

Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Monitoramento de políticas públicas de saúde: análise da implementação do incentivo para atividade física na atenção primária no Brasil

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Debora Bernardo da Silva, Leonardo Araújo Vieira

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.13849>

Submetido em: 2025-10-22

Postado em: 2025-12-08 (versão 2)

(AAAA-MM-DD)

Justificativa da versão: Trata-se de ampliação das análises realizadas anteriormente.

Monitoramento de políticas públicas de saúde: análise da implementação do incentivo para atividade física na atenção primária no Brasil

Monitoring public health policies: analysis of the implementation of physical activity incentives in primary care in Brazil

Fabio Fortunato Brasil de Carvalho

Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-2979-6359>

Debora Bernardo da Silva

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (Cebrap). São Paulo, SP, Brasil.

<http://orcid.org/0000-0003-4351-8929>

Leonardo Araújo Vieira

Prefeitura Municipal de Vitória, Serviço de Orientação ao Exercício, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Educação Física e Desportos, Vitória, Espírito Santo, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-4382-9719>

Resumo

Objetivo: monitorar a implementação do incentivo para atividade física na atenção primária (IAF), no Brasil, entre outubro de 2022 e setembro de 2025.

Métodos: estudo ecológico de série temporal, baseado em dados de sistemas de informação em saúde, empregando como indicadores a proporção de estabelecimentos de saúde custeados; o valor nominal; o número de Profissionais de Educação Física na Saúde (PEF) nos estabelecimentos de saúde do IAF; e o número de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas (PCAF) realizadas. Foi realizada análise descritiva e de tendência temporal por meio de modelo de regressão linear simples.

Resultados: A proporção de estabelecimentos de saúde custeados ficou abaixo de 40,0% em 31 das 36 competências analisadas, na perspectiva financeira, o investimento total foi de R\$ 157,7 milhões. Houve aumento de aproximadamente 73% de PEF nos estabelecimentos de saúde do IAF e de 242% no registro de atividades coletivas de PCAF. A análise temporal evidenciou tendências crescentes estatisticamente significativas em todas as variáveis analisadas, com intensidades diferentes.

Discussão: os indicadores de monitoramento apontaram a necessidade de debate sobre eventual reformulação do IAF, reconhecendo sua potencialidade para ampliar o acesso às PCAF e os desafios para o fortalecimento da pauta na gestão tripartite do SUS, especialmente a ausência de uma política nacional específica.

Conclusão: o IAF contribuiu para ampliar o número de PEF e de atividades coletivas de PCAF, ainda que a proporção de estabelecimentos de saúde custeados tenha sido baixa, o que resultou na redução dos credenciados.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Doenças não Transmissíveis; Práticas Corporais; Financiamento da Assistência à Saúde; Estudo de Avaliação.

Abstract

Objective: to monitor the implementation of the physical activity incentive in primary care (IAF) in Brazil between October 2022 and September 2025.

Methods: this is an ecological time-series study based on data from health information systems, using as indicators the proportion of funded health units; the nominal value; the number of Physical Education Professionals in Health (PEF) in IAF health units; and the number of collective activities of body practices and physical activities (PCAF)

performed. Descriptive and temporal trend analysis was performed using a simple linear regression model.

Results: the proportion of funded health units remained below 40.0% in 31 of the 36 months analyzed. From a financial perspective, the total investment was R\$ 157.7 million. There was an increase of approximately 73% of PEF in IAF health units and a 242% increase in the registration of collective PCAF activities. The temporal analysis showed statistically significant increasing trends in all variables analyzed, with varying intensities.

Discussion: the monitoring indicators highlighted the need for discussion regarding a possible reformulation of the IAF, recognizing its potential to expand access to PCAF and the challenges involved in strengthening this agenda within the tripartite governance of the Brazilian Unified Health System (SUS), particularly given the absence of a specific national policy.

Conclusion: The IAF contributed to increasing the number of PEF and collective PCAF activities, although the proportion of funded health units was low, which resulted in a reduction in accredited health units.

Keywords: Health Promotion; Noncommunicable Diseases; Exercise; Healthcare Financing; Evaluation Study.

Introdução

No Brasil, em 2022, foi criado o incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física (IAF) na Atenção Primária à Saúde (APS)¹. A partir da publicação da portaria de lançamento, foi realizada análise das potencialidades e desafios deste incentivo², e por se tratar de uma mudança no modelo de oferta das práticas corporais e atividades físicas (PCAF) na APS do Sistema Único de Saúde (SUS), foi registrada a necessidade de avaliação futura.

Historicamente, o referido modelo se baseia no Programa Academia da Saúde³, que requer a construção de uma unidade de saúde, denominada como polo, e nas equipes multiprofissionais, nas quais o Profissional de Educação Física (PEF) está incluído como uma das categorias profissionais⁴. Logo, o IAF foi uma inovação, ao se propor financiar estabelecimentos de saúde para implementar ações de PCAF e melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, por meio de contratação de PEF, aquisição de materiais de consumo, e qualificação de ambientes¹.

É importante ressaltar que, ainda que haja previsão da referida contratação, o IAF permite que outros profissionais de saúde, além do PEF, também promovam as PCAF, por exemplo, por meio do aconselhamento. Outra inovação foi o estabelecimento de metas de registro de atividades coletivas de PCAF em periodicidades previamente definidas, como condicionalidade para o recebimento de recursos¹. Além disso, o IAF visou promover uma padronização do cadastro dos PEF nos estabelecimentos de saúde, uma vez que condicionou o recebimento de recursos ao uso do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) referente ao PEF na Saúde (CBO 2241-40)¹.

Embora a formulação de políticas públicas, via de regra, seja devidamente planejada, sua implementação no contexto do SUS enfrenta diversos desafios^{5,6}, sendo reconhecida a necessidade de que os modelos de gestão e o financiamento da APS integrem a agenda estratégica de pesquisa em saúde⁷. Vale ressaltar que o IAF integra o cofinanciamento federal da APS no âmbito do SUS⁸, mas ainda não foi avaliado².

Diante do exposto, e considerando os benefícios sanitários, individuais e coletivos, das PCAF^{9,10}, que estão entre as ações de promoção da saúde e produção do cuidado no SUS, com um histórico de ao menos duas décadas¹¹ e que o IAF, atualmente, é uma das principais formas de oferta das PCAF, com potencial de ampliação do acesso, faz-se necessário realizar o monitoramento e avaliação (M&A). Essenciais no ciclo de implementação das políticas públicas de saúde, o M&A referem-se, respectivamente, ao acompanhamento, de forma rotineira, do desenvolvimento de políticas e programas e à emissão de juízo de valor sobre o referido desenvolvimento visando subsidiar a tomada de decisões para alcançar os objetivos previamente planejados⁵.

A relevância do M&A para as políticas públicas de saúde é destacada em âmbito global e nacional, com publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS)¹² e do Ministério da Saúde brasileiro, a qual objetiva, entre outras coisas, o aprimoramento da gestão pública, a qualificação da formulação das intervenções em saúde e o fortalecimento do controle social¹³ (Brasil, 2025). Assim, tendo em vista que estudos relacionados ao monitoramento de políticas, programas e ações de saúde são relevantes, uma vez que podem contribuir para a identificação de problemas e a realização de ajustes operacionais na implementação, além de subsidiar avaliações futuras, o objetivo do presente estudo foi monitorar a implementação do IAF, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025.

Métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal de monitoramento da implementação do IAF, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025, o que abrange a completude de dados sobre o IAF até o momento da consulta nas fontes de dados.

Fonte de dados

O estudo se baseou nos sistemas de informação em saúde:

a) eGestor atenção primária à saúde

Para identificar os estabelecimentos de saúde vinculados ao IAF foi realizada consulta no eGestor atenção primária à saúde¹⁴, disponível em: <https://egestoraps.saude.gov.br/>. A busca foi realizada pelo número de estabelecimentos de saúde credenciados e custeados pelo IAF, nos relatórios públicos. Foram empregados filtros “Relatórios APS”, “Financiamento da APS”, “relatório de pagamento”, “tipo de unidade”: Município, “Estados: Todos”; “Municípios: Todos” “Ano” e “Parcelas”.

b) Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Para identificar o número de PEF cadastrados nos estabelecimentos de saúde vinculados ao IAF foi realizada consulta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), por meio da ferramenta TABNET¹⁵, disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. A busca foi realizada na seção sobre a rede assistencial (CNES - Recursos Humanos a partir de agosto de 2007 - Ocupações classificadas pela CBO 2002), sendo empregada a seleção dos campos sobre o número de profissionais e de abrangência geográfica (Brasil, UF e município). Para isso, foram utilizados os filtros relacionados ao atendimento no SUS (sim), aos tipos de estabelecimentos vinculados ao IAF (Posto de Saúde; Centro de Saúde/Unidade Básica; Unidade Móvel Fluvial) e às ocupações de nível superior. Em complemento, foram consultados o número de PEF registrados com às ocupações de nível superior relacionados à Educação Física (Preparador Físico, Profissionais de Educação Física na Saúde, Professor de Educação Física no Ensino Fundamental, no Ensino Médio e no Ensino Superior) em todos os estabelecimentos de saúde.

c) Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

Os dados referentes à oferta de atividades coletivas de PCAF na APS foram consultados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). A busca foi realizada no Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica, disponível em: <https://sisab.saude.gov.br>. Para tanto, foram utilizados os filtros “práticas em saúde” e “categoria profissional” para a seleção do quantitativo total de atividades coletivas de PCAF realizadas por todos os profissionais de saúde e, especificamente, por PEF. Não foi feita nenhuma seleção nos demais filtros (ex.: “Tipo de Equipe”; “Tipo de Atividade”, “Temas para Reunião”; “Público-Alvo”; “Temas para Saúde”; “Turno”; “Programa Saúde na Escola”; “Considerar apenas produção enviada no prazo”).

Extração dos dados

A extração dos dados ocorreu em novembro de 2025, sendo realizada de forma cegada e independente por dois autores (XXX e YYY), com experiência na temática, a partir de pactuação prévia. Na sequência os dados foram tabulados no *software Microsoft Excel*.

Variáveis analisadas

As variáveis empregadas como indicadores para monitorar a implementação do IAF foram: a) proporção de estabelecimentos de saúde custeados; b) valor nominal (em R\$); c) número de PEF na Saúde nos estabelecimentos de saúde do IAF; d) número de atividades coletivas de PCAF realizadas.

Análise estatística

Para identificar as medidas de frequência absoluta e relativa foi realizada análise descritiva dos dados no *software Microsoft Excel*. Em complemento, foi realizada análise de tendência temporal no *software RStudio* (versão 4.4.1). Para a referida análise foi realizado um modelo de regressão linear simples, utilizando o tempo em meses como variável independente (outubro de 2022 a setembro de 2025, compreendendo 36 competências). Foram estimados o coeficiente angular (*slope*), coeficiente de determinação (R^2) e valor de p associado ao teste de significância do coeficiente. As tendências estatisticamente significativas foram consideradas quando $p < 0,05$. Foram consideradas variáveis dependentes a proporção de estabelecimentos de saúde custeados, o valor nominal (em R\$), o número de PEF na Saúde nos estabelecimentos de saúde do IAF, o número de atividades coletivas de PCAF realizadas.

Ressalta-se que na análise de tendência temporal da variável de proporção dos estabelecimentos de saúde custeados e valor nominal, não foi considerado o mês de dezembro de 2023, visto que os dados apresentaram viés de registro no sistema de informação.

Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa com dados secundários de domínio público e anonimizados, não houve necessidade de apreciação por um Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

De forma geral, ao longo do período analisado, foram observadas oscilações importantes no número de estabelecimentos de saúde credenciados e custeados, na proporção e no valor nominal, enquanto o número de PEF e de atividades coletivas de PCAF apresentaram, predominantemente, um aumento gradativo (Tabela 1).

O número de estabelecimentos de saúde credenciados pelo IAF, que inicialmente era de 8.212 (outubro/2022), atingiu 21.785 (janeiro/2024) e posteriormente reduziu para 6.246 (setembro/2025), representando, respectivamente, o maior e o menor quantitativo de estabelecimentos de saúde credenciados (Tabela 1).

Em relação ao número de estabelecimentos de saúde custeados pelo IAF, na competência de dezembro de 2023 foi identificada uma possível inconsistência no registro de dados no eGestor, com o quantitativo de estabelecimentos de saúde custeados muito superior ao de credenciados (Tabela 1). Tendo isso em vista, foi revelada uma oscilação no número de estabelecimentos de saúde que receberam recursos do IAF, que iniciou com 2.979 (outubro/2022), atingiu 5.727 (abril/2024) e reduziu para 540 (abril/2023), correspondendo, respectivamente ao maior e ao menor número de estabelecimentos de saúde custeados (Tabela 1).

Tabela 1. Número de estabelecimentos de saúde credenciados e custeados pelo incentivo para atividade física, proporção, valor nominal (em R\$), número de Profissionais de Educação Física na Saúde e de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas, no Brasil, segundo competência, no período de outubro de 2022 a setembro de 2025.

Competência	Nº de estab. credenciados	Nº de estab. custeados	Proporção de estab. custeados (%)	Valor nominal (R\$)	Nº de PEF na Saúde em estab. do IAF	Nº de PCAF
OUT/22	8.212	2.979	36,3	3.518.000	3.948	96.411
NOV/22	8.212	3.086	37,6	3.664.000	4.032	95.920
DEZ/22	8.212	3.056	37,2	3.648.000	4.083	77.337
JAN/23	8.214	2.528	30,8	3.513.500	4.244	89.541
FEV/23	8.214	2.643	32,2	3.707.000	4.353	98.822
MAR/23	8.214	747	9,1	1.194.000	4.459	143.275
ABR/23	8.214	540	6,6	868.000	4.539	127.610
MAI/23	8.214	822	10,0	1.342.000	4.613	157.394
JUN/23	8.214	812	9,9	1.319.500	4.978	150.374
JUL/23	8.214	1.103	13,4	1.786.500	5.033	146.956
AGO/23	8.214	1.051	12,8	1.708.000	5.069	185.767
SET/23	8.214	1.153	14,0	1.882.500	5.146	173.993
OUT/23	8.214	1.100	13,4	1.798.500	5.207	187.569
NOV/23	8.212	1.480	18,0	2.365.000	5.345	189.850
DEZ/23	5.303	17.981	339,1	18.864.500	5.494	158.473
JAN/24	21.785	5.313	24,4	6.782.000	5.782	183.896
FEV/24	20.123	3.627	18,0	4.858.000	6.029	201.807
MAR/24	19.995	4.971	24,9	6.539.500	6.239	232.898
ABR/24	18.903	5.727	30,3	7.404.500	6.423	271.531

MAI/24	18.829	1.270	6,7	1.948.500	6.496	261.623
JUN/24	18.807	3.710	19,7	5.241.000	6.577	259.245
JUL/24	18.780	3.643	19,4	5.133.000	6.645	280.150
AGO/24	18.766	3.559	19,0	4.975.500	6.674	293.112
SET/24	18.723	3.590	19,2	5.024.000	6.725	292.442
OUT/24	18.701	4.085	21,8	5.681.500	6.745	315.447
NOV/24	18.670	4.071	21,8	5.680.500	6.712	279.862
DEZ/24	18.625	4.422	23,7	6.050.500	6.670	214.827
JAN/25	18.557	3.752	20,2	5.295.500	6.598	228.737
FEV/25	9.297	2.867	30,8	4.089.000	6.617	269.205
MAR/25	8.374	2.910	34,8	4.102.500	6.698	273.944
ABR/25	8.347	2.049	24,5	2.943.500	6.761	293.161
MAI/25	8.332	3.040	36,5	4.358.000	6.760	311.978
JUN/25	6.438	3.605	56,0	5.152.500	6.773	297.994
JUL/25	6.392	3.726	58,3	5.327.000	6.792	317.075
AGO/25	6.304	3.547	56,3	5.089.500	6.810	314.616
SET/25	6.246	3.690	59,1	5.285.500	6.834	329.539
TOTAL	-	-	27,5	157.689.000		

Legenda: N^o - Número; estab. - estabelecimentos de saúde; IAF - incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física; PEF - Profissionais de Educação Física; PCAF - práticas corporais e atividades físicas; R\$ - reais.

Fonte: autoria própria baseado em dados do eGestor¹⁴, CNES¹⁵, Sisab¹⁶.

A proporção de estabelecimentos de saúde custeados pelo IAF ficou abaixo de 40,0% em 31 das 36 competências analisadas, sendo registrado uma proporção igual ou inferior a 10,0% em cinco delas (Figura 1). Nos meses de junho a setembro de 2025 essa

proporção ficou acima de 55% (Figura 1). Considerando todo o período, apenas 27,5% dos estabelecimentos de saúde credenciados foram custeados pelo IAF (Tabela 1).

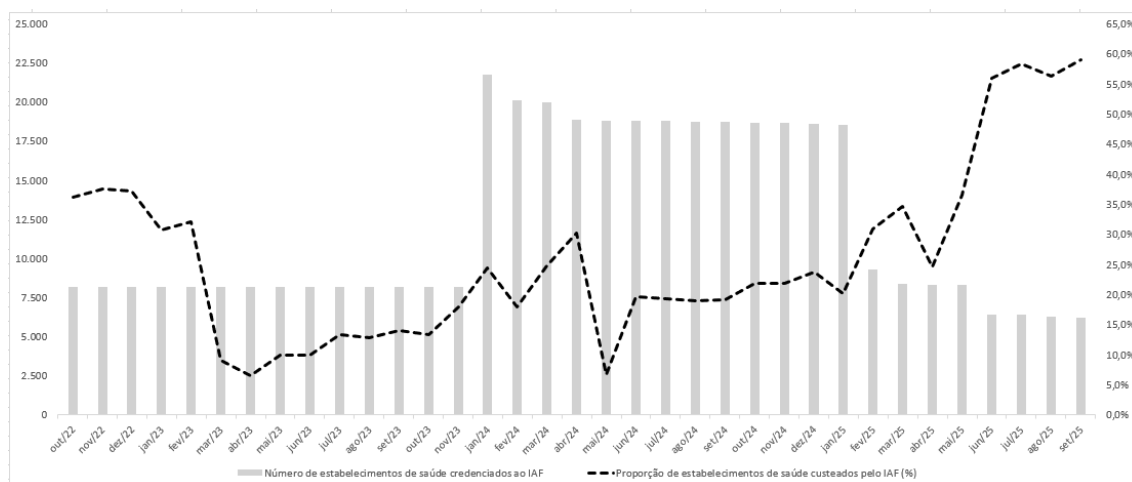


Figura 1. Número de estabelecimentos de saúde credenciados pelo incentivo para atividade física e proporção, no Brasil, no período de outubro de 2022 a setembro de 2025

Legenda: IAF - incentivo financeiro federal de custeio para ações de atividade física.

Fonte: autoria própria baseado em dados do eGestor¹⁴.

Na perspectiva financeira, o investimento total no período analisado, em valores nominais, foi de R\$157,7 milhões e o valor médio mensal foi de R\$4,4 milhões. Os meses de abril de 2023 (R\$0,8 milhões) e abril de 2024 (R\$7,4 milhões) (excluindo dezembro de 2023) foram, respectivamente, as competências com o menor e o maior valor nominal (Tabela 1).

Em relação ao número de PEF na Saúde nos estabelecimentos de saúde elegíveis ao IAF, foi registrado um aumento de aproximadamente 73% ao longo do período analisado. Em outubro de 2022, foram identificados 3.948 profissionais, enquanto em setembro de 2025 o quantitativo foi de 6.834 (Tabela 1). A proporção entre o número de PEF na Saúde nos estabelecimentos do IAF e outros variou de 47,3%, em outubro de 2022, a 57,7%, nos meses de abril e outubro de 2024 (Figura 2). Informações complementares relacionadas ao número total de PEF no SUS estão disponíveis para consulta nos materiais suplementares (Tabelas suplementares 1 a 4).

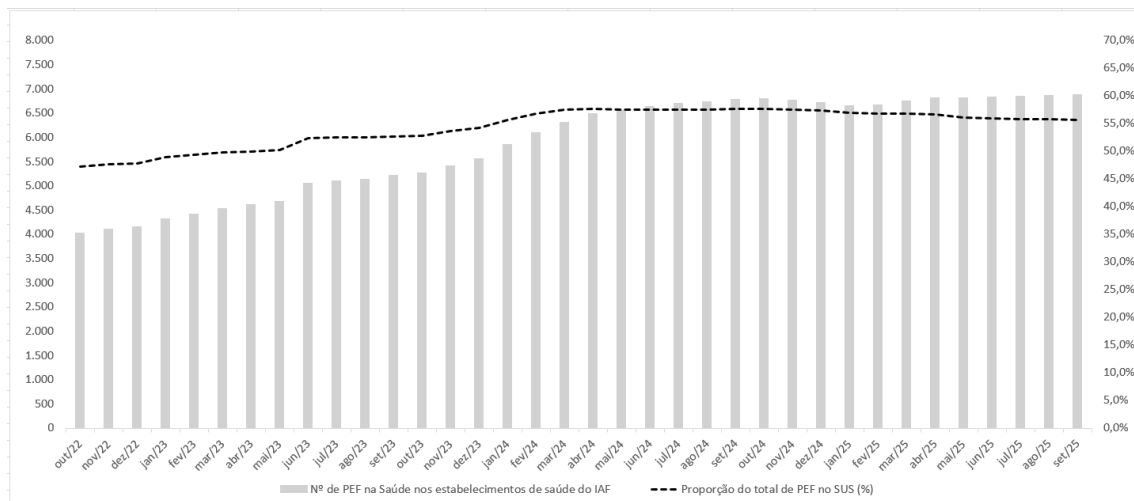


Figura 2. Evolução temporal sobre o número de Profissionais de Educação Física na Saúde nos estabelecimentos de saúde elegíveis ao incentivo financeiro federal para atividade física e a proporção com os demais estabelecimentos de saúde, no Brasil, no período de outubro de 2022 a setembro de 2025.

Legenda: IAF - incentivo financeiro federal de custeio para ações de atividade física; Nº - Número; PEF - Profissionais de Educação Física; SUS - Sistema Único de Saúde.

Fonte: autoria própria baseado em dados do CNES¹⁵.

Além disso, no período analisado foi observado um aumento de aproximadamente 242% no número de atividades coletivas de PCAF registradas por todas as categorias profissionais, o qual foi acompanhado de uma redução na proporção entre as práticas ofertadas exclusivamente por PEF (Figura 3). Em outubro de 2022, por exemplo, foram registradas aproximadamente 96.000 atividades coletivas de PCAF realizadas por todas as categorias profissionais, enquanto em setembro esse valor passou para cerca de 330.000 (Tabela 1). A proporção entre as PCAF realizadas exclusivamente por PEF e aquelas realizadas por todas as categorias profissionais passou de 71,6% em outubro de 2022 para 65,9% em setembro de 2025 (Figura 3). As informações detalhadas sobre o número de atividades coletivas de PCAF realizadas por todas as categorias profissionais e exclusivamente por PEF, assim como da proporção entre elas, estão disponíveis para consulta nos materiais suplementares (Tabela suplementar 5).

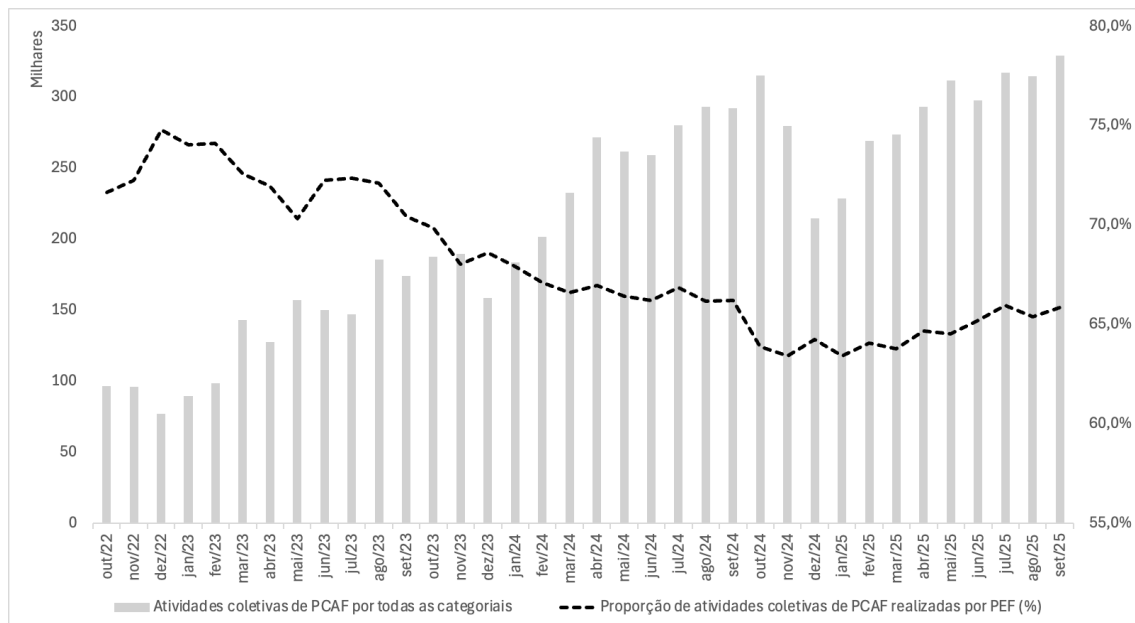


Figura 3. Evolução temporal sobre a oferta de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas na atenção primária à saúde, por milhar, e proporção das realizadas por Profissionais de Educação Física, no Brasil, no período de outubro de 2022 a setembro de 2025.

Legenda: PCAF - práticas corporais e atividades físicas; PEF - Profissionais de Educação Física.

Fonte: autoria própria baseado em dados do Sisab¹⁶.

Quando observado os resultados da análise temporal, por meio da regressão linear simples, ficaram evidentes tendências crescentes estatisticamente significativas em todas as variáveis analisadas, embora com intensidades diferentes. A série referente ao PEF nos estabelecimentos do IAF apresentou um aumento médio de 94.32 profissionais por mês, com elevada explicação do modelo linear ($R^2 = 0,904$). O número de atividades coletivas de PCAF realizadas por todas as categorias profissionais revelou crescimento acentuado, com incremento médio mensal de 7.114 atividades, o valor de $R^2 = 0,874$ indica que a maior parte da variação é explicada pela tendência linear. O valor nominal mostrou crescimento médio mensal de R\$92.937,81, porém com baixa explicação do coeficiente ($R^2 = 0,282$), o que sugere crescimento ao longo do tempo, porém com maior variabilidade. Já a proporção de estabelecimentos de saúde custeados apresentou um crescimento médio de 0,67% ao mês, embora com menor estabilidade ($R^2 = 0,225$) (Tabela 2).

Tabela 2. Análise da tendência temporal dos indicadores de monitoramento do incentivo para a atividade física, no Brasil, no período de outubro de 2022 a setembro de 2025.

Variável	N	<i>Slope</i>	<i>p</i>	R ²
Proporção de estabelecimentos de saúde custeados	35	0,67	0,003	0,225
Valor nominal (em R\$)	35	92937,81	0,001	0,282
Número de PEF na Saúde nos estabelecimentos de saúde do IAF	36	94,32	0,000	0,904
Número de atividades coletivas de PCAF realizadas	36	7114,72	0,000	0,874

Legenda: N° - Número; PEF - Profissionais de Educação Física; IAF - incentivo financeiro federal de custeio para ações de atividade física; PCAF - práticas corporais e atividades físicas.

Fonte: autoria própria

Discussão

Esse estudo teve como objetivo monitorar a implementação do IAF, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025. Para tanto, foram utilizados como indicadores a proporção de estabelecimentos de saúde custeados, o valor nominal (em R\$), o número de PEF na saúde nos estabelecimentos de saúde do IAF e o número de atividades coletivas de PCAF realizadas. Foram reveladas tendências crescentes e estatisticamente significativas em todas as variáveis analisadas, mas com diferentes magnitudes, sendo identificadas oscilações importantes no quantitativo de estabelecimentos de saúde custeados e no valor nominal. Isso indica que, em alguma medida, o IAF é uma estratégia efetiva para a promoção das PCAF na APS, porém existem desafios relacionados à implementação.

A existência de tais desafios pode ser identificada, especificamente, no monitoramento do quantitativo de estabelecimentos de saúde credenciados e custeados pelo IAF, sendo revelado que ao longo de todo o período analisado apenas 27,5% dos estabelecimentos credenciados foram custeados, o que pode indicar um baixo grau de implementação. Isso resultou no descredenciamento de milhares de estabelecimentos de saúde^{17,18}, denotando o desafio na implementação de ações de promoção das PCAF na APS do SUS. O cenário de implementação apresentado indica que o IAF chegou a ter 21.785 estabelecimentos de saúde credenciados, evidenciando o seu potencial para a ampliação do acesso às PCAF, contudo, em setembro de 2025 contava com 6.246, menos de 1/3 delas ainda credenciadas. Vale destacar que a proporção entre as custeadas e

credenciadas pelo IAF ficou acima de 55% de junho a setembro de 2025, período em que havia cerca de 6.000 estabelecimentos de saúde credenciados. Ou seja, o menor quantitativo desde a criação do incentivo (exceto dezembro/2023).

Na perspectiva comparativa, outra iniciativa com finalidades semelhantes, o Programa Academia da Saúde, apresentou um percentual superior a 80% de estabelecimentos custeados¹⁹, ainda que existam diferenças no desenho e na operacionalização destas iniciativas, em especial quanto à existência de metas como condicionalidade para o repasse dos recursos.

Em relação ao valor nominal, o total de investimento no IAF ao longo do período analisado foi de R\$ 157,7 milhões, sendo o valor médio mensal de R\$ 4,4 milhões. Logo, do ponto de vista financeiro, o valor total de custeio foi muito aquém do orçamento disponível, a saber: mais de R\$ 463,0 milhões²⁰. Considerando que existem fragilidades no financiamento das PCAF no SUS, a baixa execução orçamentária do IAF denota uma “janela de oportunidade perdida” para a ampliação do acesso às PCAF e para o fortalecimento da pauta como política pública de saúde.

Esse cenário demonstra que o financiamento para as PCAF é um desafio estruturante, mas que existem outros elementos estratégicos para o fortalecimento dessa pauta na gestão tripartite do SUS, como por exemplo: a qualificação da vigilância, o investimento na educação, formação e pesquisa, a instituição de um comitê participativo e a criação de uma Política Nacional de PCAF no SUS²¹.

Em relação ao número de PEF, a análise sobre a criação do IAF, apontou a necessidade de analisar em médio prazo a magnitude do poder indutor para a inserção dessa categoria profissional na APS do SUS². O presente estudo demonstrou que houve aumento crescente no número de PEF na Saúde (outubro/2022 a outubro/2024), seguida por uma pequena redução (até março/2025) e retomada do crescimento desde então, correspondendo a um aumento de mais de 70% no período analisado. Vale ressaltar que na época do lançamento do IAF, havia um cenário de desmonte das equipes multiprofissionais na APS (eMulti)²². Porém, em maio de 2023, foi retomado o financiamento específico para a composição dessas equipes, nas quais o PEF é uma das categorias profissionais elegíveis. Logo, é possível hipotetizar que houve uma sinergia entre IAF e as eMulti, resultando na maior inserção de PEF na Saúde na APS.

Outro achado da presente pesquisa se refere à distribuição de PEF na Saúde no SUS, os quais estão aproximadamente metade nos estabelecimentos de saúde do IAF, e a outra metade divididos entre os demais estabelecimentos de saúde. Assim, justifica-se um

olhar especial ao IAF, pois pode significar um avanço importante para impulsionar a inserção destes profissionais na APS do SUS, e consequentemente para ampliação do acesso às PCAF.

Já em relação ao CBO de PEF na Saúde, a indução do Ministério da Saúde, que condicionou o recebimento de recursos do IAF e da eMulti ao uso desse código específico, foi exitosa já que no período abrangido aproximadamente 95% dos PEF no SUS foram registrados com esse CBO. Em complemento, em 2022, houve uma ampliação nos procedimentos possíveis de serem registrados pelo CBO do PEF na Saúde, o que representou um importante avanço, uma vez que problemas relacionados ao registro das ações eram apontados como limitação na atuação dessa categoria profissional no SUS²³.

As PCAF tiveram expressiva ampliação no período analisado, com aumento de mais de 2,5 vezes no número de atividades coletivas registradas. Além disso, foi identificada uma ampliação na proporção entre as que foram realizadas por todos os profissionais de saúde e as realizadas por PEF na Saúde, saindo de em torno de 74% para 65%. Isso é relevante pois para ampliar o acesso às PCAF é necessário que todos os demais profissionais de saúde abordem o tema no processo de cuidado, por exemplo, por meio do aconselhamento²⁴. O que se diferencia da prescrição e supervisão de exercícios físicos, que são atividades privativas do PEF.

Estudos prévios relacionados à oferta de PCAF revelaram que, no período entre 2013 e 2022, houve um aumento expressivo no registro de atividades coletivas de PCAF na APS do SUS, e que as eMulti²⁵ e os PEF²⁶ possuem protagonismo para o desenvolvimento dessas práticas. Assim, o IAF potencialmente contribuiu para reduzir a "dependência" do PEF para o desenvolvimento das atividades coletivas de PCAF na APS do SUS, denotando a relevância de iniciativas de qualificação e de educação permanente para o aconselhamento sobre as PCAF. Nesse sentido, o Guia de aconselhamento breve sobre PCAF na APS²⁷, produzido pelo Ministério da Saúde e que passou por consulta pública, será uma relevante contribuição.

Tendo em vista os indicadores de monitoramento abordados, e que a oferta de PCAF na APS, dada a cobertura e capilaridade, é uma relevante estratégia para reduzir as iniquidades de acesso à prática no Brasil, assim como os benefícios de diferentes ordens das PCAF, em especial no lazer, portanto por escolha²⁸⁻³⁰, como as ofertadas em iniciativas como o IAF, é premente um debate sobre uma eventual reformulação com vistas ao alcance de seus objetivos. Esta, parte do reconhecimento da potencialidade do IAF, enquanto ação de promoção da saúde e de cuidado, com vistas a “posicioná-lo”

como uma das estratégias para induzir mudanças em componentes estruturantes da promoção da saúde na gestão tripartite do SUS.

A partir dos achados e do reconhecimento da importância do debate propositivo, apresenta-se alguns apontamentos que podem vir a subsidiar uma eventual reformulação do IAF:

- Credenciar os estabelecimentos de saúde por meio de assinatura de carta de adesão pelos gestores municipais com prazo de vigência quadrienal;
- Instituir o apoio institucional sobre as PCAF às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com envolvimento dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e das comissões intergestores;
- Envolver o controle social, por meio dos conselhos de saúde, com vistas a conhecer as necessidades dos usuários do SUS e as principais barreiras e potencialidades para a implementação das PCAF nos territórios;
- Realizar ações formativas e treinamentos periódicos para gestores e profissionais do SUS, em especial sobre registro e monitoramento das ações nos sistemas de informação em saúde;
- Modificar a forma das transferências de recursos, a partir da instituição de um componente fixo de periodicidade anual, a exemplo do que ocorre com o incentivo para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição, e de um componente variável, a partir do alcance de metas;
- Instituir indicadores de estrutura e de processo, que considere o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão pelos profissionais da APS; a existência de área técnica na estrutura organizacional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, dentre outros;
- Realizar a pactuação tripartite das metas e indicadores de processo e resultado, a partir da série histórica, considerando as modalidades e os tipos de estabelecimentos de saúde;
- Publicar relatórios de monitoramento pelo Ministério da Saúde, com periodicidade anual, e agenda de reuniões com os gestores do SUS para apresentá-los e debatê-los;
- Financiar pesquisas pelo Ministério da Saúde, sobre o M&A das políticas de promoção das PCAF e de sua efetividade na melhoria do cuidado das pessoas com doenças crônicas.

Por fim, é necessário refletir sobre os possíveis impactos da ausência de uma política de PCAF no SUS na implementação do IAF, nesse sentido, a criação da Política Nacional de PCAF é defendida pelo Conselho Nacional de Saúde³¹ para o fortalecimento da pauta no SUS. Não se trata de desconsiderar a relevância da Política Nacional de Promoção da Saúde, mas de reconhecer que as PCAF requerem uma política específica em sinergia com as demais políticas, assim como ocorre com as de Alimentação e Nutrição e de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. A ausência de uma política específica no Brasil foi classificada como uma fragilidade nos indicadores do Observatório Global de Atividade Física³² e pode comprometer o alcance das metas estabelecidas no Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças e Agravos Não Transmissíveis e no Plano de Ação Global de Atividade Física da OMS^{33,34}.

O achados e o debate a partir deste estudo precisam considerar algumas limitações: não ser possível, a partir das fontes consultadas, especificar as atividades coletivas de PCAF por tipo de estabelecimentos de saúde; não haver equivalência dos quantitativos dos indicadores nas competências, pois o pagamento de um determinado mês se refere aos dados do CNES de três meses anteriores, devido às condições normativas previstas; a impossibilidade de especificar o CBO do PEF na Saúde para extrair o número de atividades coletivas de PCAF; a exclusão do mês de dezembro/23 na análise de tendência temporal das variáveis informadas anteriormente, que apresentaram viés de registro no sistema de informação.

Já os pontos fortes foram a triangulação de diferentes e complementares fontes de dados, o que permite uma ampla caracterização da implementação do IAF, como ação de monitoramento. Assim, como o IAF é pouco explorado na literatura científica, os achados podem contribuir para aprofundar a compreensão sobre a sua implementação para o fortalecimento da defesa da causa (*advocacy*) da agenda das PCAF como política de saúde.

Pesquisas futuras de avaliação são necessárias para complementar o cenário apresentado. A formulação do modelo teórico/lógico do IAF e a instituição de indicadores de estrutura, processo e resultado são necessários para subsidiar pesquisas avaliativas. Em complemento, pesquisas com o uso de métodos mistos (qualitativa e quantitativa) e de abordagem participativa, que promova a integração entre a academia, os serviços de saúde e a comunidade, são fundamentais para impulsionar intervenções e pesquisas adaptadas e contextualizadas às necessidades de saúde da população e dos serviços de saúde de cada território³⁵.

Conclusão

Diferentes indicadores, desde os relacionados diretamente ao IAF, como a proporção de estabelecimentos de saúde custeados e o montante de recursos financeiros, até os que podem estar relacionados a outros programas e ações do SUS, como o número de PEF na saúde e de atividades coletivas de PCAF, indicaram um cenário no qual o IAF contribuiu para ampliar o número de PEF na Saúde e de atividades coletivas de PCAF. Entretanto, a proporção de estabelecimentos de saúde custeados foi baixa, o que resultou na redução dos credenciados.

A série histórica apresentada possibilita estabelecer metas factíveis e realistas para o IAF, de forma a garantir a implementação de uma política baseada em evidências e a formulação de estratégias para a tradução do conhecimento científico para os serviços e práticas desenvolvidas no “chão do SUS”.

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 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.

DB: 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. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.105, de 15 de maio de 2022. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o incentivo

financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de atividade física na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União 2022; 17 mai.

2. Carvalho FFB, Sposito LAC, Rodrigues PAF, Vieira LA. Promoção das práticas corporais e atividades físicas no Sistema Único de Saúde: mudanças à vista, mas em qual direção? *Cad Saúde Pública* 2022;38(8):e00095722.
3. Silva AG, Prates EJS, Malta DC. Evaluation of community physical activity programs in Brazil: a scoping review. *Cad Saúde Pública* 2021;37(5):e00277820.
4. Seus TL, Silveira DS da, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2019;28(3):e2018510.
5. Sousa AN. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. *Saúde debate*. 2018Sep;42(spe1):289–301.
6. Fontes FLL, Silva ES, Borges JWP. Instrumentos de planejamento e promoção da saúde na conjuntura do sistema de saúde brasileiro: scoping review. *Physis*. 2025;35(2):e350205.
7. Vilasbôas ALQ, Nedel FB, Aquino R, Batista SRR, Almeida APSC, Cury GC, et al. Institucionalização da avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde no SUS: contribuições para uma agenda estratégica de pesquisa. *Saúde debate* 2024;48(spe2):e9249.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2024, 11 abr.
9. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54:1451-62.
10. Maciel ES, Pontes-Silva A, Figueiredo FW dos S, Franco SCA, Quaresma FRP, Nascimento-Ferreira MV. Noncommunicable diseases attributed to low levels of physical activity in Brazil: an epidemiologic Global Burden of Disease Study. *Rev Assoc Med Bras*. 2025;71(9):e20250203.
11. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Promoção da Atividade Física "Agita Brasil": Atividade física e sua contribuição para a qualidade de vida. *Rev Saúde Pública* 2002;36(2):254–6.

12. World Health Organization. WHO Evaluation Policy (2025). Geneva: World Health Organization; 2025
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 8.585, de 29 de outubro de 2025. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Política de Monitoramento e Avaliação - PMA-MS, e altera a Portaria GM/MS nº 3.201, de 27 de novembro de 2020, para atualizar as competências do Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde - CCMA-SUS. Diário Oficial da União 2025, 29 out.
14. Ministério da Saúde. e-Gestor Atenção Primária à Saúde.
15. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES)
16. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).
17. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.183, de 20 de fevereiro de 2024. Descredencia os Estabelecimentos de Saúde credenciados ao incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS, em decorrência da suspensão total ou do não atendimento aos requisitos mínimos para a transferência do incentivo de custeio federal por mais de doze competências consecutivas. Diário Oficial da União 2024, 21 fev.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 6.546, de 15 de janeiro de 2025. Descredencia Estabelecimentos de Saúde credenciados ao incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física (IAF) na APS, em decorrência da suspensão total ou do não atendimento aos requisitos mínimos para a transferência do incentivo de custeio federal por mais de doze competências consecutivas. Diário Oficial da União 2025, 22 jan.
19. Carvalho FFB, Parreira FR, Bocalini DS, Vieira LA. Os desafios para a promoção da saúde no SUS: análise do financiamento federal de custeio do Programa Academia da Saúde de 2021 a 2024. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2025;47:e20250006.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.733, de 3 de novembro de 2023. Credencia os municípios e o Distrito Federal, e seus respectivos estabelecimentos de saúde da Atenção Primária à Saúde, ao incentivo financeiro federal de custeio, destinado à implementação de ações de Atividade Física na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União 2025, 7 nov.
21. Carvalho FFB, Vieira LA. Práticas corporais e atividades físicas como política pública de Saúde: desafios para avançar na atenção primária do Sistema Único de Saúde no período de 2023 a 2026. *Pensar a Prática* 2023;26: e.75847.

22. Mattos MP, Gutiérrez AC, Campos GWS. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva*. 2022;27(9):3503–16.
23. Bueno AX, Bossle CB, Fraga AB. A Classificação Brasileira de Ocupações do profissional de educação física no SUS: da incompatibilidade à provisoriedade nos serviços públicos de saúde. *Pensar a Prática* 2018;21(2):409-17.
24. Milton K, Morris JL, McLaughlin M, Cameron A, Dewhurst S, Gardner S, et al. Infographic: all health professionals should talk about physical activity with patients. *Br J Sports Med*. 2024;58(10):569-70.
25. Dutra RP, Knuth AG. Práticas corporais e atividades físicas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2013 e 2021. *Physis*. 2025;35(1):e350119.
26. 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. *Ciênc saúde coletiva*. 2025;30(1):e09492023
27. Ministério da Saúde. Brasil. Guia de orientação para o aconselhamento breve sobre atividade física na atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde. Versão para consulta pública.
28. Salvo D, Jáuregui A, Adlakha D, Sarmiento OL, Reis RS. When Moving Is the Only Option: The Role of Necessity Versus Choice for Understanding and Promoting Physical Activity in Low- and Middle-Income Countries. *Annu Rev Public Health*. 2023; 44:151-69.
29. Varela AR, Hallal PC. Does every move really count towards better health? *Lancet Glob Health*. 2024;12(8):e1215-e1216.
30. Nyberg ST, Frank P, Pentt J, Alfredsson L, Ervasti J, Goldberg M et al. Health benefits of leisure-time physical activity by socioeconomic status, lifestyle risk, and mental health: a multicohort study. *Lancet Public Health*. 2025;10(2), e124 - e135.
31. Conselho Nacional de Saúde. Criação de Política Nacional de Práticas Corporais e Atividades Físicas [Internet]. Brasília.
32. Global Observatory for Physical Activity. Card. Brazil.
33. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030.

34. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.
35. Adão I, Rocha DG, Rios LRF, Colussi CF. Estudos de avaliação em promoção da saúde na atenção primária: uma revisão de escopo. *Saúde debate* 2025;49,1-17.

Tabelas Suplementares

Tabela Suplementar 1. Número de Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde, cadastrados com os códigos da Classificação Brasileira de Ocupação de Profissional de Educação Física na Saúde, Preparador Físico, Professor de Educação Física no Ensino Fundamental, no Ensino Médio e no Ensino Superior, em estabelecimentos de saúde elegíveis ao incentivo financeiro federal para atividade física, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025.

COMPETÊNCIA	POSTO DE SAUDE	CENTRO DE SAUDE/ UNIDADE BASICA	UNIDADE MOVEL FLUVIAL	TOTAL
OUT/22	154	3.865	1	4.020
NOV/22	154	3.945	2	4.101
DEZ/22	163	3.992	2	4.157
JAN/23	173	4.139	2	4.314
FEV/23	182	4.239	2	4.423
MAR/23	184	4.341	5	4.530
ABR/23	181	4.420	5	4.606
MAI/23	184	4.496	5	4.685
JUN/23	193	4.853	5	5.051
JUL/23	182	4.921	5	5.108
AGO/23	186	4.953	5	5.144
SET/23	194	5.016	5	5.215
OUT/23	199	5.068	4	5.271
NOV/23	206	5.204	4	5.414
DEZ/23	224	5.338	4	5.566
JAN/24	242	5.608	5	5.855
FEV/24	276	5.819	6	6.101
MAR/24	274	6.032	6	6.312
ABR/24	280	6.201	6	6.487
MAI/24	288	6.265	7	6.560
JUN/24	273	6.360	7	6.640
JUL/24	283	6.419	8	6.710

AGO/24	284	6.444	8	6.736
SET/24	289	6.487	8	6.784
OUT/24	301	6.496	7	6.804
NOV/24	301	6.463	7	6.771
DEZ/24	290	6.430	7	6.727
JAN/25	281	6.367	7	6.655
FEV/25	274	6.394	6	6.674
MAR/25	274	6.476	5	6.755
ABR/25	287	6.529	5	6.821
MAI/25	290	6.525	5	6.820
JUN/25	288	6.542	5	6.835
JUL/25	286	6.564	5	6.855
AGO/25	283	6.583	5	6.871
SET/25	286	6.600	5	6.891

Fonte: autoria própria baseado em dados do CNES¹⁵.

Tabela Suplementar 2. Número de Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde cadastrados em estabelecimentos de saúde elegíveis ao incentivo financeiro federal para atividade física, por código da Classificação Brasileira de Ocupações, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025.

Competência	Preparador Físico (CBO 224125)	Professor de EF no Ensino Fundamental (CBO 231315)	Professor de EF no Ensino Médio (CBO 232120)	Professor de EF no Ensino Superior (CBO 234410)	PEF na Saúde (CBO 224140)	Total
OUT/22	41	9	5	17	3.948	4.020
NOV/22	41	7	6	15	4.032	4.101
DEZ/22	46	7	6	15	4.083	4.157
JAN/23	41	7	6	16	4.244	4.314
FEV/23	39	7	7	17	4.353	4.423
MAR/23	41	7	7	16	4.459	4.530
ABR/23	36	6	7	18	4.539	4.606
MAI/23	37	7	7	21	4.613	4.685
JUN/23	38	9	6	20	4.978	5.051
JUL/23	40	9	7	19	5.033	5.108
AGO/23	39	9	7	20	5.069	5.144

SET/23	37	8	6	18	5.146	5.215
OUT/23	32	8	5	19	5.207	5.271
NOV/23	32	12	5	20	5.345	5.414
DEZ/23	35	13	5	19	5.494	5.566
JAN/24	36	12	5	20	5.782	5.855
FEV/24	36	11	5	20	6.029	6.101
MAR/24	37	11	4	21	6.239	6.312
ABR/24	31	11	4	18	6.423	6.487
MAI/24	31	11	4	18	6.496	6.560
JUN/24	31	11	4	17	6.577	6.640
JUL/24	32	11	4	18	6.645	6.710
AGO/24	31	10	4	17	6.674	6.736
SET/24	29	10	4	16	6.725	6.784
OUT/24	28	10	4	17	6.745	6.804
NOV/24	28	10	4	17	6.712	6.771
DEZ/24	28	10	4	15	6.670	6.727
JAN/25	29	10	3	15	6.598	6.655
FEV/25	25	10	4	18	6.617	6.674
MAR/25	21	10	6	20	6.698	6.755
ABR/25	22	10	6	22	6.761	6.821
MAI/25	23	10	5	22	6.760	6.820
JUN/25	23	11	5	23	6.773	6.835
JUL/25	25	11	3	24	6.792	6.855
AGO/25	27	10	2	22	6.810	6.871
SET/25	27	9	2	19	6.834	6.891

Legenda: CBO – Classificação Brasileira de Ocupações; EF – Educação Física; PEF – Profissional de Educação Física.

Fonte: autoria própria baseado em dados do CNES¹⁵.

Tabela Suplementar 3. Número de Profissionais de Educação Física com atuação no Sistema Único de Saúde, número de profissionais registrados com o código da Classificação Brasileira de Ocupações de Profissional de Educação Física na Saúde e proporção, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025.

Competência	Nº de PEF no SUS (Demais CBO)	Nº de PEF na Saúde (CBO 224140)	Proporção (%)
OUT/22	8.501	8.066	94,9%
NOV/22	8.614	8.179	95,0%
DEZ/22	8.695	8.262	95,0%
JAN/23	8.823	8.386	95,0%
FEV/23	8.954	8.521	95,2%
MAR/23	9.105	8.664	95,2%
ABR/23	9.230	8.798	95,3%
MAI/23	9.323	8.885	95,3%
JUN/23	9.632	9.199	95,5%
JUL/23	9.728	9.299	95,6%
AGO/23	9.790	9.357	95,6%
SET/23	9.894	9.465	95,7%
OUT/23	9.986	9.566	95,8%
NOV/23	10.100	9.680	95,8%
DEZ/23	10.272	9.850	95,9%
JAN/24	10.518	10.099	96,0%
FEV/24	10.750	10.330	96,1%
MAR/24	10.979	10.560	96,2%
ABR/24	11.242	10.831	96,3%
MAI/24	11.403	10.982	96,3%
JUN/24	11.533	11.117	96,4%
JUL/24	11.656	11.230	96,3%
AGO/24	11.715	11.290	96,4%
SET/24	11.775	11.348	96,4%
OUT/24	11.793	11.373	96,4%
NOV/24	11.764	11.338	96,4%
DEZ/24	11.731	11.309	96,4%
JAN/25	11.683	11.263	96,4%

FEV/25	11.736	11.311	96,4%
MAR/25	11.881	11.452	96,4%
ABR/25	12.048	11.616	96,4%
MAI/25	12.145	11.715	96,5%
JUN/25	12.227	11.808	96,6%
JUL/25	12.282	11.860	96,6%
AGO/25	12.318	11.901	96,6%
SET/25	12.394	11.988	96,7%

Legenda: N° - número; PEF – Profissional de Educação Física; SUS – Sistema Único de Saúde; Demais CBO – 224125, 231315, 232120 e 234410.

Fonte: autoria própria baseado em dados do CNES¹⁵.

Tabela Suplementar 4. Número de Profissionais de Educação Física na Saúde com atuação no Sistema Único de Saúde, número de Profissionais de Educação Física na Saúde nos estabelecimentos de saúde elegíveis ao incentivo financeiro federal para atividade física e proporção, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025.

Competência	N° de PEF na Saúde no SUS	N° de PEF na Saúde em estabelecimentos de saúde do IAF	Proporção (%)
OUT/22	8.066	3.948	48,9%
NOV/22	8.179	4.032	49,3%
DEZ/22	8.262	4.083	49,4%
JAN/23	8.386	4.244	50,6%
FEV/23	8.521	4.353	51,1%
MAR/23	8.664	4.459	51,5%
ABR/23	8.798	4.539	51,6%
MAI/23	8.885	4.613	51,9%
JUN/23	9.199	4.978	54,1%
JUL/23	9.299	5.033	54,1%
AGO/23	9.357	5.069	54,2%
SET/23	9.465	5.146	54,4%
OUT/23	9.566	5.207	54,4%
NOV/23	9.680	5.345	55,2%
DEZ/23	9.850	5.494	55,8%
JAN/24	10.099	5.782	57,3%
FEV/24	10.330	6.029	58,4%

MAR/24	10.560	6.239	59,1%
ABR/24	10.831	6.423	59,3%
MAI/24	10.982	6.496	59,2%
JUN/24	11.117	6.577	59,2%
JUL/24	11.230	6.645	59,2%
AGO/24	11.290	6.674	59,1%
SET/24	11.348	6.725	59,3%
OUT/24	11.373	6.745	59,3%
NOV/24	11.338	6.712	59,2%
DEZ/24	11.309	6.670	59,0%
JAN/25	11.263	6.598	58,6%
FEV/25	11.311	6.617	58,5%
MAR/25	11.452	6.698	58,5%
ABR/25	11.616	6.761	58,2%
MAI/25	11.715	6.760	57,7%
JUN/25	11.808	6.773	57,4%
JUL/25	11.860	6.792	57,3%
AGO/25	11.901	6.810	57,2%
SET/25	11.988	6.834	57,0%

Legenda: N°- número; PEF – Profissional de Educação Física; SUS – Sistema Único de Saúde.

Fonte: autoria própria baseado em dados do CNES¹⁵.

Tabela Suplementar 5. Número de atividades coletivas de práticas corporais e atividades físicas realizadas na Atenção Primária à Saúde, por todas as categoriais profissionais, por Profissionais de Educação Física e a proporção, no Brasil, no período entre outubro de 2022 e setembro de 2025.

Competência	N° de PCAF coletivas na APS por todos os profissionais	N° de PCAF coletivas na APS por PEF	Proporção (%)
OUT/22	96.411	69.061	71,6%
NOV/22	95.920	69.318	72,3%
DEZ/22	77.337	57.852	74,8%
JAN/23	89.541	66.304	74,0%
FEV/23	98.822	73.238	74,1%
MAR/23	143.275	104.000	72,6%
ABR/23	127.610	91.845	72,0%

MAI/23	157.394	110.669	70,3%
JUN/23	150.374	108.667	72,3%
JUL/23	146.956	106.333	72,4%
AGO/23	185.767	133.963	72,1%
SET/23	173.993	122.512	70,4%
OUT/23	187.569	131.025	69,9%
NOV/23	189.850	129.152	68,0%
DEZ/23	158.473	108.704	68,6%
JAN/24	183.896	124.908	67,9%
FEV/24	201.807	135.435	67,1%
MAR/24	232.898	155.147	66,6%
ABR/24	271.531	181.836	67,0%
MAI/24	261.623	173.782	66,4%
JUN/24	259.245	171.658	66,2%
JUL/24	280.150	187.243	66,8%
AGO/24	293.112	193.962	66,2%
SET/24	292.442	193.644	66,2%
OUT/24	315.447	201.571	63,9%
NOV/24	279.862	177.489	63,4%
DEZ/24	214.827	137.981	64,2%
JAN/25	228.737	145.100	63,4%
FEV/25	269.205	172.497	64,1%
MAR/25	273.944	174.757	63,8%
ABR/25	293.161	189.563	64,7%
MAI/25	311.978	201.330	64,5%
JUN/25	297.994	194.345	65,2%
JUL/25	317.075	209.169	66,0%
AGO/25	314.616	205.755	65,4%
SET/25	329.539	217.029	65,9%

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde; PCAF - práticas corporais e atividades físicas; PEF - Profissionais de Educação Física.

Fonte: autoria própria baseado em dados do Sisab¹⁶.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- 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 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 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.