

Como Evoluiu o Número de Vínculos Profissionais NASF Após o Fim do Incentivo Financeiro ao Programa?

Victor Nobre¹, Júlia Pereira¹, Manuel Faria

¹Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS)

Resumo

- Este documento descreve a evolução das equipes, de vínculos profissionais e número médio de horas trabalhadas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) após o fim do incentivo federal ao programa;
- Houve redução no número de equipes NASF e dos vínculos profissionais* no programa. Entre 2018 e 2022, as equipes NASF reduziram 17,2%. O número de vínculos profissionais de “saúde mental” e das “demais categorias” recuaram 27% e 23,5%, respectivamente; já os vínculos profissionais “médicos” ampliaram 5,8%;
- Em relação ao número médio de horas trabalhadas, as categorias vinculadas ao programa apresentaram comportamentos semelhantes: vínculos da categoria “saúde mental” (+0,38%) e “demais categorias” (+0,68%) mantiveram-se estacionários, enquanto a categoria “médicos” ampliou em 2,7%;
- Excluindo a região Sul, todas as regiões apresentaram queda no número de equipes NASF, de vínculos profissionais ligados aos NASF por categoria, e estabilidade no número médio de horas trabalhadas.

Introdução

Caracterizados por equipes multiprofissionais compostas por trabalhadores de saúde de diferentes áreas, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são responsáveis pelo apoio estratégico às equipes de saúde da família (eSF), tendo por objetivo a ampliação e qualificação do escopo de serviços ofertados por essas equipes e do fortalecimento do cuidado multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2017).¹

Até janeiro de 2020², o Ministério da Saúde (MS) apoiava financeiramente os municípios que implantassem NASF em seus serviços de APS (Brasil, 2020a). Para receber o incentivo, cada NASF deveria estar vinculado a um número mínimo e máximo de equipes de saúde da família (eSF). Por meio do programa, o MS promoveu dois grandes incentivos à gestão da APS dos municípios: i) ampliação da força de trabalho multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde (APS); e ii) adoção municipal do matriciamento³ enquanto estratégia assistencial.⁴

*Analisamos os vínculos profissionais e não o número de profissionais vinculados aos NASF para evitar dupla contagem, pois o profissional pode ter mais de um vínculo na APS, inclusive em mais de um NASF. Por isso, esta nota técnica tratará do número de vínculos, e não do número de profissionais que trabalham nos NASF.

¹Para fazer parte de um NASF, o profissional deve ser um dos seguintes: i) assistente social; ii) profissional de educação física; iii) farmacêutico; iv) fisioterapeuta; v) fonoaudiólogo; vi) profissional com formação em arte e educação (arte-educador); vii) nutricionista; viii) psicólogo; ix) terapeuta ocupacional; x) médico ginecologista/obstetra; xi) médico homeopata; xii) médico pediatra; xiii) médico veterinário; xiv) médico psiquiatra; xv) médico geriatra; xvi) médico internista (clínica médica); xvii) médico do trabalho; xviii) médico acupunturista; ou xix) profissional de saúde sanitária. Ver mais em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-profissionais-que-compoe-o-nucleo-atencao-a-saude-da-familia-nasf/>.

²O financiamento aos NASF voltou a ser realizado de forma semelhante em 2023, a partir da portaria GM/MS nº 635 de 22 de maio de 2023. Ver mais em Brasil (2023).

³O matriciamento, ou apoio matricial, é um modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Essa proposta visa integrar os profissionais da equipe de saúde da família (eSF) com profissionais especialistas, de forma que os primeiros tenham um suporte para a discussão de casos e intervenções terapêuticas e assistenciais. Na APS, o matriciamento ocorre, especialmente, entre eSF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ver mais em BVS (2015b) e Chiaverini et al. (2011).

⁴O Estudo Institucional IEPS nº 3 mostra que a política de incentivo aos NASF apresentou impactos positivos na oferta de profissionais de saúde das demais categorias, além de psicólogos e terapeutas ocupacionais para a saúde mental. O impacto na oferta de médicos especialistas, entretanto, foi menor. Ver



Em 2020, com a implementação do programa “Pre-vine Brasil”⁵, houve uma mudança na lógica do financiamento da APS, alterando a dinâmica do repasse de recursos da União aos municípios. Dentre essas mudanças, ocorreu a descontinuidade do incentivo financeiro aos NASF (Brasil, 2020a). Nesse contexto, esta Nota Técnica busca responder à seguinte questão: como evoluiu o número de equipes NASF, de vínculos profissionais por categoria, e do número médio de horas trabalhadas após a suspensão do incentivo financeiro federal ao programa?

Metodologia e Dados

Este documento analisa a evolução do número de equipes NASF, do total de vínculos profissionais e do número médio de horas trabalhadas atribuídas a esses vínculos, por região, nos últimos quatro anos. Para identificação dos profissionais de saúde atuantes em equipes NASF, foram realizadas duas etapas: i) cruzamento entre os códigos das ocupações (CBO) contempladas no programa e o total de vínculos de profissionais que atuam em estabelecimentos de saúde no território brasileiro; e ii) filtragem, por meio do Identificador Nacional de Equipes (INE), dos profissionais que trabalham em equipes do tipo NASF 1, 2, 3 e NASF-AB⁶ e que estão alocados em estabelecimentos que comportam equipes de Saúde da Família (eSF).⁷

O recorte temporal inicia em 2018 – ano em que as normas que regulamentavam os NASF foram atualizadas pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) – e terminam em dezembro de 2022. Em 2023, foi instituída a Portaria GM/MS nº 635/2023, que criou um novo incentivo financeiro para equipes multiprofissionais na APS (eMulti).

Para identificação das profissões, foi utilizado o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) de cada uma delas, enquanto as informações sobre o tipo de equipe, estabelecimento, carga horária e nome da profissão em que o profissional vinculado ao NASF pertence foram obtidas do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Considerando que um profissional pode trabalhar

mais em Mrejen e Rocha (2021).

⁵Por meio da Portaria nº 2.979/2019. Ver mais em Brasil (2019).

⁶A mudança de nomenclatura decorre da Portaria GM/MS nº 99, de 7 de fevereiro de 2020.

⁷Estabelecimentos que comportam eSF: Postos de Saúde, Unidades Básicas, Unidades Mistas, Unidades Móveis Fluviais e Centros de Apoio à Saúde da Família (CASF).

em mais de um NASF, optou-se por contabilizar o número de vínculos de trabalho ao NASF ao invés do número de profissionais que trabalhavam em cada um deles. Isso porque podem existir mudanças no número de vínculos NASF sem que haja alterações na quantidade de profissionais inseridos nesses núcleos; por exemplo, quando um NASF passa a ser dividido em dois, mas mantém os vínculos dos profissionais do NASF anterior. Dessa forma, o processo é caracterizado por uma reorganização desses profissionais, e não necessariamente uma expansão.⁸

Em todas as análises, os vínculos profissionais foram categorizados em: i) saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras)⁹; ii) profissionais médicos (pediatras, ginecologistas-obstetras, médicos homeopatas e acupunturistas)¹⁰; e iii) demais categorias (fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, sanitaristas, profissionais de educação física, assistentes sociais e farmacêuticos).¹¹

Os resultados serão apresentados em relação a cada 100 mil pessoas cobertas por equipes eSF. As estimativas de cobertura de eSF são provenientes da plataforma e-Gestor AB.¹² As taxas do número de equipes, de vínculos profissionais por categoria, e das horas médias trabalhadas estão nos apêndices A, B e C.

Resultados

Após o fim do financiamento dos NASF, houve redução no número de equipes vinculadas ao programa

Em 2018, existiam 4,34 equipes NASF para cada 100 mil cobertos-eSF operando no Brasil. Em 2019, esta taxa se manteve estável. Em 2020, houve recuo de

⁸Vale destacar que foram analisados os vínculos profissionais pertencentes ao NASF e não os vínculos dos profissionais na APS como um todo. Isso porque profissionais podem ter sido desvinculados dos NASF, mas terem sido mantidos na Atenção Primária.

⁹O agrupamento desses profissionais na categoria “saúde mental” se baseia na Portaria GM/MS nº 154/2008, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

¹⁰Os acupunturistas estão incluídos na categoria “médicos”, e não nas “demais categorias”, em função de determinação jurídica, colocando esta especialidade de atuação como exclusiva de profissionais médicos. Ver mais em: <https://portal.cfm.org.br/noticias/justica-reafirma-que-pratica-da-acupuntura-e-exclusiva-de-medicos-e-autoriza-divulgacao/>.

¹¹Por apresentarem baixa participação, seja relativa (1%) ou absoluta, na composição dos NASF, os profissionais de arte-educação foram excluídos da análise.

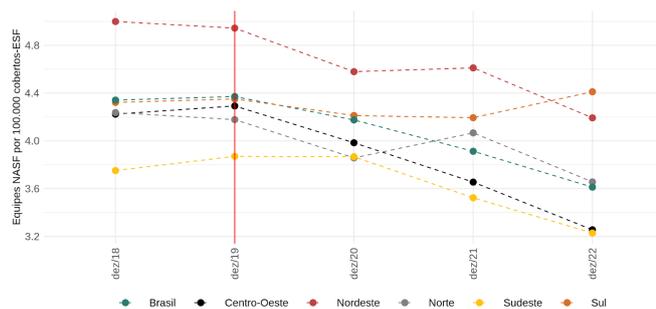
¹²No caso de 2022, foi utilizada a cobertura ESF do mês de novembro, pois a cobertura de dezembro ainda não estava disponível no portal.



4,6% em relação ao ano anterior. Essa tendência de queda perdurou nos anos seguintes, de modo que, em 2022, a taxa de equipes NASF por 100 mil cobertos-eSF alcançou 3,61. No acumulado do quadriênio, a retração foi de 17,2% (Cf. Tabela A1).

A região Centro-Oeste foi a mais afetada. Entre 2018 e 2022, houve queda de 28,1% (de 4,2 equipes NASF, em 2018, para 3 em 2022). Nordeste e Norte vêm em seguida, com retrações de 20,2% e 19,8%, respectivamente. No Nordeste, a taxa passou de 4,9 para 3,9, e no Norte, de 4,2 para 3,3. No Sudeste, a redução foi de 15,3%, oscilando de 3,7 para 3,1 no mesmo período. Diferentemente das demais regiões, a região Sul manteve estabilidade no número de equipes NASF, variando apenas -0,93%, de 4,3, em 2018, para 4,2 em 2022 (Figura 1).

Figura 1. Com exceção da região Sul, o número de equipes NASF reduziu desde o fim do financiamento federal em 2020



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nota: A marcação da barra em vermelho indica o fim do financiamento do NASF em dezembro de 2019, tendo sido o último mês e ano em que foram realizados repasses para implantação dos NASF nas eSF.

Dois fatores se destacam nessa análise. O primeiro é que a variação percentual da queda do número de equipes NASF foi maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país. O segundo é que, embora tenham se encerrado os recursos adicionais de transferências federais que incentivaram os NASF, a ampliação dos núcleos continuou em processo de estabilidade na região Sul, graças à expansão dos NASF em Santa Catarina.¹³ Este processo revela uma possível permanência das diretrizes de incentivo à ampliação dos NASF na gestão da APS dos municípios desse estado.

¹³ Entre 2018 e 2022, houve aumento de 94% no número de equipes NASF no estado de Santa Catarina, saindo de 303 equipes, em 2018, para 579 em 2022. As motivações, entretanto, não são claras, sendo necessário uma busca mais aprofundada para identificá-las.

O número de vínculos profissionais de “saúde mental” e “demais categorias” incentivados pelo programa diminuiu após o desfinanciamento dos NASF, o que não aconteceu com a categoria de “médicos”

Em média, o número de vínculos profissionais de saúde que pertencem às categorias ligadas ao programa também reduziu. No grupo “saúde mental”, a taxa de vínculos profissionais por 100 mil cobertos-eSF da categoria reduziu 27%. Em 2018, o valor era de 7,5; em 2022, 5,5. A maior redução foi na região Centro-Oeste, -40,8%, ou de 6,4 para 3,7. Norte e Nordeste figuram nas segunda (-38,1%) e terceira (-35,7%) posições, encolhendo de 6 para 3,7, e 8,6 para 5,5, respectivamente. Sudeste (-16,5%) e Sul (-16%) seguiram comportamento similar. No Sudeste, a queda foi de 7,2 para 6, enquanto no Sul, foi de 7,5 para 6,3.

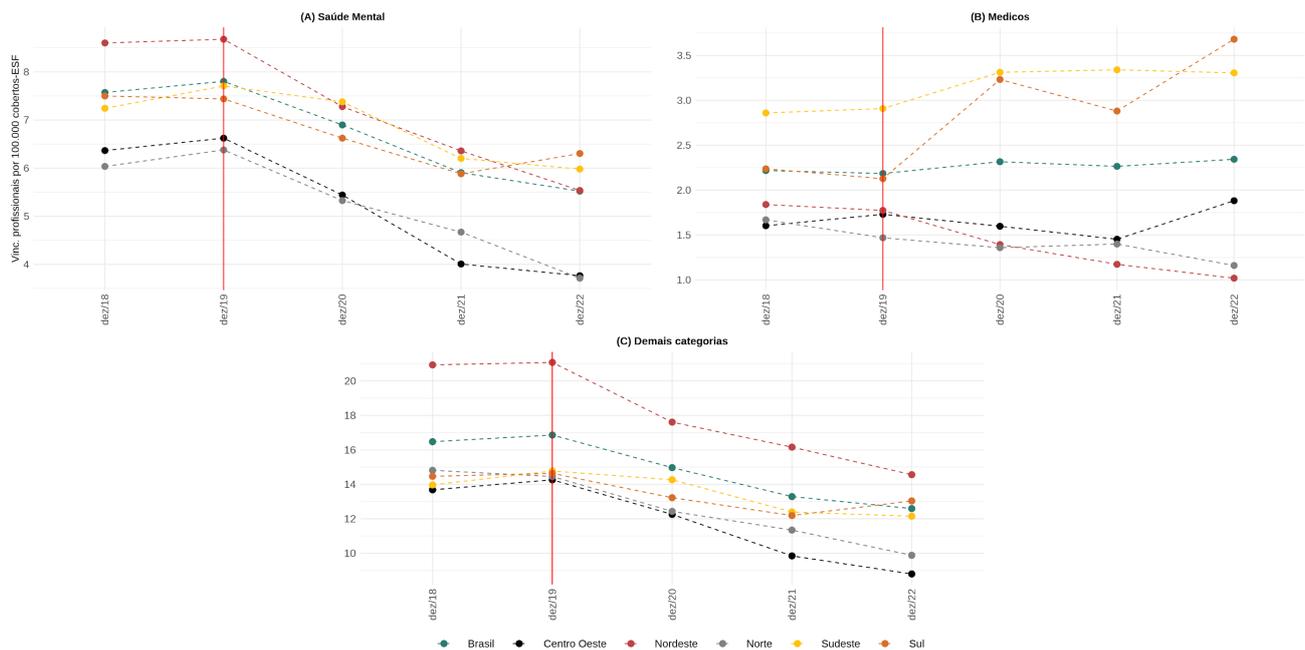
No grupo dos “médicos”, ocorreu expansão de vínculos profissionais ao programa (5,8%) no território nacional. Em 2018, 2,2 era a taxa da categoria para cada 100 mil cobertos-eSF. Em 2022, a razão se manteve estável, em 2,3. Nesse mesmo período, a taxa da categoria para as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste cresceu, enquanto Nordeste e Norte reduziram o total de vínculos profissionais médicos ao NASF. Assim como no número de equipes, o crescimento dos vínculos profissionais NASF no país foi puxado pelo estado de Santa Catarina. Entre 2018 e 2022, o número de vínculos cresceu 94%, saindo de 1.783 vínculos profissionais em 2018 para 3.469 em 2022.

A região Sul consolidou-se como a de maior expansão (65%), passando de 2,2 para 3,7. Na sequência, o Centro-Oeste (17,5%), que saltou de 1,6 para 1,9 no mesmo período. O Sudeste cresceu 15,8%, ou de 2,9 para 3,3. Inversamente, Nordeste (-44,8%) e Norte (-33,7%) apresentaram declínio no total de vínculos profissionais da categoria. No Nordeste, o número de vínculos profissionais recuou de 1,8 para 1, e no Norte, de 1,6 para 1,1. Esse achado corrobora com o diagnóstico já realizado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2022), que caracteriza essas duas regiões como as de maiores vazios sanitários, sobretudo em função da dificuldade de retenção de vínculos profissionais nessas localidades.

Considerando o mesmo período, o grupo “demais categorias” apresentou recuo de 23,5% no Brasil: de 16,5 para 12,6. Centro-Oeste (-35,8%), Norte (-33,3%) e Nordeste (-30,5%) foram as regiões mais afetadas, contraindo de 13,7 para 8,8 no Centro-Oeste; de 14,8 para 9,9 no Norte; e de 21 para 14,5, no Nordeste. Su-



Figura 2. Após o desfinanciamento, ocorreu queda no número de vínculos ao NASF, exceto na categoria dos “médicos”



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nota 1: Em “saúde mental”, estão agrupados os CBO de: psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras. Em “médicos”, estão agrupados: pediatras, ginecologistas-obstetras, médicos homeopatas, médicos clínicos e acupunturistas. Em “demais categorias”, estão agrupados: fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e sanitaristas. Nota 2: A marcação da barra em vermelho indica o fim do financiamento do NASF em dezembro de 2019, tendo sido o último mês e ano em que foram realizados repasses para implantação dos NASF nas eSF.

deste (-13%) e Sul (-9,9%) seguiram trajetória similar, mas em menor intensidade, retraindo de 14 para 12,1 no Sudeste, e de 14,5 para 13 no Sul.

A média de horas trabalhadas ficou estável entre as categorias profissionais nos últimos anos, com ligeira variação entre as regiões

O número médio de horas trabalhadas por vínculos profissionais NASF varia dependendo da região e do vínculo profissional analisado. Em geral, observou-se um aumento no número médio de horas trabalhadas dos vínculos profissionais da categoria “médicos”, e estagnação nos vínculos profissionais das categorias “saúde mental” e “demais categorias”.

No grupo “saúde mental”, os vínculos profissionais apresentaram estabilidade no número médio de horas trabalhadas. Em 2018, o número médio de horas trabalhadas por vínculo profissionais de “saúde mental” dos NASF foi de 31,5 horas semanais; em 2022, 31,6. Esse movimento, entretanto, foi bastante heterogêneo em cada região. O Sudeste foi a região onde ocorreu a maior expansão no número médio de horas trabalhadas, 4,5%, saindo de 28,9 horas médias semanais, em 2018, para 30,2 em 2022.

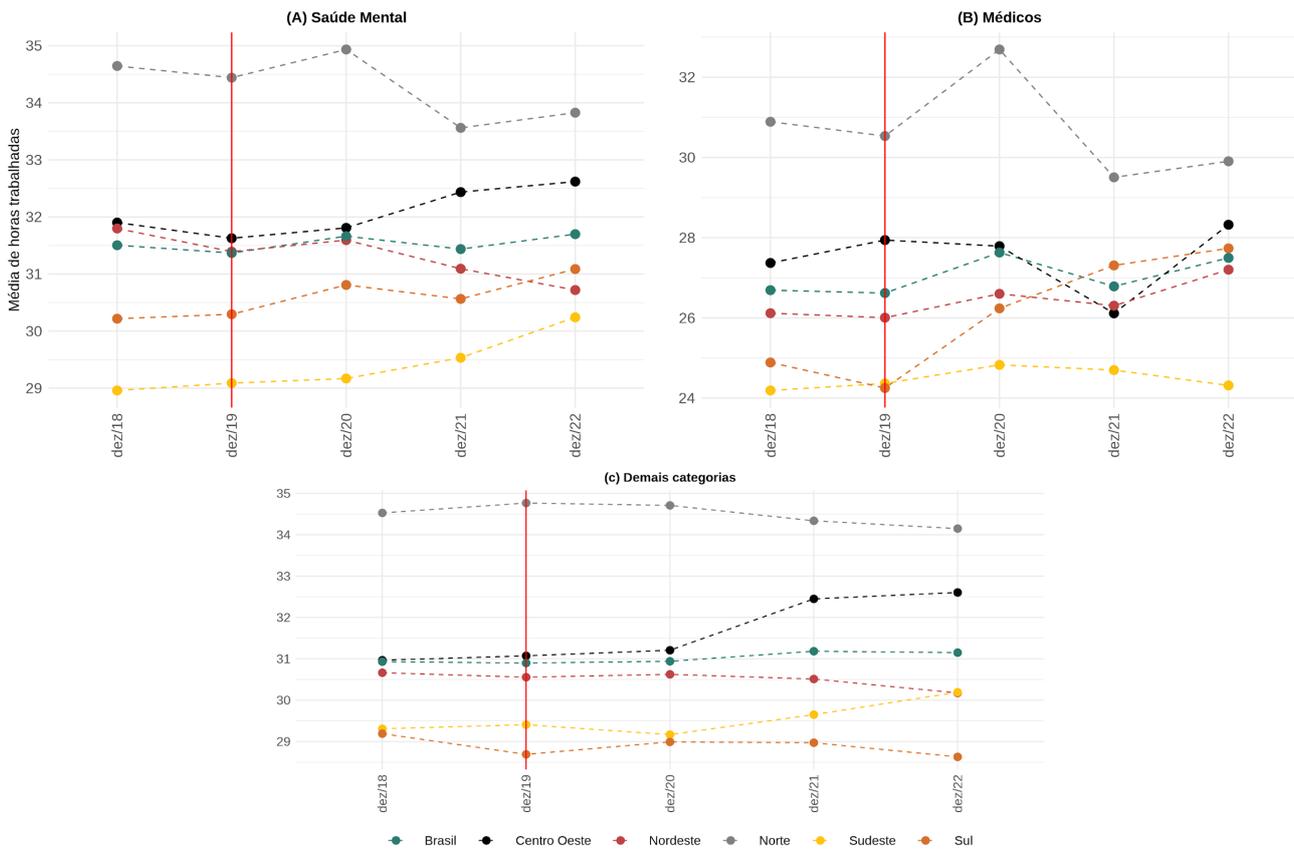
Sul e Centro-Oeste ampliaram 2,6% e 1,6%, respectivamente. No Sul, o número médio de horas médias trabalhadas saltou de 30,4 para 31,2, e no Centro-Oeste, de 31,9 para 32,5. Nordeste (-3,4%) e Norte (-2,5%) apresentaram comportamento oposto, contraindo de 31,7 para 30,7, e de 34,7 para 33,8, respectivamente.

Em relação aos “médicos”, os vínculos profissionais da categoria demonstraram a maior expansão do número médio de horas trabalhadas nos últimos quatro anos. Em 2022, a média de horas trabalhadas foi de 27,4, 2,7% maior se comparado a 2018. Em ordem de grandeza, a maior ampliação foi na região Sul (11,1%), que saiu de 24,8 horas médias em 2018 para 27,6 em 2022. Nordeste (4%) e Centro-Oeste (2,7%) figuraram nas segunda e terceira posições, expandindo seu número médio de horas trabalhadas de 26,1 para 27,2, e de 27,3 para 28,1, respectivamente. No Sudeste, a carga horária oscilou em 24 horas médias trabalhadas, enquanto no Norte, contraiu -3,2%, ou de 30,8 para 29,9.

Assim como no grupo “saúde mental”, as “demais categorias” mantiveram seu número médio de horas trabalhadas estabilizadas ao longo do quadriê-



Figura 3. Houve grande heterogeneidade no número de horas médias trabalhadas entre as diferentes categorias e regiões



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nota 1: Em “saúde mental”, estão agrupados os CBO de: psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras. Em “médicos”, estão agrupados: pediatras, ginecologistas-obstetras, médicos homeopatas, médicos clínicos e acupunturistas. Em “demais categorias”, estão agrupados: fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, farmacêuticos e sanitaristas. Nota 2: A marcação da barra em vermelha indica o fim do financiamento do NASF em dezembro de 2019, tendo sido o último mês e ano em que foram realizados repasses para implantação dos NASF nas eSF.

nio. Esse movimento ocorreu por conta da expansão do número médio de horas trabalhadas no Centro-Oeste (5,3%) e Sudeste (3%), que cresceram de 30,9 para 32,6, e de 29,3 para 30,2, respectivamente, aliado à contração de horas médias trabalhadas no Sul (-1,8%), Nordeste (-1,5%) e Norte (-1,3%). No caso do Sul, a região recuou de 29,2 para 28,7; no Nordeste, de 30,6 para 30,2; e de 34,6 para 34,1 no Norte.

Conclusão

Esta Nota Técnica buscou identificar como evoluiu o número de equipes NASF, de vínculos profissionais do programa e do seu número médio de horas trabalhadas. Em linhas gerais, os resultados apontam uma queda do número de equipes NASF e dos vínculos profissionais das diferentes categorias contempladas no programa, e uma estabilização do número médio de horas trabalhadas dessas categorias. A ex-

ceção ocorreu no Sul, puxado pelo estado de Santa Catarina, onde essas evoluções seguiram caminhos opostos.

Tal movimento indica que o primeiro objetivo preconizado pelo NASF, isto é, de ampliação da força de trabalho multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde (APS), pode ter sido prejudicado com o fim do programa. A exceção ocorreu na categoria dos “médicos”, o que sugere um reforço da lógica ambulatorial centrada no médico em detrimento do acompanhamento das equipes multiprofissionais. Isso porque a categoria não só aumentou os vínculos profissionais, como o número médio de horas trabalhadas - puxados especialmente pela região Sul e, mais especificamente, pelo estado de Santa Catarina. Os vínculos profissionais de “saúde mental” e de “demais categorias” praticamente não apresentaram alterações no número médio de horas trabalhadas ao longo desse período.



É preciso pensar nas mudanças que ocorreram após o fim do incentivo financeiro aos NASF sob o contexto mais amplo de reformulação do financiamento da APS. A instituição do novo modelo de financiamento, “Previne Brasil”, introduziu maior discricionariedade aos municípios, que passaram a ser induzidos a ampliar o número de usuários cadastrados e alcançar as metas e indicadores de qualidade estabelecidos pelo novo programa. Incentivos às estratégias assistenciais específicas foram reduzidos (Rosa et al., 2023), podendo ter deixado de lado os princípios preconizados pelos Núcleos de Apoio de Saúde da Família.

Em função da estrutura desta nota, optamos por centrar a análise nos NASF, desconsiderando dessa discussão outros modelos de atenção existentes na APS. O assunto, entretanto, não se esgota neste documento, sendo possíveis outras análises exploratórias mais detalhadas e aprofundadas futuramente.

Por fim, existe a necessidade em se avaliar continuamente as políticas públicas de financiamento da APS para identificar seus reais impactos na organização e na oferta de serviços de saúde à população brasileira. Espera-se que essa Nota Técnica contribua para pausar o debate em prol de uma saúde integral, que preza pelo cuidado multidisciplinar, e de uma APS mais resolutiva e eficiente frente às necessidades da saúde pública do país.

Agradecimentos

Agradecemos a Agatha Eleone, Matías Mrejen, Diogo Demarchi Silva e Rebeca Freitas pelas sugestões e comentários e a Helena Ciorra pelo apoio na edição e revisão deste documento.

Referências

- Biblioteca Virtual em Saúde. 2015a. *Como o apoio matricial pode ser desenvolvido na Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde?* Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina.
- . 2015b. *Qual a carga horária semanal dos profissionais dos NASF?* Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina.
- Brasil. 2008. *Portaria nº 154*. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde.
- . 2010. *Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Ministério da Saúde.

- . 2017. *Portaria nº 2.436*. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde.
- . 2019. *Portaria nº 2.979*. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde.
- . 2020a. *Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
- . 2020b. *Portaria nº 99*. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde.
- . 2023. *Portaria nº 635*. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde.
- . *Pacto Nacional pela Saúde Mais hospitais e unidades de saúde Mais Médicos Mais Formação*. Ministério da Saúde.

Chiaverini, Dulce Helena, et al. 2011. *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2022. “Recursos Humanos, Infraestrutura e Tecnologia no SUS”. *Mais SUS em Evidências 2*. <https://agendamaissus.org.br/evidencias/>.

Mrejen, Matías, e Rudi Rocha. 2021. *Hiring Mental Health Professionals: Evidence from a Large-Scale Primary Care Policy in Brazil*. Estudo Institucional 3. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Rosa, Leonardo, Helena Arruda, Manuel Faria, Matías Mrejen, Victor Nobre, Arthur Aguillar e Rudi Rocha. 2023. *Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados*. Estudo Institucional 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde

Nobre, V., Pereira, J. e M. Faria. (2023). *Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro ao programa?* Nota Técnica n. 31. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.

www.ieps.org.br
+55 11 4550-2556
contato@ieps.org.br

**Apêndice A****Tabela A1. Taxa de equipes NASF por 100 mil cobertos-eSF**

Taxa de equipes por 100 mil cobertos-eSF	dez./18	dez./19	dez./20	dez./21	dez./22
Brasil	4,34	4,37	4,17	3,91	3,61
Centro-Oeste	4,22	4,29	3,98	3,44	3,03
Nordeste	4,99	4,94	4,57	4,44	3,98
Norte	4,23	4,17	3,85	3,82	3,39
Sudeste	3,75	3,87	3,86	3,48	3,17
Sul	4,32	4,35	4,21	4,10	4,28

Fonte: CNES e e-Gestor AB.

**Apêndice B****Tabela B1. Taxa de vínculos profissionais da categoria “saúde mental”, por 100 mil cobertos-eSF**

Taxa de vínculos por 100 mil cobertos-eSF	dez./18	dez./19	dez./20	dez./21	dez./22
Brasil	7,57	7,80	6,89	5,90	5,52
Centro-Oeste	6,36	6,62	5,44	4,00	3,76
Nordeste	8,60	8,67	7,27	6,35	5,53
Norte	6,00	6,37	5,32	4,67	3,71
Sudeste	7,20	7,70	7,37	6,20	5,98
Sul	7,50	7,43	6,62	5,88	6,30

Fonte: CNES e e-Gestor AB.

Tabela B2. Taxa de vínculos profissionais da categoria “médicos”, por 100 mil cobertos-eSF

Taxa de vínculos por 100 mil cobertos-eSF	dez./18	dez./19	dez./20	dez./21	dez./22
Brasil	2,21	2,18	2,31	2,26	2,34
Centro-Oeste	1,60	1,73	1,59	1,45	1,88
Nordeste	1,83	1,77	1,39	1,17	1,01
Norte	1,66	1,46	1,35	1,39	1,10
Sudeste	2,85	2,90	3,31	3,34	3,30
Sul	2,23	2,12	3,23	2,88	3,68

Fonte: CNES e e-Gestor AB.

Tabela B3. Taxa de vínculos profissionais das “demais categorias”, por 100 mil cobertos-eSF

Taxa de vínculos por 100 mil cobertos-eSF	dez./18	dez./19	dez./20	dez./21	dez./22
Brasil	16,47	16,86	14,96	13,28	12,59
Centro-Oeste	13,68	14,25	12,25	9,84	8,79
Nordeste	20,93	21,07	17,60	16,15	14,55
Norte	14,81	14,45	12,42	11,34	9,88
Sudeste	13,96	14,77	14,26	12,39	12,14
Sul	14,46	14,63	13,22	12,18	13,03

Fonte: CNES e e-Gestor AB.

**Apêndice C****Tabela C1. Número médio de horas trabalhadas, categoria “saúde mental”**

Número médio de horas trabalhadas	dez./18	dez./19	dez./20	dez./21	dez./22
Brasil	31,56	31,39	31,68	31,42	31,68
Centro-Oeste	31,99	31,68	31,77	32,36	32,51
Nordeste	31,78	31,37	31,58	31,07	30,69
Norte	34,7	34,42	34,95	33,54	33,82
Sudeste	28,97	29,1	29,19	29,54	30,24
Sul	30,37	30,36	30,89	30,61	31,15

Fonte: CNES.

Tabela C2. Número médio de horas trabalhadas, categoria “médicos”

Número médio de horas trabalhadas	dez./18	dez./19	dez./20	dez./21	dez./22
Brasil	26,69	26,62	27,57	26,84	27,42
Centro-Oeste	27,36	27,94	27,51	26,25	28,1
Nordeste	26,14	26	26,63	26,37	27,2
Norte	30,88	30,63	32,69	29,58	29,9
Sudeste	24,2	24,32	24,71	24,7	24,3
Sul	24,86	24,21	26,29	27,28	27,62

Fonte: CNES.

Tabela C3. Número médio de horas trabalhadas, “demais categorias”

Número médio de horas trabalhadas	dez./18	dez./19	dez./20	dez./21	dez./22
Brasil	30,95	30,9	30,95	31,18	31,16
Centro-Oeste	30,95	31,05	31,22	32,43	32,59
Nordeste	30,66	30,55	30,62	30,51	30,19
Norte	34,58	34,77	34,71	34,32	34,13
Sudeste	29,32	29,39	29,16	29,63	30,21
Sul	29,23	28,73	29,06	29,04	28,7

Fonte: CNES.