

## Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro federal ao programa?<sup>1</sup>

Victor Nobre, Julia Pereira, Matías Mrejen, Olivia Medeiros, Renato Tasca

### RESUMO

Este artigo descreve a evolução do número de equipes, de vínculos profissionais e número médio de horas trabalhadas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) após o fim do incentivo financeiro federal ao programa. Os resultados indicam que houve redução de 17,2% no número de equipes NASF, com maior incidência nas regiões Centro-Oeste (-28,1%) e Nordeste (-20,2%). Entre os vínculos profissionais ligados ao programa, a maior queda foi na categoria de saúde mental (-27%), sendo a região Centro-Oeste (-40,8%) a mais afetada. Em perspectiva regional, somente a região Sul não apresentou queda no número de equipes NASF e de vínculos profissionais. No número médio de horas trabalhadas, todas as categorias profissionais vinculadas ao programa apresentaram estabilidade. A única exceção foi a categoria médica, que apresentou crescimento durante o quadriênio.

**Palavras-chave:** NASF; atenção primária à saúde; APS; financiamento e vínculos profissionais de saúde.

### ABSTRACT

This article describes the evolution of the number of teams, professional links and average number of hours worked in the Family Health Support Centers (NASF) after the end of the federal incentive for the program. The results indicate that there was a 17.2% reduction in the number of NASF teams, with a higher incidence in the Central-West (-28.1%) and Northeast (-20.2%) regions. Among the professional relationships linked to the program, the biggest drop was in the mental health category (-27%), with the Central-West region (-40.8%) being the most affected. From a regional perspective, only the South region did not show a drop in the number of NASF teams and professional ties. In terms of the average number of hours worked, all professional categories linked to the program showed stability. The only exception was the medical category, which showed growth during the four-year period.

**Keywords:** NASF; Primary Health Care; PHC; financing and professional health ties.

Revista da Rede APS 2023

Publicada em: 20/10/2023

DOI:10.14295/aps.v5i2.286

Victor Nobre  
(Instituto de Estudos para  
Políticas de Saúde, RJ, Brasil)

Julia Pereira  
(Instituto de Estudos para  
Políticas de Saúde, RJ, Brasil)

Matías Mrejen  
(Instituto de Estudos para  
Políticas de Saúde, SP, Brasil)

Olivia Medeiros  
(Ministério da Saúde, DF,  
Brasil)

Renato Tasca  
(Instituto de Estudos para  
Políticas de Saúde, RJ, Brasil)

**Correspondência para:**

Victor Nobre  
[victor.nobre@ieps.org.br](mailto:victor.nobre@ieps.org.br)

<sup>1</sup> Este artigo foi adaptado da Nota Técnica N°31/2023 - “Como evoluiu o número de vínculos profissionais NASF após o fim do incentivo financeiro ao programa?” elaborado pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS).

## INTRODUÇÃO

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais, compostas por trabalhadores de saúde de diferentes áreas, que atuam de modo complementar às equipes de saúde da família (eSF). O objetivo deles é a ampliação e qualificação do escopo de serviços ofertados e o fortalecimento do cuidado multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde (APS) (Brasil, 2017)<sup>2</sup>.

Até 2019<sup>3</sup>, o Ministério da Saúde (MS) apoiava financeiramente os municípios que implantassem NASF em seus serviços de APS (Brasil, 2020). Para receber o incentivo, cada NASF devia estar vinculado a um número determinado de eSF ou demais equipes da APS. Através do programa, o MS promoveu dois incentivos à gestão da APS dos municípios: i) ampliação da força de trabalho multidisciplinar na APS; e ii) adoção municipal do matriciamento<sup>4</sup> enquanto estratégia assistencial<sup>5</sup>.

Com a implementação do programa “Previne Brasil”<sup>6</sup>, em 2019, houve uma mudança no financiamento da APS, alterando a dinâmica do repasse de recursos da União aos municípios, causando descontinuidade do incentivo financeiro aos NASF (Brasil, 2020). Nesse contexto, este artigo busca responder à seguinte questão: como evoluiu o número de equipes NASF, de vínculos profissionais por categoria, e o número médio de horas trabalhadas após a suspensão do incentivo financeiro federal ao programa?

<sup>2</sup> Para 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 sanitaria. Ver mais em: [https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-](https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-profissionais-que-compoe-o-nucleo-atencao-a-saude-da-familia-nasf/)

[os-profissionais-que-compoe-o-nucleo-atencao-a-saude-da-familia-nasf/](https://aps-repo.bvs.br/aps/quais-sao-os-profissionais-que-compoe-o-nucleo-atencao-a-saude-da-familia-nasf/).

<sup>3</sup> O 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).

<sup>4</sup> O 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 (2015) e Gonçalves et al. (2011).

<sup>5</sup> O Estudo Institucional IEPS nº 3 mostra que a política de incentivo aos NASF apresentou impactos positivos na oferta de profissionais de saúde da maior parte das categorias, incluindo psicólogos e terapeutas ocupacionais para a saúde mental. O impacto na oferta de médicos especialistas, entretanto, foi menor. Ver mais em Mrejen et al. (2021).

<sup>6</sup> Por meio da Portaria nº 2.979/2019. Ver mais em Brasil (2019).

## MATERIAL E MÉTODOS

Utilizamos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para obter informações sobre equipes, estabelecimentos, carga horária e ocupação dos profissionais vinculados aos NASF. Utilizando esses dados, construímos uma base de dados longitudinal visando identificar a evolução do número de vínculos de profissionais de saúde atuantes em equipes NASF entre 2018 e 2022.

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 NASF 1,

2, 3 e NASF-AB<sup>7</sup> e que estão alocados em estabelecimentos que comportam equipes de Saúde da Família (eSF)<sup>8</sup>. Considerando que um profissional pode trabalhar em mais de um NASF ou em outro ramo na APS, optou-se por contabilizar o número de vínculos de trabalho exclusivamente categorizados como NASF.

Os vínculos profissionais foram categorizados de três maneiras: i) saúde mental (psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras)<sup>9</sup>; ii) profissionais médicos (pediatras, ginecologistas-obstetras, médicos homeopatas e acupunturistas)<sup>10</sup>; e iii) demais categorias (fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, sanitaristas, profissionais de educação física, assistentes sociais e farmacêuticos)<sup>11</sup>.

Tanto o número de equipes NASF como de vínculos profissionais foram representados em cada 100 mil pessoas cobertas por equipes de saúde da família (eSF). Para isso, foi utilizado o número de pessoas cobertas por eSF, disponíveis na plataforma E-gestor AB, no mês de dezembro dos anos da análise e por região. Para analisar o número médio de horas trabalhadas por profissional ligado ao programa, consideramos somente os vínculos profissionais com carga horária igual ou acima de 20 horas semanais, conforme preconizado nas regras do NASF. Por fim, o recorte temporal de 2018 a 2022 foi escolhido por ser o período em que as normas que regulamentavam os NASF foram atualizadas pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017) e por coincidir com o fim do incentivo financeiro por parte do Executivo Federal.

<sup>7</sup> A mudança de nomenclatura decorre da Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Ver mais em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html).

<sup>8</sup> Estabelecimentos que comportam eSF: Postos de Saúde, Unidades Básicas, Unidades Mistas, Unidades Móveis Fluviais e Centros de Apoio à Saúde da Família (CASF).

<sup>9</sup> O 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.

<sup>10</sup> Os 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/>

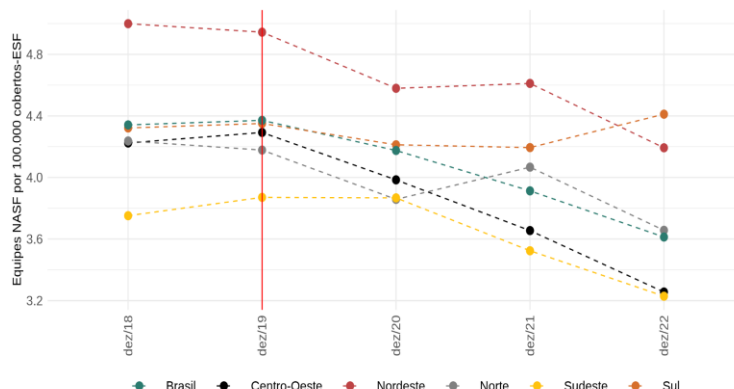
<sup>11</sup> Por apresentarem baixa participação, seja relativa (1%) ou absoluta, na composição dos NASF, os profissionais de arte-educação foram excluídos da análise.

## RESULTADOS

Os resultados apresentados na figura 1 mostram que a taxa de equipes NASF operando no Brasil caiu 17,2% após o fim do incentivo financeiro federal ao programa: de 4,34 em 2018 para 3,61 equipes por 100 mil cobertos-eSF em 2022. Entre as regiões, Centro-Oeste foi a região mais afetada pela redução de equipes (-28,1%; de 4,2 para 3), seguida do Nordeste (20,2%; de 4,9 para 3,9), Norte (19,8%; de 4,2 para 3,3) e Sudeste (15,3%; de 3,7 para 3,1). A região Sul foi a única que se manteve estável ao longo do período (-0,93%; de 4,3 para 4,2).

Em seguida, analisamos a evolução do número de vínculos profissionais pertencentes às categorias ligadas ao programa. Verifica-se que, com exceção da categoria médica, houve redução nos vínculos de profissionais NASF. No grupo “saúde mental”, a maior redução foi no Centro-Oeste (-40,8%; de 6,4 para 3,7), seguida do Norte (-38,1%; de 6,4 para 3,7) e Nordeste (-35,7%; de 8,6 para 5,5). Sudeste (7,2 para 6) e Sul (7,5 para 6,3) ambos reduziram 16%. O grupo “demais categorias” seguiu a mesma tendência, tanto nacionalmente como regionalmente. Ou seja, a maior retração no Centro-Oeste (-35,8%; de 13,7 para 8,8), seguido do Norte (-33,3%; de 14,8 para 9,9), Nordeste (-30,5%; de 21 para 14,5), Sudeste (-13%; de 14 para 12,1) e Sul (-9,9%; de 14,5 para 13), respectivamente.

**Figura 1 - Número de equipes NASF por cem mil cobertos-eSF, por região, entre 2018 e 2022**



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.

No grupo dos “médicos”, por sua vez, o comportamento foi o oposto. Os maiores aumentos foram registrados no Sul (65%; de 2,2 para 3,7 equipes NASF por 100 mil cobertos-eSF), Centro-Oeste (17,5%; de 1,6 para 1,9) e Sudeste (15,8%; de 2,9 para 3,3). Inversamente, Nordeste (-44,8%; de 1,8 para 1) e Norte (-33,7%; de 1,6 para 1,1) reduziram o total de vínculos profissionais médicos ao NASF.

Por fim, analisamos o número médio de horas trabalhadas por vínculos profissionais NASF. Em geral, observou-se um aumento no número médio de horas trabalhadas dos vínculos profissionais da categoria “médicos”, e estagnação nos vínculos de “saúde mental” e “demais categorias”.

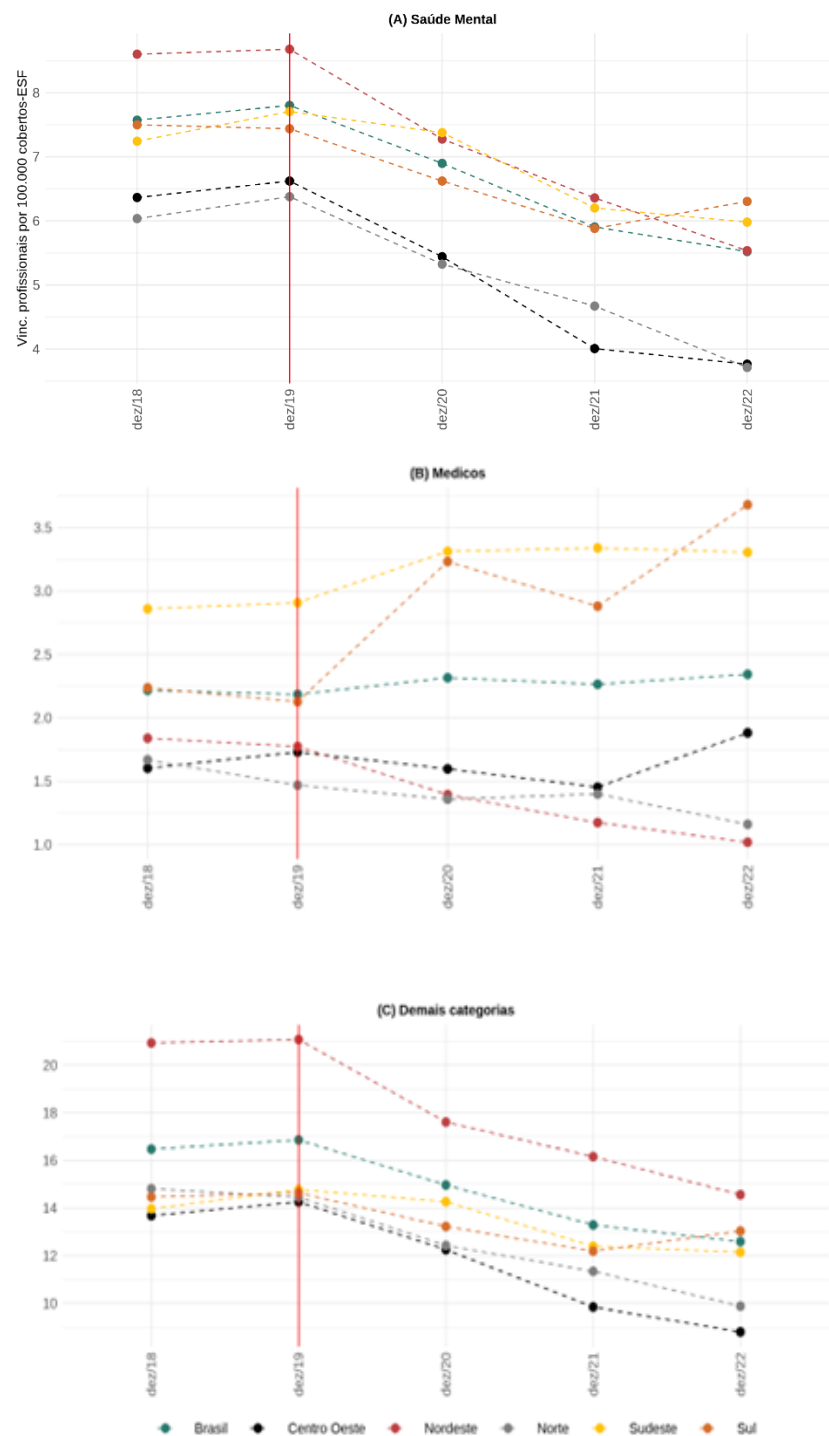
No grupo “saúde mental”, os vínculos profissionais apresentaram estabilidade no número médio de horas trabalhadas. Esse movimento, entretanto, foi heterogêneo em cada região. O Sudeste (4,5%; de 28,9 para 30,2) foi a região onde ocorreu a maior expansão no número médio de horas trabalhadas. Sul (2,6%; de 30,4 para 31,2) e Centro-Oeste (1,6%; de 31,9 para 32,5) também ampliaram, mas de forma mais branda. Por outro lado, Nordeste (-3,4%; de

31,7 para 30,7) e Norte (-2,5%; de 34,7 para 33,8) tiveram redução nas horas trabalhadas.

Nas “demais categorias” verificamos dois movimentos: de um lado, expansão do número de horas trabalhadas no Centro-Oeste (5,3%; de 30,9 para 32,6) e Sudeste (3%; de 29,3 para 30,2), aliado à contração de horas trabalhadas no Sul (-1,8%; de 29,2 para 28,7), Nordeste (-1,5%; de 30,6 para 30,2) e Norte (-1,3%; de 34,6 para 34,1), gerando uma estabilidade no número médio de horas trabalhadas da categoria no país.

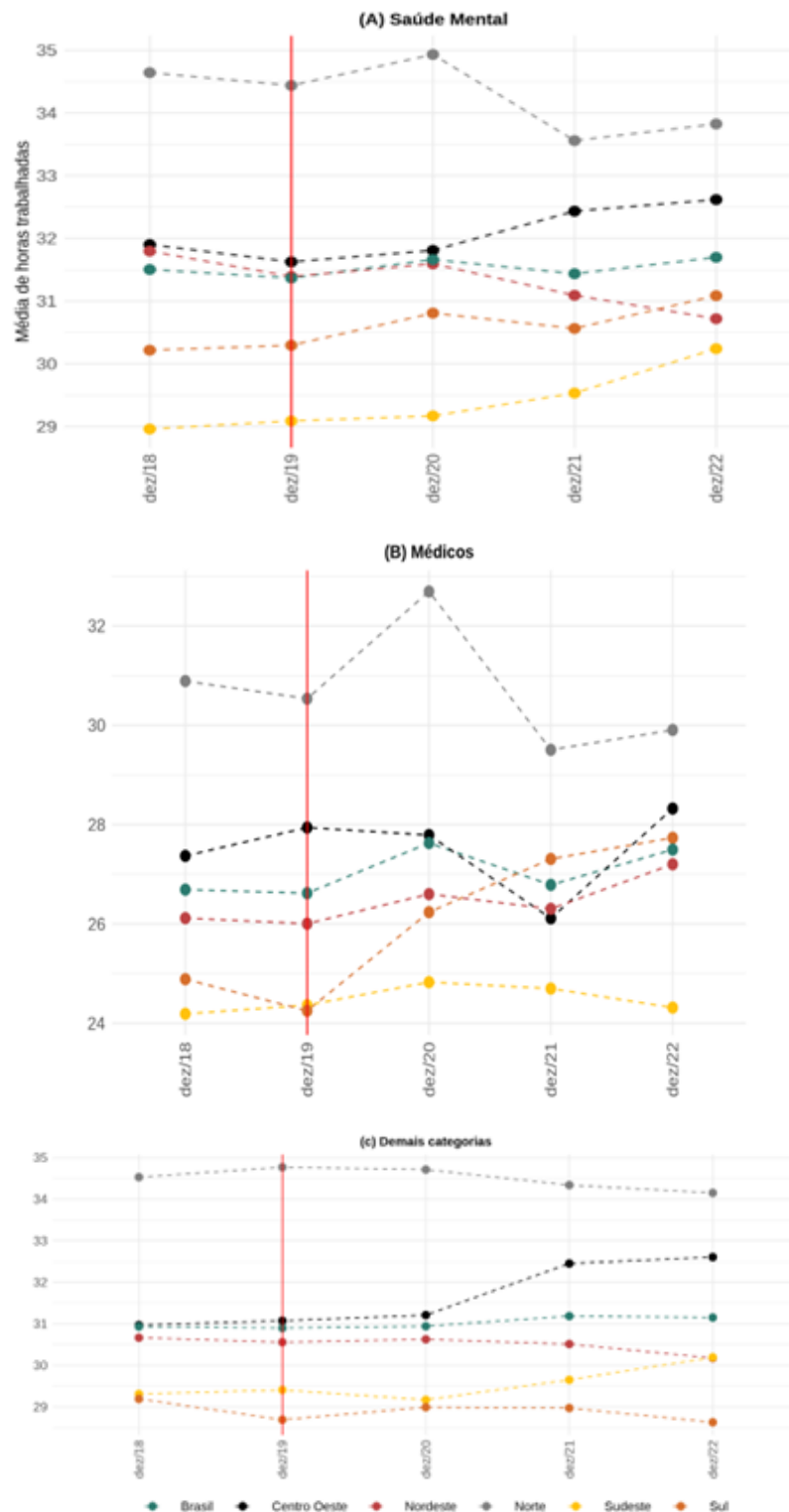
Por fim, na categoria dos “médicos”, a região Sul (11,1%; de 24,8 para 27,6) figurou a de maior expansão, acompanhada do Nordeste (4%; de 26,1 para 27,2) e Centro-Oeste (2,7%; de 27,3 para 28,1). No caso do Sudeste (0,42%; de 24,2 para 24,3) e Norte (-3,2%; de 30,8 para 29,9), o movimento do número médio de horas trabalhadas foi de estagnação e retração, respectivamente.

**Figura 2 - Número de vínculos profissionais por cem mil cobertos-eSF, por categoria profissional e região, entre 2018 e 2022**



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.

Figura 3 - Número médio de horas trabalhadas, por categoria e região, entre 2018 e 2022



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 NAFS em dezembro de 2019, tendo sido o último mês e ano em que foram realizados repasses para implantação dos NAFS nas ESF.

## DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, os resultados apontam uma queda geral do número de equipes NASF, mesmo que com diferenças importantes entre as regiões, após o fim do incentivo financeiro federal ao programa. Também observamos redução dos vínculos profissionais das diferentes categorias contempladas no programa, e uma estabilização do número médio de horas trabalhadas dessas categorias. A exceção ocorreu no Sul, onde essas evoluções seguiram caminhos opostos.

Os fenômenos anteriormente descritos indicam 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. Cabe ressaltar a exceção que ocorreu na categoria dos “médicos”, o que sugere um reforço da lógica ambulatorial centrada no médico em detrimento do acompanhamento das equipes multiprofissionais na lógica do compartilhamento do cuidado preconizado pelo apoio matricial.

Também se observou que regiões mais dependentes do financiamento federal como o Norte e Nordeste foram, de uma forma geral, mais afetadas. Esse achado corrobora com outros estudos do Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS, 2022), que caracteriza essas duas regiões como as de maiores vazios assistenciais, sobretudo em função da dificuldade de retenção de vínculos profissionais nessas localidades.

Adicionalmente, cabe mencionar algumas limitações neste artigo. Em primeiro lugar, é necessário apontar que foram analisados vínculos e não número de profissionais ligados ao NASF. Optamos por este formato pois pode haver casos onde há mudanças no número de vínculos NASF sem que haja alterações na quantidade de profissionais inseridos nesses núcleos, tratando-se não necessariamente de expansão ou retração de profissionais, mas de sua reorganização. Em segundo lugar, por não ser a finalidade deste estudo, não foram analisadas as motivações que levaram à

expansão das equipes NASF e de vínculos profissionais apenas na região Sul. Por fim, é importante ressaltar que as análises realizadas neste artigo tiveram por foco analisar a evolução de equipes NASF somente à luz do fim do incentivo federal ao programa. Demais motivações que possam ter contribuído para a redução de equipes NASF não foram objeto de pesquisa neste documento.

Apesar dessas limitações, as tendências identificadas neste artigo sugerem que é preciso uma reflexão sobre as 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 modelo de financiamento “Previne Brasil” deu maior discricionariedade aos municípios, que foram fortemente induzidos a ampliar o número de usuários cadastrados e alcançar as metas e indicadores de qualidade estabelecidos pelo programa. Incentivos às estratégias assistenciais específicas foram reduzidos (Rosa et al., 2023), podendo ter deixado de lado os princípios preconizados pelos NASF.

O desafio de resolver a maior parte dos problemas de saúde e de produzir cuidado integral na porta de entrada preferencial de um sistema com o tamanho e a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta para a importância de se constituir equipes multiprofissionais robustas, com diferentes áreas do conhecimento, para cumprir o objetivo de fortalecer a inserção das eSF nas Redes de Atenção à Saúde. Ainda, se faz urgente num contexto em que as necessidades de saúde se mostram maiores e mais complexas, como ocorreu nos últimos anos no país.

Neste sentido, é essencial destacar que a queda dos NASF, relacionada a mudança do modelo de financiamento para o Previne, no período observado, pode ter limitado o acesso de muitas pessoas a serviços de saúde especializados, além de privar as equipes de APS de retaguarda e apoio profissional, essenciais para ter resolutividade e fortalecer o princípio da integralidade no SUS. Essa queda afeta também os avanços que foram obtidos no

sentido de fortalecer o compartilhamento do cuidado para romper com a fragmentação das práticas assistenciais e com os limites do sistema de referência e contrarreferência na saúde. Mais estudos serão necessários para avaliar o impacto dessa medida sobre a saúde da população afetada pela descontinuidade dos NASF.



## REFERÊNCIAS

- Brasil (2008). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Brasil (2010). Humaniza SUS. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2017). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.
- Brasil (2019). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Brasil (2020a). Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família.
- Brasil (2020b). Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2020/02/portaria99.pdf>
- Brasil (2023). Portaria nº 635, de 22 de maio de 2023. Brasília: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.
- Brasil (S/D). Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Saúde Mais hospitais e unidades de saúde Mais Médicos Mais Formação.
- BVS (2015a). Qual a carga horária semanal dos profissionais dos NASF? Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-a-carga-horaria-semanal-dos-profissionais-dos-nucleos-de-apoio-a-saude-da-familia/>
- BVS (2015b). Segunda Opinião Formativa. Como o apoio matricial pode ser desenvolvido na Atenção Básica em Saúde/Atenção Primária em Saúde?. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-o-apoio-matricial-pode-ser-desenvolvido-na-atencao-basica-em-saudeatencao-primaria-em-saude/>.
- Gonçalves, D. A. et al. (2011). Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Disponível em: [https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)
- Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS (2022). Recursos Humanos, Infraestrutura e Tecnologia no SUS. Mais SUS em Evidências, Volume 2. Disponível em: <https://agendamais.org.br/evidencias/>.
- Mrejen, M., Rocha, R. (2021). Hiring Mental Health Professionals: Evidence from a Large-Scale Primary Care Policy in Brazil. Estudo Institucional n. 3. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.
- Rosa, L., Arruda, H., Faria, M., Mrejen, M., Nobre, V., Aguillar, A. e R. Rocha (2023). Previne Brasil: Análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde.