

O financiamento como desafio nas políticas públicas de saúde: o caso do Programa Academia da Saúde

Financing as a challenge in public health policies: the case of the Health Academy Program

El financiamiento como desafío en las políticas públicas de salud: el caso del Programa Academia de la Salud

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho^{a*} , Leonardo Araújo Vieira^b 

Palavras-chave:

Política de saúde;
Financiamento
governamental;
Promoção da saúde;
Exercício físico.

Keywords:

Health policy;
Financing,
government;
Health promotion;
Exercise.

Palabras-clave:

Política de salud;
Financiación
gubernamental;
Promoción de la
salud;
Ejercicio físico.

RESUMO

O Programa Academia da Saúde (PAS) contribui para promoção da saúde e produção do cuidado, mas considerando a falta de investimentos, o objetivo foi apresentar um panorama do financiamento federal do PAS pelo Ministério da Saúde. Foi realizada pesquisa exploratória no Fundo Nacional de Saúde, sendo analisadas as transferências relacionadas à construção e custeio, de 2011 a 2020, para a gestão municipal. Foram identificados 2.164 polos concluídos, 1.691 que receberam recursos e não concluíram a obra e uma média anual de 1.441 polos sendo custeados em 2020. Em conclusão, o panorama apresentado no texto mostra que o PAS não foi priorizado e como exemplo está o valor de custeio altamente defasado já que não ocorreu atualização desde a sua criação.

ABSTRACT

The Health Academy Program (HAP) contributes to health promotion and care production, but considering the lack of investments, the objective was to present an overview of the federal funding of the HAP by the Ministry of Health. An exploratory research was conducted in the National Health Fund, and the transfers related to construction and costing, from 2011 to 2020, to municipal management were analyzed. A total of 2,164 completed centers were identified, 1,691 that received funds and did not complete construction and an annual average of 1,441 centers being funded in 2020. In conclusion, the overview presented in the text shows that HAP was not prioritized and, as an example, the costing value is highly outdated since its not been uptaded since its creation.

RESUMEN

El Programa Academia de la Salud (PAS) contribuye a la promoción de la salud y a la producción de cuidados, pero teniendo en cuenta la falta de inversiones, el objetivo era presentar un panorama de la financiación federal del PAS. Se realizó una investigación exploratoria en el Fondo Nacional de Salud, analizando las transferencias relacionadas con la construcción y el mantenimiento, de 2011 a 2020, para la gestión municipal. Se identificaron 2.164 centros terminados, 1.691 que recibieron recursos y no terminaron la obra y una media anual de 1.441 centros en financiación en 2020. En conclusión, el panorama presentado en el texto muestra que el PAS no fue priorizado y, como ejemplo, el valor de los costos está muy desactualizado ya que no ha habido ninguna actualización desde su creación.

^aInstituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^bPrefeitura Municipal de Vitória - ES, Serviço de Orientação ao Exercício. Vitória, ES, Brasil.

***Autor correspondente:**

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho
E-mail: fabiofbcarvalho@gmail.com

Recebido em 11 de abril de 2022; aceito em 9 de julho de 2022.

DOI: <https://doi.org/10.1590/rbce.44.e002322>

INTRODUÇÃO

Há importante atenção em âmbito global para as práticas corporais e atividades físicas (PCAF) (WHO, 2018; Brasil, 2021a), derivadas desde os malefícios da inatividade física para a saúde e da carga global de doenças associada a ela (Reid et al., 2022; Katzmarzyk et al., 2022) até a sinergia com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (Salvo et al., 2021; WHO, 2018). Assim, é relevante compreender como o Brasil, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), está desenvolvendo políticas públicas que objetivem ampliar o acesso da população às PCAF, o que é feito no manuscrito a partir da análise do financiamento federal do Programa Academia da Saúde (PAS). O financiamento é um elemento essencial e vem sendo apontado como um dos principais desafios para o fortalecimento do SUS desde a sua criação (Paim, 2018).

O PAS foi criado em 2011, no bojo de ações relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Brasil, 2011a), e possui potencialidade para proporcionar melhores níveis de saúde populacionais a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados, contribuindo para promoção da saúde e produção do cuidado (Brasil, 2018; Wolker et al., 2020; Mielke e Malta, 2020). As PCAF, além da ligação umbilical com o PAS já que foi criado com enfoque nestas práticas, são as ações mais desenvolvidas no programa, tendo como perfil majoritário de usuários grupos populacionais com menos acesso a elas (Brasil, 2018, 2022a; Wolker et al., 2020).

No contexto específico do PAS, a compreensão de que não deveria ser considerado como despesa em ações e serviços públicos de saúde (Brasil, 2012a) e, no mais geral, a limitação de recursos federais do SUS a partir do 'Teto de Gastos Públicos' - novo regime fiscal no âmbito do orçamento da seguridade social da União – instituído em 2017 (Brasil, 2016; Tasca et al., 2021) e a implantação do Programa Previne Brasil, em 2019, conformam um cenário de importantes desafios para o PAS (Mielke e Malta, 2020; Vieira e Carvalho, 2021; Tusset et al., 2020; Brasil, 2021e). Destaca-se que o Previne Brasil incluiu o PAS como ação estratégica, contudo ele substituiu um modelo consolidado possivelmente reduzindo recursos federais para a Atenção Primária à Saúde, a qual contribui para a redução das iniquidades e melhorias nos indicadores de saúde (Seta et al., 2021; Tasca et al., 2021; Massuda et al., 2022).

Assim, esse trabalho tem o objetivo de apresentar um panorama do financiamento federal do PAS pelo Ministério da Saúde (MS) por meio do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e foi motivado: por publicações recentes que apontaram a falta de investimentos para novas instalações e custeio como ameaça à continuidade e sustentabilidade de programas como o PAS, piorando indicadores de saúde e agravando as desigualdades sociais (Mielke e Malta, 2020; Silva et al., 2021); e pela premissa de que a garantia de financiamento é primordial

para que as PCAF se constituam como política de Estado (Brasil, 2022b).

MÉTODO

Pesquisa exploratória com base em dados secundários do FNS, gestor dos recursos destinados a financiar as despesas do MS (Brasil, 2021c). Em dezembro de 2021 foi realizada consulta consolidada das transferências de recursos realizadas pelo FNS (Brasil, 2021d). Foram consultados os repasses fundo a fundo de todas as unidades federativas, sendo analisadas as transferências para a gestão municipal de recursos dos blocos de investimento e custeio do grupo da Atenção Primária, referentes às ações do PAS no período de 2011 a 2020.

Para estratificação dos recursos de investimento para a construção de polos foram considerados os recursos das ações denominadas pelo FNS como: a) Incentivo para construção (de polos) da Academia da Saúde – básica / intermediária / ampliada; b) 'Estruturação de Academia de Saúde – emenda; para o custeio, foram considerados: a) 'Incentivo ao fortalecimento de ações de práticas corporais/atividade física' (2011 a 2013); b) 'Incentivo ao Programa Academia da Saúde – RAB-ACAD'; c) 'Apoio à manutenção dos polos da Academia de Saúde.

Com relação aos recursos de investimento, foram analisados o valor total repassado, as parcelas e o número de municípios contemplados. Além disso, foi calculada a razão entre o valor total de recursos de investimento para a construção de novos polos e o número total de municípios contemplados, o que permitiu identificar a média anual de recursos repassados por município. De 2012 a 2017 foram considerados os valores de R\$ 80.000, 100.000 e 180.000 respectivamente para as modalidades básica, intermediária e ampliada, repassados em três parcelas de 20%, 60% e 20%.

O pagamento da 1ª parcela foi considerado como a habilitação para a construção e da 3ª parcela como a conclusão da obra dos polos do PAS. Para as 1ª e 3ª parcelas foram considerados a identificação da parcela do FNS e os valores de R\$ 16.000 (básica), R\$ 20.000 (intermediária) e R\$ 36.000 (ampliada). Para a 2ª parcela foram considerados a identificação da parcela do FNS e os valores de R\$ 48.000 (básica), R\$ 60.000 (intermediária) e R\$ 108.000 (ampliada). Em complemento, nos anos de 2019 e 2020, foram consideradas as parcelas únicas nos valores de R\$ 81.000, 90.000, 125.000, 138.000 e 218.000 (Brasil, 2017, 2019, 2020). Destaca-se que, baseado em dados do FNS, com o repasse em parcela única, não há como ter a informação se o polo foi concluído. Portanto, foram considerados apenas como parcelas indicativas de habilitação para a construção de polos do PAS.

Em relação aos recursos de custeio, foram analisados o valor total repassado e o número de municípios contemplados. E, ainda, foi calculada a razão entre o valor total transferido de custeio pelo valor

mensal arbitrado, conforme exposto abaixo, por ano (12 meses) e por município, o que permitiu identificar respectivamente as médias anuais de recursos de custeio repassados por município e a de polos custeados. Além disso, foi observado que entre 2011 e 2013 os recursos denominados pelo FNS como 'Incentivo ao fortalecimento de ações de práticas corporais/atividade física' englobavam tanto polos similares ao PAS, ou seja, programas já existentes que não tinham como condição normativa para recebimento deste recurso, dentre outras, a conclusão da obra do polo, quanto outras iniciativas financiadas por meio de editais (Wolker et al., 2020; Brasil, 2022b). Portanto, pesquisou-se as portarias de habilitação de similares publicadas em 2011 com vistas a verificar quais os recursos que eram especificamente relacionadas ao PAS (Brasil, 2011b, c).

Identificou-se ainda que até 2014 havia duas possibilidades de recursos de custeio, R\$ 3.000 mensais por polo e R\$ 36.000 anuais por município, independentemente do número de polos. A partir de 2014, o valor repassado foi de R\$ 3.000 por polo. Diante disso, arbitrou-se o valor de R\$ 3.000 mensais como parâmetro para o cálculo da média de polos custeados por ano. Tal opção foi devida às variações que podem ocorrer na transferência de recursos, por exemplo, a habilitação ocorrer de acordo com a disponibilidade orçamentária do MS ou um polo deixar de receber recursos por um determinado período, em função do não cumprimento das condições normativas de elegibilidade.

Em ambas as formas de recursos foram considerados o ano da transferência do FNS para o gestor municipal (pagamento) e não o período de competência. Maiores informações sobre o PAS, por exemplo o regramento da utilização de recursos de investimento e de custeio estão disponíveis em: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia>.

Considerando o ineditismo das análises e o objetivo de apresentar um panorama relacionado ao financiamento federal do PAS, optou-se pela utilização de valores correntes sem atualização monetária. Por se

tratar de dados secundários e de domínio público, não houve apreciação por comitê de ética em pesquisa.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta informações sobre os recursos de investimento do PAS.

Em 2011 não houve transferência de recurso de investimento para a construção de polos. Em 2012, o valor total de recurso de investimento foi de R\$ 105.276.000, ano de maior aporte de recursos da série histórica. Em comparação com 2012, ocorreram reduções crescentes de 11,2% em 2013, 12,0% em 2014, 56,8% em 2015, 57,5% em 2016 e 92,9% em 2017. Na sequência, embora tenha ocorrido importante aumento no montante de recursos de investimento de 2018 a 2020, o valor permaneceu menor que o alcançado em 2012, sendo de 91,8% em 2018, 70,2% em 2019 e 55,5% em 2020.

No tocante ao número de municípios contemplados com recursos de investimento, 2012 também foi ano com maior número da série histórica, alcançando 2.174 municípios. Em comparação com 2012, ocorreram redução de 48,4% em 2013, 26,1% em 2014, 65,4% em 2015, 62,5% em 2016, 90,1% em 2017 e 93,4% em 2018. Em 2019 e 2020, apesar do aumento no número de municípios, o total permaneceu respectivamente 87,5% e 83,1% menor em comparação ao ano de 2012.

A média anual de recursos de investimento por município apresentou oscilações ao longo do período analisado. Em 2012 a média foi de R\$ 48.425, tendo alcançado R\$ 34.828 em 2017 e R\$ 127.383 em 2020, respectivamente menor e maior média ao longo do período analisado. Em comparação com 2012, ocorreu redução de 28,1% em 2017 e aumento de 163,1% em 2020 na média por município.

Já em relação ao número de propostas habilitadas para a construção de polos do PAS, representado pelo pagamento da 1ª parcela (2012 a 2018) ou da parcela

Tabela 1. Recursos de investimento para a construção de polos do PAS.

Ano	Valor total (R\$ milhões)	Nº de municípios	Média anual por município (R\$)	Parcela (Nº de polos)			
				1º	2º	3º	Única
2011	-	-	-	-	-	-	-
2012	105.276	2.174	48.425	2.788	361	7	-
2013	93.456	1.121	83.368	79	1.026	320	-
2014	92.644	1.607	57.650	847	740	602	-
2015	45.524	753	60.457	17	14	385	-
2016	44.696	816	54.775	40	3	577	-
2017	7.488	215	34.828	83	8	101	-
2018	8.605	143	60.181	0	93	77	-
2019	31.392	271	115.841	0	16	71	232
2020	46.876	368	127.383	1	7	24	372
Total	475.959	-	-	3.855	2.268	2.164	604

Fonte: Elaboração própria com base nos recursos de investimento do PAS disponíveis no FNS.

única (em 2019 e 2020), o maior quantitativo ocorreu em 2012 com 2.788 polos. A partir de 2013 ocorreu redução progressiva até 2018, ano em que não houve habilitação de propostas. Em 2019 e 2020, houve aumento no quantitativo de propostas habilitadas, porém o total permaneceu 91% e 86,6% respectivamente menor quando comparados ao ano de 2012.

O número de polos do PAS com obra concluída, representado pelo pagamento da 3ª parcela, variou de 7 em 2012 a 77 em 2018. Em 2014, 602 polos tiveram obras concluídas, maior número da série histórica. Observou-se ainda que houve uma diferença de 1.691 transferências de recursos referentes ao pagamento da 1ª e da 3ª parcela, indicando a não conclusão de 43,9% de obras habilitadas até 2018. Em 2019 e 2020 não foi possível obter essa informação em função do pagamento em parcela única.

A Tabela 2 apresenta as informações sobre os recursos de custeio do PAS.

O montante de recursos de custeio variou de R\$ 1.944.000 em 2011 a R\$ 51.894.000 em 2020. De maneira geral, ocorreu aumento crescente no valor anual desde 2011, exceto em 2014 e 2019, quando ocorreram reduções de respectivamente 9,8% e 0,5% em relação ao ano anterior. Destaca-se que em 2018 foi registrada a maior taxa de aumento anual de recursos de custeio do PAS ao longo do período analisado, sendo 133,1% maior em relação ao ano anterior.

Em relação ao número de municípios que receberam recursos de custeio, variou de 54 em 2011 a 1.239 em 2020, sendo o maior quantitativo registrado em 2019 com 1.245 municípios. De maneira geral, ocorreu aumento anual no número de municípios, exceto em 2014, 2017 e 2020, em que houve redução de respectivamente, 2,7%, 1,6%, e 0,5% na variação anual do número de municípios. Em 2015 foi registrado um aumento de 191,8% no número de municípios em relação ao ano anterior, maior variação anual ao longo do período analisado.

A média anual de polos custeados variou de 54,0 em 2011 a 1.441,5 em 2020. Foram registrados aumento progressivo da média anual de polos custeados, exceto em 2014 e 2019, em que houve redução de respectivamente 9,9% e 0,5% em relação ao ano anterior. O maior aumento na média anual de polos custeados ocorreu em 2018 em que houve aumento de 133,1% em relação ao ano anterior. De 2015 a 2017 observou-se que o número de municípios superou a média anual de polos custeados, o que ocorreu em função do método empregado que considerou as doze competências mensais como critério de cálculo da referida média anual e o fato de a efetiva transferência do recurso poder começar em qualquer uma delas e também poder ser suspensa temporariamente conforme já explicitado.

A média anual de recursos de custeio por município variou de R\$ 36.000 em 2011 a R\$ 41.884 em 2020. Foi observado uma flutuação ao longo da série histórica, sendo o maior e menor valor registrados respectivamente em 2013 (R\$ 48.027) e 2015 (R\$30.206).

No Gráfico 1 é possível observar as variações anuais nos recursos de investimento e de custeio. Observa-se, em relação aos recursos de investimento, que houve redução importante no montante de 2013 a 2017, com discreta elevação em 2018 e aumentos expressivos em 2019 e 2020, mas de magnitude muito discrepante aos anos iniciais do PAS. Em relação aos recursos de custeio, o valor é crescente de 2011 a 2020, com importantes aumentos em 2012, 2015, 2016 e 2018, com exceção de 2014 e de 2019, quando houve respectivamente redução e tendência de estabilização.

No Gráfico 2 é possível observar as variações nas médias anuais de recursos de investimento e custeio por município. Observa-se, em relação à média anual de recursos de investimento, que houve aumento expressivo até 2013, com redução em 2014 e 2015, certa estabilização em 2016, seguida por expressivo declínio em 2017 e a partir daí ocorreram aumentos importantes

Tabela 2. Recursos de custeio de polos do PAS.

Ano	Valor total (R\$ milhões)	Nº municípios	Média anual de polos custeados	Média anual por município (R\$)
2011	1.944	54	54	36.000
2012	4.479	95	124,4	47.147
2013	5.427	113	150,8	48.027
2014	4.893	110	135,9	44.482
2015	9.696	321	269,3	30.206
2016	18.678	574	518,8	32.540
2017	19.905	565	552,9	35.230
2018	46.398	1.135	1.288,8	40.879
2019	46.152	1.245	1.282,0	37.070
2020	51.894	1.239	1.441,5	41.884
Total	209.466	-	-	-

Fonte: Elaboração própria com base nos recursos de custeio do PAS disponíveis no FNS.

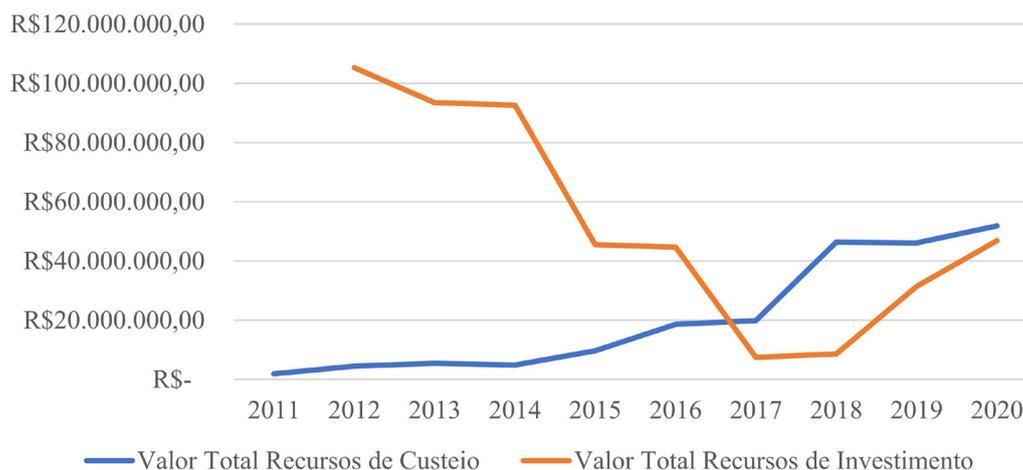


Gráfico 1. Valor total de recursos de investimento e custeio do PAS entre 2011 a 2020.
 Fonte: Elaboração própria com base nos recursos de investimento e custeio do PAS disponíveis no FNS.

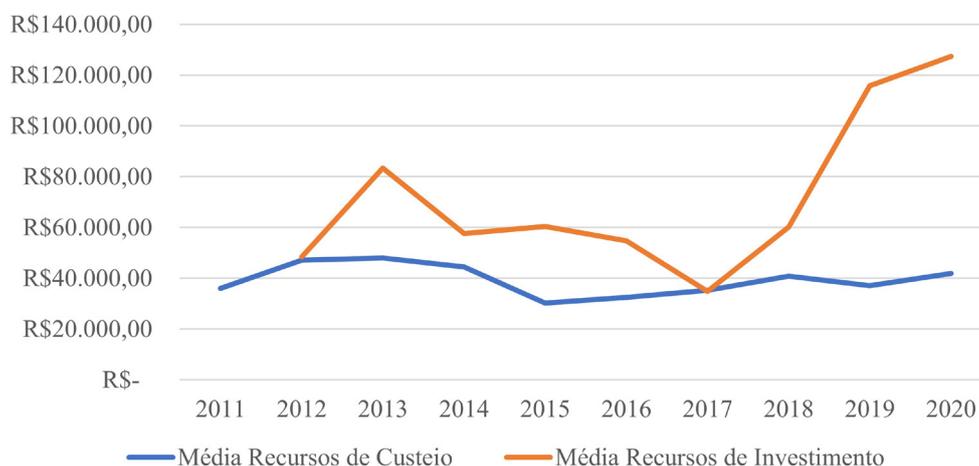


Gráfico 2. Média anual de recursos de investimento e custeio do PAS por município entre 2011 a 2020.
 Fonte: Elaboração própria com base nos recursos de investimento e custeio do PAS disponíveis no FNS.

até 2020. Em relação à média anual de recursos de custeio, ocorreram pequenas oscilações ao longo da série histórica, sendo possível identificar aumento em 2012, com tendência de estabilização até 2014, com importante redução em 2015, seguida de discretos aumentos até 2018 e na sequência relativa estabilização até 2020.

DISCUSSÃO

Apesar de haver a compreensão do MS de que é necessário qualificar e aumentar o financiamento das ações no âmbito do SUS com vistas à criação e fortalecimento de políticas públicas efetivas e sustentáveis para propiciar a inclusão das PCAF na atenção à saúde (Brasil, 2022b), o PAS teve sua expansão cerceada principalmente devido ao financiamento, o que pode ser demonstrado nas limitações de recursos de investimento e de custeio (Tusset et al., 2020).

O número total de polos concluídos foi de 2.164 e foram custeados uma média anual de aproximadamente 1.289 até 2018 e 1.441 até 2020. Até o início de fevereiro de 2022 havia 1.579 polos credenciados para o recebimento do recurso de custeio (Brasil, 2022c). A diferença nos quantitativos está possivelmente na utilização da média anual, o *gap* temporal com análise até 2020 e a distinção entre credenciamento, aqueles aptos a receberem custeio, e os polos que efetivamente receberam. O número de polos custeados está muito aquém do planejamento inicial no qual foram previstas 4.500 unidades implantadas (Brasil, 2011a). Ainda que as metas iniciais tenham sido demasiadamente ousadas, não encontrando lastro em possibilidades fáticas de efetivação, é de se destacar que o PAS alcançou menos de um terço da meta inicial considerando a média anual de polos custeados. Ressalta-se que a garantia de construção

ou reforma de espaços físicos de programas de PCAF para transformá-los em espaço de saúde está presente no plano de enfrentamento das DCNT atualmente vigente (Brasil, 2021b).

Salienta-se também o importante número de polos habilitados (n= 1.691) que receberam recursos iniciais para a construção, mas que não concluíram a obra e o relevante número de polos com obras concluídas que não receberam recursos de custeio (n= 723), o que é corroborado por Tusset et al. (2020). E esse número é ainda maior, já que na análise realizada no presente texto o custeio de similares estava incluído, ou seja, não se trata de obras.

As variações anuais de recursos de investimento indicam que o PAS passou por fases distintas. Houve grande investimento na construção nos anos iniciais (2012 a 2014), expressiva redução em seguida (2015 a 2018) e aumento importante nos últimos anos (2019 e 2020). Contudo este aumento está ligado às demandas do Poder Legislativo federal, uma vez que novas solicitações apenas puderam ser realizadas por meio de emendas parlamentares, a partir da interpretação de que as atividades desenvolvidas no PAS estariam relacionadas aos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Portanto, as despesas com o PAS não deveriam integrar o piso constitucional da saúde (Brasil, 2012a, b; 2013; Tusset et al., 2020). Embora as emendas parlamentares possam ser compreendidas como estratégias de fortalecimento da democracia representativa, quando desconexas do planejamento sanitário e orçamentário, podem não ser efetivadas no âmbito municipal.

Assim, o PAS ficou vulnerável a interesses políticos e restrições orçamentárias, o que ameaça a sua continuidade e expansão por não estarem atreladas a indicadores socioeconômicos e de saúde (Tusset et al., 2020), culminando em cortes e restrições orçamentárias que impedem os repasses de recursos para todos os polos aptos ao financiamento (Tusset, 2021). É paradoxal observar que a compreensão sobre as atividades do PAS estarem relacionadas aos determinantes e condicionantes da saúde acabou por tê-lo enfraquecido já que limitou recursos financeiros ou condicionando-os às emendas parlamentares.

Em relação aos recursos de custeio, a tendência de crescimento anual dos valores totais repassados era esperada considerando o FNS como fonte de informações, portanto retratando polos efetivamente custeados. Entretanto, é importante ressaltar que ao longo de 10 anos de funcionamento do PAS não ocorreu correção no valor de incentivo de custeio mensal (R\$3.000,00). Em dezembro de 2020 o incentivo de custeio mensal deveria ser de R\$ 4.925, 53 mediante correção pela variação do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA, uma variação de 64,18% com o valor atual de R\$ 3.000 (IBGE, 2022). Em outras palavras, no final de 2020 o recurso de custeio valia menos que a metade do que foi inicialmente estipulado em 2011. Assim, o atual valor

repassado pode ser insuficiente frente aos reais custos para a gestão municipal.

Em complemento, diante do crescente aumento da participação dos municípios nos gastos em saúde, acompanhado de estabilização e declínio respectivamente de estados e da União (Funcia, 2019; Servo et al., 2021), é provável que a implantação do PAS e o desenvolvimento das PCAF, com maior protagonismo pelo gestor municipal, seja inviabilizado.

A reversão do entendimento de órgãos de controle e do legislativo federal de que o orçamento do PAS não se enquadra como despesa em ações e serviços públicos de saúde e o aumento do valor dos recursos de custeio são apontadas pelo MS como dois pontos críticos para a gestão do PAS (Brasil, 2022b), contudo, embora seja uma ação estratégica do Programa Previnha Brasil conforme já apontado, até a conclusão deste texto não foram apresentadas estratégias para ampliação do financiamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como potencialidades ressaltam-se o ineditismo do olhar sobre o financiamento federal do PAS. O panorama apresentado entre 2011 e 2020 evidenciou que não ocorreu estabilidade ou crescimento sustentado de recursos de investimento e de custeio no período analisado, ao considerar a média anual de recursos por município, o que impôs restrições ao fortalecimento do PAS.

Como limitações destacam-se a utilização de fonte de informações que permitiram analisar apenas os polos financiados, a realização de análises de recursos sem aplicar fatores de correções inflacionárias e a impossibilidade de analisar os recursos de investimento devolvidos pelos municípios, por desistência e/ou não cumprimento das exigências normativas. Futuras pesquisas sobre o financiamento municipal do PAS precisam complementar o panorama apresentado, em especial o cálculo do montante da contrapartida municipal de recursos, limitações orçamentárias eventualmente impostas pela lei de responsabilidade fiscal ou outras.

O panorama apresentado no texto possibilita afirmar que o PAS não foi priorizado, com destaque para o alto número de polos que receberam recursos de investimentos para construção, mas que não concluíram a obra e aqueles que concluíram e não receberam recursos de custeio, indicando que recursos públicos poderiam ser melhor empregados com vistas a ampliar o acesso da população brasileira às PCAF. Além do valor de custeio poder ser considerado altamente defasado, o fato de o pleito para a construção de novos polos ser possível apenas por emenda parlamentar, dependente de articulação política, representam barreiras para implantação de polos e garantia de equidade das ações do PAS.

Em conclusão, considerando o desafio da ampliação de acesso às PCAF, as quais ainda não tem expressiva parcela da população brasileira e que programas públicos como o PAS tem ampla possibilidade de diminuir iniquidades relacionadas a tais práticas, defende-se a necessária ampliação de recursos de investimentos e de custeio do PAS por meio do MS e preferencialmente pelos demais âmbitos de gestão do SUS, de forma a possibilitar a ampliação e qualificação do acesso e a continuidade de participação nestas práticas ofertadas pelo programa.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho não contou com apoio financeiro de nenhuma natureza para sua realização.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Marília Alves Silva pela contribuição na fase inicial da pesquisa.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília; 2011a [citado 2021 Maio 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Brasil. Portaria GM/MS nº 3.110, de 26.12.2011. Autoriza o repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo de Saúde Municipal para o desenvolvimento da Política Nacional de Promoção da Saúde, no âmbito das práticas corporais/atividade física, similares ao Programa Academia da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2011b [citado 2022 Jan 19]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3110_26_12_2011%20.html

Brasil. Portaria GM/MS nº 3.157, de 27.12.2011. Homologa os Municípios ao recebimento do incentivo para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2011c [citado 2022 Jan 28]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3157_27_12_2011.html

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei complementar nº 141, de 13.01.2012. Regulamenta o §3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2012a [citado 2018 Jun 26]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

Brasil. Câmara dos Deputados. Nota Técnica nº 014, de 2012 – Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira.

Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar nº 141, de 13.01.2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2012b [citado 2020 Set 20]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/estudos/2012/nt14.pdf>

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.864, de 24.09.2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19.09.1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2013 [citado 2019 Jun 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12864.htm

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95, de 15.12.2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2016 [citado 2021 Maio 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm

Brasil. Portaria GM/MS nº 381, de 6.02.2017. Dispõe sobre as transferências, fundo afundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios destinados à execução de obras de construção, ampliação e reforma [Internet]. Diário Oficial da União; Brasília; 2017 [citado 2022 Fev 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0381_06_02_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Panorama nacional de implementação do Programa Academia da Saúde: ciclo 2017 [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2019 Out 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama_academia_saude_monitoramento_programa.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde: 2019 [Internet]. Brasília; 2019 [citado 2022 Fev 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_apresentacao_propostas_ministerio_saude_2019.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde – 2020 [Internet]. Brasília; 2020 [citado 2022 Fev 27]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cartilha_FNS_2020_15_5_2020.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Guia de atividade física para a população brasileira [Internet]. Brasília; 2021a [citado 2021 Jul 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030 [Internet]. Brasília; 2021b. 118 p. [citado 2021 Out 3]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/

- Brasil. Ministério da Saúde. FNS: Fundo Nacional de Saúde. Sobre o FNS [Internet]. 2021c [citado 2021 Dez 12]. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/sobre-o-fns/>
- Brasil. Ministério da Saúde. FNS: Fundo Nacional de Saúde. Consulta FNS [Internet]. 2021d [citado 2021 Dez 12]. Disponível em: <https://consultafns.saude.gov.br/#/consolidada>
- Brasil. Câmara dos Deputados. Cerca de R\$ 290 milhões do gasto anual do SUS decorre de inatividade física, diz estudo da UFF [Internet]. 2021e [citado 2021 Out 10]. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/806112-cerca-de-r-290-milhoes-do-gasto-anual-do-sus-decorre-de-inatividade-fisica-diz-estudo-da-uff>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Monitoramento do Programa Academia da Saúde: ciclo 2019 [Internet]. Brasília; 2022a [citado 2022 Jun 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/monitoramento_academia_saude_2019.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física: gestão da atividade física no Ministério da Saúde do Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2022b;27:1-4. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.27e0248>.
- Brasil. Governo do Brasil. Academia da Saúde. Governo Federal credencia mais 119 polos para custeio mensal [Internet]. 2022c [citado 2022 Jun 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/02/governo-federal-credencia-mais-119-polos-para-custeio-mensal>
- Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Cien Saude Colet*. 2019;24(12):4405-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>. PMID:31778491.
- IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Inflação [Internet]. 2022 [citado 2022 Mar 20]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/inflacao.php>
- Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee IM. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *Br J Sports Med*. 2022;56(2):101-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2020-103640>. PMID:33782046.
- Massuda A, Malik AM, Lotta G, Siqueira M, Tasca R, Rocha R. Brazil's primary health care financing: case study [Internet]. UK: Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care; 2022. (Working Paper; 1) [citado 2022 Abr 3]. Disponível em: <https://www.lshtm.ac.uk/media/59801>
- Mielke G, Malta DC. Avaliação e futuro do Programa Academia da Saúde. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2020;25:1-2. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.25e0147>.
- Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1723-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. PMID:29972481.
- Reid H, Ridout AJ, Tomaz SA, Kelly P, Jones N. Benefits outweigh the risks: a consensus statement on the risks of physical activity for people living with long-term conditions. *Br J Sports Med*. 2022;56(8):427-38. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-104281>. PMID:34649919.
- 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;18(10):1163-80. <http://dx.doi.org/10.1123/jpah.2021-0413>. PMID:34257157.
- Servo LMS, Santos MAB, Vieira FS, Benevides RPS. Financiamento do SUS e Covid-19: histórico, participações federativas e respostas à pandemia. *Saúde Debate*. 2021;44(4):114-29. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042020E407>.
- Seta MH, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Cien Saude Colet*. 2021;26(Supl. 2):3781-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>. PMID:34468671.
- Silva AG, Prates EJS, Malta DC. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cad Saude Publica*. 2021;37(5):e00277820. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00277820>. PMID:34008790.
- Tasca R, Mendonça CS, Mendes PS, Barbosa ACQ. Nota Técnica: financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas [Internet]. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde; 2021 [citado 2021 Dez 20]. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Financiamento_APSfinal.pdf
- Tusset D, Olkoski M, Merchan-Hamann E, Calmon PCDP, Santos L. Programa Academia da Saúde: um olhar quantitativo das adesões entre 2011 a 2017. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2020;25:1-9. <http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.25e0165>.
- Tusset D. Ações da atividade física no âmbito da Atenção Primária à saúde, com ênfase na Promoção da Saúde. In: Seminário Mato-Grossense em Comemoração aos 15 anos da Política Nacional de Promoção da Saúde; 2021. Anais eletrônicos. Cuiabá: ESPMT; 2021 [citado 2021 Abr 7]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=X4LyB5GOio4>
- Vieira LA, Carvalho FFB. As práticas corporais e atividades físicas nos 15 anos da política nacional de promoção da saúde: a defesa da equidade em um contexto de austeridade. *Pensar Prát*. 2021;24:e68737. <http://dx.doi.org/10.5216/rpp.v24.68737>.
- Wolker SM, Sandreschi PF, Tomicki C, Konrad LM, Quadros E, Ribeiro CG, et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. *Rev Andal Med Deporte*. 2020;13(1):16-20. <http://dx.doi.org/10.33155/j.ramd.2019.09.003>.
- WHO: World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. Geneva: WHO; 2018 [citado 2020 Ago 17]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>