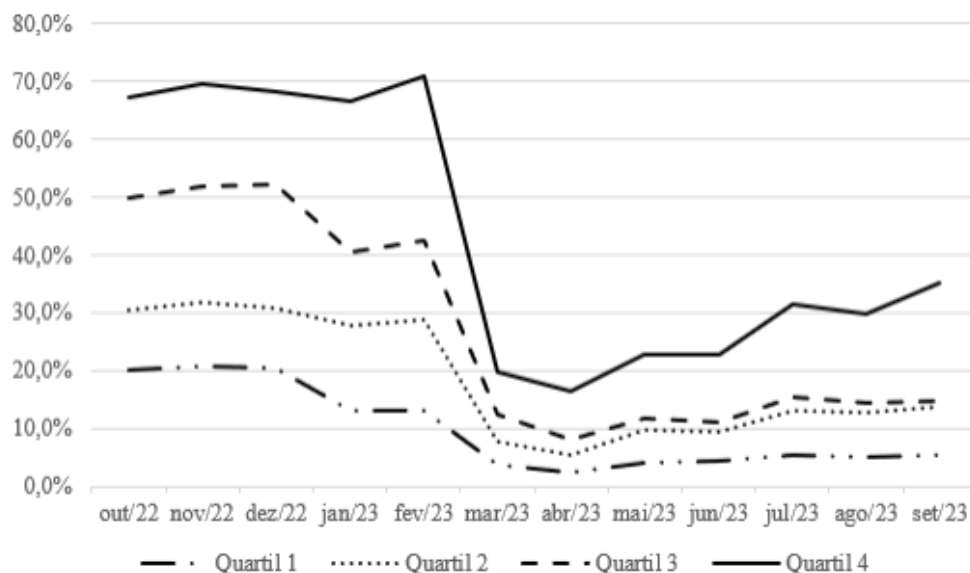
Quartil	n	US Habilitadas	US que receberam recursos do IAF												MÉDIA (DP)
			out/22	nov/22	dez/22	jan/23	fev/23	mar/23	abr/23	mai/23	jun/23	jul/23	ago/23	set/23	
Quartil 1*	n	2.905	757	783	769	750	800	224	184	258	258	355	335	397	489,2 (256,1)
	%	35,4%	25,4%	25,4%	25,2%	29,7%	30,3%	30,0%	34,1%	31,4%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

Legenda: * maior prioridade; US: Unidades de saúde; DP: Desvio padrão

Fonte: Autoria própria baseado em dados do eGestor

Contudo, quando analisado o percentual de unidades de saúde custeadas com o IAF, em relação ao total de homologadas em cada quartil, foi revelado que o maior percentual do Q1 (maior prioridade) foi de 20,7% (nov/22) no período sem metas e de 5,6% (set/23) no período com metas, sendo o quartil com o menor percentual de unidades de saúde custeadas em todo o período analisado. No sentido oposto, o maior percentual de unidades de saúde custeadas do Q4 (menor prioridade) foi de 71,0% (fev/23) no período sem metas e de 35,2% (set/23) no período com metas (Figura 2).

Figura 2. Percentual de unidades de saúde que receberam recursos do IAF em relação ao total de unidades de saúde homologadas em cada quartil, por competência, Brasil, de outubro de 2022 a setembro de 2023.



Fonte: Autoria própria baseado em dados do eGestor

No Brasil, houve uma redução de 68,9% e 24 pontos percentuais (PP) nas unidades de saúde custeadas com o IAF entre os diferentes períodos analisados, passando de 34,8% no período sem metas para 10,8%, no período com metas. Em relação aos quartis, em média 17,5% das unidades de saúde do Q1 (mais prioritário) receberam recursos no período sem metas e 4,4% no período com metas, o que representa uma redução de 74,7% e 13,1 PP. Por outro lado, o Q4 (menos prioritário) teve 68,5% de unidades de saúde custeadas no período sem metas e 25,5% no período com metas, havendo redução de 62,8% e 43,0 PP. Com relação a magnitude das desigualdades absolutas e relativas na implementação do IAF, foram reveladas importantes diferenças percentuais entre os Q4 e Q1 de 3,9 no período sem metas (51,0 PP) e de 5,8 no período com metas (21,1 PP) (Tabela 2).

Tabela 2. Percentual de unidades de saúde que receberam recursos do IAF no período sem e com meta, redução e variação em pontos percentuais entre os períodos.

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

Legenda: Q: Quartis; * Mais prioritário; P1: período sem metas; P2: período com metas; DP: Desvio padrão; PP: pontos percentuais; Des.: Desigualdade; Relativa: Q4/Q1; Absoluta: Q4-Q1

Fonte: Autoria própria baseado em dados do eGestor

Discussão

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

O estabelecimento de metas no primeiro ano de implementação do IAF, embora seja um aspecto relacionado à eficiência das políticas públicas, reduziu de forma expressiva o custeio para as ações de AF na APS pelos municípios brasileiros. Logo, deixa o questionamento sobre o dimensionamento das metas, em especial por elas serem as mesmas independente da modalidade do IAF, ou seja, não mudam nos casos em que as unidades de saúde não tem PEF ou se possuem PEF 20 ou 40 horas, a temporalidade de sua implementação (6 meses) como condicionalidade para a transferência dos recursos e sobre a existência e efetividade de apoio aos gestores municipais para que elas sejam alcançadas, uma vez que o IAF é uma iniciativa recente e sem precedentes no SUS.

O impacto das metas também pode ser observado no montante de recursos alocados. Foi possível identificar que embora tenha ocorrido um aumento gradativo no montante total de recursos no período com metas, o maior valor mensal transferido nesse período, R\$1,8 milhões (set/2023), corresponde a praticamente a metade do maior valor mensal repassado no período sem metas (R\$ 3,7 milhões em fev/2023). Assim, no primeiro ano de implementação, os valores mensais transferidos pelo Ministério da

Saúde ficaram muito abaixo daqueles inicialmente previstos (a saber: R\$7,9 milhões a R\$16,1 milhões¹⁸).

Algumas hipóteses para o baixo grau de implementação são: o valor do custeio mensal (no máximo R\$ 2.000 por unidade de saúde com PEF de 40 horas) frente ao real custo com a contratação de PEF; a baixa capacidade da gestão municipal para fazer processos seletivos e novas contratações, em especial quando não há o cargo de PEF no âmbito da secretaria de saúde; o curto prazo para adesão e planejamento para adequação às condições normativas pela gestão municipal (20 dias, a contar da data de publicação da portaria de lançamento, prorrogada por mais 7 dias^{16,29}); dificuldade de alcançar as metas, principalmente na modalidade 1 (sem PEF) em Centros de Saúde/Unidades Básicas (n= 30); dentre outros.

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

A partir da análise do planejamento do SUS, foi identificado que o IAF não partiu do planejamento sanitário, dada a sua ausência nos instrumentos de gestão, o que permite inferir que o incentivo foi criado devido a oportunidades de ocasião para cumprir uma proposta do governo (2019-2022)²¹. Isso pode ter deixado lacunas importantes, por exemplo, metas que passaram a vigorar em um momento de incipiente implementação da iniciativa.

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

Em relação à nota de priorização municipal como critério para que a distribuição de recursos seja equitativa, o cenário verificado aponta que a maior parte das unidades de saúde está em municípios mais prioritários, o que já era esperado. Entretanto, esse padrão não se confirmou em relação ao recebimento de recursos, já que o Q1 (mais

prioritário) teve o menor percentual de unidades de saúde beneficiadas, quando comparados entre o mesmo quartil, em todo o período analisado. Um dos motivos que podem explicar essa ocorrência é que os municípios mais prioritários possuíam maiores desafios na implementação do IAF, já que possuem menor estrutura (menor cobertura da ESF e sem PEF) e maior população vulnerável social e sanitariamente (maior inscrição no CadÚnico e mais ICSAP).

A magnitude das desigualdades absolutas e relativas encontradas entre Q4 e Q1, respectivamente de 51,0 PP e 3,9 no período sem metas e de 21,1 PP e 5,8 no período com metas, denota o tamanho do desafio e a complexidade da implementação de políticas de saúde equitativas. Assim, embora tenha sido proposto uma estratégia para maior equidade na distribuição dos recursos financeiros para a promoção da AF na APS no momento de homologação, foi demonstrado que existem dificuldades para o cumprimento dos requisitos para o custeio das unidades de saúde nos municípios do quartil mais prioritário. Alguns estudos também identificaram desigualdades na implementação de políticas e serviços de saúde do SUS relacionados à AF, como no caso das equipes multiprofissionais em municípios da Região Sul²⁶ ou das unidades de um programa de promoção da AF no SUS, o Serviço de Orientação ao Exercício (SOE) de Vitória – ES³⁶.

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

A partir das teorias da Hipótese da Equidade Inversa e da Lei dos Cuidados Inversos foram apresentadas uma reflexão sobre as desigualdades de acesso nas ações relacionadas à AF^{26,37}. A primeira delas busca compreender como as desigualdades tendem a se estabelecer em indicadores de saúde, partindo do aumento esperado dessas desigualdades quando surgem inovações em saúde que atingem inicialmente os mais privilegiados social e economicamente. Já a segunda destaca que a disponibilidade de uma atenção adequada em saúde tende a variar inversamente à necessidade da população. No caso do IAF, no primeiro ano de implementação, essas teorias foram

confirmadas já que as unidades de saúde do quartil menos prioritário foram as que mais receberam recursos, quando comparados ao quantitativo homologado por quartil. E com isso potencialmente não ocorreu a efetivação da equidade enquanto importante elemento da justiça social e forma de garantir o direito à saúde, ratificando a existência de desafios na sua operacionalização.

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

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

Portanto, é possível apontar algumas estratégias para a qualificar a implementação do IAF, tais como: a) repactuação tripartite das metas e dos prazos para o início do cumprimento; b) apoio técnico para as ações de planejamento para os gestores municipais; c) monitoramento periódico para a identificação das principais barreiras e facilitadores junto aos gestores municipais e profissionais das equipes de saúde; d) capacitação dos profissionais da APS sobre o tema da AF, incluindo os conteúdos de documentos orientadores^{39,40}. E, ainda, avaliação da pertinência de custeio diferenciado, por exemplo com valores maiores nos municípios mais vulneráveis, como já ocorre nos recursos de construção de diferentes unidades de saúde (por região do país)⁴¹.

Dados de diferentes pesquisas, ao longo do tempo (2009 – 2021), indicam o desafio relacionado à ampliação do acesso à AF pela população brasileira. O melhor cenário apontado nesse período girou em torno de pouco mais de 1/3 da população brasileira adulta (18 anos ou mais) sendo fisicamente ativa no lazer e, ainda, mais da metade sendo inativa fisicamente, com destaque para as marcantes iniquidades^{33,42-44}. Com isso fica evidente que ser fisicamente ativo está relacionado a gradientes sociais, com grupos sociais com desvantagens socioeconômicas tendo mais barreiras de acesso à AF^{45,46}.

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

Os achados apresentados no presente artigo devem ser interpretados considerando suas limitações e potencialidades. Como limitações do estudo destacamos que o período observado foi relativamente curto (17 meses no geral e 12 meses de custeio), o que se justifica pela finalidade de analisar o primeiro ano de implementação do IAF, sendo necessário ampliar a referida série em análises futuras, e a não apresentação dos valores efetivamente transferidos. O e-Gestor AB tem o papel de permitir o acompanhamento do alcance dos critérios normativos dos programas da APS como o IAF, mas a transferência de recursos para a gestão municipal é efetivada pelo Fundo Nacional de Saúde.

Já a principal potencialidade é a análise de critérios sobre equidade nas políticas públicas de saúde, incluindo critérios sociais, como o CadÚnico, sanitários, como a cobertura de ESF e as ICSAP, e demográficos, como o porte populacional dos municípios. No entanto, esses critérios não garantem a efetivação da distribuição equitativa dos recursos. Assim, apesar de ser essencial que as políticas e programas busquem priorizar municípios e unidades de saúde mais vulneráveis, muitas vezes estes

apresentam maiores desafios, pois possuem menos estrutura para a implementação. Assim, é importante que medidas diferenciadas estejam planejadas para estes casos.

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

É relevante trazer que no momento de confecção do presente manuscrito, o IAF foi expandido com a homologação de mais de 17.000 unidades de saúde⁵³, sem utilização do critério de priorização municipal. Esta expansão, mesmo num contexto de mudança na gestão federal em 2023, significou o fortalecimento do IAF, o que pode ser ratificado pelo teto orçamentário de aproximadamente R\$ 397,0 milhões⁵³ e sua inclusão no novo modelo de cofinanciamento federal da APS em 2024⁵⁴, evidenciando a relevância da presente análise e apontando a necessidade de novas pesquisas sobre a implementação do IAF.

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

Considerações finais

Conclui-se que o grau de implementação do IAF no primeiro ano foi baixo já que apenas em torno de 1 em cada 5 unidades de saúde homologadas recebeu recursos. Em relação à busca pela equidade, os critérios adotados para a priorização de unidades de saúde foram insuficientes já que proporcionalmente, quando comparados no mesmo quartil, mais unidades de saúde em municípios do Q4 (menos prioritário) receberam recursos, em especial no período sem metas. Logo, as unidades de saúde em municípios mais vulneráveis, segundo os critérios de priorização, apresentaram menor possibilidade

de atender às condições normativas para o custeio, evidenciando um possível paradoxo. Assim, para que a busca pela equidade, contemplando os mais vulneráveis, não resulte em uma menor efetivação de políticas públicas, é essencial um olhar mais específico para estes contextos.

Agradecimentos

Dayane Lima pelo apoio na organização dos dados

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Financiamento

Os autores declaram que não houve financiamento.

Contribuições dos autores

FFBC e LAV: Concepção, projeto, análise e interpretação dos dados; Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada.

Responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

TAM e MRL: Análise e interpretação dos dados; Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; Aprovação final da versão a ser publicada. Responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei no 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
2. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate* [Internet]. 2018;42(spe1):18–37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>.

3. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet Health Policy* 2019;394,10195;345-356. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7).
4. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(6):1751-1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.
5. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24(12):4405-4414. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>.
6. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(6):1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
7. Barros FPC, Sousa MF. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. *Saude soc [Internet]*. 2016 Jan;25(1):9–18. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016146195>.
8. Carvalho AMP, Silva GA, Rabello ET. A equidade no trabalho cotidiano do SUS: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Cadernos Saúde Coletiva*, 28(4),590–598. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040151>.
9. Albrecht CAM, Rosa R dos S, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. *Saude soc [Internet]*. 2017Jan;26(1):115–28. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017162684>.
10. Salvo D, Garcia L, Reis RS, et al. Physical Activity Promotion and the United Nations Sustainable Development Goals: Building Synergies to Maximize Impact. *J Phys Act Health* 2021;13;18(10):1163-1180. <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0413>.
11. Reis R, Hunter RH, Garcia L, Salvo D. What the Physical Activity Community Can Do for Climate Action and Planetary Health? *J Phys Act Health* 2022;1;19(1):2-3. <https://doi.org/10.1123/jpah.2021-0719>.
12. Garcia L, Pearce M, Abbas A, et al. Non-occupational physical activity and risk of cardiovascular disease, cancer and mortality outcomes: a dose–response meta-analysis of large prospective studies. *Br J Sports Med* 2023;57:979-989. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-105669>.
13. Speake H, Copeland RJ, Till SH et al. Embedding Physical Activity in the Heart of the NHS: The Need for a Whole-System Approach. *Sports Med* 2016;46, 939–946. <https://doi.org/10.1007/s40279-016-0488-y>.
14. Santos AC, Willumsen J, Meheus F, et al. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health* 2023;Jan;11(1):e32-e39. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8).
15. Amorim T, Knuth A, Cruz D, et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde [Internet]*. 2013;18(1):63-74. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n1p63-74>.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 1.105, de 15 de maio de 2022. Institui o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde (APS). Diário Oficial da União 2022; 17 mai.
17. Carvalho FFB, Loch MR, Sposito LAC, et al. Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise do ciclo governamental 2019-2022. *Ciênc Saúde Coletiva* 2024;29(1):e19352022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232024291.19352022>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 3.872, de 26 de outubro de 2022. Define e homologa os códigos referentes ao CNES dos serviços de APS credenciados para fins da transferência do Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS. Diário Oficial da União 2022; 31 out.
19. Lotta G. Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília: Enap, 2019. 324 p.
20. Nogueira JAD, Bosi MLM. Saúde Coletiva e Educação Física: distanciamentos e interfaces. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2017;Jun;22(6):1913–22. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.23882015>.
21. Vieira LA, Carvalho FFB. Planejamento no SUS: análise da agenda das práticas corporais e atividades físicas no âmbito federal no período de 2004 a 2023. *Saúde em Debate* [online]. v.48,n.141,e8865. <https://doi.org/10.1590/2358-289820241418865P>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. e-Gestor AB. [acesso em 2023 out 20]. <https://egestorab.saude.gov.br/>
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 2.103, de 30 de junho de 2022. Credencia estabelecimentos de saúde da APS, ao Incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física. Diário Oficial da União 2022; 01 jul.
24. World Health Organization. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low-and middle-income countries. 2013. [acesso em 2023 dez 13]. <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/handbook-on-health-inequality-monitoring/handbook-on-health-inequality-monitoring.pdf>.
25. Silva ICM, Restrepo-Mendez MC, Costa JC, et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2018;27(1):1-12. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000100017>.
26. Augusto NA, Fernandes BO, Silva ICM, Loch MR. A hipótese da equidade inversa na implementação do NASF-AB em municípios do Sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2023;28(7):2099-2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023287.04952022>.
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE divulga relação da população dos municípios. [acesso em 2023 nov 15].

<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/37758-ibge-divulga-relacao-da-populacao-dos-municipios>.

28. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Tabnet. [acesso em 2023 nov 20]. <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>.

29. Confederação Nacional dos Municípios. Saúde. Prorrogado prazo para credenciar ações de atividade física no SUS e receber verba.

30. Carvalho FFB, Guerra PH, Silva DB, Vieira LA. Oferta e participação nas práticas corporais e atividades físicas na Atenção Primária no Brasil: análise de 2014 a 2022. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2023/Out). [acesso em 2023 dez 06]. <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/oferta-e-participacao-nas-praticas-corporais-e-atividades-fisicas-na-atencao-primaria-no-brasil-analise-de-2014-a-2022/18944?id=18944>.

31. Dutra RP, Viero VSF, Knuth AG. Inserção de profissionais de educação física no Sistema Único de Saúde: análise temporal (2007-2021). *Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde* 2023;28:1-9. <https://doi.org/10.12820/rbafs.28e0296>.

32. Carvalho FFB, Almeida ER, Loch MR, Knuth AG. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. *Ciênc Saúde Colet* 2022;27(06):2163-2174. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15242021>.

33. Mielke GI, Stopa SR, Gomes CS, et al. Leisure time physical activity among Brazilian adults: National Health Survey 2013 and 2019. *Rev bras epidemiol* 2021;24:e210008. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210008.supl.2>.

34. Mielke GI, Malta DC, Nunes BP, Cairney J. All are equal, but some are more equal than others: social determinants of leisure time physical activity through the lens of intersectionality. *BMC Public Health* 2022;22,36. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12428-7>.

35. Tusset D, Santos L, Merchan-Hamann E, Calmon PC. Programa Academia da Saúde: correlação entre internações por DCNT e adesão nos municípios brasileiros, 2011-2017. *Epidemiol Serv*, 2020;29(5),e2019453. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500013>.

36. Bagrichevsky M, Santos Júnior VJ, Estevão A, Vasconcellos-Silva PR. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. *Saude Soc* 2013;22(2),497–510. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200019>.

37. Crochemore-Silva I, Knuth AG, Mielke GI, Loch MR. Promoção de atividade física e as políticas públicas no combate às desigualdades: reflexões a partir da Lei dos Cuidados Inversos e Hipótese da Equidade Inversa. *Cad Saúde Pública* 2020;36(6), e00155119,1-9. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00155119>.

38. Rennie K, Ahern A, King B, et al. Integration of Physical Activity Promotion within Primary and Secondary Care Settings: Rapid Evidence Review and Lessons from Practice Case Studies [Internet]. *Public Health England*; 2020. <https://www.repository.cam.ac.uk/handle/1810/317077>.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico] – Brasília, 2021. 54 p.:il.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de orientação para o aconselhamento breve sobre atividade física na APS do SUS. Versão para Consulta Pública.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha de Emendas Parlamentares Ploa 2024 /Fundo Nacional de Saúde. – Brasília, 2023. 148 p.:il.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de prática de atividade física nas capitais entre 2006 e 2021:prática de atividade física [recurso eletrônico]. Brasília. 2022.
43. Brasil. Ministério da Saúde. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal, 2020.
44. Brasil. Ministério da Saúde. IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas, 2014.
45. Kohler S, Dippon L, Helsper N, et al. Population-based physical activity promotion with a focus on health equity: a review of reviews. *Int J Equity Health* 2023;22,18. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01834-5>.
46. Jerome GJ, Boyer WR, Bustamante EE, et al. Increasing Equity of Physical Activity Promotion for Optimal Cardiovascular Health in Adults: A Scientific Statement From the AHA. *Circulation*, 2023;147(25);1951-1962. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000114>.
47. Wendt A, Knuth AG, Nunes BP, et al. Leisure-Time Physical Activity in a Southern Brazilian City (2004-2021): Applying an Equity Lens to Time-Trend Analyses. *J Phys Act Health*. 2023;31:1-9. <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0259>.
48. Varela AR, Hallal PC, Grueso JM, et al. Status and Trends of Physical Activity Surveillance, Policy, and Research in 164 Countries: Findings From the GoPA! 2015 and 2020 Surveys. *J Phys Act Health* 2022;20(2):112-128. <https://doi.org/10.1123/jpah.2022-0464>.
49. Katzmarzyk PT. Expanding our understanding of the global impact of physical inactivity. *Lancet Glob Health* 2023;11(1):e2-e3. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00482-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00482-X).
50. Pratt M, Varela AR, Bauman A. The Physical Activity Policy to Practice Disconnect. *J Phys Act Health* 2023;16;20(6):461-464. <https://doi.org/10.1123/jpah.2023-0071>.
51. Faria TMT, Brenner S, Deckert A, et al. Health Academy Program and physical activity levels in Brazilian State capitals. *Rev Bras Atividade Física Saúde* 2020;25:1–8. <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0133>.

52. Carvalho FFB, Sposito LAC, Rodrigues PAF, Vieira LA. Promoção das práticas corporais e atividades físicas no SUS: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cad Saúde Pública* 2022;38(8):e00095722. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT095722>.

53. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 1.733, de 3 de novembro de 2023. Credencia estabelecimentos de saúde da Atenção Primária ao incentivo financeiro federal de custeio de ações de Atividade Física. *Diário Oficial da União* 2023; 07 nov.

54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 2024; 11 abr.

55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM no 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* 2023; 26 mai.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.