

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

# Equipes multiprofissionais da APS: análise temporal do financiamento e inserção da Educação Física no Brasil (2008–2025)

Leonardo Araújo Vieira, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Debora Bernardo, Amanda Cristina de Souza Andrade, Kimielle Cristina Silva, Danilo Sales Danilo Sales Bocalini

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.15802>

Submetido em: 2026-04-10

Postado em: 2026-05-05 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

A moderação deste preprint recebeu o(s) endosso(s) de:

- Douglas Roque Andrade (ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5135-582X>)

**Equipes multiprofissionais da APS: análise temporal do financiamento e inserção da Educação Física no Brasil (2008–2025)**

*Multidisciplinary teams in PHC: a temporal analysis of funding and the integration of Physical Education professionals in Brazil (2008–2025)*

*Equipos multiprofesionales de la APS: análisis temporal del financiamiento y de la inserción de profesionales de Educación Física en Brasil (2008–2025)*

**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>

**Fabio Fortunato Brasil de Carvalho**

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

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

**Debora Bernardo**

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Núcleo de Cidadania, Saúde e Desenvolvimento; São Paulo, São Paulo, Brasil.

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

**Amanda Cristina de Souza Andrade**

Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte-MG, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3366-4423>

**Kimielle Cristina Silva**

Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte-MG, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-7614-1924>

**Danilo Sales Bocalini**

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

<https://orcid.org/0000-0003-3993-8277>

## **Resumo:**

Este estudo analisou a evolução temporal e a distribuição regional das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, considerando o financiamento federal, o número de equipes e de profissionais de saúde, bem como a inserção da Educação Física. Trata-se de estudo ecológico de série temporal, fundamentado no debate sobre o financiamento da APS, realizado no Brasil e macrorregiões entre 2008 e 2025. Foram analisados número de equipes, taxa por 100.000 habitantes, financiamento federal deflacionado, número de profissionais e proporção de Profissionais de Educação Física. Observou-se crescimento dos indicadores ao longo do período e aumento do financiamento entre 2008 e 2019, com retomada em 2024. O investimento total foi de R\$ 13,9 bilhões, com maior concentração no Nordeste. A proporção de Profissionais de Educação Física apresentou tendência crescente inicial, seguida de redução recente. A expansão foi relacionada ao financiamento federal e marcada por desigualdades regionais. Mudanças no modelo de financiamento da APS associam-se à inflexão, indicando fragilização dessas equipes e redução da inserção desses profissionais, com implicações para a integralidade e a resolutividade da APS.

**Palavras-chave:** Financiamento da Assistência à Saúde, Avaliação de Recursos Humanos em Saúde, Políticas de Saúde, Promoção da Saúde, Sistema Único de Saúde.

## **Abstract:**

*This study analyzed the temporal evolution and regional distribution of multiprofessional teams in Primary Health Care (PHC) in Brazil, considering federal funding, the number of teams and health professionals, as well as the inclusion of Physical Education. An ecological time-series study was conducted in Brazil and its regions from 2008 to 2025. The following variables were analyzed: number of teams, rate per 100,000 inhabitants, inflation-adjusted federal funding, number of professionals, and the proportion of Physical Education professionals. An overall increase in the indicators was observed over the study period, along with a rise in funding between 2008 and 2019, followed by a recovery in 2024. Total investment amounted to BRL 13.9 billion, with the highest concentration in the Northeast region. The proportion of Physical Education professionals showed an initial upward trend, followed by a recent decline. The expansion was associated with federal funding and marked by significant regional inequalities. Changes in the PHC financing model are linked to this inflection, indicating*

*a weakening of these teams and a reduction in the inclusion of such professionals, with implications for the comprehensiveness and problem-solving capacity of PHC.*

**Keywords:** *Healthcare Financing, Health Human Resource Evaluation, Health Policy, Health Promotion, Unified Health System.*

**Resumen:**

*Este estudio analizó la evolución temporal y la distribución regional de los equipos multiprofesionales de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil, considerando la financiación federal, el número de equipos y de profesionales de la salud, así como la inserción de la Educación Física. Estudio ecológico de series temporales en Brasil y regiones entre 2008 y 2025. Se analizaron el número de equipos, la tasa por 100.000 habitantes, la financiación federal deflactada, el número de profesionales y la proporción de profesionales de Educación Física. Se observó un crecimiento de los indicadores a lo largo del período y un aumento de la financiación entre 2008 y 2019, con recuperación en 2024. La inversión total fue de R\$ 13,9 mil millones, con mayor concentración en el Nordeste. La proporción de profesionales de Educación Física mostró una tendencia creciente inicial, seguida de una reducción. La expansión se asoció a la financiación federal y estuvo marcada por desigualdades regionales. Cambios en el modelo de financiación de la APS se vinculan a esta inflexión, indicando fragilización de los equipos y menor inserción profesional, con implicaciones para la integralidad y la capacidad resolutive de la APS.*

**Palabras clave:** *Financiación de la Atención de la Salud; Evaluación de Recursos Humanos en Salud; Políticas de Salud; Promoción de la Salud; Sistema Único de Salud.*

## Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), instituído pelo Ministério da Saúde em 2008, foi concebido como uma estratégia para ampliar a abrangência, a integralidade e a resolutividade das ações da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>1</sup>. Sua criação resultou da convergência de fatores técnicos e político-institucionais, bem como da pressão exercida por gestores municipais e conselhos profissionais junto ao Ministério da Saúde para ampliar o financiamento e a inserção de profissionais na APS <sup>2,3</sup>.

No plano histórico, a trajetória do Nasf pode ser dividida em cinco períodos: movimentos antecedentes (2003 a 2007), marcados pelo que permitiu o surgimento do Nasf a partir de disputas políticas, experiências municipais e propostas de inserção multiprofissional na APS; diretrizes do apoio (2008 a 2011), período de estruturação com financiamento, definição de diretrizes e consolidação do apoio matricial e do trabalho interdisciplinar; universalização (2012 a 2015), caracterizado pela expansão e universalização no país, com ajustes no financiamento e qualificação das práticas; ampliação do apoio (2016 a 2018), quando houve ampliação da atuação, mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e maior ênfase em ações assistenciais diante de demandas emergentes, como o Zika vírus; e desmonte (2019 a 2021), marcado por mudanças no financiamento da APS, por meio do Previner Brasil, com extinção do financiamento específico, que resultou na retração dessas equipes no país <sup>3</sup>.

Como evidência do processo de desmonte, entre 2018 e 2022 observou-se uma redução de 17,2% na taxa de equipes Nasf por 100.000 pessoas cobertas por equipes de Saúde da Família, acompanhada pela redução de vínculos profissionais e pela persistência de importantes assimetrias regionais na distribuição dessas equipes <sup>4</sup>.

Diante desse cenário e de um novo contexto político no país, em 2023, foram instituídas as equipes multiprofissionais na APS (eMulti), como estratégia para a retomada do fortalecimento ao cuidado interprofissional <sup>5,6</sup>. A instituição das eMulti representa uma importante oportunidade para o fortalecimento da APS, especialmente pelo restabelecimento do incentivo financeiro federal específico, pela ampliação da diversidade de categorias profissionais e pelo amplo escopo de ações previstas, com foco em ampliar o acesso e a resolutividade do cuidado <sup>7</sup>.

Em um contexto mais específico do nosso campo de pesquisa e de *advocacy*, é necessário demarcar que as equipes multiprofissionais da APS, que no presente artigo se refere ao Nasf e eMulti, são estratégicas para ampliar a oferta de práticas corporais e

atividades físicas (PCAF) <sup>8-10</sup> e a inserção de Profissionais de Educação Física (PEF) no SUS <sup>11,12</sup>. De acordo com o Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde, em 2024, 44,2% das unidades de saúde realizaram ações de PCAF, e 22% delas contavam com PEF nas equipes multiprofissionais da APS <sup>13</sup>. Vale destacar que a Educação Física esteve presente como força de trabalho em saúde desde a concepção do Nasf <sup>2</sup>.

Apesar disso, não são conhecidos estudos sobre a evolução temporal e a distribuição regional do número de equipes multiprofissionais da APS e de PEF vinculados à essas equipes. Ademais, embora o financiamento adequado e a alocação equitativa de recursos sejam reconhecidos como desafios centrais para a implementação de políticas de saúde no SUS, incluindo as de PCAF <sup>14,15</sup>, de nosso conhecimento não há estudos que detalhem o financiamento federal destinado à implantação e ao custeio das equipes multiprofissionais da APS. Investigar tais lacunas é fundamental para subsidiar as ações de planejamento e gestão em saúde, fortalecer as referidas equipes e a Educação Física como categoria profissional integrante da força de trabalho em saúde e a agenda de PCAF no SUS <sup>16</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo analisar a evolução temporal e a distribuição regional das equipes multiprofissionais da APS, considerando o financiamento federal, o número de equipes e de profissionais de saúde, bem como a inserção da Educação Física. Conforme já mencionado, equipes multiprofissionais se referem ao Nasf e eMulti, contudo essa denominação foi empregada quando se tratar de contextos históricos específicos.

## **Métodos**

### *Desenho do estudo*

Trata-se de um estudo ecológico de série temporal sobre as equipes multiprofissionais da APS, no Brasil e macrorregiões, no período entre 2008 e 2025.

### *Fonte de dados*

Os dados foram obtidos por meio de solicitação de informações ao Ministério da Saúde, com base na Lei de Acesso à Informação (LAI), e por meio da consulta a diferentes Sistemas de Informação em Saúde (SIS).

As informações sobre os repasses financeiros federais para a implantação e o custeio das equipes multiprofissionais da APS foram obtidas por meio de consulta no

Painel de Informações do Fundo Nacional de Saúde (FNS), disponível em: [https://investsuspaiveis.saude.gov.br/extensions/CGIN\\_Painel\\_FAF/CGIN\\_Painel\\_FAF.html#GUIA\\_01](https://investsuspaiveis.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_FAF/CGIN_Painel_FAF.html#GUIA_01). Foi considerado o valor total de repasses fundo a fundo por ano, referentes às transferências destinadas à gestão municipal de todas as Unidades Federativas (UF) e do Governo do Distrito Federal, no período de 2008 a 2025. Foram aplicados filtros para a seleção dos programas “Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)”, “Incentivo de Implantação aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família” e “Incentivo Financeiro da APS – Equipes Multiprofissionais (eMulti)”, e de seus respectivos anos e UF.

Além disso, considerando a indisponibilidade de informações no painel do FNS acerca do repasse de recursos específicos de custeio entre dezembro de 2017 e dezembro de 2019, foi realizada uma busca complementar no sistema eGestor Atenção Primária à Saúde, em Relatórios de Pagamento da APS, disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relPagamentoAB.xhtml>. Foram selecionados os dados de todas as UF, referentes ao período supracitado.

Para fins de comparabilidade da evolução temporal, o valor total nominal foi deflacionado com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), considerando o mês de dezembro de 2025 como referência, por meio da Calculadora do Cidadão, disponível em: <https://www.bcb.gov.br/meubc/calculadoradocidadao>.

Os dados sobre o número de equipes multiprofissionais, bem como o quantitativo total de profissionais de saúde e de PEF vinculados a essas equipes, no Brasil e macrorregiões, no período entre 2008 e 2025, foram solicitados ao Ministério da Saúde por meio da LAI, via Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à Informação – Fala.BR, disponível em: <https://falabr.cgu.gov.br/web/home>. Essas informações foram disponibilizadas, tendo como fonte o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e como referência a competência do mês de dezembro.

Para analisar a distribuição regional das equipes multiprofissionais da APS, foi realizado o cálculo da taxa do número de equipes por 100.000 habitantes. Os dados sobre a população residente foram obtidos no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por meio da Plataforma SIDRA, disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/acervo#/S/Q>. Para os anos de 2010 e 2022, foram utilizados os dados dos respectivos Censos Demográficos, enquanto, nos demais anos, adotaram-se as estimativas populacionais. Considerando que, em 2023, não houve divulgação de estimativa populacional pelo IBGE, foram mantidos os dados referentes a 2022.

Todos os dados consultados foram extraídos e exportados em planilhas do *software Microsoft Excel*, de acordo com período (ano), localização (Brasil e macrorregiões). A consulta e a extração dos dados foi realizada, em janeiro de 2026, por dois autores com experiência na gestão do SUS, de forma cegada, a partir de prévia pactuação.

### *Variáveis analisadas*

As variáveis analisadas no presente estudo foram: a) valor total deflacionado (ajustado pela inflação); b) número de equipes multiprofissionais da APS; c) taxa de equipes por 100.000 habitantes; d) número de profissionais de saúde; e) proporção de PEF.

### *Análise estatística*

Para a análise de tendência foi utilizada a regressão por *joinpoint*, com o ano como variável regressora. Foi realizada a transformação logarítmica para reduzir a heterogeneidade de variância dos resíduos da análise de regressão. As suposições de autocorrelação serial, normalidade e homocedasticidade dos resíduos foram verificadas pelos testes de *Durbin-Watson*, *Shapiro Wilk* e *Breusch-Pagan*, respectivamente, utilizando-se o *software Stata*, versão 16. Foi adotado o nível de significância de 5%. Foi calculada a variação percentual anual (APC - *annual percent change*). A tendência foi classificada como crescente (APC positiva e  $p$ -valor  $< 0,05$ ), decrescente (APC negativa e  $p$ -valor  $< 0,05$ ) e estacionária ( $p$ -valor  $> 0,05$ ). O *software* utilizado foi o *Joinpoint Regression Program*, versão 6.0.1.

As análises de tendência de todas as variáveis foram realizadas para o período de 2008 a 2025, com exceção para o valor total deflacionado, cuja análise ocorreu no período de 2008 a 2019. O que se deve à interrupção do financiamento específico entre 2020 e 2023, o que compromete a continuidade da série temporal e inviabiliza a estimativa da variação percentual anual até 2025.

Para analisar a distribuição regional do financiamento, da disponibilidade de equipes e de PEF, foram elaborados mapas a partir dos dados e processados no ambiente estatístico *RStudio* (versão 4.4.3). Para a construção desses mapas foi utilizado o pacote “*geobr*” que fornece as malhas territoriais oficiais do IBGE.

Além disso, foram realizadas análises estatísticas descritivas, por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas, bem como o uso de medidas de tendência central.

### *Aspectos éticos*

Por se tratar de um estudo com base em dados secundários e de domínio público e disponíveis nos meios eletrônicos, não houve a necessidade de encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, segundo os critérios da Resolução n. 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

### **Resultados**

No período de 2008 a 2025, em valores deflacionados, o total destinado à implantação e ao custeio das equipes multiprofissionais da APS no Brasil foi de R\$ 13,9 bilhões, enquanto o valor médio anual foi de R\$ 775,3 milhões (Tabela 1). O maior montante de recursos ocorreu em 2018, com um investimento de aproximadamente R\$ 1,6 bilhão (Tabela 1). Entre 2020 e 2023, não houve repasse de recursos específicos para a implantação e o custeio dessas equipes (Tabela 1). A partir de 2024, houve a retomada do financiamento específico, sendo que, em 2025, o investimento foi de aproximadamente R\$ 1,5 bilhão, o segundo maior da série histórica analisada (Tabela 1). O Nordeste foi a região que recebeu o maior valor total deflacionado (44,6%), seguido pelo Sudeste (29,8%), Sul (11,6%), Norte (7,9%) e Centro-Oeste (6,0%) (Tabela 1).

Tabela 1. Valor total nominal e deflacionado para a implantação e custeio das equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, no Brasil e macrorregiões, no período entre 2008 e 2025.

Ano	Centro-Oeste		Norte		Sul		Sudeste		Nordeste		Brasil	
	Nominal (R\$)	Deflacionado (R\$)	Nominal (R\$)	Deflacionado (R\$)	Nominal (R\$)	Deflacionado (R\$)	Nominal (R\$)	Deflacionado (R\$)	Nominal (R\$)	Deflacionado (R\$)	Nominal (R\$)	Deflacionado (R\$)
2008	682.000	1.750.246	2.222.000	5.702.416	2.744.000	7.042.047	15.800.000	40.548.230	23.054.000	59.164.488	44.502.000	114.207.427
2009	3.898.000	9.598.687	8.782.000	21.625.365	12.384.000	30.495.163	43.152.000	106.260.277	69.014.000	169.944.539	137.230.000	337.924.031
2010	13.752.000	32.057.251	18.578.000	43.307.128	23.308.000	54.333.218	82.088.000	191.355.123	125.578.000	292.734.549	263.304.000	613.787.270
2011	17.786.000	38.878.994	25.158.000	54.993.687	28.184.000	61.608.319	96.992.000	212.017.955	154.860.000	338.513.491	322.980.000	706.012.447
2012	21.624.000	44.789.910	36.622.000	75.855.350	35.024.000	72.545.404	125.296.000	259.526.294	199.364.000	412.943.750	417.930.000	865.660.708
2013	24.720.000	48.407.438	35.760.000	70.026.294	42.516.000	83.256.094	121.276.000	237.486.265	203.896.000	399.275.203	428.168.000	838.451.294
2014	38.456.000	70.672.772	50.040.000	91.961.345	70.912.000	130.319.003	171.300.000	314.807.723	292.876.000	538.234.831	623.584.000	1.145.995.674
2015	49.976.000	83.134.416	61.096.000	101.632.390	97.480.000	162.156.693	214.944.000	357.556.507	355.952.000	592.121.453	779.448.000	1.296.601.459
2016	56.324.000	87.574.972	69.140.000	107.501.838	115.192.000	179.105.463	245.492.000	381.701.493	400.060.000	622.030.451	886.208.000	1.377.914.217
2017	57.120.000	86.390.361	71.628.000	108.332.787	113.136.000	171.110.993	262.152.000	396.488.201	411.476.000	622.331.239	915.512.000	1.384.653.582
2018	68.884.000	100.131.449	93.924.000	136.530.199	136.072.000	197.797.552	330.580.000	480.539.088	478.716.000	695.873.163	1.108.176.000	1.610.871.451
2019	67.524.000	95.042.049	91.076.000	128.192.193	127.776.000	179.848.541	311.976.000	439.115.548	451.248.000	635.145.052	1.049.600.000	1.477.343.383
2020	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2021	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2022	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2023	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2024	37.570.750	39.376.611	44.137.750	46.259.257	83.333.818	87.339.307	203.747.500	213.540.746	239.379.750	250.885.681	608.169.568	637.401.603
2025	102.770.454	102.770.454	116.796.719	116.796.719	205.250.041	205.250.041	531.461.873	531.461.873	593.136.042	593.136.042	1.549.415.129	1.549.415.129
<b>Total</b>	<b>561.087.204</b>	<b>840.575.612</b>	<b>724.960.469</b>	<b>1.108.716.969</b>	<b>1.093.311.858</b>	<b>1.622.207.838</b>	<b>2.756.257.373</b>	<b>4.162.405.324</b>	<b>3.998.609.792</b>	<b>6.222.333.932</b>	<b>9.134.226.697</b>	<b>13.956.239.675</b>
<b>Média</b>	<b>31.171.511</b>	<b>46.698.645</b>	<b>40.275.582</b>	<b>61.595.387</b>	<b>60.739.548</b>	<b>90.122.658</b>	<b>153.125.410</b>	<b>231.244.740</b>	<b>222.144.988</b>	<b>345.685.218</b>	<b>507.457.039</b>	<b>775.346.649</b>

Legenda: R\$ - Valor em Reais.

Fonte: FNS e eGestor APS.

No Brasil, a média anual de equipes multiprofissionais da APS, entre 2008 e 2025, foi de 4.351 equipes (Tabela 2). O número total passou de 457, em 2008, para 5.728, em 2019 (Tabela 2). Entre 2020 e 2022, houve redução desse quantitativo, com registro de 5.068 equipes neste último ano (Tabela 2). A partir de 2023, o crescimento foi retomado, atingindo 8.441 equipes em 2025, o maior valor da série histórica (Tabela 2). Em relação à distribuição regional, a maior média anual de equipes foi observada no Nordeste (1.692), seguido pelo Sudeste (1.351), Sul (651), Norte (353) e Centro-Oeste (304) (Tabela 2).

A taxa média anual de equipes por habitantes foi de 2,1 por 100.000 habitantes, sendo a menor registrada em 2008 (0,24) e a maior em 2025 (3,96) (Tabela 2). O Nordeste também apresentou a maior taxa média anual por 100.000 habitantes (3,0), seguido pelo Sul (2,2), Norte (2,0), Centro-Oeste (1,9) e Sudeste (1,6) (Tabela 2).

Tabela 2. Número de equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, da população residente e taxa de equipes por 100.000 habitantes, no Brasil e macrorregiões, no período entre 2008 e 2025.

Ano	Centro-Oeste			Norte			Sul			Sudeste			Nordeste			Brasil		
	Equipes	Habitantes	Taxa	Equipes	Habitantes	Taxa	Equipes	Habitantes	Taxa	Equipes	Habitantes	Taxa	Equipes	Habitantes	Taxa	Equipes	Habitantes	Taxa
2008	18	13.695.949	0,13	30	15.142.686	0,20	39	27.497.986	0,14	150	80.187.706	0,19	220	53.080.679	0,41	457	189.605.006	0,24
2009	69	13.895.375	0,50	75	15.359.608	0,49	91	27.719.118	0,33	311	80.915.332	0,38	500	53.591.197	0,93	1.046	191.480.630	0,55
2010	98	14.058.094	0,70	107	15.864.454	0,67	122	27.386.891	0,45	410	80.364.410	0,51	650	53.081.950	1,22	1.387	190.755.799	0,73
2011	110	14.244.192	0,77	134	16.095.187	0,83	134	27.562.433	0,49	463	80.975.616	0,57	768	53.501.859	1,44	1.609	192.379.287	0,84
2012	121	14.419.229	0,84	162	16.303.145	0,99	189	27.708.514	0,68	566	81.565.983	0,69	935	53.907.144	1,73	1.973	193.904.015	1,02
2013	212	14.993.191	1,41	246	16.983.484	1,45	334	28.795.762	1,16	786	84.465.570	0,93	1.453	55.794.707	2,60	3.031	201.032.714	1,51
2014	287	15.219.608	1,89	320	17.231.027	1,86	552	29.016.114	1,90	1.095	85.115.623	1,29	1.759	56.186.190	3,13	4.013	202.768.562	1,98
2015	330	15.442.232	2,14	341	17.472.636	1,95	659	29.230.180	2,25	1.251	85.745.520	1,46	1.863	56.559.481	3,29	4.444	204.450.049	2,17
2016	333	15.660.988	2,13	345	17.707.783	1,95	663	29.439.773	2,25	1.307	86.356.952	1,51	1.882	56.915.936	3,31	4.530	206.081.432	2,20
2017	382	15.875.907	2,41	407	17.936.201	2,27	752	29.644.948	2,54	1.497	86.949.714	1,72	2.096	57.254.159	3,66	5.134	207.660.929	2,47
2018	428	16.085.885	2,66	486	18.182.253	2,67	827	29.754.036	2,78	1.675	87.711.946	1,91	2.250	56.760.780	3,96	5.666	208.494.900	2,72
2019	435	16.297.074	2,67	486	18.430.980	2,64	826	29.975.984	2,76	1.721	88.371.433	1,95	2.260	57.071.654	3,96	5.728	210.147.125	2,73
2020	402	16.504.303	2,44	443	18.672.591	2,37	755	30.192.315	2,50	1.653	89.012.240	1,86	2.101	57.374.243	3,66	5.354	211.755.692	2,53
2021	354	16.707.336	2,12	423	18.906.962	2,24	764	30.402.587	2,51	1.670	89.632.912	1,86	1.929	57.667.842	3,35	5.140	213.317.639	2,41
2022	349	16.289.538	2,14	405	17.354.884	2,33	866	29.937.706	2,89	1.630	84.840.113	1,92	1.818	54.658.515	3,33	5.068	203.080.756	2,50
2023*	470	16.289.538	2,89	586	17.354.884	3,38	1.304	29.937.706	4,36	2.483	84.840.113	2,93	2.472	54.658.515	4,52	7.315	203.080.756	3,60
2024	527	17.071.595	3,09	666	18.669.345	3,57	1.384	31.113.021	4,45	2.728	88.617.693	3,08	2.669	57.112.096	4,67	7.974	212.583.750	3,75
2025	550	17.238.818	3,19	698	18.801.282	3,71	1.448	31.310.809	4,62	2.917	88.825.643	3,28	2.828	57.244.485	4,94	8.441	213.421.037	3,96
<b>Média</b>	<b>304</b>	<b>15.554.936</b>	<b>1,9</b>	<b>353</b>	<b>17.359.411</b>	<b>2,0</b>	<b>651</b>	<b>29.256.994</b>	<b>2,2</b>	<b>1.351</b>	<b>85.249.696</b>	<b>1,6</b>	<b>1.692</b>	<b>55.690.080</b>	<b>3,0</b>	<b>4.351</b>	<b>203.111.115</b>	<b>2,1</b>

Legenda: (\*) - Em 2023 não houve estimativa populacional pelo IBGE, sendo adotado como referência os dados de 2022; Equipes - Número de equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde; Habitantes - Número de habitantes; Taxa - taxa de equipes por 100.000 habitantes.

Fonte: IBGE; CNES - competência do mês de dezembro.

O número médio anual de profissionais de saúde vinculados às equipes multiprofissionais, entre 2008 e 2025, foi de 25.526 (Tabela 3). No período, o número total de profissionais aumentou de 2.896, em 2008, para 55.738, em 2025 (Tabela 3). Quanto à distribuição regional, o Nordeste apresentou a maior média anual (10.090), seguido pelo Sudeste (8.697), Sul (3.378), Norte (1.815) e Centro-Oeste (1.547).

No que se refere aos PEF, a proporção média anual no Brasil foi de 9,0% (Tabela 3). As menores proporções foram observadas em 2023 e 2024 (6,8%), enquanto a maior ocorreu em 2014 (10,5%) (Tabela 3). Regionalmente, o Nordeste também apresentou a maior proporção média anual de PEF (9,4%), seguido pelo Sudeste (9,0%), Norte (8,8%), Sul (8,5%) e Centro-Oeste (7,9%).

Tabela 3. Número de profissionais de saúde, número e proporção de Profissionais de Educação Física nas equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, no Brasil e macrorregiões, no período entre 2008 e 2025.

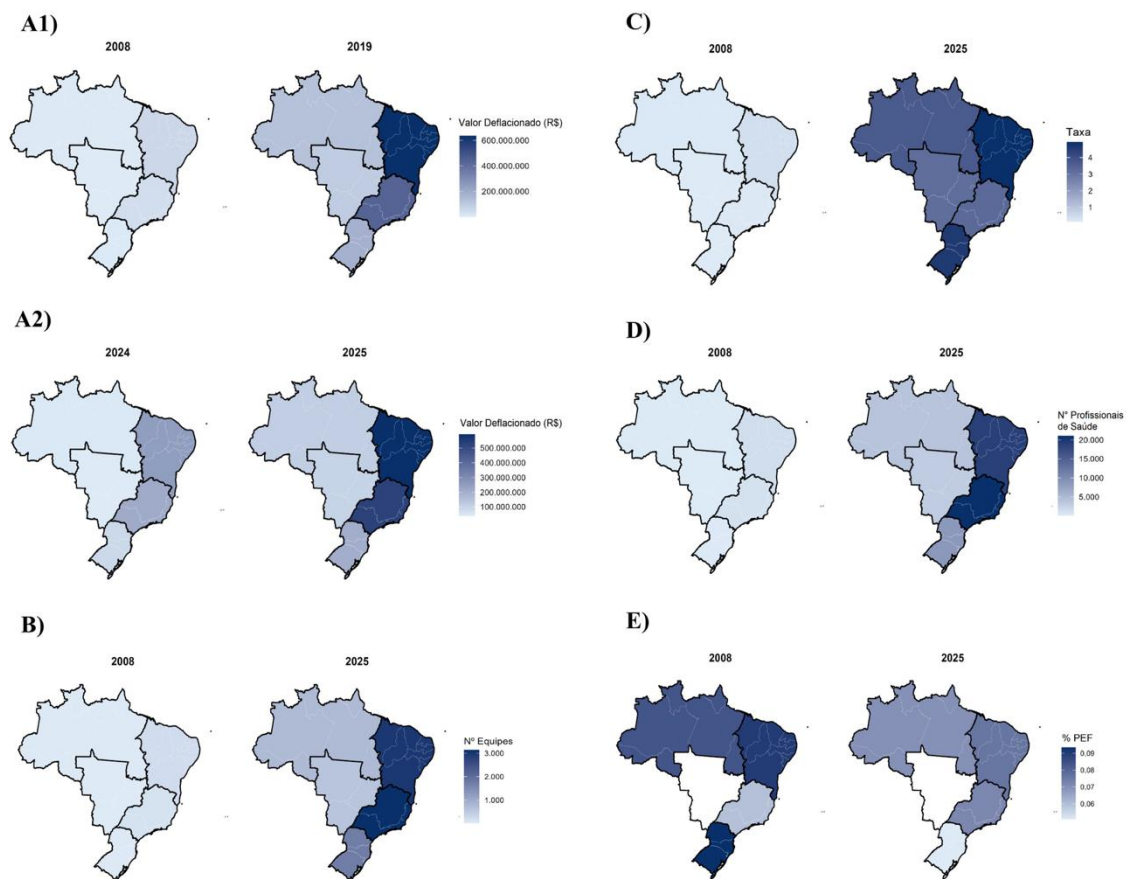
Ano	Centro-Oeste			Norte			Sul			Sudeste			Nordeste			Brasil		
	Todos	PEF	%PEF	Todos	PEF	%PEF	Todos	PEF	%PEF	Todos	PEF	%PEF	Todos	PEF	%PEF	Todos	PEF	%PEF
2008	92	6	6,5%	179	15	8,4%	246	23	9,3%	993	59	5,9%	1.386	125	9,0%	2.896	228	7,9%
2009	378	23	6,1%	401	27	6,7%	529	56	10,6%	2.069	146	7,1%	3.079	282	9,2%	6.456	534	8,3%
2010	552	36	6,5%	591	42	7,1%	719	86	12,0%	2.860	222	7,8%	3.979	378	9,5%	8.701	764	8,8%
2011	610	50	8,2%	757	68	9,0%	802	90	11,2%	3.254	276	8,5%	4.700	458	9,7%	10.123	942	9,3%
2012	698	54	7,7%	945	86	9,1%	1.076	102	9,5%	4.075	308	7,6%	5.436	525	9,7%	12.230	1.075	8,8%
2013	1.114	87	7,8%	1.291	119	9,2%	1.800	168	9,3%	5.157	516	10,0%	8.301	894	10,8%	17.663	1.784	10,1%
2014	1.444	133	9,2%	1.611	154	9,6%	2.877	260	9,0%	6.805	731	10,7%	10.194	1.131	11,1%	22.931	2.409	10,5%
2015	1.636	161	9,8%	1.708	173	10,1%	3.479	315	9,1%	7.710	795	10,3%	10.797	1.199	11,1%	25.330	2.643	10,4%
2016	1.661	161	9,7%	1.780	168	9,4%	3.567	316	8,9%	8.049	857	10,6%	10.901	1.185	10,9%	25.958	2.687	10,4%
2017	1.906	201	10,5%	2.112	220	10,4%	4.030	370	9,2%	9.202	966	10,5%	12.466	1.289	10,3%	29.716	3.046	10,3%
2018	2.224	217	9,8%	2.526	252	10,0%	4.467	398	8,9%	10.291	1.118	10,9%	13.740	1.451	10,6%	33.248	3.436	10,3%
2019	2.255	219	9,7%	2.552	276	10,8%	4.497	401	8,9%	10.741	1.168	10,9%	14.039	1.458	10,4%	34.084	3.522	10,3%
2020	1.936	160	8,3%	2.137	220	10,3%	3.794	316	8,3%	9.819	1.021	10,4%	11.709	1.178	10,1%	29.395	2.895	9,8%
2021	1.549	119	7,7%	1.829	170	9,3%	3.088	216	7,0%	9.507	892	9,4%	10.092	862	8,5%	26.065	2.259	8,7%
2022	1.328	79	5,9%	1.638	115	7,0%	2.905	166	5,7%	9.463	843	8,9%	9.492	624	6,6%	24.826	1.827	7,4%
2023	2.397	153	6,4%	3.014	225	7,5%	6.688	357	5,3%	16.788	1.237	7,4%	15.206	1.022	6,7%	44.093	2.994	6,8%
2024	2.880	181	6,3%	3.571	237	6,6%	7.634	390	5,1%	18.713	1.380	7,4%	17.208	1.229	7,1%	50.006	3.417	6,8%
2025	3.181	185	5,8%	4.026	281	7,0%	8.600	436	5,1%	21.042	1.512	7,2%	18.889	1.437	7,6%	55.738	3.851	6,9%
<b>Média</b>	<b>1.547</b>	<b>124</b>	<b>7,9%</b>	<b>1.815</b>	<b>158</b>	<b>8,8%</b>	<b>3.378</b>	<b>248</b>	<b>8,5%</b>	<b>8.697</b>	<b>780</b>	<b>9,0%</b>	<b>10.090</b>	<b>929</b>	<b>9,4%</b>	<b>25.526</b>	<b>2.240</b>	<b>9,0%</b>

Legenda: PEF - Profissional de Educação Física; %PEF - Proporção entre o número de Profissionais de Educação Física e o número total de profissionais da saúde nas equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde.

Fonte: CNES - competência do mês de dezembro

A figura 1 ilustra a distribuição regional do valor total deflacionado referentes ao financiamento para às equipes Nasf (2008-2019) (Figura 1 - A1) e às eMulti (2024 e 2025) (Figura 1 - A2), bem como o número de equipes multiprofissionais da APS (Figura 1 - B), a taxa de equipes por 100.000 habitantes (Figura 1 - C), número de profissionais de saúde (Figura 1 - D) e a proporção de PEF (Figura 1 - E), para os anos de 2008 e 2025. Houve evolução entre o ano inicial (2008) e o final (2025) da série histórica em todas as variáveis analisadas, com disparidades regionais, com maior e menor concentração desses indicadores, respectivamente, nas regiões Nordeste e Centro-Oeste (Figura 1).

Figura 1. Distribuição regional do valor total deflacionado, número de equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, taxa de equipes por 100.000 habitantes e proporção de Profissionais de Educação Física.



Legenda: A1) Valor total deflacionado para as equipes NASF; A2) Valor total deflacionado para as eMulti; B) Número de equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde; C) Taxa de equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde por 100.000 habitantes; D) número de profissionais de saúde; E) proporção de Profissionais de Educação Física.

Fonte: CNES - competência do mês de dezembro; FNS; eGestor APS; IBGE.

Em relação à tendência temporal, para o valor total deflacionado, observou-se tendência crescente entre 2008 e 2019, com aumento médio anual de 20,6% no Brasil. O maior crescimento ocorreu no Centro-Oeste (32,1%), seguido pelo Sul (27,5%), Norte (24,5%), Sudeste (19,0%) e Nordeste (18,8%) (Tabela 4).

Para os indicadores número de equipes, taxa de equipes por 100.000 habitantes e número de profissionais de saúde, observou-se crescimento no Brasil e nas regiões, no período de 2008 a 2025 (Tabela 4). O número de equipes apresentou aumento médio anual de 14,5% no Brasil. A região Sul registrou o maior crescimento (19,9%), seguida pelo Centro-Oeste (15,6%), Sudeste (15,5%), Norte (15,3%) e Nordeste (11,8%) (Tabela 4). A região Sul apresentou o maior crescimento médio anual (19,9%), seguida pelo Centro-Oeste (15,6%), Sudeste (15,5%), Norte (15,3%) e Nordeste (11,8%) (Tabela 4). Já a taxa de equipes por 100.000 habitantes aumentou, em média, 13,5% ao ano no Brasil. O maior crescimento foi observado na região Sul (15,6%), seguida pelo Norte (13,7%), Sudeste (13,2%), Centro-Oeste (12,8%) e Nordeste (12,0%) (Tabela 4).

O número de profissionais de saúde vinculados às equipes multiprofissionais da APS apresentou aumento médio anual de 14,0% no Brasil. A região Sul liderou esse crescimento (18,3%), seguida pelo Sudeste (15,1%), Centro-Oeste (15,0%), Norte (13,7%) e Nordeste (11,7%) (Tabela 4).

Para a proporção de PEF, identificaram-se pontos de inflexão na série temporal: 2016 (Nordeste), 2017 (Brasil, Centro-Oeste e Sudeste) e 2019 (Norte e Sul). No primeiro período, predominou tendência crescente (com estabilidade na região Sul), seguida de tendência decrescente no período subsequente (Tabela 4). Regionalmente, o Centro-Oeste apresentou aumento médio anual de 6,2% entre 2008 e 2017, com redução de 7,8% ao ano entre 2017 e 2025. No Sudeste, observou-se padrão semelhante (6,9% de aumento entre 2008 e 2017 e redução de 6,2% ao ano entre 2017 e 2025). No Nordeste, houve aumento de 3,1% ao ano entre 2008 e 2016, seguido de redução de 5,7% ao ano entre 2019 e 2025. No Norte, registrou-se aumento de 3,2% ao ano entre 2008 e 2019 e redução de 8,4% ao ano entre 2019 e 2025. Já na região Sul, observou-se redução de 9,8% ao ano entre 2019 e 2025 (Tabela 4).

Tabela 4. Evolução temporal sobre o número de equipes multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde, taxa de equipes por 100.000 habitantes, valor total deflacionado, número de profissionais de saúde e proporção de Profissionais de Educação Física, no Brasil e macrorregiões, no período entre 2008 e 2025.

Indicador		Brasil		Centro-Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul								
		APC	IC95%	APC	IC95%	APC	IC95%	APC	IC95%	APC	IC95%	APC	IC95%							
Nº de equipes	2008-2025	14,5*	10,5	18,5	15,6*	10,2	21,3	11,8*	7,8	15,9	15,3*	11	19,8	15,5*	12,2	18,9	19,9*	15	25	
Taxa	2008-2025	13,5*	10	17	12,8*	8,8	16,9	12,0*	7,9	16,2	13,7*	10,1	17,5	13,2*	10,5	16,1	15,6*	12	19,2	
Nº de profissionais	2008-2025	14,0*	10,1	18	15,0*	9,4	20,8	11,7*	7,8	15,8	14,4*	10,1	18,9	15,1*	11,9	18,5	18,3*	13,3	23,6	
%PEF	2008-2017	3,5*	2	5,2	6,2*	4	9,1							6,9*	4,6	9,1				
	2017-2025	-6,5*	-8,2	-4,7	-7,8*	-10,9	-5,3							-6,2*	-8,5	-3,8				
	2008-2016							3,1*	0,1	6,2										
	2016-2025							-5,7*	-8	-3,4										
	2008-2019										3,2*	1,6	5,3					-1,9	-3,3	0,7
	2019-2025										-8,4*	-13,3	-4,9					-9,8*	-16,5	-6,6
	Valor total deflacionado	2008-2019	20,6*	11,6	30,3	32,1*	15,3	51,3	18,8*	10,1	28,2	24,5*	13	37,3	19,0*	11,1	27,5	27,5*	16,2	40

Nota: Para a variável valor total deflacionado, a análise foi restrita ao período de 2008 a 2019, uma vez que a interrupção do financiamento entre 2020 e 2023 compromete a continuidade da série temporal, inviabilizando a estimativa da variação percentual anual.

Legenda: APC - *Annual percent change* (variação percentual anual, em Português); Nº - número; IC95% - Intervalo de confiança de 95%; %PEF - Proporção de Profissionais de Educação Física; Taxa - taxa de equipes por 100.000 habitantes; (\*) - *p*-valor < 0,05.

## Discussão

O presente estudo analisou a evolução e distribuição regional das equipes multiprofissionais da APS - Nasf e eMulti - considerando o financiamento federal, o número de equipes e de profissionais de saúde, bem como a inserção da Educação Física.

No que se refere ao financiamento, o investimento destinado à implantação e ao custeio dessas equipes no Brasil totalizou, em valores deflacionados, aproximadamente R\$ 13,9 bilhões no período analisado, com média anual de R\$ 775,3 milhões. Os valores podem ser considerados expressivos, mesmo sem haver parâmetros. Por exemplo, ainda que não haja intenção de comparação, outro programa estruturante da APS do SUS, o Mais Médicos, custou, em 2014, aproximadamente R\$ 2,62 bilhões em valores nominais (equivalente a cerca de R\$ 5,5 bilhões deflacionados para dezembro de 2025)<sup>17</sup>. Já em 2023, ano em que o programa foi retomado, o investimento foi de R\$ 723 milhões em valores nominais (aproximadamente R\$ 728 milhões deflacionados para dezembro de 2025)<sup>18</sup>.

Observou-se tendência de crescimento médio anual de 20,6% do financiamento entre 2008 e 2019, período que coincide com a consolidação de estratégias de fortalecimento da APS no âmbito do SUS, com destaque para a expansão do Nasf. Esse movimento é consistente com o papel indutor do financiamento federal na organização da APS, historicamente estruturado por meio de incentivos específicos para a implantação e manutenção de equipes e serviços de saúde<sup>19-21</sup>.

Nesse contexto, políticas voltadas à ampliação do escopo da APS e à incorporação de práticas multiprofissionais contribuíram para a expansão observada, especialmente em cenário de maior previsibilidade orçamentária, anterior às mudanças no modelo de financiamento introduzidas pelo programa Previnha Brasil, em 2019<sup>22,23</sup>. Por outro lado, a distribuição regional dos recursos evidenciou importantes desigualdades, com o maior volume destinado ao Nordeste e menor ao Centro-Oeste. Esse padrão pode refletir tanto critérios redistributivos adotados pelo financiamento federal quanto as diferenças na capacidade de adesão e implementação das equipes pelos entes federados<sup>24,25</sup>.

Adicionalmente, as mudanças no financiamento da APS, a partir da implementação do programa Previnha Brasil, alteraram a lógica de indução federal, passando a enfatizar critérios como capacitação ponderada e pagamento por desempenho, com a extinção do financiamento específico para o custeio das equipes multiprofissionais da APS. Esse novo arranjo pode ter impactado a sustentabilidade e a composição das equipes multiprofissionais, particularmente aquelas que não eram diretamente vinculadas aos novos incentivos financeiros<sup>26,27</sup>. Ademais, o contexto de austeridade fiscal associado à Emenda Constitucional nº 95/2016 também é

apontado como fator que limitou a expansão e a manutenção de políticas estruturantes do SUS, com possíveis efeitos sobre o financiamento da APS <sup>28</sup>.

A média anual de equipes multiprofissionais da APS foi de 4.351, com uma taxa média de 2,1 equipes por 100.000 habitantes. A análise temporal entre 2008 e 2025 evidenciou crescimento médio anual no Brasil de 14,5% no número de equipes e de 13,5% na taxa por habitantes. Esse movimento acompanha, em certa medida, a trajetória da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, que historicamente tem sido o principal eixo estruturante da APS e cuja ampliação contribuiu para a incorporação de equipes multiprofissionais como suporte matricial e reforço assistencial. Apesar da tendência geral de crescimento observada neste estudo, evidências recentes indicam inflexões nesse processo. Entre 2018 e 2022, Nobre *et al.* <sup>4</sup> registraram uma redução de 17,2% na taxa de equipes multiprofissionais por 100.000 habitantes cobertos pela APS no Brasil. Esse achado sugere uma possível desaceleração ou reconfiguração da política de equipes multiprofissionais, possivelmente associada a mudanças supracitadas no modelo de financiamento <sup>26,27</sup>.

As desigualdades regionais observadas reforçam a persistência de assimetrias históricas na alocação de recursos e serviços de saúde no Brasil, resultando em distintos níveis de acesso e cobertura. A maior concentração de equipes em regiões como o Nordeste pode refletir políticas de indução voltadas à equidade, enquanto a menor presença relativa em regiões como o Centro-Oeste evidencia possíveis vazios assistenciais e desafios na organização da rede de atenção <sup>24,25</sup>. A expansão da ESF também ocorreu de forma heterogênea no território nacional, com maior cobertura em regiões historicamente mais vulneráveis, como o Nordeste, em contraste com desafios persistentes de cobertura e fixação de profissionais em regiões como o Centro-Oeste e parte da região Norte <sup>23,25,29</sup>. Além disso, vale destacar que, entre 2018 e 2022, Nobre *et al.* <sup>4</sup> observaram um decréscimo mais acentuado na taxa de equipes multiprofissionais por 100.000 habitantes cobertos pela APS na região Centro-Oeste, seguido pelas regiões Nordeste, Norte e Sudeste, o que reforçou as desigualdades regionais na distribuição dessas equipes no país.

As equipes multiprofissionais desempenham papel estratégico para o aumento da resolutividade da APS, ao ampliar o escopo de ações, favorecer o cuidado interdisciplinar e apoiar as equipes de referência por meio do matriciamento. Sistemas de APS mais robustos e orientados pela ESF estão associados à melhoria do acesso, à redução de internações por condições sensíveis à atenção primária e a melhores desfechos em saúde <sup>30,31</sup>. No entanto, a efetividade dessas equipes depende de condições estruturais, financiamento adequado e integração com as demais estratégias da APS. Desafios como instabilidade no financiamento,

heterogeneidade na composição das equipes e dificuldades de fixação de profissionais em determinadas regiões podem limitar seu potencial, comprometendo a continuidade e a qualidade do cuidado.

O número médio anual de profissionais de saúde vinculados a essas equipes foi de 25.526 profissionais, sendo revelado que, entre 2008 e 2025, houve um aumento de 14,0% ao ano no número de profissionais de saúde. Esse aumento é consistente com os resultados de Carvalho *et al.*<sup>32</sup>, que identificaram crescimento no quantitativo de profissionais de saúde de nível superior no Brasil entre 2008 e 2013, principalmente das categorias que integravam as equipes multiprofissionais da APS. Contudo, Nobre *et al.*<sup>4</sup> revelaram que, entre 2018 e 2022, houve uma redução no número de profissionais de saúde das equipes multiprofissionais da APS, com exceção da categoria médica vinculada a essas equipes. Esse cenário denota o retrocesso na composição das equipes multiprofissionais da APS ocasionado pela extinção do financiamento específico para essas equipes<sup>3,19</sup>. Embora o aumento de profissionais nas equipes multiprofissionais da APS possa não ser a única medida para reduzir alguns desfechos de saúde adversos mais graves<sup>33</sup>, a redução de profissionais nessas equipes pode ocasionar restrição do acesso, fragilização da retaguarda assistencial das equipes da ESF e comprometimento da resolutividade da APS.

O maior crescimento de profissionais de saúde na região Sul, seguida pelas regiões Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste é corroborado, em certa medida, pelo estudo de Nobre *et al.*<sup>4</sup>, no qual foram reveladas importantes disparidades regionais na redução do número de vínculos de profissionais das equipes multiprofissionais da APS, entre 2018 e 2022, com maior retração na região Centro-Oeste, seguida pelas regiões Norte, Nordeste, Sudeste e Sul. Essas disparidades evidenciam a necessidade de políticas que promovam a alocação equitativa de recursos financeiros, de forma a assegurar a fixação de profissionais de saúde na APS e reduzir os vazios assistenciais, visando à integralidade do cuidado em saúde.

Com relação à inserção de PEF nas equipes multiprofissionais da APS, a proporção média anual de PEF nessas equipes foi de 9,0%, sendo registrado, no Brasil, um aumento médio anual de 3,5% entre 2008 e 2017. Esses achados corroboram estudos prévios que apontam aumento expressivo no número de PEF no SUS a partir da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), em 2006<sup>11,12</sup>. Em 2011, a Educação Física foi uma das cinco profissões mais frequentes nas equipes multiprofissionais da APS, estando presente em 49,2% delas<sup>34</sup>. Já em 2025, passou a ser a sexta categoria profissional mais frequente, com 3.075 PEF vinculados, correspondendo a 7,3% do total de profissionais dessas equipes<sup>35</sup>. Esse cenário evidencia que a Educação Física tem sido uma das principais categorias que compõem as

equipes multiprofissionais da APS, exigindo atenção aos desafios de sua atuação, como a falta de infraestrutura física e de materiais, a lacuna na formação em Saúde Coletiva e a instabilidade dos vínculos de trabalho dos PEF<sup>36</sup>.

A redução de 6,5% ao ano na proporção de PEF nas equipes multiprofissionais da APS, entre 2017 e 2025, pode ser parcialmente explicada pela instabilidade dos vínculos de trabalho desses profissionais<sup>37</sup>. Logo, em contextos de austeridade fiscal, pandemia de Covid-19 e suspensão do financiamento específico, pode ter ocorrido maior desvinculação de PEF dessas equipes. Vale ressaltar que, entre 2017 e 2025, houve um aumento de 104,7% no número de PEF no Brasil<sup>38</sup>. Assim, é possível afirmar que a ampliação de PEF na APS tem ocorrido não apenas por meio das equipes multiprofissionais da APS, já que há outras iniciativas como o Programa Academia da Saúde e o Incentivo Federal para Atividade Física (IAF).

Em relação à distribuição regional, a maior e a menor proporção de PEF, respectivamente nas regiões Nordeste e Centro-Oeste, também foram identificadas em estudo prévio<sup>34</sup>. Com relação à tendência temporal da proporção de PEF, foi revelado um primeiro período com tendência crescente (exceto na região Sul, que foi estável) e no segundo período decrescente em todas as regiões. Esses resultados são corroborados por estudo que evidenciou que, entre as categorias de nível superior das equipes multiprofissionais da APS, a Educação Física apresentou a maior taxa de crescimento (145%)<sup>32</sup>. Apesar disso, ainda persistem importantes disparidades regionais, com tendência crescente nas regiões Norte e Sul, estabilidade nas regiões Centro-Oeste e Sudeste e decrescente na região Nordeste<sup>11,12</sup>. Essas disparidades regionais na inserção de PEF impactam a oferta de PCAF na APS<sup>9,39</sup> e, conseqüentemente, o acesso a essas práticas como direito e dever do Estado<sup>40,41</sup>.

Como principais potencialidades do trabalho destacam-se o ineditismo e o amplo panorama apresentado sobre o financiamento das equipes multiprofissionais da APS. Evidenciam-se, ainda, o número de equipes e o quantitativo total de profissionais de saúde a elas vinculados. Ressalta-se também a apresentação detalhada do número e da proporção de PEF nessas equipes, aspecto que pode ser replicado para outras categorias profissionais, com vistas à compreensão da dinâmica de composição da força de trabalho em saúde na APS do SUS. Por fim, destaca-se a transparência das informações, obtidas por meio de diferentes SIS e da LAI, contribuindo para o fortalecimento do *advocacy* e do controle social.

Dentre as limitações, destaca-se a ausência de padronização da jornada de trabalho dos profissionais, uma vez que isso influencia a composição e o dimensionamento adequado da força de trabalho das equipes multiprofissionais da APS. Além disso, o presente estudo se

limitou em analisar o financiamento federal, o que não abrange a totalidade de recursos investidos para a composição das equipes multiprofissionais da APS.

Estudos futuros, com análises ponderadas, por exemplo, pelo número de equipes da APS apoiadas, são necessários para avaliar o dimensionamento adequado das equipes multiprofissionais da APS. Adicionalmente, estudos que analisem a distribuição dessas equipes e do financiamento com base em indicadores sociais, como o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), são fundamentais para avaliar a equidade na distribuição das equipes e na alocação de recursos na APS. Além disso, é necessário verificar se os dados disponíveis no CNES correspondem ao número de equipes multiprofissionais da APS credenciadas e/ou homologadas pelo Ministério da Saúde. Ademais, é importante compreender se e como a inserção de PEF nas equipes multiprofissionais da APS tem contribuído para ampliar a oferta e reduzir as iniquidades de acesso às PCAF.

Em conclusão, os achados deste estudo evidenciam que, embora tenha ocorrido expansão das equipes multiprofissionais da APS no Brasil ao longo do período analisado, esse processo foi fortemente condicionado por mecanismos de indução do financiamento federal e marcado por importantes desigualdades regionais. A desaceleração, associada às mudanças no modelo de financiamento da APS e ao contexto de restrição fiscal, sinaliza um cenário de fragilização dessas equipes e da proporção de PEF, com potenciais impactos negativos para a integralidade do cuidado e resolutividade da APS. Nesse sentido, a retomada do financiamento para as equipes multiprofissionais da APS, atualmente denominadas eMulti, e seu impacto na expansão, composição dessas equipes e nos indicadores de saúde devem ser amplamente monitorados e avaliados.

### **Agradecimentos**

Ao Ministério da Saúde pelas informações fornecidas, por meio da Lei de Acesso à Informação.

### **Contribuição de autoria**

- Concepção e delineamento do estudo: LAV; FFBC; DSB.
- Análise e interpretação dos dados: LAV; FFBC; DB; ACSA; KCS.
- Redação do manuscrito: LAV; FFBC; DB; KCS.
- Revisão crítica de seu conteúdo intelectual: LAV; FFBC; DB; ACSA;KCS; DSB.
- Aprovação da versão final a ser publicada: LAV; FFBC; DB; ACSA; KCS; DSB.

### **Conflito de interesse**

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

### **Declaração de disponibilidade de dados de pesquisa**

Todo o conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

### **Declaração de uso de IA**

A ferramenta de inteligência artificial ChatGPT foi utilizada para auxiliar na revisão técnico-gramatical do texto.

### **Referências**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União* 2008; mar 4.
2. Almeida ER, Medina MG. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária à saúde brasileira. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(10):e00310820.
3. Mattos MP, Gutiérrez AC, Campos GWS. Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* 2022; 27(9):3503–16.
4. Nobre V, Pereira J, Mrejen M, Medeiros O, Tasca R. Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa? *APS* 2023; 5(2):56-64.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 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; 22 maio.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 9.584, de 22 de dezembro de 2025. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 5 e 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa de Atenção Domiciliar à Pessoa Idosa – Padi e definir critérios para o repasse de incentivo financeiro adicional à equipe Multiprofissional – eMulti, no âmbito da Atenção Primária à Saúde – APS. *Diário Oficial da União* 2025; dez 23.
7. Bispo Júnior JP, Almeida ER. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2023; 39(10):e00120123.

8. 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(6):2163–74.
9. 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.
10. Seus TLC, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil - inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2019; 28(2):e2018308.
11. 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.
12. Vieira LA, Caldas LC, Lemos EC, Malhão TA, Carvalho FFB. Análise temporal da inserção de Profissionais e Residentes de Educação Física no Sistema Único de Saúde de 2009 a 2021. *Ciênc Saúde Colet* 2023; 28(3):837–50.
13. Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde; Ministério da Saúde; Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde; Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). *Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das UBS 2024* [recurso eletrônico]. Brasília (DF): Ed. do Autor; 2025. [acessado 2026 abr 6]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/informativos-e-noticias/noticias/lancamento-do-e-book-panorama-da-aps-no-sus-censo-nacional-das-ubs-2024/14705/>
14. Carvalho FFB, Loch MR, Sposito LAC, Andrade DR, Vieira LA. Recursos da União para as práticas corporais e atividades físicas no SUS: análise do ciclo governamental 2019-2022. *Ciênc Saúde Colet* 2024; 29(1):e19352022.
15. Carvalho FFB, Vieira LA, Malhão TA, Loch MR. Análise da implementação do incentivo federal à Atividade Física na atenção primária: a equidade em foco. *Saúde debate* 2025; 49(144):e9804.
16. Vieira LA, Carvalho FFB. Planejamento no SUS: a agenda das Práticas Corporais e Atividades Físicas de 2004 a 2023. *Saúde debate* 2024; 48(141):e8865.
17. Silva END, Ramos MC, Santos W, Rasella D, Oliveira A, Pacheco Santos LM. Cost of providing doctors in remote and vulnerable areas: Programa Mais Médicos in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:e11.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Governo anuncia retomada do Mais Médicos para o Brasil [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [acessado 2026 abr 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2023/03/governo-anuncia-retomada-do-mais-medicos-para-o-brasil>
19. Melo MA, Silva AS, Pimenta AL, Mendes A, Paiva JLL. Financiamento da APS ao longo do tempo: indução, expansão e qualificação do modelo Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet* 2025; 30(12):e12642025.
20. Amorim DA, Mendes A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. *J Manag Prim Health Care* 2020; 12:1-20.

21. Gomes GF, Sampaio J, Freitas CCL, Sousa MA, Carvalho ALB. O financiamento da Atenção Básica no Brasil: um balanço de duas décadas (2000-2020). *Rev APS* 2023; 26:e262339653.
22. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cad Saúde Pública* 2020; 36(9):e00040220.
23. Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy--delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med* 2015; 372(23):2177-81.
24. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Global Health* 2018; 3:e000829.
25. Fausto MCR, Rizzoto MLF, Giovanella L, Seidl H, Bousquat A, Almeida PF, Tomasi, E. O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate* 2023; 42(especial 1):12-7.
26. Harzheim E, D'Avila OP, Ribeiro DC, Ramos LG, Silva LE, Santos CMJ, Costa LGM, Cunha CRH, Pedebos LA. Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25(4):1361-74.
27. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25(4):1181-8.
28. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. *PLoS Medicine* 2018; 15(5):e1002570.
29. Rasella D, Hone T, Souza LE, Tasca R, Basu S, Millett C. Mortality associated with alternative primary healthcare policies: a nationwide microsimulation modelling study in Brazil. *BMC Med* 2019;17(1):82.
30. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet* 2016; 21(2):327-38.
31. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29(12):2149-60.
32. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23(1):295-302.
33. Mrejen M, Rocha R. Hiring mental health professionals: Evidence from a large-scale policy in Brazil. *Labour Economics* 2025; 94:102728
34. Santos S, Benedetti TRB. Cenário de implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e a inserção do profissional de Educação Física. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2012; 17(3):188-94.

35. Brasil. Ministério da Saúde. *Equipes multiprofissionais na APS do Brasil* [apresentação]. Brasília: Ministério da Saúde; 2026.
36. Oliveira VH, Azevedo KPM, Medeiros GCBS, Knackfuss MI, Piuvezam G. Desafios do profissional de educação física nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica: uma revisão sistemática da literatura brasileira. *Cad saúde colet* 2022; 30(1):108–14.
37. Vieira LA, Caldas LC, Gama MRJ, Almeida UR, Lemos EC, Carvalho FFB. A Educação Física como força de trabalho do SUS: análise dos tipos de vínculos profissionais. *Trab educ saúde* 2023; 21:e01991210.
38. Bernardo D, Carvalho FFB, Vieira LA. Equidade na distribuição da força de trabalho: análise dos profissionais de Educação Física por meio do Índice de Vulnerabilidade Social. *Rev Bras Ciênc Esporte*. No prelo.
39. 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 Colet* 2025; 30(1):e09492023.
40. Knuth AG, Antunes PC. Práticas corporais/atividades físicas demarcadas como privilégio e não escolha: análise à luz das desigualdades brasileiras. *Saude soc* 2021; 30(2):e200363.
41. Carvalho FFB, Bernardo D, Motta-Santos D, Vieira LA. Democracy Above All: Reflections on Promoting Physical Activity in the Brazilian Health System. *J Phys Act Health* 2026;23(4):447-448.

## 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.