

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Clarice Brito e Souza Gomes

Política Nacional de Atenção Básica de 2017:

uma análise na composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família

Rio de Janeiro

2019

Clarice Brito e Souza Gomes

Política Nacional de Atenção Básica de 2017:

uma análise na composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidados em Saúde.

Orientador(a): Daniel Ricardo Soranz

Coorientador(a): Adriana Coser Gutiérrez

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

G633p Gomes, Clarice Brito e Souza.
Política Nacional de Atenção Básica de 2017: uma análise na
composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família /
Clarice Brito e Souza Gomes. -- 2019.
101 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientador: Daniel Ricardo Soranz.
Coorientadora: Adriana Coser Gutiérrez.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Política de Saúde. 3. Estratégia
Saúde da Família. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde Pública.
6. Política Nacional de Atenção Básica. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12

Clarice Brito e Souza Gomes

Política Nacional de Atenção Básica de 2017:

uma análise na composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão em Saúde, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidados em Saúde.

Aprovada em: 16 de dezembro de 2019.

Banca Examinadora

Prof. ^a Dr.^a. Keith da Fonseca Simas
Departamento de Saúde Coletiva da Unigranrio

Prof. Dr. Luiz Felipe da Silva Pinto
Faculdade de Medicina /UFRJ e colaborador da
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof.^a Dr.^a Maria Helena Mendonça
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional e Saúde Pública

Prof.^a Dr.^a. Adriana Coser Gutierrez (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Prof. Dr. Daniel Ricardo Soranz (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública

Rio de Janeiro
2019

Ao Antônio Victor,
à Manuela e à Lara.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me guiar rumo aos meus objetivos e metas com sabedoria e persistência.

Agradeço aos meus pais, Regina e Luís Eduardo, por sempre me apoiarem e incentivarem nas escolhas que faço no decorrer da minha vida profissional.

Ao Antônio Victor e Manuela, pela compreensão da ausência em razão dos momentos de estudo e dedicação à pesquisa, além do apoio incondicional.

Aos meus orientadores, Daniel e Adriana por me guiarem nas inúmeras etapas deste percurso com motivação, confiança e paciência.

Aos professores Maria Helena e Luiz Felipe, que compuseram a banca de qualificação e de defesa, trazendo contribuições para a versão final do estudo.

À Elyne e Virgínia pela colaboração durante o Mestrado.

Aos colegas de turma do MPAPS, em especial, Carol, Luiza, Mari e Fernanda, pelas trocas constantes e conversas de incentivo nos momentos de angústia.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

RESUMO

A partir da expansão do Programa Saúde da Família, consolidado como Estratégia de Saúde da Família, e com base nos princípios e diretrizes propostos nos Pactos pela Saúde entre os entes federativos, o governo federal institucionalizou a condução da Atenção Primária à Saúde no país por meio da Portaria MS nº 2.488/2006 - Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta concretizou a regulamentação existente à época e disciplinou sua operacionalização. Porém, ante a necessidade de adequação das normas aos contextos regionais e às conjunturas políticas e econômicas do país, a PNAB passou por revisões em 2011 e em 2017. A presente pesquisa investigou os dispositivos concretos da PNAB de 2017 tanto na composição das equipes (equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Básica - eAB e equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS) quanto no quadro de profissionais que as compõem (médicos, enfermeiros e ACS), bem como na cobertura de Saúde da Família em nível nacional, posto que o teor das propostas dessa norma gerou questionamentos e expectativas. Logo, procurou-se entender como se comporta a APS a partir das principais mudanças na normativa, como o reconhecimento (financiamento) de outros modelos de assistência, além da Saúde da Família, e a participação dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes. Os resultados expostos foram elaborados com base na análise documental da PNAB de 2017, levando em conta as edições anteriores, além de investigar o posicionamento de instituições representativas do Sistema Único de Saúde (SUS), da sociedade civil e dos conselhos e confederações de diversas categorias profissionais a respeito dessa reformulação da PNAB. Recorreu-se ao levantamento dos dados secundários do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Após dois anos da publicação da PNAB, os resultados obtidos não indicaram mudanças significativas na composição das equipes nem da cobertura. Isso pode se justificar por ser recente a edição da norma, posto que uma eventual mudança estrutural demanda tempo; outro fator talvez se deva à pouca receptividade dos gestores municipais às recomendações normativas. Isso porque, na descentralização dos SUS, os municípios, em seu papel de executores das medidas, devem assumir o protagonismo na efetivação das políticas públicas federais. Por fim, o resgate de amplo debate entre os principais atores envolvidos na militância do SUS é pré-requisito essencial à efetivação de um projeto político comprometido com o direcionamento e a condução da Atenção Primária resolutiva e adequada às demandas de saúde da população.

Palavras-chave: Política Nacional de Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Since the expansion of the Family Health Program, consolidated as Family Health Strategy, and based on the principles and guidelines proposed by the Health Pacts among the federative entities, the federal government institutionalized the conduction of Primary Health Care in the country through of Ordinance MS No. 2,488 / 2006 - National Primary Care Policy (NPCP). This materialized the existing regulation at the time and disciplined its operationalization. However, in view of the need to adapt the norms to the regional contexts and the political and economic conjunctures of the country, the NPCP underwent through revisions in 2011 and 2017. This research investigated the concrete provisions of the 2017 NPCP both in the composition of teams. Family Health Care - eSF, Primary Care Teams - eAB and Community Health Agent Teams - EACS) as well as their staff (doctors, nurses and CHA), as well as Family Health coverage nationwide , since the content of the proposals of this norm generated questions and expectations. Therefore, we sought to understand how PHC behaves from the main changes in the rules, such as the recognition (financing) of other models of care, in addition to Family Health, and the participation of Community Health Agents in teams. The results exposed were elaborated based on the documentary analysis of the 2017 NPCP, taking into account the previous editions, as well as investigating the positioning of institutions representing the Unified Health System (SUS), civil society, councils and confederations of various professional categories about this NPCP reformulation. The survey of secondary data from the National Register of Health Facilities (CNES) was used as resort. Two years after the publication of the NPCP, the results obtained did not indicate significant changes in team composition or coverage. This may be justified by the recent edition of the standard, since any structural change takes time; Another factor may be due to the poor receptivity of municipal managers to normative recommendations. This is because, in the SUS decentralization, the municipalities, in their role as executors of the procedures, must take the lead in the implementation of federal public policies. Finally, the rescue of large debate among the main actors involved in the SUS activism is an essential prerequisite for the political project implementation committed to directing and conducting resolute primary care that is appropriate to the population's health demands.

Keywords: *National Primary Care Policy, Primary Health Care, Family Health Strategy.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1	SÍNTESE DO DESENHO DA PESQUISA.....	33
QUADRO 2	ESTUDO COMPARATIVO DA PNAB 2006/2011/2017.....	38
QUADRO 3	SÍNTESE DO POSICIONAMENTO DE INSTITUIÇÕES REPRESENTATIVAS DA SAÚDE PÚBLICA SOBRE A REFORMULAÇÃO DA PNAB 2017.....	51
FIGURA 1	EVOLUÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA PNAB: LINHA DO TEMPO.....	27
TABELA 1	DISTRIBUIÇÃO DE MÉDICOS POR REGIÃO (2007-2019) SEGUNDO CBO 2002 – BRASIL.....	60
TABELA 2	SÉRIE HISTÓRICA COM A DISTRIBUIÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO E EQUIPES DE SAÚDE, BRASIL (2007-2019).....	64
TABELA 3	DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA POR MUNICÍPIO (AGOSTO 2019).....	66
GRÁFICO 1	EVOLUÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO MÉDICOS DE FAMÍLIA E MÉDICOS DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, POR REGIÃO – BRASIL (2007-2019).....	59
GRÁFICO 2	EVOLUÇÃO DOS ACS POR REGIÃO – BRASIL (2007-2019).....	62
GRÁFICO 3	EVOLUÇÃO DOS POSTOS DE TRABALHO (ENFERMEIRO, MÉDICO, ACS) – BRASIL (2007-2019).....	63
GRÁFICO 4	EVOLUÇÃO DOS TIPOS DE EQUIPE – BRASIL (2007-2019).....	65
GRÁFICO 5	EVOLUÇÃO DA COBERTURA DA SAÚDE DA FAMÍLIA – BRASIL (2007-2019).....	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADAPS	Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AP	Atenção Primária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Conacs	Confederação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate de Endemias
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAPS	Departamento de Promoção da Saúde
Datusus	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde
DESF	Departamento de Saúde da Família
eAB	Equipe de Atenção Básica
eABP	Equipes de Atenção Básica do Sistema Prisional
EACS	Equipe de Agentes Comunitários de Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária
EC	Emenda Constitucional
eCR	Equipe de Consultório na Rua
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família

eSF	Equipe de Saúde da Família
eSF transitórias	Equipes de Saúde da Família transitórias
eSFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MS	Ministério da Saúde
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	<i>National Health Service</i>
NOAS	Norma de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PCATool	Instrumento de Avaliação da APS
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 CONCEITOS E FASES DE POLÍTICA	17
CAPÍTULO 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO BRASIL	21
OBJETIVOS	26
OBJETIVO GERAL	26
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
CAPÍTULO 3 LINHA DO TEMPO (PNABS E PROGRAMAS INDUTORES)	27
PERCURSO METODOLÓGICO	33
ASPECTOS ÉTICOS	36
LIMITAÇÕES DO ESTUDO	36
CAPÍTULO 4 ESTUDO COMPARATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	38
4.1 PRINCIPAIS MUDANÇAS NA PNAB 2017	45
4.1.1 Custeio das eAB e do Gerente de AB	45
4.1.2 Agente Comunitário de Saúde	47
4.1.3 Ações e Serviços	48
CAPÍTULO 5 PERCEPÇÕES E POSICIONAMENTOS DAS PRINCIPAIS INSTITUIÇÕES REPRESENTATIVAS DA SAÚDE PÚBLICA SOBRE A REFORMULAÇÃO DA PNAB	50
5.1 MANIFESTAÇÃO DE REPÚDIO DO CEBES (10/08/2017)	51
5.2 NOTA CONJUNTA CONASEMS E CONASS SOBRE A REFORMULAÇÃO DA PNAB (13/08/2017)	52
5.3 PARECER ABRASCO PARA CONSULTA PÚBLICA SOBRE A PNAB (03/08/2017)	53
5.4 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) –RECOMENDAÇÃO Nº 035 DE 11 DE AGOSTO DE 2017	55
5.5 CNS, CONACS E COFEN APONTAM PONTOS CRÍTICOS NA PNAB 2017 (03/10/2017)	56
5.6 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – “AS INCONSISTÊNCIAS DA PNAB” (11/07/2017)	57
CAPÍTULO 6 RESULTADOS	59
6.1 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS DO CNES: EVOLUÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES E COBERTURA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÂMBITO NACIONAL, SÉRIE HISTÓRICA (2007-2019)	59
6.1.1 Recursos Humanos (postos de trabalho)	59
6.1.2 Tipos de Equipe	65
6.1.3 Cobertura de Saúde da Família	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
ANEXO 1 TABELA COMPARATIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE – BRASIL (2007-2019)	81
ANEXO 2 ARTIGO INÉDITO	83

INTRODUÇÃO

A identificação com o trabalho em equipe e a abordagem familiar como prática assistencial cotidiana contribuíram para a minha trajetória profissional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da atuação como integrante de uma equipe de Saúde da Família no município de Campos dos Goytacazes – Rio de Janeiro.

Durante esse percurso, surgiu a oportunidade de integrar a gestão municipal e, a partir desta perspectiva, observei que há um distanciamento entre os gestores e os trabalhadores da saúde no âmbito do processo de construção das políticas públicas.

O deslocamento da posição de dentista de uma equipe responsável pelo atendimento populacional de um território para a área da gestão do sistema, desencadeou uma gama de questionamentos, que, por sua vez, dispararam na pesquisadora a necessidade de aprimoramento profissional para contribuir com o debate na produção de conhecimento e no direcionamento da Saúde da Família daquele município.

Tal reflexão despertou o interesse em compreender a Atenção Primária à Saúde para além da prática assistencial e do cuidado em saúde, na qual estava inserida, o que levou a percebê-la como campo sensível de disputas e de interesses políticos inerentes ao sistema como um todo, algo que, até então, passava distante do meu horizonte.

Posso afirmar que a motivação se tornou mais evidente ao participar, na busca por atualização acadêmica, da disciplina “A Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS e na Saúde Coletiva”, como aluna externa na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz).

Esse período inicial na Fiocruz coincidiu justamente com o auge da discussão das propostas da terceira edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), quando a mesma foi alvo de críticas por pesquisadores e importantes representantes da Saúde Pública. Tais manifestações alertavam, por meio de notas oficiais, para o desmonte do SUS, ao passo que os profissionais de saúde pareciam estar à margem das proposições, mesmo que se tratasse de uma política cujo objetivo era ordenar a sua prática assistencial.

Diante do interesse na temática e durante o período que cursei a disciplina, surgiu a oportunidade de iniciar o Mestrado Profissional em APS com ênfase na Saúde da Família, também na ENSP, onde conheci não só profissionais inseridos na assistência em diversos contextos territoriais, como aprendi com professores especializados na área.

Neste sentido, o mestrado possibilitou uma mudança de olhar e de aprendizagem em vários aspectos por viabilizar trocas de experiências entre os alunos e docentes que, em algum momento, integraram serviços de APS ou participaram da gestão nas diferentes esferas governamentais.

Logo, a inquietação que orienta a pesquisa, parte de uma profissional inserida na rede municipal, na procura de compreender de que maneira a formulação da política da Atenção Primária à Saúde, no plano federal, acarreta mudanças em nível local.

Diante das implicações descritas, de poucas publicações desse tema atual e relevante no campo da Saúde Pública, além de constituir uma forma de contribuir para futuras análises, tive despertado o interesse em investigar o processo de construção e os primeiros sinais de mudanças com a escolha do tema “Política Nacional de Atenção Básica de 2017: uma análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família” para a dissertação do Mestrado.

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), na década de 1990, vinculada à garantia constitucional do direito à saúde de forma universal e gratuita, configurou avanço importante na operacionalização da atenção à saúde brasileira. A proposta de oferta pública de ações e de acesso aos serviços atrelada à descentralização político-administrativa produziu efeitos imensuráveis à saúde da população.

Paim (2018, p.1.724) lembra que:

[...] essa diretriz constitucional, com comando único em cada esfera de governo, foi implementada em menos de uma década para 27 unidades da federação e quase 5.600 municípios, garantindo a participação da comunidade através de conferências e conselhos, bem como a criação de instâncias de pactuação, a exemplo das comissões intergestoras tripartite e bipartite.

Esse arcabouço estrutural abrangente foi responsável também por impulsionar a reorientação da Atenção Primária à Saúde para um modelo inovador, pautado na abordagem multidisciplinar e com foco na família, sem esquecer o contexto social da comunidade para promover saúde e prevenir doenças, de modo a favorecer a resolutividade e a qualificação das ações.

Deste modo, o Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 e aprimorado nos anos subsequentes como Estratégia de Saúde da Família (ESF), constitui o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da Atenção Primária a Saúde no Brasil (BRASIL, 1994; CORDEIRO, 1996; OPAS, 2018).

No intuito de ampliar e fortalecer a Atenção Básica, normas operacionais e portarias foram publicadas e atreladas a mecanismos financeiros, a fim de reafirmar o poder do executivo federal sobre estados e municípios (CASTRO; MACHADO, 2010).

Dentre estas normativas, destaca-se a publicação, pelo Ministério da Saúde (MS), da Norma Operacional Básica (NOB 96), que definiu o processo de descentralização e modificou o modo de transferência de recursos da saúde, além de instituir o Piso da Atenção Básica (PAB) para estados e municípios que implantassem o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), nomeados assim na época (BRASIL, 1997).

Antes dessa norma, o financiamento observava a quantidade de atendimentos e procedimentos realizados, o qual foi alterado pela instituição de um PAB fixo per capita e um PAB variável direcionado à SF. Tal iniciativa foi determinante para a implantação das equipes, já que modificava completamente a lógica de financiamento e permitia a maior mudança do modelo assistencial vista até então (SORANZ, 2017).

Importante destacar que, apesar de o Ministério da Saúde (MS) ter tido poder decisório sobre as políticas de saúde no estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços (MARQUES; MENDES, 2002), a consolidação da municipalização significou o pleno exercício do poder municipal na função de gestor da atenção à saúde (CONASS, 2006).

Em 2006, ao tomar em conta os princípios propostos pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, o governo federal concedeu relevância à Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (Portaria MS n. 648) (BRASIL, 2006a; 2006b).

Construída mediante a utilização de sólida base científica, a PNAB, além de reiterar os princípios do SUS e reconhecer a Saúde da Família (SF) como estratégia ordenadora do sistema, deu início à importante discussão da organicidade institucional do sistema em Redes de Atenção, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros (BRASIL, 2006a).

A partir de então, a condução da Atenção Primária teve a PNAB como instrumento principal de sua organização, por nortear estados e municípios nas ações e serviços assistenciais. Ocorre que, ante a necessidade de adequação das normas aos contextos

regionais e conjunturas políticas e econômicas do país, a referida política passou por revisões em 2011 e em 2017.

Com isso em mente, o objetivo desta pesquisa é investigar os dispositivos concretos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 (Portaria MS n. 2.436) na composição das equipes (equipes de Saúde da Família - eSF, equipes de Atenção Básica - eAB e equipes de Agentes Comunitários de Saúde - EACS) e no quadro de profissionais que as compõem (médicos, enfermeiros e ACS), na tentativa de entender como se comporta a APS a partir de mudanças na referida normativa.

Para tanto, será preciso descrever as mudanças da PNAB 2017 comparada às edições anteriores. Pretende-se analisar a evolução da implementação da PNAB no período compreendido entre 2007 e agosto de 2019, em âmbito nacional, quanto ao número de equipes de Saúde da Família (eSF), de equipes de Atenção Básica (eAB) e de equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), bem como Postos de trabalho (ACS, Enfermeiros e Médicos) e Cobertura da Saúde da Família. Embora as proposições da referida normativa tenham sido justificadas pela necessidade de adequação das diretrizes às realidades regionais, houve tensão no campo da saúde pública diante dos questionamentos acerca da urgência dessa revisão, do período político conturbado em que ocorreu e, também, do teor de suas propostas.

Desse modo, mostra-se essencial analisar o posicionamento de instituições representativas do SUS (Conass, Conasems, ABRASCO e Cebes), da sociedade civil (CNS) e de Conselhos e Confederações de Agente Comunitários, Enfermeiros e Médicos (Conacs, Cofen, CFM) a respeito da PNAB 2017.

Com foco em tal contexto, passa-se a analisar a atual redação da PNAB em comparação com as evoluções trazidas pelas edições anteriores, bem como questionar as suas primeiras implicações no âmbito nacional, de modo a compreender em que medida irão interferir no esforço contínuo de consolidação da Saúde da Família na organização da APS.

Como parte constitutiva de toda política é estar sujeita a mudança, procurou-se estabelecer um recorte na apresentação deste trabalho de maneira a estabelecer uma sequência lógica nos temas abordados. Assim, o desenho desta dissertação se dá em seis capítulos.

Na Introdução, buscou-se fazer uma breve abordagem a respeito do objeto da pesquisa e das motivações que levaram à escolha do tema. No primeiro capítulo, foram descritos os principais conceitos de política e suas fases, de forma a situar e caracterizar a Política Nacional de Atenção Básica nesse contexto. Após um breve resgate de certos pontos da

trajetória da APS no Brasil, destacou-se, no segundo capítulo, a eficácia da Saúde da Família na efetivação das suas diretrizes.

Na sequência, foram explanados os objetivos da pesquisa. Fez-se uma retrospectiva das três edições da PNAB no terceiro capítulo, de modo a valorizar os programas indutores que catalisaram a sua implementação. Após expor o caminho metodológico percorrido no estudo, buscou-se fazer um estudo comparativo das edições da PNAB, a fim de evidenciar suas principais características, no quarto capítulo.

No quinto capítulo, a análise de notas e pareceres oficiais sobre as percepções e posicionamento das principais instituições representativas da Saúde Pública reuniu elementos para o reconhecimento das convergências e divergências expressas nos documentos.

A seguir, no sexto capítulo, efetuou-se a análise dos dados do sistema de informação do CNES/DATASUS, referentes aos postos de trabalho (Agentes Comunitários de Saúde - ACS, médicos e enfermeiros), equipes (eSF, eAB e EACS) e cobertura da Saúde da Família, em série histórica (2007-2019), com abrangência nacional. Por fim, em diálogo com a pesquisa, foram feitas as Considerações Finais, de modo a retomar os aspectos principais da dissertação.

CAPÍTULO 1 CONCEITOS E FASES DE POLÍTICA

Nesta dissertação, os conceitos e fase das políticas foram descritos para melhor compreensão do processo de construção das políticas de modo a situar a PNAB nesse contexto dinâmico caracterizado por conflitos e disputas entre os diferentes atores do sistema.

Diante das diversidades e vulnerabilidades do Brasil, a questão política deve ser priorizada como forma de planejar as ações do setor público na busca por direitos e cidadania. Conceitualmente, o termo Política deriva de *polis* e significa comunidade organizada, composta por “*politikos* – cidadãos” (PINTO et al., 2014, p. 69).

Bobbio et al. (1995, p. 959) afirmam que:

A política é inerente aos Estados, às pessoas e às instituições: uma atividade mediante a qual as pessoas fazem, preservam e corrigem as regras sob as quais vivem, sendo inseparável tanto do conflito como da cooperação, em que serão mediados valores e opiniões diferentes, necessidades concorrentes e interesses opostos. Por esta razão, o conceito de política está estreitamente relacionado ao de poder.

Por sua vez, as políticas ditas públicas são aquelas que afetam diretamente a população quanto a suas necessidades básicas, as que garantem o bem-estar social, tais como educação, meio ambiente, habitação, mobilidade, saúde etc. Desse modo, as políticas públicas são as ações do Estado voltadas para o atendimento ao interesse público-coletivo (BOBBIO et al., 1995). Ou seja, é o Estado em ação, o processo de construção da ação governamental para um setor que envolve recursos, atores, arena, ideias e negociação (VIANA; BAPTISTA, 2012).

Fleury e Ouverney (2012, p. 36) entendem a política social como:

Ações permanentes ou temporárias relacionadas ao desenvolvimento, à reprodução e à transformação dos sistemas de proteção social. [...] apresenta uma dinâmica multifacetada que inclui ações intervencionistas na forma de distribuição de recursos e oportunidades, a promoção da igualdade e dos direitos de cidadania e a afirmação de valores humanos como ideais e a serem tomados como referência para a organização de nossas sociedades.

Com base então na ideia de que a política de saúde corresponde a uma política social, Paim & Teixeira (2006, p. 74) definem que:

A política de saúde é compreendida como a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus

determinantes sociais, ambientais e culturais, bem como em relação a produção, a distribuição e a regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e cidadãos.

Ainda no que diz respeito à classificação de política, distingue-se a Política de Governo, a qual está relacionada a um governo específico e eleito, da Política de Estado, que é amparada pela Constituição Federal, independente do governo vigente. Diante das variadas definições, espera-se que uma política pública seja resultado de um trabalho conjunto e contínuo entre o Estado e os cidadãos, motivado por uma necessidade social.

Contudo, Cohn (2006) afirma que é na dimensão política de nossa sociedade que se verificam os processos de tomada de decisão e de imposição pelo poder do Estado de determinadas diretrizes de ação e organização setorial sobre outras.

A formulação da política abrange um ciclo composto por etapas de elaboração, implantação e execução, do qual participam vários atores, de maneira a compor um círculo de relações de poder que se expressam nas arenas e moldam o formato geral da política (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

A fim de se atingir uma compreensão didática do ciclo das políticas, Howlet & Ramesh, na década de 1990, estabeleceram cinco fases: montagem da agenda, formulação da política, tomada de decisões, implementação e avaliação. Para tanto, é importante considerar a dinâmica e a frequente sobreposição das fases (PINTO et al., 2014).

Apesar da sistematização de fases, os fluxos de alternativas são permeados por impasses e/ou consensos até que determinada demanda social seja reconhecida prioritariamente como problema a ser incluído na agenda governamental. Em alguns momentos, os fluxos convergem e criam a “janela de oportunidade” (*policy windows*), nomeada assim por Kingdon (1984), o que possibilita a formulação de políticas públicas ou mudanças nas políticas existentes (PINTO et al., 2014).

Assim, a partir da entrada do problema na agenda, buscam-se alternativas com base no diálogo entre intenções e ações para a sua solução. Conseqüentemente, são definidas as diretrizes, os recursos necessários e o horizonte temporal da intervenção (VIANA; BAPTISTA, 2012 apud GIOVANELLA, 2018).

Miranda (2017) lembra que a implantação, a organização e a integração sistêmica da política pública sempre irão depender e derivar de intermediações em conjunturas políticas mais ou menos adversas. Nota-se a justeza dessa afirmação também no caso da PNAB, que passou por três edições em três governos distintos e moldou o direcionamento da saúde pública brasileira.

No que se refere à fase de implementação, pode representar ou não a concretização das ações propostas durante a formulação. A legitimação social é tarefa complexa, visto que depende do apoio dos atores ligados à operacionalização técnica e do consenso entre formuladores e operadores da política, além de outros fatores, como o próprio financiamento. Esse processo ocorre mediante a negociação entre os entes federativos, ao passo que os municípios são os protagonistas da execução das políticas (DOMINGOS et al., 2016).

Como forma de mitigação da dificuldade de implementação, seria interessante a ampla participação dos agentes operacionais na formulação das políticas públicas. Neste sentido, Pinto et al. (2014) sustentam que, se as políticas interferem diretamente na vida dos cidadãos e dos profissionais de saúde, estes devem interferir no processo e influenciar na definição das necessidades de saúde a cada momento histórico.

Por fim, as fases de avaliação e monitoramento dos resultados consistem em julgar uma intervenção por meio da comparação dos recursos empregados, dos serviços produzidos e dos resultados obtidos, com critérios e normas (VIANA; BAPTISTA, apud GIOVANELLA, 2012).

Quanto à Saúde Pública, após o processo de redemocratização, a mesma foi instituída como direito universal e ganhou significativa relevância nas discussões do país. Nessa perspectiva, a Constituição Federal instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública de Estado (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

No texto constitucional (BRASIL, 1988), a saúde é garantida “mediante políticas sociais e econômicas abrangentes que reduzam o risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

A partir do exposto, as leis orgânicas nº.8.080 (19 de setembro de 1990) e nº.8.142 (28 de dezembro de 1990) marcaram a implantação do SUS: um sistema público e universal de saúde, norteado pela universalidade do acesso em todos os níveis, pela igualdade e integralidade da assistência, assim como pela participação da comunidade e a descentralização político-administrativa.

Esse arcabouço estruturante impulsionou a expansão da Atenção Primária no país, dentre outros grandes feitos, e trouxe uma concepção abrangente de saúde, com caráter inovador na oferta pública de serviços por meio de equipe multidisciplinar pautada na abordagem familiar.

No ano de 2006, essa expansão assumiu maior proporção, quando foi estabelecida uma política pública de saúde que enuncia diretrizes determinantes na orientação nacional da APS. A Política Nacional de Atenção Básica adquiriu relevância no momento de reordenação do setor, que teve a Saúde da Família como estratégia prioritária, a qual permanece até os dias atuais, mesmo diante de inflexões impostas ao sistema.

CAPÍTULO 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) NO BRASIL

A APS abrangente é reconhecida e defendida mundialmente por apresentar melhores indicadores de saúde na população, menores taxas de hospitalizações desnecessárias e menores desigualdades socioeconômicas na saúde (KRINGOS et al., 2013).

Historicamente, experiências internacionais influenciaram o modo de operar os sistemas nacionais de saúde de diversos países. Na década de 1920, o Relatório Dawson (Inglaterra) recomendou a hierarquização dos serviços a partir de bases territoriais. Já no final da década de 1970, a declaração de Alma-Ata ganhou representatividade internacional quando relacionou os cuidados primários de saúde à obtenção de um sistema de saúde eficaz (ALMA ATA, 1978).

Mendonça et al. (2018, p. 32) atribuíram à abordagem integral adotada no documento citado “como parte de um sistema integrado de saúde, inseparável do desenvolvimento econômico e social, com enfrentamento dos determinantes sociais e promoção da participação social, a qual motivou iniciativas de implantação da APS”.

Contudo, nessa época, houve tensão entre as concepções Abrangente e Seletiva. Esta, por sua vez, defendida por determinadas agências internacionais, propunha um pacote básico de serviços para combater os principais problemas de saúde nos países em desenvolvimento.

Giovanella e Mendonça (2012, p. 576) notaram que não existe uniformidade no emprego do termo “Atenção Primária à Saúde” e citaram algumas dessas concepções: “programa focalizado e seletivo; abrangente ou integral; um dos níveis de atenção; e como uma filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde”.

Por sua vez, Conill (2008) sintetiza a APS como cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou como política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada.

No Brasil, a Atenção Primária passou por várias mudanças. Na década de 1920, o surgimento e a consolidação da rede básica voltada para as ações de saúde primária se materializaram por meio de Centros de Saúde pautados na Educação Sanitária, com ações de caráter campanhista e voltadas para o controle de endemias (CAMPOS, 2006).

A partir da década de 1950, a população recorria às Santas Casas para ter acesso à saúde, haja vista que somente os indivíduos que trabalhavam e contribuíam para a previdência social tinham direito à assistência.

Na década de 1980, diante da crise desse modelo previdenciário, a Reforma Sanitária defendeu a reorganização de um novo sistema de saúde e a adoção de perspectiva mais ampliada, com oferta pública e descentralizada.

Em 1988, a saúde passou a ser garantida como direito universal, o que culminou com a instituição das leis orgânicas do SUS. Em síntese, o sistema de saúde passou então por uma reforma estrutural: a mudança de um modelo bismarckiano de seguro social que cobria menos de 50% da população para um modelo beveridgeano de *National Health Service* (NHS) (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Ou seja, a transição de um modelo contributivo, voltado para os trabalhadores, mas com desconto nas respectivas folhas de pagamento, para a concepção de distribuição universal, por meio da arrecadação de impostos para captar recursos.

Durante a implantação do SUS e em contraste com a tendência internacional do uso do termo “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (MELLO et al., 2009).

Testa (1992) observou um ideário que simplificava os modelos assistenciais, chamados ironicamente por ele de “Atenção Primitiva”.

Campos e Gutierrez (2008, p 122) corroboram essa observação, ao reconhecerem que:

Há uma tendência a desvalorizar o trabalho na AB, pois, no imaginário de algumas pessoas, ainda remete a noção de menor complexidade, uma vez que se imagina lidar com problemas simples, os quais requereriam tecnologias menos sofisticadas e qualificação técnica simplificada.

No que diz respeito ao percurso da APS brasileira enquanto “política de reforma setorial” (CONILL, 2008), registra-se inicialmente sua abordagem seletiva originariamente no PACS (1991) e no PSF (1994), programas voltados para as regiões mais remotas do país, que tiveram inserção paralela à rede assistencial preexistente (GIOVANELLA, 2018).

Notoriamente, a Saúde da Família (SF) ganhou visibilidade no cenário brasileiro e, mesmo que tenha sido inspirada em modelos de países como Cuba, diferencia-se de outras experiências internacionais em função de incorporar o trabalho em equipe, mas sem

esquecer que o ACS (CAMPOS; GUTIERREZ, 2008) é profissional essencial para o acesso aos serviços.

Nos anos 2000, a Saúde Bucal ganhou visibilidade quando o MS instituiu a sua inclusão, de forma complementar, na ESF por meio de incentivo financeiro aos municípios, de modo a ampliar a oferta dos serviços e, conseqüentemente, contribuir de forma significativa para a saúde da população.

Diante da expansão da SF no país, em 2006, a primeira edição da PNAB foi enunciada pelo MS, pautada numa Atenção Básica definida como “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006b).

Campos e Gutierrez (2008, p. 130) complementam essa concepção com as seguintes diretrizes:

- Trabalho em equipe multidisciplinar, destacando como desenho a lógica da Saúde da Família, que inclui médico, enfermeiro, dentista, técnicos e auxiliares de enfermagem e da odontologia, todos com formação generalista, além dos agentes comunitários de saúde, que fazem a ligação da equipe com a comunidade.
- Responsabilidade sanitária por um território, onde a equipe deve conhecer os condicionantes de saúde bem como identificar risco e vulnerabilidades de grupos, famílias e pessoas, desenvolvendo projetos singulares de intervenção.
- Abordagem do sujeito, da família e do seu contexto, a busca da ampliação do cuidado em AB.
- Reformulação do saber e da prática tradicional em saúde, com a incorporação de conceitos e ferramentas que permitam aos trabalhadores de saúde a lidar com a complexidade do processo saúde e doença, incorporando o social e o subjetivo, bem como fazer a gestão do trabalho em equipe e em sistema de rede.
- Articular a AB em uma rede e serviços de saúde que assegure apoio e amplie a capacidade de resolver problemas de saúde.

Vale lembrar que o Ministério da Saúde tomou por base os atributos defendidos por Starfield (2002) para a construção desta política e concedeu uma orientação sólida, pautada em evidências, para o sistema de saúde do país.

Conceitualmente, a autora os sistematizou em quatro atributos essenciais e três derivados, respectivamente: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação (garantia do cuidado contínuo) e orientação familiar (considerar o contexto da família), orientação comunitária (reconhecer as necessidades de saúde) e competência cultural (na relação equipe-usuário).

Sabe-se que, apesar da capilaridade do modelo, a implantação da Estratégia de Saúde da Família experimentou grande expansão de cobertura em ritmos diferentes entre as regiões e portes populacionais (MALTA et al., 2016). Essa discrepância pode ser conferida em parte à desigualdade social, à dificuldade em relação à provisão de recursos humanos com formação voltada para o serviço em locais remotos e de pequeno porte, além da prioridade no investimento na saúde atribuído pela gestão, que acabam por impactar o acesso e a oferta dos serviços.

No que se refere à gestão, é fundamental pontuar que o alcance de uma Atenção Primária resolutiva, apta a responder às necessidades de saúde da população, está na dependência de sua integração aos demais níveis de assistência, o que deriva da conformação de um sistema de saúde integrado e regionalizado.

É certo que a expansão da cobertura da Saúde da Família nos municípios brasileiros ocorreu de modo crescente e gerou impactos positivos na saúde da população, de acordo com a compreensão de Macinko e Mendonça (2018, p. 31):

Facilitou o acesso e a utilização dos serviços, reduziu a mortalidade infantil e adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária, melhorou a equidade do acesso, reduziu hospitalizações desnecessárias.

A partir de 2013, outra iniciativa que impulsionou a expansão da SF, a qual se encontrava estável, foi o Programa Mais Médicos (PMM), que viabilizou a provisão dessa categoria profissional em locais de maior vulnerabilidade não só para a implementação de novas equipes, como completou algumas já existentes. Foi reconhecida pela OPAS (2018) como política pública exitosa, que incidiu na governança do país para os temas de educação e trabalho em Saúde, na ampliação do acesso aos serviços e no processo de transformação da educação, além de ter significado a retomada estratégica para o enfrentamento do déficit e da distribuição desigual de médicos nos serviços da Atenção Básica no SUS.

Outro aspecto positivo nesse percurso foi a combinação da ESF com programas sociais, como o Bolsa Família, que se mostrou um catalisador importante para a redução da pobreza, a melhoria das condições de saúde e a redução das desigualdades em saúde (OPAS, 2018).

É importante correlacionar a PNAB aos avanços obtidos com o conjunto das iniciativas governamentais mencionadas e também a outras, que fomentaram a expansão e

a consolidação da ESF durante a condução do modelo no país, as quais serão descritas no próximo capítulo.

Desde sua implantação, muitos estudos demonstraram, de diversas formas, os benefícios da Saúde da Família à população brasileira (CASTRO et al., 2019; GÉRVAS e FERNANDES, 2019; ANDRADE et al., 2018; PINTO e GIOVANELLA, 2018; SANTOS et al., 2018; DUROVNI et al., 2017; MACINKO et al., 2017; SORANZ et al., 2017; DOURADO et al., 2016; BARRETO et al., 2014; RASELLA et al., 2014; MACINKO e LIMA COSTA, 2012; GIUGLIANI et al., 2011; RASELLA et al., 2010), o que é corroborado pela literatura internacional, que já apontava este caminho aos principais sistemas de saúde universal.

Contudo, Paim (2013) observa que o reordenamento da Atenção Primária conviveu com constrangimentos impostos pelas políticas neoliberais: subfinanciamento crônico do SUS, permissividades nas relações entre o público e o privado em detrimento do público, precariedade na infraestrutura dos serviços e precarização nas relações de trabalho.

A expectativa dos inúmeros trabalhadores e militantes do SUS de que “o seu financiamento deveria ser compatível a sua expressão conceitual mais ampla, na lógica das necessidades em saúde” (MENDES, 2019) sempre foi pauta dos debates no campo da Saúde Pública no período.

A tarefa de reduzir a fragmentação da atenção à saúde, em especial a histórica sobreposição entre os setores público e privado (OPAS, 2018), torna-se bem mais complexa no momento em que a restrição do financiamento no tocante às políticas sociais é ainda mais agravada.

Nesse contexto depreende-se que a condução da política brasileira de Atenção Primária à Saúde, apesar das muitas conquistas, não garante arcabouço financeiro suficiente para o seu estabelecimento e o do SUS. Caracteriza-se por períodos de avanços e inflexões, visto que seu comportamento inconstante está na dependência de governos que a coloquem como prioridade e de forma responsável nas suas agendas, a fim de reduzir as iniquidades que, apesar de tudo, assolam o país.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar os efeitos da PNAB de 2017 na composição das equipes (Saúde da Família, Atenção Básica e de Agentes Comunitários de Saúde) e cobertura nacional da Saúde da Família.

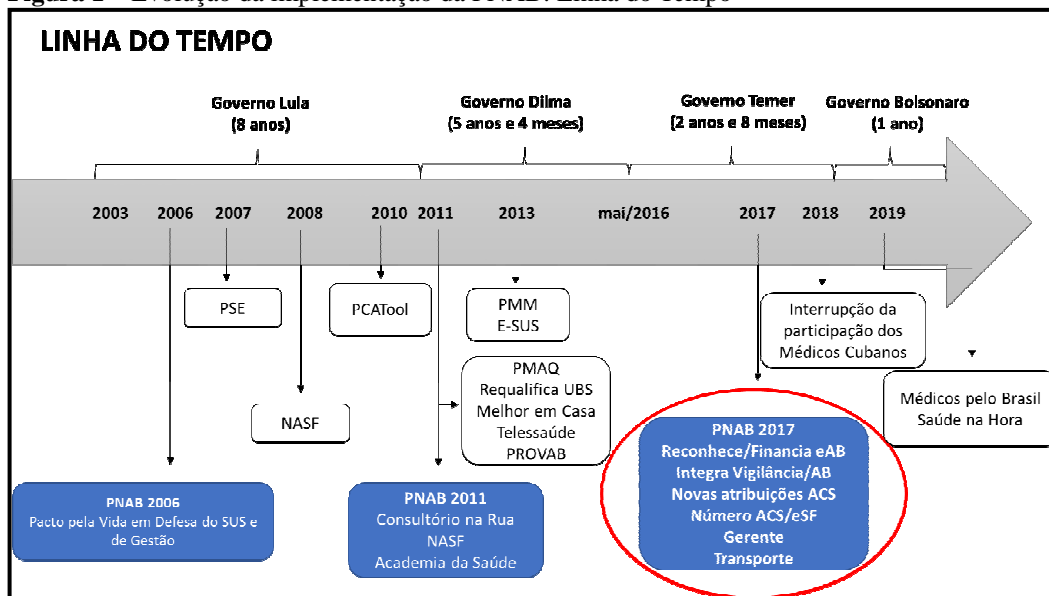
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (i). Descrever as mudanças da PNAB 2017 comparada às edições anteriores;
- (ii). Analisar o posicionamento de instituições representativas do SUS (CNS, Conass, Conasems, ABRASCO e Cebes) e Conselhos e Confederações de Agente Comunitários, Enfermeiros e Médicos (Conacs, Cofen, CFM) sobre a PNAB 2017;
- (iii). Analisar a evolução da implementação da PNAB, no período de 2007 a agosto de 2019, em âmbito nacional, sobre:
 - Número de equipes implantadas de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Básica (eAB) e equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS);
 - Postos de trabalho (ACS, Enfermeiros e Médicos)
 - Cobertura da Saúde da Família.

CAPÍTULO 3 LINHA DO TEMPO (PNABS E PROGRAMAS INDUTORES)

A elaboração da Linha do Tempo foi o recurso utilizado para sistematizar o estudo e trazer a dimensão histórica, a fim de contextualizar e compreender a PNAB como instrumento legal na orientação da APS brasileira a partir de 2006.

Figura 1 – Evolução da implementação da PNAB: Linha do Tempo



Fonte: Elaboração própria.

A trajetória da PNAB, ilustrada acima (Figura 1), aponta aspectos relevantes no percurso da APS no Brasil durante a expansão da Saúde da Família. Observa-se que as suas três edições ocorreram em governos distintos, caracterizados por contextos socioeconômicos diferentes, além de os vários programas que atravessaram o seu período de vigência terem sido incorporados nas edições subsequentes.

Vale lembrar que antes da instituição da PNAB e após a redemocratização do país houve mudança na relação Estado-sociedade em busca da saúde como direito universal. Em seguida, ficou evidente o movimento nacional de descentralização municipal, com aumento da responsabilização dos municípios diante de normas orientadoras para expandir a Saúde da Família.

Em 2006, o Pacto pela Saúde significou um avanço na articulação dos entes federativos, ao estabelecer blocos de financiamento de forma a “facilitar a utilização financeira dos recursos por parte dos gestores estaduais e municipais” (MENDES et al., 2018, p. 231).

O denominado bloco financeiro da Atenção Básica contribuiu para superar a fragmentação vigente e extinguiu a vinculação de incentivos por faixas de cobertura, o que prejudicava os grandes centros (CONILL, 2008).

Somado a isto, a publicação da primeira edição da PNAB, em 2006, qualifica institucionalmente a trajetória da APS e indica a reforma no setor, “estabelecendo a equipe multiprofissional com função de porta de entrada preferencial e coordenação da atenção na rede, e esta talvez seja a grande inovação” (PINTO; GIOVANELLA, 2018, p. 1.906).

Em suma, a PNAB 2006 (Portaria MS n. 648) reafirma os princípios e as diretrizes do SUS e traz a concepção abrangente da Atenção Primária ao difundir os atributos elencados por Barbara Starfield (BRASIL, 2006b).

Entende-se que é oportuno sublinhar esse período em que a Saúde da Família se torna estratégia prioritária de organização da APS e passa a ocupar o primeiro contato do usuário no SUS na garantia de acesso aos demais pontos de atenção do sistema de saúde.

Como lembra Soranz (2017), constitui-se em estratégia de reforma incremental, posto que aponta para mudanças importantes na forma de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços, nas práticas assistenciais no plano local e na descentralização.

Destaca-se ainda que, além dos avanços na ampliação do acesso e da cobertura, a SF substitui e evidencia os limites do modelo assistencial dominante até então, baseado na doença, com ênfase na medicina curativa e com baixa capacidade resolutiva (BRASIL, 1996).

Contudo, acaba por gerar críticas quanto à viabilidade face as suas diretrizes e regras, consideradas rígidas, além da argumentação sobre a insuficiência do apoio financeiro federal e sobre a omissão dos estados (CAMPOS; GUTIÉRREZ, 2008).

Inobstante, a APS é reconhecida majoritariamente por diminuir várias causas de mortalidade e morbidade, além de minorar os riscos de internações sensíveis à APS (ALFRADIQUE et al., 2009) e evidenciar menores custos e maior equidade na oferta de serviços, comparada a outras orientações organizativas do setor saúde (MACINKO et al., 2003).

Ocorre que a política está constantemente sujeita a influências, de modo que as diretrizes e propostas variam conforme o plano do governo e o protagonismo dos diversos atores na tomada de decisões.

Como parte inerente ao processo de formulação de políticas públicas e a partir da necessidade de adequação aos novos serviços, aliada também à demanda dos Conselhos Nacionais de Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, a PNAB passa ainda por duas revisões na sua trajetória como instrumento legal de organização da AB: em 2011 e 2017 (BRASIL, 2017a; CONASS e CONASEMS, 2017).

A edição de 2011 passa a reconhecer a equivalência dos termos AB e APS e, embora tenha reafirmado as diretrizes da edição anterior, flexibiliza a carga horária da categoria médica com a possibilidade de trabalho por 20 ou 30 horas semanais, com o objetivo de suprir o déficit destes profissionais e estimular a sua fixação nas equipes (BRASIL, 2011a).

Reconhece-se que a ESF voltada para a população ribeirinha e fluvial, a equipe de Consultório na Rua (eCR), o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde foram inclusões importantes desse processo de revisão da política para a ampliação do acesso e o fomento à resolutividade da atenção em saúde, além da valorização da Educação Permanente em Saúde (EPS) na formação profissional e qualificação das práticas (BRASIL, 2011b; 2012a; 2008a; 2007).

É válido recordar que houve propostas do Ministério da Saúde posteriormente à segunda edição da PNAB, tais como o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), o Requalifica UBS, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM), com a finalidade de avaliação de serviço, qualificação da estrutura física e do processo de trabalho através de ofertas educacionais, provimento e fixação de profissional, aliado ao apoio institucional do MS ao conjunto dos estados e municípios (BRASIL, 2008b; 2012b; 2014; 2013). Compreende-se que a somatória destas iniciativas representa o que se denomina ‘catalisadores na implementação da PNAB’.

Tasca (2016) reconhece que a capacidade do gestor de usar a energia proporcionada pelos programas é determinante para o fortalecimento do sistema de saúde. Ou seja, como executores locais das políticas federais, os municípios têm autonomia para aderir aos programas em busca da efetivação de uma APS resolutiva.

Em 2015 iniciou-se o processo de revisão da nova PNAB, que, como já apontado por Almeida et al. (2018), foi fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o MS e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde. Esse período caracterizou-se pelo *impeachment* da então Presidente da República Dilma

Rousseff, em maio de 2016, e a consequente alteração na composição dos dirigentes do MS, agregado à acentuação da crise financeira do país e aos significativos cortes orçamentários na saúde, tais como a Emenda Constitucional (EC 95).

A 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, propôs garantir o processo de revisão da PNAB, de modo a discutir a composição e a carga horária de profissionais da ESF, assim como os critérios de distribuição de habitantes por equipe (ALMEIDA et al., 2018).

No entanto, o campo da saúde coletiva protagonizou, por um lado, uma infinidade de manifestações nas redes sociais em contestação ao modo e à finalidade para a qual a PNAB passava por revisão. Foi possível observar um posicionamento contrário às propostas, em virtude da insuficiência do debate, mediante a análise de parte destas publicações em *sites*, tais como: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Confederação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias (Conacs), Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselho Federal de Medicina (CFM) (ABRASCO, 2017; CEBES, 2017; COFEN, 2017; CFM, 2017; CNS, 2017).

Por outro lado, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) reafirmavam a necessidade de reformulação da PNAB para adequá-la à situação de saúde das realidades regionais (CONASS e CONASEMS, 2017).

Nesse contexto, Almeida et al. (2018, p.4), enquanto técnicos integrantes do MS no período de formulação da política em questão, afirmam que:

Na correlação de forças, as agendas defendidas pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) tiveram maior respaldo político para aprovação diante da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), em detrimento daquelas defendidas pelo corpo técnico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

Para Mendonça et al. (2018, p. 44), “a formulação da PNAB de 2017 ocorreu em meio a um debate insuficiente e controverso restrito a alguns atores, especialmente da gestão do sistema [...]”.

É provável que os questionamentos à terceira edição da PNAB tenham decorrido também do teor das suas mudanças, as quais vão de encontro às diretrizes vigentes, em especial pela nova edição contemplar o reconhecimento das equipes de Atenção Básica (eAB) por meio de incentivo financeiro, o aumento das atribuições dos Agentes

Comunitários de Saúde (ACS) e a alteração no seu quantitativo (diminuição) nas equipes de SF (eSF), além de sua integração com o ACE (Agente de Combate a Endemias) e de padrões diferenciados para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017a).

Diferente do que ocorreu nas edições anteriores, a PNAB 2017 não foi catalisada por programas indutores; o que se pode observar após sua publicação é uma sucessão de mudanças no cenário da APS, que apontam para a estagnação dos avanços até então alcançados.

A título de exemplo, em 2018, a interrupção do convênio com o governo de Cuba, principal parceiro do PMM, gerou preocupação em parte da sociedade no que se refere à permanência do acesso e ao aumento necessário da cobertura da APS (CUBA, 2018). Frente a este cenário e após as eleições presidenciais, o MS divulgou novo edital para a ocupação das vagas, que não foram preenchidas na mesma proporção como será mostrado nos resultados adiante.

Observa-se que, embora não haja nova revisão da PNAB, sucessivas iniciativas têm sido apresentadas pela atual gestão do Ministério da Saúde, que merecem, em certa medida, uma análise mais profunda, o que nesta pesquisa não ocorrerá, uma vez que a série histórica analisada se limita em agosto de 2019. Para tanto, destacam-se algumas destas iniciativas recentes, tais como, após vinte cinco anos da institucionalização da SF no Brasil, o MS altera o organograma e cria a Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o Departamento de Saúde da Família (DESF) e o novo Departamento de Promoção da Saúde (DAPS) (REIS et al., 2019).

Outra mudança em curso é o Programa “Saúde na Hora” Brasil, que dá incentivo financeiro à ampliação de horário de funcionamento das unidades de SF, com a meta de aumento do acesso nos municípios de médio e grande porte (BRASIL, 2019a).

Também em 2019 publica-se a Medida Provisória que institui o Programa Médicos pelo Brasil no âmbito da APS, no SUS, e autoriza o Poder Executivo Federal a estabelecer o serviço social autônomo, denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) (BRASIL, 2019d; 2019b).

Finalmente, em setembro de 2019, o MS publica a portaria que extingue as eAB e cria as equipes de Atenção Primária (eAP), que devem ser compostas minimamente por médicos, preferencialmente especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), e enfermeiros, preferencialmente especialistas em SF, além de vedar a substituição de eSF

por eAP, sob pena de suspensão da transferência dos incentivos financeiros (BRASIL, 2019c).

Embora as recentes propostas venham com a promessa de ampliar o acesso às unidades de SF, de mudar o modelo de financiamento, o do provimento e o da formação de médicos para áreas remotas, de fortalecer o trabalho em equipe, além da proposição de nova carteira de serviços, a Abrasco (2017) sinaliza para a possível alteração de pilares que favoreciam a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários no país.

Diante do contexto acima, passa-se a analisar a atual redação da PNAB em comparação com as evoluções trazidas pelas edições anteriores, questionar suas primeiras implicações em âmbito nacional e em que medida irão interferir no esforço contínuo de consolidação da Saúde da Família na organização da APS.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa é atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota e estabelece uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação. Deve ser conceituada historicamente, para que se entendam todas as injunções, contradições e conflitos que configuram seu caminho (MINAYO, 2004).

Quadro 1 – Síntese do desenho da pesquisa

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS
Objetivo 1: Descrever as mudanças da PNAB 2017 comparada às anteriores	Elaboração de quadro comparativo das três edições da PNAB considerando eixos temáticos estabelecidos na redação da política pelo MS.
Objetivo 2: Analisar o posicionamento de instituições representativas do SUS sobre a PNAB.	Análise documental de notas oficiais: <ul style="list-style-type: none">· Instâncias gestoras (CONASS, Conasems)· Instituições Acadêmicas (Abrasco, CEBES)· Sociedade Civil (CNS)· Conselhos e Confederações (CFM, Cofen, Conacs)
Objetivo 3: Analisar a evolução da implementação da PNAB no período de 2007 a 2019 sobre a composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família, em âmbito nacional.	Coleta e análise dos dados do CNES, em articulação com o referencial teórico, de postos de trabalho (médicos, enfermeiros, ACS), de equipes (eSF, eAB, EACS) e da cobertura da SF.

Fonte: Elaboração própria.

Na pesquisa realizada para este trabalho efetuou-se um estudo exploratório e descritivo, que envolveu análise documental e análise de base de dados secundários.

A **análise documental** incluiu:

- a Política Nacional de Atenção Básica de 2017, a fim de elucidar as suas mudanças e esclarecer seus objetivos.

As categorias de análise utilizadas nesta pesquisa são as mesmas predeterminadas pelo Ministério da Saúde, dispostas na redação da própria política.

- os documentos oficiais/notas de instâncias gestoras (CONASS e CONASEMS), instituições acadêmicas (CEBES e ABRASCO), sociedade civil (CNS) e conselhos e confederações (Cofen, CFM, Conacs) sobre a PNAB (2017).

Para a identificação destes documentos foi utilizado o portal virtual de acesso aberto das instituições mencionadas, as quais destacam-se pela relevância no campo da APS. Esta coleta de informações contribuiu para a compreensão do contexto que caracterizou o debate entre os diversos atores do SUS acerca do objeto estudado.

Dessa forma, é importante destacar a aplicabilidade da pesquisa documental como recurso metodológico que “permite trazer a dimensão temporal à compreensão do social” (CELLARD, 2008), o que justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais (SÁ-SILVA et al., 2009) para entender a evolução de todo o processo que permeia o fenômeno investigado.

Como dimensões importantes a serem observadas durante a análise documental, destacam-se: o contexto histórico e o universo sociopolítico em que foi produzido; a conjuntura socioeconômico-cultural e política que proporcionou a sua produção; os interesses e motivos envolvidos; a autenticidade; a natureza e a lógica interna do texto (CELLARD, 2008).

Após a avaliação preliminar dos documentos, realiza-se a análise das categorias por meio da discussão que os temas e os dados suscitam, bem como incluem-se as referências bibliográficas e o modelo teórico no *corpus* da pesquisa (SÁ-SILVA et al., 2009). Ademais, os documentos integram um conjunto de informações que a pesquisa pretende utilizar para ampliar o conteúdo necessário à investigação.

A **coleta de dados secundários** por meio do Sistema de Informação em Saúde, disponível no CNES/DATASUS, que disponibiliza informações dos “postos de trabalho” a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), teve como objetivo reunir as informações em uma série histórica (2007-2019), com abrangência nacional. Utilizou-se dezembro como mês de competência no período de 2007 a 2018, ao passo que, no ano de 2019, o mês de agosto. As variáveis selecionadas foram:

- Recursos humanos – postos de trabalho (ACS, Enfermeiros e Médicos).

- Rede Assistencial (número de equipes implantadas de Saúde da Família-eSF, de Atenção Básica-eAB e de Agentes Comunitários de Saúde- EACS).
- Cobertura da Saúde da Família (estimada e cadastrada).

Realizou-se a tabulação dos dados com auxílio do *software* Microsoft Office Excel, de onde foram extraídas as frequências e as variações percentuais.

O cálculo da cobertura de usuários cadastrados considerou a média de 3.450 usuários por eSF implantada, mesma referência utilizada pelo MS, e a população estimada nas projeções anuais do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) como base de cálculo para o presente estudo.

Os dados referentes aos cadastros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), disponíveis no TABNET/DATASUS, foram utilizados para o cálculo da cobertura cadastrada. Enfatiza-se que os dados relativos ao período de 2017-2019 foram extraídos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), disponibilizados pelo Departamento de Saúde da Família (DSF), da Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde (MS).

A seleção da variável “ACS” é atribuída às mudanças determinantes propostas no texto da PNAB (2017), referentes a essa categoria profissional; da variável “médicos”, à dificuldade constante na sua provisão nas equipes e devido aos recentes acontecimentos no Programa Mais Médicos, em 2018. Já a variável “enfermeiros” foi selecionada como parâmetro e controle das demais categorias profissionais e por esses profissionais fazerem parte da equipe mínima de SF.

Quanto à Rede Assistencial, os “tipos de equipe” eleitos tiveram como objetivo analisar se houve mudança no modo de organizar o sistema de saúde em nível local por parte dos gestores municipais, uma vez que a PNAB (2017) passou a financiar a eAB como estratégia de organização da Atenção Básica.

Utiliza-se a definição **equipe de Saúde da Família (eSF)**, no presente estudo, com base na PNAB, cuja composição mínima é a seguinte: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e Agente Comunitário de Saúde. Podem ser acrescentados a essa composição: o cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, o auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (ASB/TSB) e o Agente de Combate de Endemias (ACE) (BRASIL, 2017a).

No que diz respeito à **equipe de Atenção Básica (eAB)**, a PNAB considera como sua composição mínima o médico, o enfermeiro e o auxiliar e/ou técnico de enfermagem. A Saúde Bucal, o ACE e o ACS poderão agregar a equipe mínima. Nota-se que o ACS não faz parte obrigatoriamente da equipe mínima. (BRASIL, 2017a)

Já a **equipe de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)** é composta pelo enfermeiro e o ACS.

Durante o levantamento dos tipos de equipes no CNES, verificou-se que há diversas classificações e codificações que os subdividem (Anexo 2). Como critérios de inclusão, foram selecionadas as equipes que poderiam sofrer prováveis alterações diante das mudanças da PNAB de 2017 e foram excluídas da análise as equipes de Consultório na Rua (eCR), Nasf-AB, eSF transitórias, fluviais (eSFF) e ribeirinhas (eSFR) além de equipes de Atenção Básica do sistema prisional (eABP).

Além disso, para melhor compreensão da pesquisa, as equipes selecionadas e suas subdivisões foram consolidadas em eSF, EACS e eAB e suas modalidades (I, II, III, IV), além de suas associações com equipes de saúde bucal.

Dessa forma, pretendeu-se relacionar as mudanças ocorridas na última edição da política ao comportamento da APS no país, referente à composição das equipes, na prática assistencial em âmbito nacional.

Por fim, a presente dissertação teve como objetivo fazer um estudo da referida política, apontar as mudanças mais recentes e relacioná-las com a base de dados oficiais do CNES. Soma-se a isso a complexidade que é analisar, em âmbito nacional, a implementação de políticas, visto que as desigualdades permeiam os estados e municípios diante de sua autonomia no exercício local das recomendações e diretrizes organizacionais.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho utilizou documentos e base de dados secundários de domínio público, sem restrição de acesso. Além disso, não houve envolvimento de seres humanos na presente pesquisa, motivo pelo qual não foi necessário o encaminhamento ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-ENSP), conforme resolução CNS nº 466/2012.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Em razão do curto período desde a publicação da PNAB (2017), a metodologia citada visa analisar seus primeiros efeitos, visto que os variados contextos operacionais dos

municípios brasileiros são heterogêneos tanto na questão social como na capacidade financeira, aspectos determinantes na execução e implantação das políticas públicas em nível local.

Em relação ao Sistema de Informação em Saúde, apesar de o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) ser a principal fonte de dados oficiais para extrair as informações que o estudo se propõe, pode haver inconsistência quanto à alimentação e à atualização das informações na plataforma.

CAPÍTULO 4 ESTUDO COMPARATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Elaborou-se um quadro comparativo referente às três edições da PNAB (2006; 2011; 2017) como recurso metodológico para a organização e a síntese das informações (Quadro 2). Foram estabelecidas, como eixos temáticos, as principais codificações predeterminadas pelo MS para elucidar a institucionalização da AB e as redefinições de suas diretrizes no decorrer nos anos.

Quadro 2 – Estudo comparativo da PNAB 2006/2011/2017

CATEGORIAS DE ANÁLISE	PNAB 2006 PORTARIA MS N.648	PNAB 2011 PORTARIA MS N.2.488	PNAB 2017 PORTARIA MS N.2.436
<i>Contexto Político</i>	Governo Lula	Governo Dilma	Governo Temer
<i>Definição de AB</i>	Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.	Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo , que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e autonomia das pessoas e os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.	Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

CATEGORIAS DE ANÁLISE	PNAB 2006 PORTARIA MS N.648	PNAB 2011 PORTARIA MS N.2.488	PNAB 2017 PORTARIA MS N.2.436
<i>Contexto Político</i>	Governo Lula	Governo Dilma	Governo Temer
Diretrizes	<p>Afirma a ESF como estratégia prioritária para expansão e qualificação da AB.</p> <p>Descreve os princípios e diretrizes relativos ao SUS</p>	<p>ESF como estratégia prioritária.</p> <p>Permanência dos princípios e diretrizes, mas os conceitua detalhadamente. Considera AB e APS termos equivalentes.</p>	<p>ESF como estratégia prioritária, porém reconhece outras estratégias de AB, desde que tenham caráter transitório. Incluiu no texto: “é proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras”.</p> <p>Relaciona os princípios e diretrizes às RAS.</p> <p>Mantém a equivalência dos termos.</p> <p>Integração e Vigilância em Saúde e AB como condição essencial para alcance dos resultados. UBS: potenciais espaços de educação e formação de recursos humanos, pesquisa e ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.</p>
<i>Responsabilidades comuns a todas as esferas</i>	Descreve	Descreve, sem mudanças significativas	Acrescenta a Garantia, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde , na busca da resolutividade e a integralidade do cuidado na RAS .
<i>Responsabilidades MS/ SES</i>	<p>Descreve e cita o termo assessoria técnica ao mencionar a Educação Permanente.</p> <p>Composição da eSF: médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e ACS.</p>	<p>Utiliza o termo apoio institucional</p> <p>Composição eSF mantida, que pode complementar, além da equipe de SB, o NASF. Reconhece ESF para população ribeirinha e fluvial, Equipe de Consultório na Rua, NASF, PSE e Academia da Saúde.</p>	<p>Utiliza o termo apoio integrado no âmbito do MS e apoio institucional, no âmbito estadual.</p> <p>Composição eSF mantida, podendo complementar o ACE. Composição eAB: médico, enfermeiro e auxiliar e/ou técnico de enfermagem. SB, ACE e ACS poderão agregar a equipe mínima. O ACS não é obrigatório na equipe mínima.</p>

CATEGORIAS DE ANÁLISE	PNAB 2006 PORTARIA MS N.648	PNAB 2011 PORTARIA MS N.2.488	PNAB 2017 PORTARIA MS N.2.436
<i>Contexto Político</i>	Governo Lula	Governo Dilma	Governo Temer
<i>Infraestrutura e Ambiência</i>	<p>Obrigatoriedade 40hs semanais para todos os integrantes ESF.</p> <p>Equipe SB, 40 hs para 1 ou 2 ESF: MOD 1- CD e ASB/ MOD 2- CD, ASB E THD</p> <p>É prevista a implantação de equipe estratégica de ACS (EACS) 40hs como possibilidade de reorganização inicial da AB, sendo necessário 1 enfermeiro para 30 ACS.</p> <p>1 UBS com SF- para até 12 mil habitantes 1 UBS sem SF- para até 30 mil habitantes Equipe SF para no máximo 4.000 hab., média recomendada 3.000</p> <p>ACS para cobrir 100% população cadastrada; Máximo de 750 pessoas/ACS e 12 ACS/equipe</p>	<p>Obrigatoriedade 40hs semanais para todos os integrantes ESF, com exceção do médico. Para o médico, é permitido outras modalidades de inserção nas ESF (20 ou 30 horas semanais).</p> <p>Mantém as modalidades de SB de acordo com a norma anterior.</p> <p>Extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com essa configuração a partir desta portaria. EACS- 1 enfermeiro para até 12 ACS e no mínimo 04.</p> <p>1 UBS com SF para 12 mil habitantes; 1 UBS sem SF para 18 mil habitantes; Equipe SF para no máx. 4.000 hab.</p> <p>Teto máx. de equipes: população/2.400</p> <p>Mínimo de 4 ACS/Equipe</p>	<p>Retorna obrigatoriedade 40hs semanais para todos os integrantes ESF. Para equipes de AB, é permitida a carga horária 10hs, no máximo 3 profissionais, desde que somem 40hs (à critério do gestor).</p> <p>Equipes SB podem compor: MOD 1- CD, ASB OU TSB/ MOD 2- CD, TSB e ASB ou outro TSB. SB pode estar vinculada 1 ou 2 eAB ou eAB</p> <p>Não menciona número de ACS por enfermeiro, cada ACS por 1 microárea e a população não deve ser maior que 750 pessoas.</p> <p>UBS mínimo de 40hs semanais, mínimo 5 dias/semanais; 4 equipes por UBS (AB OU SF) Equipe SF e equipe AB - 2000 a 3.500 hab.</p> <p>Teto máx. de equipes: população/2.000.</p> <p>Ações e serviços devem seguir padrões essenciais e ampliados;</p> <p>Municípios com menos de 2 mil habitantes- 1 equipe AB ou SF responsável por toda a população; Número de ACS/equipe definido com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a determinação local. (NÃO determina o número de ACS). Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com máximo de 750 pessoas/ACS.</p>

CATEGORIAS DE ANÁLISE	PNAB 2006 PORTARIA MS N.648	PNAB 2011 PORTARIA MS N.2.488	PNAB 2017 PORTARIA MS N.2.436
<i>Processo de trabalho</i>	Menciona o cadastramento e diagnóstico da população, a definição do território, práticas de cuidado, trabalho interdisciplinar, abordagem integral, avaliação e acompanhamento das ações.	Traz como novidades o acolhimento, a escuta qualificada, a estratificação de risco, além da análise das vulnerabilidades e demanda espontânea.	Destaca a definição de território e territorialização e menciona que o território é vivo e único . Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde como referenciais essenciais, onde a integração AB e VS deve ser concreta . Destaca o planejamento ascendente das ações, com base no reconhecimento da realidade. Menciona a segurança do paciente como um dos indicadores.
<i>Educação Permanente</i>	A capacitação inicial por meio do curso introdutório é responsabilidade da SMS (população menos que 100 mil habitantes) e da SMS em parceria com a SES (população superior a 100 mil habitantes).	Reconhecimento do caráter ascendente da EPS na construção da qualificação das práticas do cuidado, gestão e participação popular. EPS como dimensão pedagógica; aprendizagem significativa; EPS vinculada ao apoio institucional e matricial.	EPS como parte do processo de trabalho , na transformação das práticas, potencializado por meio da cooperação horizontal, apoio institucional, Tele-Educação e Formação em Saúde. Educação Continuada como oferta educacional na qualificação dos profissionais.
<i>Atribuições Profissionais</i>	Enfermeiro como responsável por gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelo ACS. “Demanda espontânea” citada nas atribuições dos enfermeiros.	Enfermeiro planeja, gerencia e avalia as ações dos ACS em conjunto com outros membros da equipe. Demanda espontânea e Acolhimento aparecem como atribuições para todos os profissionais; Mudança na nomenclatura: Auxiliar de consultório Dentário (ACD) e Técnico em Higiene Bucal (THD) para Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e Técnico em Saúde Bucal (TSB) e acrescenta atribuições para ambos.	Acrescenta a responsabilidade dos outros membros da equipe em relação ao ACS e o ACE (Foram mencionados nas atribuições comuns a todos os profissionais). São definidas as atribuições dos Gerentes de Atenção Básica; ACE e as comuns aos ACS e ACE (Práticas Integrativas; Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da AB; Realizar gestão das filas de espera e evitar a prática de encaminhamento desnecessário; Prever fluxos das RAS; Instituir ações para segurança do paciente; Realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; Construção do Projeto Terapêutico Singular; acompanhar e registrar o mapa do PBF).

CATEGORIAS DE ANÁLISE	PNAB 2006 PORTARIA MS N.648	PNAB 2011 PORTARIA MS N.2.488	PNAB 2017 PORTARIA MS N.2.436
<i>Atribuições Profissionais</i>	Atribuições dos ACS	ACS: recomenda 1 vd/família/mês. Acompanhar as condicionalidades do Programa Bolsa Família; executar em situações de surto e epidemias, ações de controle de doenças, manejo ambiental e de vetores, em conjunto com o agente de endemias.	São adicionadas atribuições aos ACS, em caráter excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior e após treinamento específico como: aferir PA, temperatura axilar medição de glicemia capilar, técnicas limpas de curativo.
<i>Financiamento</i>	Composição tripartite Piso de Atenção Básica (PAB) composto de fração fixa e variável, no componente federal; o somatório compõe o Teto Financeiro do Bloco da AB; PAB variável destina-se a estimular estratégias SF, ACS SB, compensação de especificidades regionais, saúde indígena e no sistema penitenciário. Transferência fundo a fundo – MS; Relatório de Gestão demonstra a aplicação dos recursos; PAB fixo: valor per capita fixado pelo MS, repasse mensal. Recursos ESF- base no número de equipes registrados no SIAB; fórmula população/2400 Recursos ACS: base no número de equipes no SIAB; População IBGE/400 com possibilidade de somar população área rural/280	Aborda o financiamento federal com os termos: recursos per capita, recursos de investimento, recursos para projetos específicos (Requalifica UBS), recursos condicionados à implantação de estratégias e programas prioritários (SF, SB, ACS, NASF, Cons. na Rua, PSE, Academia da Saúde, Atenção Domiciliar, etc.) e recursos condicionados a resultados e avaliação do acesso e da qualidade (PMAQ) A suspensão do repasse dos recursos ocorrerá nas hipóteses de (i) ausência de alimentação regular dos bancos de dados; e (ii) detecção de malversação/desvio.	Mantém os termos da PNAB 2011, retira o termo recursos para projetos específicos e acrescenta recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços. Menciona como prioritários e superiores os valores dos incentivos financeiros para eSF e que os valores referentes a eAB serão publicados portaria específica. Blocos de financiamento, Investimento e Custeio Acrescenta a suspensão no caso de inconsistência no SCNES por duplicidade de profissional, ausência de profissional de equipe mínima ou erro no registro e não envio de informação, da produção do SIAB por 3 meses consecutivos. No caso específico das eAB, a suspensão será por inexistência de UBS cadastrada, ausência durante 60 dias, de qualquer dos profissionais que compõem as equipes, descumprimento de carga horária prevista e ausência de alimentação regular de dados no SIAB vigente.
<i>Programas e Estratégias</i>		NASF: Núcleo de APOIO de eSF e eAB para populações específicas e Academia da Saúde. Consultório de Rua/PSE	NASF-AB: Núcleo AMPLIADO , dar suporte para eSF e também às eAB. Consultório na Rua/PSE

Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2006b; 2011a; 2017a).

O documento de uma política é, em geral, a expressão do processo de negociação e consenso em torno de uma questão ao refletir o contexto em que se insere (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

Por conseguinte, registra-se a dificuldade de isolar o cenário de subfinanciamento e de congelamento de gastos – agravado pelo aumento crescente da responsabilidade financeira dos gestores municipais, concomitante ao repasse cada vez menor do governo federal – das propostas mencionadas no documento em questão, principalmente em sua última edição. Ou seja, as políticas fiscais deram início a medidas de austeridade que acabam por interferir nas políticas públicas e ameaçar a sustentabilidade da prestação dos cuidados de saúde, previstos na Constituição (CASTRO et al, 2019).

Contudo, a PNAB representa um dos principais instrumentos de consolidação e de desenvolvimento do SUS. Com isso em mente, identificam-se momentos distintos nas três políticas, que, de certo modo, retratam o percurso adotado pelo MS, permeado por avanços e mudanças em sua rota de condução.

Como pontos marcantes das edições, destaca-se, no primeiro momento (PNAB 2006), que a Atenção Básica ganhou reconhecimento institucional enquanto Política Pública da APS; no segundo (PNAB 2011), percebe-se a complementaridade em relação à edição anterior, por trazer a articulação de dispositivos para ampliação do acesso e aos programas que foram incorporados a suas proposições para melhor resolubilidade da AB. Por sua vez, no terceiro momento (PNAB 2017), ao mesmo tempo em que retoma os conceitos de uma APS abrangente, foca suas proposições em um direcionamento diverso ao que se defendia até então.

Com base nos eixos temáticos inseridos na PNAB, a definição de Atenção Básica compartilha da mesma lógica nas três edições da política, embora com alguns acréscimos. Nota-se, ainda, a manutenção das diretrizes e princípios instituídos na lei orgânica do SUS (8.080/90) em todas as edições da política, pelo que reafirma as bases sólidas de um sistema universal e igualitário.

No eixo das diretrizes, destaca-se a afirmação da Saúde da Família como estratégia prioritária de expansão da AB nos três documentos; contudo, na terceira edição, o MS passa a reconhecer, mesmo que em caráter transitório, outras estratégias de AB.

Quanto à categoria Infraestrutura e Ambiente, em 2006, recomendava-se uma eSF para, em média, 3.000 e, no máximo, 4.000 habitantes; na edição de 2011 só se

mencionava o máximo de 4.000 e, na última edição, a população adscrita sugerida é de 2.000 a 3.500 por eSF e eAB.

De maneira geral, no que diz respeito a atribuições profissionais, observa-se a atualização de alguns conceitos e nomenclaturas, além do aumento no número e na complexidade das atribuições. A partir de 2011, merece destaque a inclusão de outros membros da equipe em conjunto com os enfermeiros na responsabilização e gerenciamento das ações relacionadas aos ACS e, igualmente, na demanda espontânea. Na versão de 2017, a responsabilização da equipe estende-se também em relação ao ACE.

Outros componentes novos dessa última edição expressam a proibição de qualquer tipo de exclusão social, o que mostra a atenção às minorias; reforçam a integração entre Vigilância em Saúde e AB para o alcance dos resultados; e a relação entre as suas diretrizes e as Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essas mudanças sinalizam que as normativas tendem a sistematizar avanços anteriores para institucionalizar a operacionalização dos mesmos.

Cecílio e Reis (2018) alertam que a proposta idealizada e detalhada da Atenção Básica à Saúde, explícita na redação da PNAB, que a coloca como centro ordenador das RAS, produziu um efeito de “desacoplagem” ou “descolagem” da política ideal em relação ao mundo real das equipes na produção do cuidado com o usuário.

Para sustentar essa análise, os autores discorrem sobre dois complicadores que acabam por “anemiarem a potência da política”. O primeiro, diz respeito à não consideração das diversidades dos municípios brasileiros, atrelada à ausência do apoio necessário das secretarias estaduais de saúde, consumidas pela gestão de outros serviços. Já o segundo complicador foi atribuído à lógica de normalização, padronização e homogeneização adotada pelo MS na sua condução, a qual parece não dialogar com as especificidades locais regionais.

Enquanto a responsabilidade no financiamento, imposta pelo próprio sistema de saúde, aumenta em relação à gestão municipal, a tarefa de adequar as normativas do MS diante das desigualdades regionais persistentes se torna mais difícil. Essa situação se agrava ainda mais pela esfera estadual não fornecer suporte financeiro e administrativo suficientes aos municípios.

Outro aspecto relevante foi que, a partir de 2011, os termos AB e APS passaram a ser considerados equivalentes, visto que o MS, até então, adotava o termo Atenção Básica

em suas normativas e documentos. No entanto, Melo et al. (2018) notam que prevalece o termo AB na redação da PNAB.

Quanto às responsabilidades comuns a todas as esferas de governo não houve mudanças significativas, a não ser na terceira edição, quando ocorreu a incorporação de dispositivos para transporte em saúde, mesmo que sem grandes definições no que concerne ao financiamento.

No que se refere ao NASF, incorporado na edição de 2011, houve mudança em sua nomenclatura, com a substituição do termo “apoio” por “ampliado”, ou seja, Nasf para Nasf-AB, passou a contemplar o outro formato de equipe, além das eSF, e excluiu o dispositivo do apoio.

4.1 PRINCIPAIS MUDANÇAS NA PNAB 2017

Dentre as mudanças introduzidas na PNAB 2017, destacam-se como principais: o reconhecimento de outras modalidades de equipes que não a eSF e do gerente de atenção básica; aumento das atribuições dos ACS e alterações (diminuição) no seu quantitativo na eSF, além do estabelecimento de sua integração com o ACE (Agente de Combate a Endemias) e a proposição de padrões diferenciados para as ações e serviços de saúde (BRASIL, 2017a).

4.1.1 Custeio das eAB e do Gerente de AB

A PNAB 2017 passa a reconhecer e a financiar a equipe de Atenção Básica apesar de manter, no seu texto legal, a Saúde da Família como a estratégia prioritária para expansão e qualificação da organização da AB. Na verdade, essa medida tem potencial de dificultar a operacionalização de princípios e diretrizes que o documento reafirma discursivamente, mas fragiliza normativamente a conformação de equipe que mostra efeito (PINTO, 2018).

A conformação da eAB traz um leque de arranjos na carga horária do médico, do enfermeiro e do técnico de enfermagem e estabelece a composição da carga horária mínima, por categoria profissional, de 10 horas, com, no máximo, três profissionais por categoria, o que soma, no mínimo, 40 horas/semanais (PNAB, 2017). Difícil entender como garantir a longitudinalidade e o vínculo entre profissional de saúde e usuário nessa modalidade proposta.

Tal mudança, na prática, englobaria as equipes de Atenção Básica já existentes, até então financiadas apenas pelos municípios ou com incentivo do PMAQ. Contudo, estas correspondem a 1% das equipes do país que constam no CNES. Outra possibilidade seria que, a partir dessa norma, os municípios preterissem esse tipo de equipe que permite flexibilizar a alocação e a captação de Recursos Humanos, o que seria um entrave para a expansão das eSF.

Melo et al. (2018, p.47) lembram que as unidades básicas tradicionais, diferentemente da maioria das equipes SF, tiveram presença inexpressiva nos ciclos do PMAQ “(...) com fracos graus de territorialização, adscrição, vínculo, continuidade e trabalho em equipe”.

Do mesmo modo, Pinto (2018) observa que a avaliação desse programa repetiu com contundência o que a literatura já mostrava: o modelo da ESF tem melhores resultados e é mais custo-efetivo.

Já Cecílio e Reis (2018) consideram que o reconhecimento (leia-se financiamento) dessa equipe é reivindicação antiga de municípios de médio e grande porte das regiões Sul e Sudeste, as quais contam com baixa cobertura da SF e resistem à conversão do modelo tradicional da AB para ESF. Posto isso, os autores anteveem que a ampliação dos recursos pode ser concentrada nesses municípios e regiões.

Questiona-se, também, se seria possível, sem o ACS, o cumprimento dos atributos norteadores de uma APS abrangente, por parte das eAB (que, por recomendação da própria PNAB, devem seguir a lógica da SF) nas ações e serviços do território nesta conformação de equipe.

O reconhecimento do gerente também foi fato novo da terceira edição com vistas a melhorias na administração da unidade de saúde e do processo de trabalho. Acredita-se na possibilidade de contribuir de forma positiva com as equipes se o profissional for qualificado para tal fim e, “desde que envolva critérios profissionais e não meramente político-eleitorais” (MELO et al., 2018, p. 46).

Almeida et al. (2018) constatam nos dados oficiais do MS a atuação de centenas de gerentes em várias localidades do país, o que justifica solicitação pelo gestor do reconhecimento desse profissional via financiamento.

Sobre a categoria Financiamento, em 2011 houve instituição de aporte de recursos para projetos específicos e programas prioritários, além do PMAQ; já na PNAB 2017 consta a mudança para os blocos de financiamento, além de apontar que os valores

relacionados às eAB serão publicados em portaria específica. Ou seja, a normativa vai sofrendo adequações diante das mudanças no cenário da APS tanto quanto a adequação do financiamento dos programas catalisadores, que são incorporados ao longo do tempo.

Em relação ao financiamento mencionado, somente em junho de 2018, a fim de operacionalizar as premissas definidas na PNAB, foi publicada a portaria MS nº 1.808, a qual estabeleceu o percentual de 30% do valor do custeio mensal das equipes de SF para financiamento das equipes de AB e 10% (uma equipe) ou 20% (duas equipes) do custeio mensal de eSF para a gerência de AB (BRASIL, 2018).

4.1.2 Agente Comunitário de Saúde

Motivado pelo deslocamento do ACS de uma situação de informalidade para a integração nas relações sociais pertinentes a um trabalhador do SUS (MOROSINI; FONSECA, 2018) e em virtude da sua regulamentação como profissão (leis n.10.507/2002 e 11.350/2006), confirmada nas três edições da PNAB, esta categoria profissional foi a que mais sofreu mudanças em sua última revisão.

Até então, o mínimo de quatro ACS/eSF, a obrigação de cobrir 100% da população e a determinação de que cada ACS poderia cobrir no máximo 750 pessoas fazia com que a média de ACS/eSF fosse de 6, ou seja, 250 mil ACS com 42 mil eSF (ALMEIDA et al., 2018).

Na redação da nova política, o número de ACS/equipe passa a ser definido com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com a determinação local, ou seja, não estipula o seu quantitativo, o que possibilita inclusive que haja a diminuição dos mesmos nas eSF.

Recomenda, em áreas de grande dispersão territorial, nas áreas de risco e de vulnerabilidade social, a cobertura de 100% da população com máximo de 750 pessoas/ACS. No entanto, não há definição nem parâmetro quanto ao conceito de “vulnerabilidade social”.

A indefinição quanto ao número de ACS/equipe SF e a não obrigatoriedade desse membro na eAB convergem para prejuízos no acesso aos serviços, no vínculo com a comunidade e na continuidade do cuidado em saúde, o que interfere diretamente na saúde das famílias e na realidade do território.

Somado a isso, houve acréscimo nas suas atribuições. O Cofen (2017) entende que a atribuição de atividades do técnico de enfermagem aos ACS descaracteriza a sua função e traz riscos à população.

Para Morosini e Fonseca (2018) transigir quanto à presença dos ACS nas equipes indica um movimento regressivo em relação ao horizonte de transformação do modelo de atenção.

Outra inclusão na política foi a integração dos ACS e ACE, o que acaba por unificar o território de atuação e de competências comuns a estas categorias (CECILIO; REIS, 2018). Tal proposição foi justificada pelo MS como possibilidade de fazer uso mais racional da presença dos agentes no território. Contudo, o risco iminente é a sobrecarga de um agente pelo trabalho do outro e a provável redução de postos de trabalho (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Para o CNS (2017), esta integração não é adequada a todas as realidades e tende a piorar as ações de prevenção de doenças transmissíveis.

4.1.3 Ações e Serviços

De acordo com o novo texto, a oferta de ações e serviços de saúde deve seguir padrões essenciais e ampliados. Os padrões essenciais referem-se a procedimentos básicos, ofertados a todas equipes, ao passo que os ampliados estão relacionados a demandas de saúde ligadas às especificidades locais.

Almeida et al (2018), como integrantes da área técnica do MS, destacam que tal agenda foi incorporada com base em informações dos ciclos do PMAQ-AB e evidencia que parcela expressiva das equipes não tem ofertado ações consideradas essenciais e típicas da atenção básica.

Desse modo e diante da autonomia da gestão municipal, essa proposição, se adotada para reduzir custos, pode comprometer princípios norteadores e essenciais à execução de uma APS integral, ou seja, “risco de se abrir para uma atenção simplificada” (MELO et al., 2018).

Com a pressuposição de que a formulação de uma política parte de um problema social urgente, entende-se que a reformulação da PNAB deveria, a partir de indicadores e avanços obtidos, propor soluções para os entraves concretos da saúde.

Se políticas buscam atender “urgências”, é importante indagar e colocar em análise a quais urgências a PNAB de 2017 procurou responder, bem como acompanhar sua trajetória, apropriações e efeitos (MELO et al., 2018).

Para Almeida et al. (2018):

A implementação da PNAB não dependerá exclusivamente do seu texto, mas sim do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos,

políticos e econômicos que se fizerem fortemente presentes durante todo o processo de discussão e reformulação da Política.

Por conseguinte, é oportuno sublinhar que se descobre no momento de implementação a real potencialidade de uma política, os atores que a apoiam, o que cada grupo disputa e quais são seus interesses (DOMINGOS et al., 2016).

Ao tomar em conta suas três edições, embora a PNAB represente o marco institucional de organização da APS, responsável também por consolidar a reforma do setor na perspectiva assistencial, nota-se que parece possuir relativa penetrabilidade operacional, ao depender de estratégias qualificadoras para a sua concretização e implementação em nível local.

A intenção de flexibilização do modo de operar a APS não parece ser suficiente para resolver as realidades distintas enquanto os atores que formulam a política não enfrentarem a questão do financiamento e as lacunas estruturais que envolvem a gestão municipal.

CAPÍTULO 5 PERCEPÇÕES E POSICIONAMENTOS DAS PRINCIPAIS INSTITUIÇÕES REPRESENTATIVAS DA SAÚDE PÚBLICA SOBRE A REFORMULAÇÃO DA PNAB

A agenda de fortalecimento e de atualização da PNAB teve início em 2015, por meio de fóruns e oficinas promovidos pelo Departamento de Atenção Básica (DAB/MS), no dizer de Almeida et al. (2018).

Os autores e técnicos do MS citam, como objetivos dessa pauta, a afirmação dos fundamentos e diretrizes estratégicas, ao ter a ESF como prioritária para expandir e consolidar a AB, além da introdução de mudanças na perspectiva de ampliação do acesso, acolhimento e resolubilidade em respeito às diferentes realidades.

Contudo, na sequência, ocorreu a interrupção do processo de revisão e o *impeachment*, em 2016, seguido de mudanças na gestão ministerial. Tal acontecimento abriu uma janela de oportunidade para a retomada da discussão, de modo que CONASS e CONASEMS recolocaram suas pautas de maneira incisiva, mesmo ao não haver consenso entre os técnicos sobre sua tempestividade (ALMEIDA et al., 2018).

A partir desses acontecimentos, formou-se um movimento com a participação de pesquisadores, de instituições representativas do SUS, de conselhos e confederações de várias categorias profissionais no sentido de pressionar para que se efetivasse amplo debate a respeito das propostas inseridas na formulação da PNAB.

Como resultado, um texto preliminar foi encaminhado para consulta pública com duração de quinze dias e recebeu em torno de oito mil contribuições. Contudo, estas não foram incorporadas de forma significativa ao teor das propostas. Após a pactuação do texto final, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a portaria n.2.436 foi publicada em 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a).

Importa lembrar que esse período foi caracterizado por mobilização dos ACS em torno da revogação de portarias que retiravam a obrigatoriedade da presença dos ACS nas equipes de Saúde da Família, a aprovação da Emenda Constitucional 95, a qual congelou os gastos com a saúde e propôs planos privados mais acessíveis, dentre outros dispositivos, o que culminou em contexto de tensão, com ameaças à permanência do SUS.

Diante desse cenário, julgou-se relevante reunir os principais documentos publicados com relação ao período citado, de forma a identificar as convergências e

divergências que conformaram o processo de construção e os sentidos em disputa que prevaleceram na revisão da política estudada (Quadro 3).

Quadro 3 – Síntese do posicionamento de instituições representativas da Saúde Pública sobre a reformulação da PNAB 2017

Instituição	Posicionamento	Justificativa
Cebes	Contrário	Consideram a PNAB uma política essencial ao povo brasileiro e exigem transparência e participação social na reformulação da mesma.
Abrasco	Contrário	Alertam que o momento é de ameaça ao SUS e exigem análises tecno-científicas consubstanciadas, bem como amplo debate nacional, para além da CIT.
CNS	Contrário	Recomendam a ampliação e a qualificação do debate, que trate objetivamente dos impactos assistenciais e econômicos das medidas propostas pela PNAB 2017.
Conacs Cofen CNS	Contrário	Em nota conjunta, apontam pontos críticos e protestam quanto aos efeitos da portaria que regulamenta a PNAB 2017.
CFM	Contrário	Afirmam que a PNAB 2017 requer planejamento racional, além de não ter sido construída pelo compartilhamento de ideias e contínua discussão.
CONASS Conasems	Favorável	Emitem nota conjunta, na qual reafirmam a necessidade de reformulação da PNAB para adequá-la à situação de saúde às realidades regionais.

Fonte: Elaboração própria com base nas notas e publicações das instituições mencionadas.

5.1 MANIFESTAÇÃO DE REPÚDIO DO CEBES (10/08/2017)

De acordo com o *site* oficial da instituição, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde é uma entidade nacional criada em 1976, cuja missão histórica é a luta pela democratização da sociedade e a defesa dos direitos sociais, em particular o direito universal à saúde. Tem como objetivos produzir e divulgar informações, conhecimentos e análises críticas em saúde voltados para fortalecer sujeitos instituintes por meio da ampliação do pensamento crítico e da consciência sanitária, elementos essenciais à prática e à ação política.

Sobre a PNAB, o Cebes (2017) declarou:

O Cebes vem a público repudiar esse desrespeito à população brasileira por parte de Ricardo Barros e exigir que seja aberto um diálogo verdadeiro com a sociedade, onde suas demandas sejam escutadas e atendidas. Também demandamos que sejam tornadas públicas todas as contribuições da consulta e análise realizada pelo Ministério da Saúde; além da realização de reuniões do CNS para avaliação em plenário da minuta da revisão da PNAB, antes que as mudanças de fato ocorram. Em defesa da saúde e da democracia, exigimos mais transparência e participação social antes da reforma de uma política tão essencial ao povo brasileiro.

A declaração do Cebes retrata a insatisfação da instituição, principalmente, pela maneira como foi conduzida a reformulação da PNAB. Além disso, critica a atitude do Ministro da Saúde da época, Ricardo Barros, por ter divulgado, no último dia da consulta pública, as mudanças da política durante uma entrevista coletiva à imprensa.

5.2 NOTA CONJUNTA CONASEMS E CONASS SOBRE A REFORMULAÇÃO DA PNAB (13/08/2017)

O Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) representam politicamente as secretarias estaduais e municipais, respectivamente, e compõem a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) junto com o MS, de forma paritária.

Após reafirmarem a eficiência da APS como condição essencial para responder às necessidades de saúde da população brasileira, as entidades representativas de gestores municipais e estaduais de saúde lembraram que, durante os diversos fóruns promovidos desde 2015, evidenciou-se a necessidade de aprimoramento da PNAB no sentido de adequá-la à situação de saúde que contempla mudanças no perfil etário, epidemiológico, ambiental e nutricional nas realidades das regiões brasileiras (CONASS; CONASEMS, 2017).

Em nota emitida, reafirmaram a necessidade de reformulação da PNAB e elaboraram as seguintes propostas:

- i. Reafirma que a Saúde da Família é a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica para o Brasil;
- ii. Reconhece que os 40% da população brasileira, não cobertos pela Estratégia Saúde da Família, necessitam de ações e serviços na Atenção Básica que sigam os mesmos princípios e diretrizes;
- iii. Possibilita que a população assistida pela Atenção Básica tenha o atendimento das demais categorias de profissionais de saúde a partir da ampliação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Nasf, para Núcleo Ampliado da Atenção Básica – Nasf-AB;
- iv. Amplia o escopo de atendimento e possibilita que as pessoas tenham o máximo possível das suas necessidades resolvidas na Unidade Básica de Saúde, com a instituição da relação de ações e serviços que devem ser disponibilizados na Atenção Básica;
- v. Propicia a integração das atividades da Atenção Básica com as atividades prestadas pelos profissionais especialistas trazendo maior rapidez no atendimento à população;
- vi. Possibilita que os profissionais de saúde dediquem maior tempo para o atendimento à população com a instituição do gerente de Unidades de Atenção Básica – UBS, responsável pela coordenação da UBS;
- vii. Integra no mesmo território as atividades dos Agentes Comunitários de Saúde com os Agentes de Combate às Endemias;

viii. Propõe que todos os profissionais que atuam na Atenção Básica sejam valorizados e tenham acesso aos meios de formação e conhecimento.

Embora Conass e Conasems reconheçam a ESF como estratégia prioritária de organização da AB, ambos os Conselhos defendem a flexibilização deste modelo com a justificativa de que tal medida irá contribuir para o acesso da população ainda não coberta pelas eSF.

Contudo, questiona-se se essa seria a forma mais adequada para ofertar saúde a essa parte da população, uma vez que, no próprio sistema de Informação em Saúde do MS, consta um número inexpressivo de equipes de Atenção Básica, se comparado à totalidade das equipes do país. Além disso, essa medida não contemplaria as diversas realidades municipais, mas, sim, as regiões sudeste e sul, onde essas equipes são encontradas em maior quantidade.

Outro argumento que os representantes municipais e estaduais levantaram foi o da integração dos ACS e ACE; no entanto, não houve uma construção conjunta com essas categorias profissionais na viabilidade prática dessa recomendação no texto do documento, assim como não foi descrito de que modo esta unificação seria realizada de fato.

Enfim, os principais interessados – profissionais inseridos na rede assistencial, como integrantes das equipes – não foram consultados acerca de medidas determinantes no seu processo de trabalho.

5.3 PARECER ABRASCO PARA CONSULTA PÚBLICA SOBRE A PNAB (03/08/2017)

A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) é uma instituição voltada ao ensino e à pesquisa no campo da saúde pública. Atua, também, no sentido de fortalecimento e de aprimoramento da formulação de políticas de saúde, educação e ciência e tecnologia para o enfrentamento dos problemas de saúde da população brasileira.

Após a convocação da CIT para Consulta Pública sobre a revisão da PNAB, a Abrasco emitiu parecer em que manifestou posicionamento contrário à revisão. Nesse documento, a Abrasco (2017) defendeu:

A manutenção da PNAB 2011 até a conclusão de discussão democrática e aprofundada por gestores, usuários, profissionais, representantes da sociedade civil organizada e todos os interessados no pleno desenvolvimento e aperfeiçoamento dos SUS, e não “a toque de caixa” nesse momento de severa restrição de financiamento das políticas

públicas, de grande fragilidade institucional e de continuadas ameaças ao SUS universal, integral, democrático e de qualidade.

No documento em questão, a instituição, sem desconsiderar as oportunidades de aperfeiçoamento das políticas públicas e pelo reconhecimento das necessidades de permanentes adequações e ampliações da AB para atender especificidades locorregionais, territoriais e populacionais, exige análises técnico-científicas consubstanciadas e amplo debate nacional, para além do universo dos gestores representados na CIT, como forma de assegurar os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse sentido, entende que o conteúdo do documento em consulta é crucial para os caminhos da APS brasileira, já que afeta diretamente gestores, profissionais e usuários do SUS. Ademais, chama a atenção para a necessidade de fortalecimento e priorização do sistema de saúde universal diante da crise econômica que o país enfrenta, a fim de evitar riscos financeiros para os usuários decorrentes de gastos pessoais e familiares com serviços privados de saúde.

Afirma ainda que, embora as diretrizes da revisão asseverem retoricamente a SF como estratégia prioritária para expansão da AB, quando o documento institui financiamento para outras modalidades de equipes, acaba por revogar a prioridade da ESF e rompe com a sua centralidade na organização do SUS.

A Abrasco atribuiu o sucesso da expansão da AB no país, nos últimos anos, à indução financeira da ESF atrelada aos seus efeitos positivos, reforçados recentemente pelo Programa Mais Médicos. Por fim, defendeu que “urge majorar o PAB fixo para ampliar capacidade e autonomia das secretarias municipais de saúde, mantendo prioridade à Saúde da Família”.

No entender da Abrasco, a PNAB é crucial ao direcionamento da APS e determinante para vários atores do SUS, inclusive profissionais de saúde e usuários. Desse modo, o caminho mais coerente para a organização da Atenção Básica não é via revogação da Saúde da Família, porém, sim, pela defesa de sua centralidade por meio do investimento necessário, que assegure condições adequadas e viáveis aos gestores municipais para sua expansão e efetivação.

5.4 CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) –RECOMENDAÇÃO Nº 035 DE 11 DE AGOSTO DE 2017

Conforme regulamentação na lei 8.142/1990, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) integra a estrutura organizacional do Ministério da Saúde e é instância colegiada, deliberativa e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como função fiscalizar, acompanhar e monitorar as políticas públicas de saúde, além de levar as demandas da população ao poder público, ou seja, representa o controle social na saúde.

O CNS (2017), após reunião extraordinária realizada em 9 de agosto de 2017, na Fiocruz RJ, com mais de duas mil pessoas presentes, recomendou ao Congresso Nacional, ao CONASEMS, ao CONASS, aos Conselhos Municipais de Saúde e às entidades que compõem as instâncias de controle social do SUS:

- 1 - Que se comprometam com a ampliação e qualificação do debate sobre a revisão da PNAB, tratando objetivamente dos impactos assistenciais e econômicos das medidas propostas, apresentando estudos e projeções que embasaram a decisão da CIT, a repercussão no rateio e redistribuição dos recursos federais para a atenção básica repassados aos municípios envolvendo a participação da população usuária, de especialistas, trabalhadores e gestores;
- 2 - Que os processos de mobilização das Conferências de Vigilância em Saúde contemplem o debate, razões, justificativas e impactos de revisão da PNAB.

No que diz respeito à CIT, recomendou que “não delibere pela revisão da PNAB enquanto este amplo processo de debate estiver em desenvolvimento”.

Previamente às recomendações, o CNS fez algumas considerações ao expor seu posicionamento:

- As deliberações da 15ª Conferência Nacional de Saúde, na qual se reafirmou a importância da PNAB;
- A priorização da ESF há mais de vinte anos como modelo prioritário, o que evidencia seu potencial para mais de 120 milhões de brasileiros atendidos em 2017;
- A minuta da Consulta Pública pela CIT, que contraria em diversos pontos as diretrizes da resolução CNS nº439, 07 de abril de 2011 (obedecidas pela PNAB 2011);
 - não prevê o número mínimo de ACS nas eSF, nem exige mais que os mesmos cubram 100% do território, pelo que alertam que tal medida poderá resultar em demissões dos ACS e redução na cobertura da população;

- obriga a unificação ACE-ACS, o que, para o CNS, não é adequado a todas as realidades e tende a piorar as ações de prevenção de doenças transmissíveis, em um país no qual ocorrem epidemias periódicas de dengue, chikungunya e zika;
- prevê indução financeira para as eAB, cujo efeito será a substituição da ESF pela antiga atenção básica;
- prevê padrão essencial e ampliado, mas não os descreve de modo a assegurar o princípio da integralidade.

O CNS, após pontuar vários aspectos importantes nas propostas da PNAB, demonstrou preocupação diante da sua revisão, a ponto de solicitar à CIT que não efetuasse deliberação a respeito antes de um debate suficiente.

Em suma, na missão de representar a população em busca de melhorias na saúde e na luta por um projeto político condizente com as reais necessidades de saúde, o CNS repudiou a imposição das propostas que apontam para a estagnação dos avanços até então alcançados na trajetória do SUS. Contudo, a sua solicitação não foi atendida, o que evidencia, mais uma vez, que esse processo não se deu de modo democrático.

5.5 CNS, CONACS E COFEN APONTAM PONTOS CRÍTICOS NA PNAB 2017 (03/10/2017)

A Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate de Endemias (Conacs) reuniu 1.200 agentes de todo o Brasil no dia 03 de outubro de 2017 em Brasília. O Conselho Federal de Enfermagem também participou do Seminário Nacional de Revisão da PNAB 2017 promovido pelos ACS e ACE, com apoio do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (COFEN, 2017).

Na ocasião, a vice-presidente do Cofen, Irene Ferreira, afirmou: “Trabalharemos para modificar a PNAB 2017 em conjunto com os agentes comunitários de saúde e de endemias. É um erro atribuir ao agente comunitário atividades típicas de técnico de enfermagem, descaracterizando a sua função e trazendo riscos a sua população” (COFEN, 2017).

Por sua vez, a presidente do Conacs, Ilda Angélica Correia, asseverou: “Estamos aqui para protestar contra os efeitos da portaria que regulamenta a nova PNAB. Essa

reformulação trouxe sérios agravantes para os profissionais, mas principalmente para as famílias que são assistidas por nós nas bases dos nossos municípios”.

Diferente dos posicionamentos mencionados, esse movimento conjunto ocorreu após a publicação da referida portaria, principalmente para manifestar o descontentamento dos ACS e ACE em relação às modificações ocorridas em suas atribuições, o que evidencia a resistência em aceitar tais proposições.

5.6 CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – “AS INCONSISTÊNCIAS DA PNAB”

(11/07/2017)

No Jornal do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2017, p.3), o presidente desse Conselho publicou considerações sobre a PNAB 2017. Carlos Vital Tavares Correa Lima fez referência à Política Nacional de Atenção Básica e afirmou que “a pedra angular da saúde pública” requer planejamento racional e alertou que essa PNAB não foi construída no âmbito de um processo caracterizado pelo compartilhamento de ideias e contínua discussão. Ademais, defendeu que a retórica de prioridade à ESF exposta na PNAB 2017 cai por terra, quando se observa a instituição de financiamento específico para outros modelos de atenção básica, sem Agentes Comunitários de Saúde ou com o deslocamento das equipes existentes, as quais já não contavam nesse momento com o número suficiente desses colaboradores.

No geral, as críticas e posicionamentos acerca das propostas da política estudada partiram do descontentamento em relação à ausência de um debate consistente e embasado em análises fundamentadas em indicadores e estudos sobre o tema, bem como ao conteúdo proposto no documento.

Outros aspectos agravantes se devem à discussão não ter considerado uma análise prospectiva quanto aos possíveis desdobramentos que tais mudanças poderiam trazer para o sistema público brasileiro, assim como a não contemplação da participação popular na redefinição das diretrizes.

Contudo, apesar das notas emitidas e de as manifestações convergirem no mesmo sentido – ou seja, serem contrárias à revisão e às propostas incorporadas na redação da política, bem como constituírem forças importantes nesse período, tanto que o documento foi levado à consulta pública para contribuições – não foi suficiente a ponto de modificar o conteúdo das mudanças.

Conclui-se que os interesses de parte dos atores envolvidos prevaleceram na arena de negociação da terceira edição da PNAB, os quais tiveram maior protagonismo e poder na intermediação de ações e intenções envolvidas neste processo, embora sem legitimação social para tal.

CAPÍTULO 6 RESULTADOS

A seguir, os resultados são apresentados de forma a traçar um panorama capaz de contemplar as principais variáveis que caracterizam a composição das equipes de APS, correlacionadas à Linha do Tempo exposta anteriormente (Figura 1 - capítulo 3).

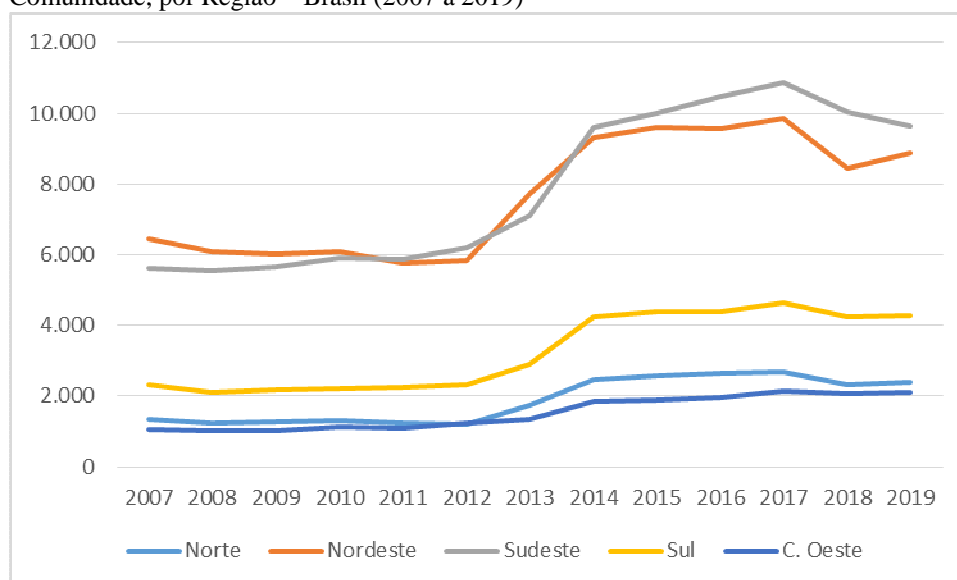
6.1 ANÁLISE DO BANCO DE DADOS DO CNES: EVOLUÇÃO DA COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES E COBERTURA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM ÂMBITO NACIONAL, SÉRIE HISTÓRICA (2007-2019)

6.1.1 Recursos Humanos (postos de trabalho)

Pode-se salientar a disparidade inter-regional na distribuição dos postos de trabalho ‘Médicos de Família’ e ‘Família e Comunidade’, em razão de sua maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste, o que sempre configurou desafio histórico na implementação da AP no país (Gráfico1 e Tabela1).

Importa observar como a evolução dessa categoria profissional sofreu oscilação frente às medidas instituídas na PNAB (2011), ao Provab, ao Programa Mais Médicos e, por último, à saída dos médicos cubanos do programa em novembro de 2018.

Gráfico 1 – Evolução dos postos de trabalho Médicos de Família e Médicos de Família e Comunidade, por Região – Brasil (2007 a 2019)



Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

Nota: mês de competência dezembro (2007-2018) e agosto (2019).

Tabela 1 – Distribuição de Médicos por Região (2007-2019) segundo CBO 2002 – Brasil

Região	PNAB					PMM			Saída dos Médicos Cubanos				
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Norte	1.325	1.238	1.253	1.300	1.220	1.191	1.733	2.473	2.570	2.655	2.677	2.324	2.408
Nordeste	6.449	6.096	6.017	6.100	5.778	5.851	7.703	9.328	9.609	9.552	9.855	8.458	8.865
Sudeste	5.604	5.533	5.645	5.895	5.882	6.193	7.105	9.589	10.004	10.471	10.871	10.035	9.646
Sul	2.304	2.120	2.157	2.227	2.255	2.312	2.897	4.258	4.403	4.400	4.655	4.227	4.286
C. Oeste	1.057	1.023	1.031	1.118	1.075	1.228	1.337	1.836	1.896	1.941	2.123	2.073	2.087
Total	16.739	16.010	16.103	16.640	16.210	16.775	20.775	27.484	28.482	29.019	30.181	27.117	27.292

Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

Nota (1): mês de competência dezembro (2007-2018) e agosto (2019).

Nota (2): Médico de Família e Médico de família e Comunidade.

Em 2007, ano base, verificam-se 16.739 cadastros de postos de trabalho médicos no total Brasil, número que se manteve até 2012. No ano de 2013, o acréscimo de 4.000 cadastros é atribuído provavelmente às mudanças na PNAB de 2011, as quais flexibilizaram a carga horária dessa categoria profissional para enfrentar o seu déficit nas eSF.

No ano de 2014, vê-se a tendência ao aumento desses postos de trabalho, o que configura novo acréscimo, o mais importante do período, de quase 7.000, decorrente do Programa Mais Médicos (PMM), instituído em outubro de 2013, o que elevou o número para 27.484 no SUS.

Surpreendentemente, nos anos seguintes, verificam-se incrementos em torno de 1.000 postos de trabalho médicos por ano, que chega a 30.181 em 2017, maior número registrado até então na história.

Constata-se ainda que embora o programa tenha alocado 18 mil médicos, a expansão no número de equipes não acompanhou esse montante, mesmo que tenha sido expressiva. A ampliação das eSF no Brasil variou de 36.342, em 2013, para 41.362, em 2017, enquanto o quantitativo de postos de trabalho ‘Médicos de Família’ e ‘Família e Comunidade’ aumentou de 20.775 para 30.181 no mesmo período (Tabela 2).

Para a OPAS (2018), essa discrepância na expansão das eSF em relação ao PMM pode ser atribuída a três possibilidades, que acabam por retratar irregularidades enfrentadas pelo mesmo: (a) os profissionais do programa teriam sido alocados em unidades de APS que não funcionavam no modelo da Saúde da Família; (b) pode ter havido equipes registradas no CNES antes do PMM, sem a presença do médico; (c)

teria ocorrido a substituição do profissional existente por médico do programa.

Em 2018, com a interrupção da participação de Cuba no PMM, é perceptível a redução de 3.000 vínculos de contratação na Estratégia de Saúde da Família, ou seja, decréscimo de 10% comparado a 2017, com potencial ameaça à composição das equipes. Pela série-histórica, essa foi a mudança mais significativa observada, resultado das alterações relacionadas ao PMM e não à PNAB de 2017.

Nota-se que, quase um ano após a saída do principal parceiro do PMM, ou seja, em agosto de 2019, esse número equivale praticamente ao mesmo valor observado em 2014 e demonstra que esse quantitativo não foi recomposto, mesmo diante das medidas recentes do atual governo.

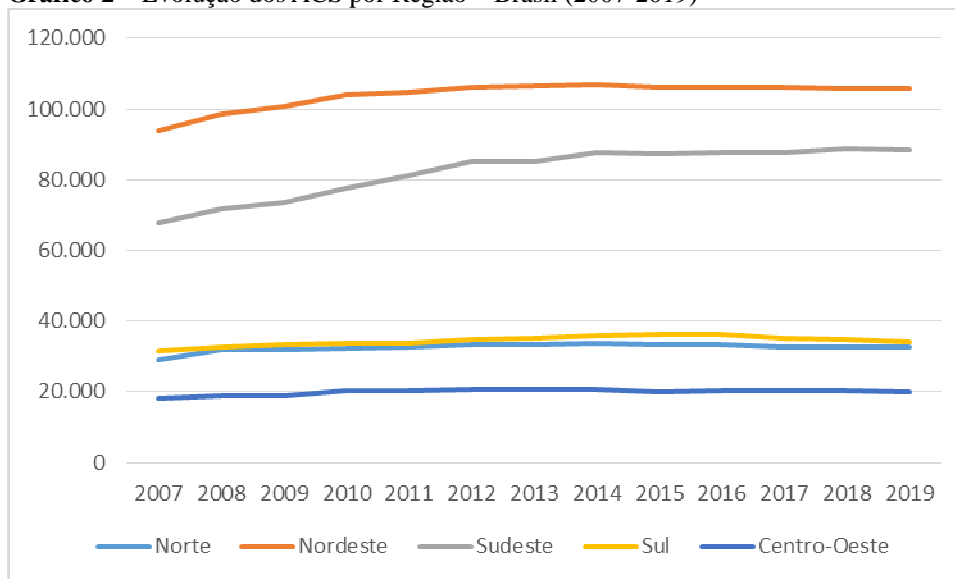
Ainda em relação à composição das equipes, verifica-se a evolução dos ACS cadastrados no Brasil e a maior concentração dessa força de trabalho na região Nordeste, seguida do Sudeste (Tabela 2 e Gráfico 2).

Observa-se em 2007 que os ACS estavam entre as principais categorias profissionais de trabalho atuantes no SUS, em torno de 240 mil. Em 2012, já haviam crescido 17% e atingiam 280 mil, número que praticamente se manteve até agosto de 2019.

Quanto à PNAB de 2017, houve mudanças significativas relacionadas a esses profissionais, os quais tiveram a sua participação suprimida para, no mínimo, 1 ACS/eSF.

No entanto, os dados referentes ao período de 2017 a 2019 apresentam redução de 780 agentes comunitários no total Brasil. A análise por região mostra retração de 3% dos ACS no Sul, 0,4% no Nordeste e 1% no Centro-Oeste; já nas regiões Sudeste e Norte houve aumento de 0,8%.

Gráfico 2 – Evolução dos ACS por Região – Brasil (2007-2019)



Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

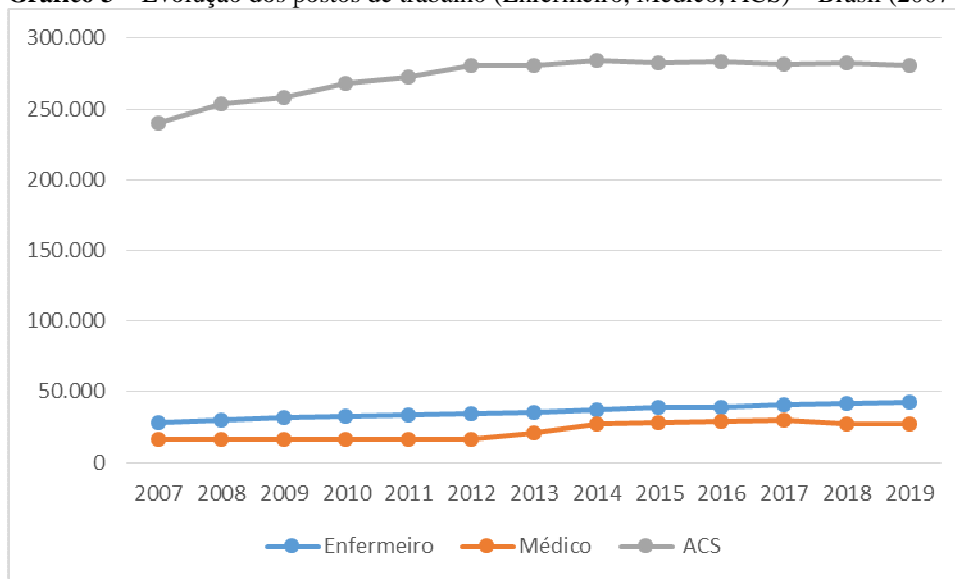
Nota: mês de competência dezembro (2007-2018) e agosto (2019).

Ao analisar essa pequena redução dos ACS, aliada à evolução das eSF no mesmo período, pode-se sinalizar para um possível efeito da PNAB (2017), uma vez que esta propôs o fim da obrigatoriedade de cobertura dos ACS para 100% da população e diminuição dos mesmos nas eSF.

A seguir, pode-se comparar a evolução de três categorias profissionais que compõem a força de trabalho das eSF (Tabela 2 e Gráfico 3), o que demonstra o aumento expressivo de profissionais dedicados à APS ao longo dos anos, os quais são importantes facilitadores do acesso e da utilização dos serviços de saúde.

Contudo, é visível a discrepância, principalmente, entre médicos/enfermeiros. Uma vez que essas categorias configuram a equipe mínima de Saúde da Família, os dados idealmente deveriam equiparar-se. Tal diferença encontra-se reduzida no período de 2014 a 2017, provavelmente pelo aumento na provisão de médicos. Na comparação de agosto de 2019 com dezembro de 2017, vê-se que houve acréscimo de 5% em relação aos enfermeiros, redução de 10% dos postos de trabalho dos médicos e 0,3% de ACS no total do Brasil.

Gráfico 3 – Evolução dos postos de trabalho (Enfermeiro, Médico, ACS) – Brasil (2007-2019)



Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

Nota (1): mês de competência dezembro (2007-2018) e agosto (2019).

Nota (2): Enfermeiro (ESF, SF; Médico (Médico de Família e de Família e Comunidade).

Tabela 2 – Série histórica com a distribuição de postos de trabalho e equipes de saúde, Brasil (2007-2019)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	(Variação % 2019- 2017)
Distribuição de ACS por Região - segundo CBO 2002														
Norte	29.173	32.020	31.969	32.408	32.448	33.308	33.289	33.789	33.277	33.193	32.445	32.602	32.715	0,8
Nordeste	93.785	98.481	100.650	103.880	104.642	106.306	106.726	106.878	106.276	106.202	106.353	105.974	105.926	-0,4
Sudeste	67.636	71.715	73.533	77.532	81.124	85.323	85.106	87.703	87.186	87.755	87.758	88.935	88.447	0,8
Sul	31.438	32.779	33.434	33.779	33.807	34.949	35.095	35.922	36.247	36.264	35.289	34.798	34.169	-3,3
Centro-Oeste	18.188	18.698	18.979	20.163	20.462	20.613	20.763	20.648	20.001	20.134	20.134	20.272	19.942	-1,0
Total	240.220	253.693	258.565	267.762	272.483	280.499	280.979	284.940	282.987	283.548	281.979	282.581	281.199	-0,3
Postos de Trabalho Brasil –ocupações														
Enfermeiro	28.406	29.996	31.764	32.949	33.567	34.266	35.360	37.492	38.624	39.328	40.571	42.062	42.737	5,1
Médico	16.739	16.010	16.103	16.640	16.210	16.775	20.775	27.484	28.482	29.019	30.181	27.117	27.292	-10,6
ACS	240.220	253.693	258.565	267.762	272.483	280.499	280.979	284.940	282.987	283.548	281.979	282.581	281.199	-0,3
Total	285.365	299.699	333.432	317.351	322.260	331.540	337.114	349.916	350.093	351.895	352.731	351.760	351.228	-0,4
Tipos de equipes de Saúde – Brasil														
eSF	28.306	29.914	31.153	32.523	33.445	32.346	36.342	39.886	41.349	41.871	41.362	44.216	42.605	2,9
EACS	3.272	3.518	3.738	4.045	4.332	4.457	3.745	2.961	2.873	3.116	2.627	3.053	3.062	14,2
eAB					71	64	251	314	502	479	531	499	522	-1,72
Subtotal	31.578	33.432	34.891	36.568	37.848	36.867	40.338	43.161	44.724	45.466	44.520	47.768	46.189	3,6
Outros	167	669	1.322	1.745	2.115	4.909	4.228	5.731	6.497	6.699	9.685	8.195	10.406	6,9
Total	31.745	34.101	36.213	38.313	39.963	41.776	44.566	48.892	51.221	52.165	54.205	55.963	56.695	4,4
Cobertura de Saúde da Família- Brasil														
Cob. da Pop. Cadastrada eSF	59,7	59,5	60,5	64,8	59,6	62,2	60,1	57,5	44,7	SI	32,8	38,4	42,6	9,8
Cob. Da Pop. Estimada eSF	53,1	54,4	56,1	58,8	60,0	57,5	62,4	67,9	69,8	70,1	68,7	73,2	69,9	1,2

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Nota(1): Subtotal (eSF e eAB tipo I,II,III,IV com e sem Saúde Bucal; EACS com e sem SB).

Nota(2):Outros (eSF transitórias, fluviais e ribeirinhas, eAB prisional, Nasf e eCR).

Nota(3): mês de competência dezembro 2007-2018 e agosto para 2019.

Nota(4): Enfermeiro (ESF e SF); Médico (MFC, Médico de Família).

Nota(5): Cobertura da população cadastrada a partir do cadastro informado no SIAB e no SISAB (Sem informação para o ano de 2016).

Nota(6): Cobertura Estimada para eSF 3.450 e Pro. Censo IBGE 2010.

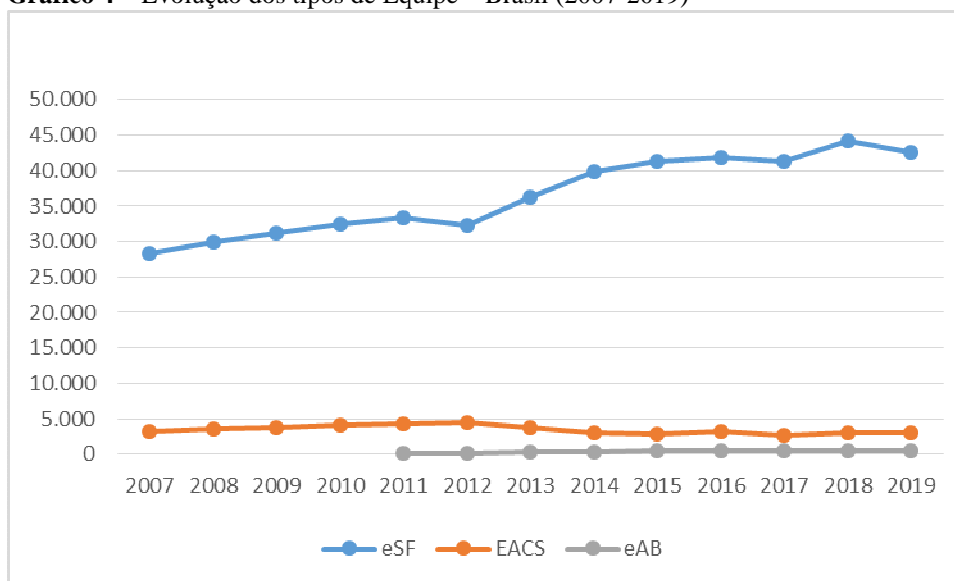
6.1.2 Tipos de Equipe

No que se refere à evolução dos tipos de equipe, verifica-se que as equipes de Atenção Básica correspondem a 1% quando comparadas ao total de equipes (Tabela 2 e Gráfico 4), assim como se nota não ter havido evolução das eAB após a PNAB de 2017. Ou seja, a autorização para a implantação de novas eAB não se efetivou, o que demonstra que não houve adesão por parte dos gestores municipais.

Observa-se crescimento, em números absolutos, das equipes (eSF, EACS, eAB) no país ao longo do período estudado, porém, entre 2017 e 2019, nota-se aumento de 2,9% eSF; 14,2% EACS e diminuição de 1,7% de eAB.

Nota-se a capilaridade da Saúde da Família ao se comparar as eSF às demais equipes analisadas (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Evolução dos tipos de Equipe – Brasil (2007-2019)



Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

Nota: mês de competência dezembro (2007-2018) e agosto (2019).

Para elucidar a afirmativa de Cecílio e Reis (2018) de que o financiamento do modelo tradicional de Atenção Básica é antiga reivindicação dos gestores dos municípios de médio e grande porte das regiões Sul e Sudeste, faz-se referência à distribuição dessas equipes por município, onde Curitiba, São Paulo e Rio de Janeiro aparecem com maior número, 10%, 7,6% e 5%, respectivamente, e as demais encontram-se pulverizadas pelo restante do país (Tabela 3). Depreende-se desta análise que a flexibilização do modelo não ocorreu para atender a uma necessidade urgente, já que o modelo tradicional parece ser

residual e inexpressivo no universo das quase 57.000 equipes de saúde brasileiras.

TABELA 3 – Distribuição de Equipes de Atenção Básica por Município (agosto 2019)

Município	eAB	Total equipes	% eAB / equipes
Curitiba	52	365	14,2
São Paulo	40	1.791	2,2
Rio de Janeiro	27	1.335	2
Barueri	21	26	80
Osasco	18	110	16,3
Porto Alegre	17	336	5
Uberlândia	16	119	13,4
Serra	12	61	19,6
Santana de Parnaíba	12	14	85,7
Ribeirão Preto	11	77	14,2
Santos	11	71	15,4
São Carlos	11	43	25,5
Araraquara	10	45	22,2
Mauá	10	83	12
Cariacica	9	44	20,5
Indaiatuba	9	39	23
Outros	236	52.136	0,4
Total	522	56.695	0,92

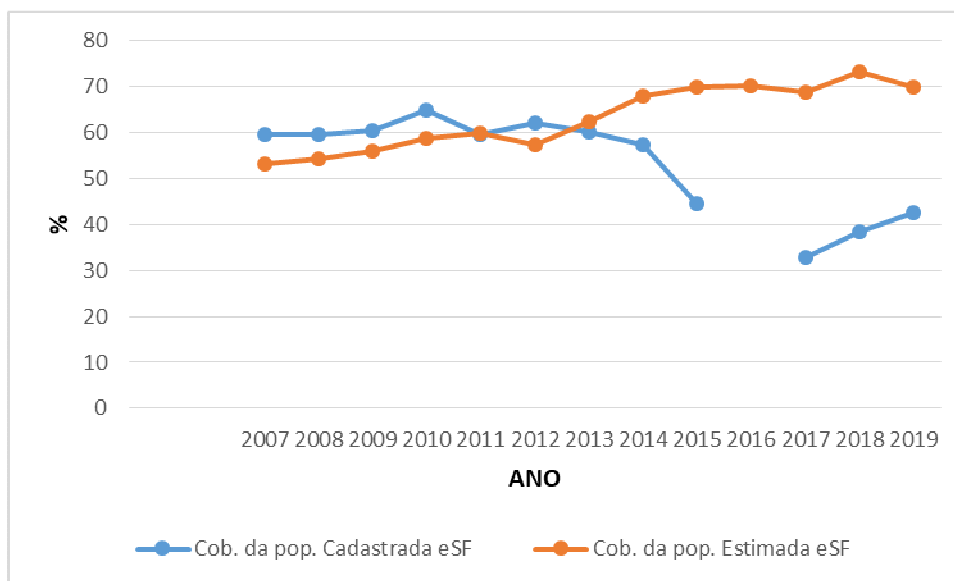
Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

Nota: Tipo da Equipe: eAB tipo I, II, III com e sem SB.

6.1.3 Cobertura de Saúde da Família

No período de 2017 a 2019 houve aumento de 1,2% na cobertura estimada de Saúde da Família, embora atenuada pelas estimativas de crescimento da população (Tabela 2 e Gráfico 5). Apesar da cobertura estimada ser de 69,9% em agosto de 2019, é marcante o contrassenso de somente 42,6% da população estar cadastrada nos sistemas de informação da Atenção Básica no mesmo período. Vale registrar a discrepância entre a Estimativa de Cobertura populacional de SF e a Real Cobertura da população devidamente cadastrada.

Gráfico 5 – Evolução da cobertura da Saúde da Família – Brasil (2007-2019)



Fonte: Ministério da Saúde – CNES.

Nota (1): mês de competência dezembro (2007-2018) e agosto (2019).

Nota (2): Cobertura da população cadastrada a partir do cadastro informado no SIAB e no SISAB (sem informação para o ano de 2016).

Nota (3): Cobertura Estimada para eSF 3.450 e Pro. Censo IBGE 2010.

Em 2015, o Ministério da Saúde interrompeu a apresentação das informações públicas de cadastro da população, o que evidencia a descontinuidade dos registros e da organização das listas historicamente alcançados pelo SIAB em seu primeiro manual (BRASIL, 1998).

Tal medida impactou o aumento da discrepância entre as duas formas de cálculo da Cobertura de Saúde da Família. Ou seja, pela série histórica, em 2019, 42,6% da cobertura da população brasileira estava cadastrada pelas eSF, enquanto que chegou a 64,8% em 2010 (Tabela 2).

Além disso, vale ressaltar a interrupção da série histórica diante da mudança do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) para o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) (Gráfico 5).

Esclarecimentos sobre o Indicador Cobertura de Saúde da Família

Tem-se associado o aumento do indicador de cobertura da Saúde da Família a fatores tais como: menores taxas de hospitalização desnecessárias (KRINGOS et al., 2013); promoção do acesso e utilização dos serviços, além de menores índices de mortalidade infantil (MACINKO; MENDONÇA, 2018); redução de desigualdades

socioeconômicas (MACINKO et al., 2003); declínio da mortalidade adulta para algumas condições sensíveis da AP (ALFRADIQUE et al., 2009).

Em contrapartida, Cardoso e Vieira-da-Silva (2012) apontam que os padrões utilizados para essa estimativa da cobertura não incorporam indicadores capazes de estabelecer aproximação com as necessidades de saúde da população. Ou seja, a elevada cobertura de Saúde da Família não é, necessariamente, garantia de qualidade dos serviços, o que estaria na dependência de outros critérios avaliativos para tal fim.

Note-se que, ao se definir a cobertura universal como sinônimo de acesso à atenção integral (STUCKLER et al., 2010), a sua avaliação refere-se à disponibilidade e à distribuição social dos recursos, ou seja, consiste em apenas um dos componentes utilizados para avaliar os serviços de saúde (VIEIRA-DA -SILVA, 2005).

Um esclarecimento sobre a cobertura em termos de nomenclatura parte de Soberón (1998), que distingue cobertura potencial de cobertura real. A primeira, corresponde à capacidade e à possibilidade da oferta, enquanto a segunda, busca estimar a proporção da população que de fato utilizou os serviços.

No tocante aos registros por parte das equipes da saúde, houve alteração recente no Brasil. Em geral, os dados eram lançados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a partir da produção mensal das equipes de SF. Com a informatização dos prontuários e a implantação do e-SUS, as equipes passaram a utilizar o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), ambos disponibilizados pelo Ministério da Saúde no site do DATASUS.

Embora essas alterações visem à melhoria da informação e à informatização das Unidades de Saúde e do SUS, ocorreu descontinuidade na alimentação dos dados, principalmente pelo fato de os prontuários do e-SUS não estarem totalmente equiparados ao conteúdo da ficha A, o que acabou por interferir na série histórica para o monitoramento dos dados gerados pelos serviços assistenciais.

Por conseguinte, é essencial que seja feito o aperfeiçoamento dos métodos para avaliar esse indicador a partir dos sistemas de informação em saúde. Sua relevância consiste em que fornecem os dados indispensáveis aos gestores a fim de subsidiar o monitoramento e o consequente planejamento dos serviços na APS.

A Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Básica –, por meio de nota metodológica, sistematizou o método de cálculo do indicador Cobertura Populacional estimada da Atenção Básica e afirmou que o objetivo foi torná-lo mais fidedigno.

Esse documento afirma considerar a centralidade da Atenção Básica no SUS, com a proposta de constituir-se como ordenadora do cuidado nos sistemas locais de saúde e o eixo estruturante de programas e projetos, de modo a favorecer a capacidade resolutiva e os processos de territorialização e regionalização em saúde (BRASIL, 2017b).

O parâmetro utilizado nesta dissertação foi o mesmo estabelecido pelo MS, que consiste no valor de 3.450 indivíduos cobertos por equipe de Saúde da Família e a estimativa populacional baseou-se no censo do IBGE.

Neste sentido, é importante pontuar o problema que é calcular a Cobertura de Saúde da Família por estimativa. Enquanto a maioria dos países do mundo e a OCDE utilizam o número de pessoas cadastradas e atribuídas a um médico de família ou a uma eSF (mediante a gestão de cadastros duplicados), no Brasil, desde 1999, insiste-se em calcular uma “cobertura potencial”, por meio da multiplicação do número de equipes por 3.450 pessoas e da divisão pela população estimada para o meio do ano pelo IBGE.

Ao considerar que a garantia da informação de qualidade é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária para a tomada de decisões baseada em evidências e para a programação de ações de saúde (RIPSA, 2002), entende-se que o Ministério da Saúde necessita avançar na avaliação sistemática da qualidade e na alimentação das informações em tempo oportuno, de modo que “se institua no Brasil uma política de avaliação formal e regular” (LIMA et al., 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou a evolução da implementação da Política Nacional de Atenção Básica 2017 no que concerne à composição das equipes e à cobertura nacional da Saúde da Família, buscou-se evidenciar o quanto as mudanças na referida política influenciaram o alcance da Atenção Primária à Saúde em relação aos postos de trabalho, às equipes e à cobertura nacional.

Desse modo, é possível conceber que, apesar de a PNAB ser reconhecida como instrumento legal e relevante na organização da APS brasileira, sua terceira edição, isoladamente, pouco influenciou na composição das equipes e no crescimento de equipes diversas à SF no Brasil. Tal constatação mostra-se inusitada, ao lembrar a tensão ocorrida no período de reformulação desta política, momento em que o campo da saúde pública contestou a insuficiência do debate e as propostas expressas em seu texto.

Verifica-se, igualmente, que a autorização para a implantação de novas eAB não se efetivou, ao demonstrar não ter havido adesão por parte da maioria dos gestores municipais de saúde, o que culminou, em setembro de 2019, dois anos após a publicação da PNAB 2017, na publicação de um decreto do Ministério da Saúde que extingue essas equipes.

Constata-se que ocorreu pequena redução no quantitativo de ACS, o que representa menos de 1% no total Brasil, e oscilação no quantitativo de Médicos diante dos últimos acontecimentos do PMM.

É certo que a dificuldade na provisão de médicos com formação profissional voltada para as necessidades de saúde da população e a sua distribuição no território nacional sempre foi um desafio na trajetória da APS brasileira (MACHADO, 1997), situação que permanece até os dias atuais (CFM, 2018), quando o governo, na tentativa de recuperar esses profissionais, instituiu programas para este fim.

Apesar dos importantes avanços de 1994 (BRASIL, 1994) a 2017, também se verificam poucas mudanças ao se analisar a Cobertura Estimada da Saúde da Família no período de 2017 a 2019, o que pode ser atribuído ao cenário econômico de austeridade (CASTRO et al., 2019) e, também, à falta de prioridade nos investimentos em saúde e na APS (MENDES et al., 2018).

Portanto, conclui-se que a sua implementação não depende exclusivamente de propostas governamentais do campo organizacional, relacionadas ao processo de trabalho das equipes por exemplo, e sim de dispositivos que estejam atrelados a incentivos

financeiros para dar suporte à gestão no enfrentamento das necessidades de saúde da população. Neste caso, os municípios são os protagonistas na sua execução (DOMINGOS et al., 2016) e na operacionalização de suas recomendações.

Mesmo que a PNAB seja idealizada como instrumento de organização de ações e serviços de saúde com o objetivo de fortalecer a APS como ordenadora do SUS, percebeu-se, na prática, que este dispositivo é subutilizado e pouco conhecido por boa parte dos municípios. Nota-se também que a PNAB tende a adquirir maior relevância organizacional ao ser acompanhada de programas que se comportam como uma espécie de “catalisadores de mudança”.

Isto, porque a implementação dos programas, por parte dos municípios, pode ser justificada em razão de os mesmos estarem associados a incentivos financeiros federais, uma vez que, em razão da descentralização político-administrativa do sistema e após a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016, verifica-se a elevação da participação dos municípios no total dos gastos com a saúde pública, enquanto o governo federal continua como principal detentor dos recursos (MENDES et al., 2018).

Além do caráter indutor, os programas parecem atender de maneira mais concreta e incisiva às demandas impostas ao sistema, ao passo que a PNAB permanece no campo normativo, que é abstrato para as secretarias municipais de saúde. A título de exemplo, o Programa Mais Médicos mostra variação imediata no aumento quantitativo no CNES, o que reflete sua implementação já no próprio ano de início e comprova que respondeu à demanda real da APS.

Em razão do exposto, ao se comparar os efeitos oriundos da PNAB de 2017 e do PMM, apesar de ambos constituírem iniciativas do executivo federal, as referidas políticas públicas mostram influências bastante diferentes na prática, o que pode ser atribuído ao atendimento ou não das reais necessidades de saúde da população.

Dessa forma, questiona-se se as proposições da PNAB foram realmente adequadas aos principais problemas públicos que atingiam a APS e se os interesses que motivaram a sua reformulação eram legítimos para a maioria dos municípios, ou se apenas se prestaram à demanda específica de determinada região.

Essas afirmativas acabam por suscitar a reflexão quanto à condução da política do governo e em que medida o contexto político econômico tem influenciado na proposição das políticas públicas em detrimento da garantia dos direitos expressos na Constituição.

É preciso que as recentes mudanças do atual governo sejam direcionadas no sentido de consolidar e fortalecer a APS a partir de um sistema público, universal e gratuito. Para tanto, os desafios atuais residem centralmente na vontade política de resgatar os princípios de Alma-Ata e os atributos da Atenção Primária, o que torna real o acesso e a Cobertura do “Saúde da Família” para toda a população brasileira.

Essa pesquisa corrobora a expectativa de Almeida et al. (2018), de que os interesses corporativos, políticos e econômicos possam confluir no sentido da efetivação de uma APS acessível e resolutiva, a fim de fortalecer o SUS como um todo. Para tanto, a participação e o protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde no Brasil mostram-se fundamentais.

De todo modo, deve-se ter em conta que o reflexo das políticas públicas por vezes demanda tempo e, no caso da PNAB, sua última edição ainda é recente para que se avalie exaustivamente os seus efeitos reais, o que acaba por limitar os resultados observados neste estudo.

Seria interessante investigar, por meio de novas pesquisas, o posicionamento dos gestores municipais em relação à viabilidade da PNAB como recurso organizacional, a aplicabilidade das suas recomendações no contexto de subfinanciamento do sistema, bem como averiguar as principais dificuldades e desafios encontrados no âmbito da gestão, com o objetivo de estabelecer a aproximação entre os formuladores e os operacionalizadores da política.

Recomenda-se também maior investimento e priorização, por parte do MS, na informatização do SUS para viabilizar a interoperabilidade e atualização permanente dos Sistemas de Informação pelo sistema público de saúde. Dessa forma, o acompanhamento dos indicadores favorecerá a gestão, bem como os pesquisadores do tema, no acompanhamento das políticas.

Sugere-se que as necessidades sociais e as pesquisas científicas embasadas em evidências sejam os principais instrumentos motivadores das políticas públicas em nosso país. Dessa forma, as ações tenderão a promover avanços e resultados que impactem diretamente a saúde das pessoas, de modo a honrar os preceitos constitucionais do SUS (SORANZ, 2019).

Por fim, como contribuição à produção do conhecimento, um manuscrito científico sobre o tema foi produzido a partir dos resultados desta dissertação, o qual segue em

Anexo 2 e foi submetido, aprovado e estará disponível na Revista Ciência e Saúde Coletiva no ano de 2020.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **Nota Oficial ABRASCO**, 2017. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/outrasnoticias/notas-oficiais-abrasco/contrareformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica>. Acesso em: 10 fev. 2019.
- ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 6, p. 1.337–1.349, jun. 2009.
- ALMA ATA, Declaração de. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, 1978, Alma Ata**. URSS, Alma-Ata, 6 set. 1978. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 10 fev. 2019.
- ALMEIDA, E. R.; SOUZA, A. N. A; BRANDÃO, C. C; CARVALHO, F. F. B. C; TAVARES, G; SILVA, K. C. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 42, 2018.
- ANDRADE, M. V.; COELHO, A. Q.; NETO, M. X.; De CARVALHO, L. R.; ATUN, R.; CASTRO, M. C. *Brazil's family health strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012)*. **Health Policy and Plan**, n. 33, p. 368–380, 2018.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. (org.). **Caminhos para análises de políticas de saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Mimeo.
- BARRETO, M.L.; RASELLA, D.; MACHADO, D. B.; AQUINO, R.; LIMA, D.; GARCIA, L. P. et al. *Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Brazil*. **PLoS Med.**, v. 11, n. 9, p. e1001692, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001692>. Acesso em: 20 set. 2019.
- BOBBIO, N.; MATTENUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Brasília/São Paulo: UNB/Imprensa Oficial do Estado, 1995.
- BRASIL. Portaria Nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** – DOU de 17/05/2019, edição: 94, seção: 1, p.122. Brasília, 2019a.
- BRASIL. **Decreto Nº 9.795**, de 17 maio 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasília, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 20 set 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde– MS. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria GM N. 2.539, de 26 set. 2019. Para instituir a equipe de Atenção Primária (eAP). Brasília, **Diário Oficial da União** – DOU, 27 set. 2019c, ed. 188, seção: 1, p. 164.

BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 1 ago. 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União** - DOU, 01 ago. 2019d.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Gabinete do Ministro de Estado da Saúde. Portaria Nº 1.808, de 28 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 27 de setembro de 2018, para dispor sobre o financiamento das Equipes de Atenção Básica - eAB e da Gerência da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB. **Diário Oficial da União**. Seção 1, nº 124, p. 66, sexta-feira, 29 de junho de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde – MS. Portaria/MS Nº. 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União** - DOU. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde – MS/SAS. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica do Ministério da Saúde sobre Cálculo de Cobertura**. 2017b. Disponível em:

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf. Acesso em: set. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. **Requalifica UBS** [Internet]. 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs. Acesso em: 29 set. 2019.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. **Diário Oficial da União** – DOU de 20 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: MS; 2012a.

BRASIL, Ministério da Saúde – MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, 2012b. 55p

BRASIL, Ministério da Saúde – MS. Portaria/MS nº. 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** – DOU. Brasília, 29 set. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União** – DOU, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial da União** – DOU 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: MS 2008b. (*Primary Care Assessment Tool*. PCATool-Brasil).

BRASIL. Presidência da República. Poder Executivo. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** – DOU 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. **Diário Oficial da União** - DOU 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde - MS. Portaria/MS no.648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** - DOU 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde – MS. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. 1997, p. 34. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: fev. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde – MS. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**, 1996. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde - MS. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde – MS. Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília: 1998. 98p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Presidência da República - Casa Civil - Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: fev. 2019.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 6, p. 131, 17 nov. 2006.

CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C. **Reflexões sobre a AB e ESF**. Ed. Hucitec. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, RJ, v. 28, n. 7: p. 1.273-1.284, jul. 2012.

CASTRO MC, MASSUDA AD, ALMEIDA G, MENEZES-Filho NA, ANDRADE MV, NORONHA KVMS, ROCHA R., MACINKO J. *Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future*. **The Lancet**. Published online Jul. 11, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 20 set 2019.

CASTRO, A. L. B; MACHADO, C. V. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 4, p. 693–705, abr. 2010.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. **Nota Cebes: Além de atacar a ESF, ministro debocha da participação popular**. 2017. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/destaque/nota-cebes-alem-de-atacar-estrategia-de-saude-da-familia-ministro-debocha-do-principio-da-participacao-popular>. Acesso em: 20 fev. 2019.

- CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018.
- CELLARD, A. A Análise Documental: IN POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis. Ed. Vozes, 2008.
- CFM – Conselho Federal de Medicina. As inconsistências da PNAB. **Rev. Medicina: Conselho Federal**, n. 269, jul. 2017. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27155:2017-09-11-14-25-07&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em: fev. 2019
- CFM - Conselho Federal de Medicina. **Demografia Médica no Brasil, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2018.**
- CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 035** de 11 de agosto de 2017. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco035.pdf>. Acesso em: fev. 2019
- COFEN. **CNS, Conacs e Cofen apontam pontos críticos na PNAB 2017**. 03 out. 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-e-acs-exigem-mudancas-na-pnab-2017_56018.html. Acesso em: fev. 2019
- COHN, AMÉLIA. O Estudo das Políticas de Saúde: Implicações e Fatos. In: CAMPOS, G. W. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Rio de Janeiro: Editora Hucitec, Fiocruz, 2006.
- CONASS. **SUS: Avanços e desafios/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília, 2006.
- CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conass Informa n. 86** – Publicada a Portaria GM n. 930 que institui o Programa “Saúde na Hora”. 17 maio 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conass-informa-n-86-publicada-a-portaria-gm-n-930-que-institui-o-programa-saude-na-hora-que-dispoe-sobre-o-horario-estendido-de-funcionamento-das-unidades-de-saude-da-familia-altera/>
- CONASS; CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. **Nota Conjunta Conasems e CONASS sobre a reformulação da PNAB 2017**. 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/nota-conjunta-conasems-e-conass-sobre-reformulacao-pnab/>. Acesso em: 20 fev. 2019.
- CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde Família**, n.1, p. 10-5, 1996.
- CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7–s16, 2008.
- CUBA. **Declaração do Ministério da Saúde Pública de Cuba**. 14 nov.2018. Disponível em: <http://www.pt.granma.cu/cuba/2018-11-14/declaracao-do-ministerio-da-saude-publica>. Acesso em: 07 out. 2019.
- DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002.
- DOMINGOS, C. M. et al. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 3, 2016.

- DOURADO, I.; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. *The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013)*. **Int. J. Equity Health**, v. 15, n. 1, p. 151, 2016.
- DUROVNI, B.; SARACENI, V.; PUPPIN, M. S.; TASSINARI, W.; CRUZ, O. G.; CAVALCANTE, S. et al. *The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data*. **J. Public Health (Oxf.)**, 1-8, 2017.
- FLEURY, S.; OUVÉRNÉY, A. M. O. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistemas de Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, p.35-58, 2012.
- GÉRVAS, J.; FERNÁNDES, M. P. Organização da Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. (Orgs). **Tratado da Medicina da Família e Comunidade**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. p. 42-51.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistemas de Saúde**. 2. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz: Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p.493-546.
- GIUGLIANI, C.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, M. S. et al. *Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review*. **J. Ambul. Care Manage**, v. 34, n. 4, p. 326-338, 2011.
- KRINGOS, D. et al. *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. **British Journal of General Practice**, v. 63, n. 616, p. e742–e750, nov. 2013.
- LIMA, C. R. de A.; SCHRAMM, J. M. de A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde. Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10: p. 2.095-2.109, out. 2009.
- MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde em Debate (RJ)**, v. 42, n. esp.1, p. 18–37, set. 2018.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J.; ROCHA, M. G. *Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care*. **J. Ambul. Care Manage**, 40 (Supl. 2, The Brazilian National Program for Improving Primary Care Access and Quality - PMAQ): S4-S11, 2017.
- MACINKO, J.; LIMA COSTA, M. F. *Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey*. **Tropical Medicine & International Health: TM & IH**, v. 17, n. 1, p. 36-42, 2012.
- MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. *The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development*

- (OECD) *Countries, 1970-1998. Health Services Research*, v. 38, n. 3, p. 831–865, jun. 2003.
- MALTA, D. C.; SANTOS, M. A. S.; STOPA, S. R.; VIEIRA, J. E. B.; MELO, E. A. M.; REIS, A. A. C. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, fev. 2016.
- MARQUES, R. M.; MENDES, Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. S163–S171, 2002.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, jun. 2009.
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Rev. Saúde em Debate** (RJ), v. 42, n. esp.1, set. 2018.
- MENDES, Á. A Atenção Básica no SUS e as pedras no seu caminho. **JMPHC** [Internet]. Disponível em: <http://www.jmphc.com.br/jmphc/issue/view/>. Acesso em: 29 jan. 2019.
- MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde em Debate** (RJ), v. 42, n. esp. 1, p. 224–243, set. 2018.
- MENDONÇA, M. H.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. 610 p.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo: Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2004.
- MIRANDA, A.S. A Reforma Sanitária encurralada? Apontamentos contextuais. **Saúde em Debate** (RJ), v. 41, n. 113, p. 385-400, abr.-jun. 2017.
- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate** (RJ), v. 42, n. 116, p. 11–24, jan. 2018.
- MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e definições. **Saúde em Debate** (RJ), v.42, n. especial 1, p. 261-274, set. 2018.
- OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.
- PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. esp., p. 73–78, ago. 2006.
- PAIM, J. S. Sistema único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva** (RJ), v. 23, n. 6: p 1.723-1.728, jun. 2018.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 10, p. 1927–1936, out. 2013.
- PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, 1903–1914, jun. 2018.

- PINTO, H.A. Análise da mudança da política nacional de atenção básica. **Saúde em Redes**, v. 4, n. 2, p. 191-217, 2018.
- PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. W. F. **Ciclo de uma Política Pública**: problematização, construção da agenda, institucionalização, formulação, implementação e avaliação. Rio de Janeiro, RJ: MedBook Editora Científica Ltda, 2014.
- RASELLA, D.; HARHAY, M.O.; PAMPONET, M. L.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. *Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data*. **BMJ**, n. 349, p. 4.014, 2014.
- RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. *Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil*. **Pediatrics**, v. 126, n. 3, p. 534-540, 2010.
- REIS, J. G.; HARZHEIM, E.; NACHIF, M. C. A.; FREITAS, J. C.; D'ÁVILA, O.; HAUSER, L.; MARTINS, C.; PEDEBOS, L. A.; PINTO, L. F. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva** (RJ), v. 24, n. 9, p. 3.457-3.462, 2019.
- RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos de saúde no Brasil**: conceitos e aplicações, Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.
- SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 1, n. 1, Ano I, jul. 2009.
- SANTOS, L. P. R. dos; CASTRO, A. L. B.; DUTRA, V. G. P.; GUIMARÃES, R. M. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, v. 26, n. 2, p. 178-183, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2018000200178&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set 2019.
- SOBERÓN, G. *La extensión de cobertura de los servicios de salud*. **Gac. Méd.** México, n. 124, p. 163-175, 1988.
- SORANZ, D.R. Reformas de sistemas de saúde informadas em evidências. **Ciênc. Saúde Coletiva**; v. 24, n. 6, p. 1.994-1995, 2019.
- SORANZ, D.; PINTO, L. F.; CAMACHO, L. A. B. *Analysis of the attributes of primary health care using the electronic medical records in the city of Rio de Janeiro*. **Ciênc. Saúde Colet.** [Internet], v. 22, n. 3, p. 819-830, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300819&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 27 set 2019.
- SORANZ, D. **Reforma da atenção primária em saúde na cidade do Rio de Janeiro (2009-2016)**: uma avaliação de estrutura, processo e resultado [tese]. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2017.
- STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde: ed. [s.l.] UNESCO, MS, 2002.
- STUCKLER, D.; FEIGL, A. B.; BASU, S.; MCKEE, M. *The political economy of universal health coverage*. **Background paper for the Global Symposium on Health System Research**. Geneva: World Health Organization; 2010.

TASCA, R. P. R. A. Avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9: 2.917-2.918, 2016.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1992.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis** (RJ.), v. 15, n. supl., p. 225–264, 2005.

VIANA, A. L. D'; BAPTISTA, T. W. DE F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. **Políticas de Saúde e Sistemas no Brasil**. 2. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, 2012. p.59-88.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. (orgs.). **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz (Salvador): Edufba; 2005. p. 15-39.

ANEXO 1 TABELA COMPARATIVA DAS EQUIPES DE SAÚDE – BRASIL (2007-2019)

Tabela 1 – Equipes de Saúde - Brasil (2007-2019)

Tipo da Equipe	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
01 ESF	10.757	10.577	10.579	10.707	10.665	10.701	11.655	14.125	14.975	15.470	15.843	15.825	15.998
02 ESF SB M I	16.250	17.769	18.837	19.901	20.583	21.010	21.766	22.917	23.397	23.276	24.595	25.433	25.918
03 ESF SB M II	1.299	1.568	1.737	1.915	2.124	2.148	2.233	2.305	2.273	2.195	2.187	2.125	2.113
04 EACS	3.272	3.518	3.586	3.763	3.851	3.994	3.442	2.773	2.640	2.774	2.418	2.602	2.624
05 EPEN	167	199	227	275	290	294	322	225	187	177	167	126	102
06 NASF1	-	424	954	1.264	1.476	1.613	2.047	2.484	2.649	2.719	3.080	3.461	3.525
07 NASF2	-	40	104	151	185	433	628	788	885	900	996	1.062	1.073
08 EMSI	-	5	29	43	46	49	65	87	99	112	121	114	237
09 EMSIAL	-	1	8	12	17	14	23	30	65	100	125	107	-
10 EACSSB_M1	-	-	143	258	454	430	274	169	213	313	200	429	413
11 EACSSB_M2	-	-	9	24	27	33	29	19	20	29	9	22	25
12 ESFR	-	-	-	-	2	4	13	38	46	45	40	54	61
13 ESFRSB_MI	-	-	-	-	5	2	19	48	56	55	63	91	102
14 ESFF	-	-	-	-	-	-	2	2	6	2	2	1	-
15 ESFFSB	-	-	-	-	1	2	3	7	4	9	12	18	27
16 EAB1	-	-	-	-	31	29	67	113	192	203	224	255	276
17 EAB2	-	-	-	-	1	3	11	24	53	47	44	31	28
18 EAB3	-	-	-	-	1	1	2	2	6	3	6	6	6
19 EAB1SB	-	-	-	-	34	27	152	153	222	210	238	197	204
20 EAB2SB	-	-	-	-	4	4	18	17	24	16	17	10	8
21 EAB3SB	-	-	-	-	-	-	1	5	5	-	2	-	-
22 EMAD	-	-	-	-	65	198	352	482	546	569	611	660	675
23 EMAP	-	-	-	-	28	98	195	308	360	369	400	442	468
24 ESF1	-	-	-	-	4	13	15	18	19	29	31	34	17

Tipo da Equipe	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
25 ESF1SB_M1	-	-	-	-	2	27	34	38	46	68	78	39	34
26 ESF1SB_M2	-	-	-	-	-	1	3	4	7	8	5	1	-
27 ESF2	-	-	-	-	-	-	-	2	4	3	3	4	1
28 ESF2SB_M1	-	-	-	-	1	1	1	2	2	1	1	1	1
30 ESF3	-	-	-	-	2	-	1	1	1	-	-	-	-
33 ESF4	-	-	-	-	48	182	225	162	239	327	371	294	223
34 ESF4SB_M1	-	-	-	-	3	64	91	56	85	125	148	106	81
35 ESF4SB_M2	-	-	-	-	-	29	31	23	37	54	50	29	22
36 ESFTRANS	-	-	-	-	13	205	205	168	167	225	168	222	206
37 ESFTRANSSB_M1	-	-	-	-	-	102	75	53	78	68	54	85	80
38 ESFTRANSSB_M2	-	-	-	-	-	11	7	12	19	22	15	18	24
39 ESFRSB_MII	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	3	8	8
40 eCR MI	-	-	-	-	-	8	9	26	27	30	35	42	44
41 eCR MII	-	-	-	-	-	28	42	52	65	68	69	69	68
42 eCR MIII	-	-	-	-	-	18	37	48	52	59	69	70	70
43 ESB MI	-	-	-	-	-	-	7	7	37	30	28	26	22
44 ESB MII	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	3	4	5
45 NASF3	-	-	-	-	-	-	448	838	1.025	1.053	1.190	1.274	1.291
48 EESE	-	-	-	-	-	-	-	2	3	3	3	2	3
50 EABP1	-	-	-	-	-	-	-	57	107	124	143	170	161
51 EABP1SM	-	-	-	-	-	-	-	12	29	30	40	44	45
52 EABP2	-	-	-	-	-	-	-	69	81	79	97	109	126
53 EABP2SM	-	-	-	-	-	-	-	13	28	26	34	37	41
54 EABP3	-	-	-	-	-	-	-	37	44	40	57	70	87
46 EMAD_T2	-	-	-	-	-	-	15	63	81	82	95	114	131
47 ECD	-	-	-	-	-	-	1	1	2	3	3	7	7
49 EAP	-	-	-	-	-	-	-	6	8	12	12	13	14
Total	31.745	34.101	36.213	38.313	39.963	41.776	44.566	48.892	51.221	52.165	54.205	55.963	56.695

Fonte: Ministério da Saúde – CNES

Nota: mês de competência dezembro 2007-2018 e agosto para 2019.

Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família

National Primary Care Policy 2017: analysis of team composition and national coverage of Family Health

Clarice Brito e Souza Gomes britoclarice@yahoo.com.br ENSP-Fiocruz Orcid 0000-0003-1670-2341

Adriana Coser Gutierrez adriana.coser@fiocruz.br ENSP-Fiocruz Orcid 0000-0002-7305-5841

Daniel Soranz danielsoranz@gmail.com ENSP-Fiocruz Orcid 0000-0002-7224-5854

ABSTRACT

The Family Health Strategy is the main form of organization of the Brazilian health system. However, the third edition of the National Primary Care Policy (NPCP) came to recognize other types of teams financially. To analyze the effects of the 2017 NPCP on team composition, a time series study was conducted from 2007 to 2019 using data from the National Register of Health Facilities (CNES) of jobs (doctors, nurses and Community Health Agents - ACS), teams (Family Health, Primary Care and CHW) and national coverage of Family Health. It was observed the concentration of doctors in the Southeast and Northeast and oscillation of this professional category before the events of the “Mais Médicos” Program. There was a 5% increase in nurses and a 0.3% reduction in CHAs in the country. Despite the authorization and funding for “Primary Care” (EAB) team assemblies, they correspond to less than 1% of the total teams, it is noteworthy that the preferred mode of municipal managers is maintained by the classic Family Health Teams corresponding to 75% of the total and growing teams. Despite the questions and expectations generated by the 2017 PNAB in the context of Primary Health Care, it can be concluded that, regarding the teams and their compositions, there was no significant change after two years of its effectiveness.

Key words: National Policy of Primary Care, Primary Health Care, Family Health Strategy.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é a principal forma de organização do sistema de saúde brasileiro. Contudo, a terceira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passou a reconhecer financeiramente outros tipos de equipes. Para analisar os efeitos da PNAB de 2017 na composição das equipes, foi realizado um estudo de série temporal 2007 a 2019 utilizando dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de postos de trabalho (médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde - ACS), de equipes (Saúde da Família, Atenção Básica e de ACS) e a cobertura nacional da Saúde da Família. Observou-se a concentração de médicos nas regiões Sudeste e Nordeste e oscilação dessa categoria profissional ante os acontecimentos do Programa Mais Médicos. Houve acréscimo de 5% de enfermeiros e redução de 0,3% dos ACS no país. Apesar da autorização e financiamento para implantação de equipes de “Atenção Básica” (eAB), elas correspondem a menos de 1% do total de equipes. Vale ressaltar que a modalidade preferencial dos gestores municipais se mantém pelas Equipes de Saúde da Família, correspondendo a 75% do total de equipes e em crescimento. Apesar dos questionamentos e expectativas gerados pela PNAB de 2017 no

contexto da Atenção Primária à Saúde, conclui-se que, em relação às equipes e suas composições, não houve mudança significativa após dois anos de sua vigência.

Palavras-Chave: Política Nacional de Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde, Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 e aprimorado nos anos subsequentes como Estratégia de Saúde da Família (ESF), constitui o principal mecanismo utilizado para induzir a expansão da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil^{1,2,3}.

Até 2006, a APS era regulada por inúmeras portarias e normas publicadas pelo Ministério da Saúde (MS) para apoiar o processo de descentralização do sistema por meio de incentivos financeiros aos municípios e estados brasileiros.

Dentre estes normativos, destaca-se a publicação pelo Ministério da Saúde (MS), em 1996, da Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96)⁴, iniciativa determinante para a implantação das equipes do PSF, que modificava completamente a lógica de financiamento e permitia a maior mudança do modelo assistencial vista até então⁵. Assim, com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB fixo e dos incentivos), o PSF passou a ter orçamento próprio de modo a viabilizar sua expansão no país⁶.

Em 2006, o governo federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, tomando em conta os princípios proposto pelos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão e a expansão nacional da ESF, ratificando este modelo como prioritário na condução da APS⁷.

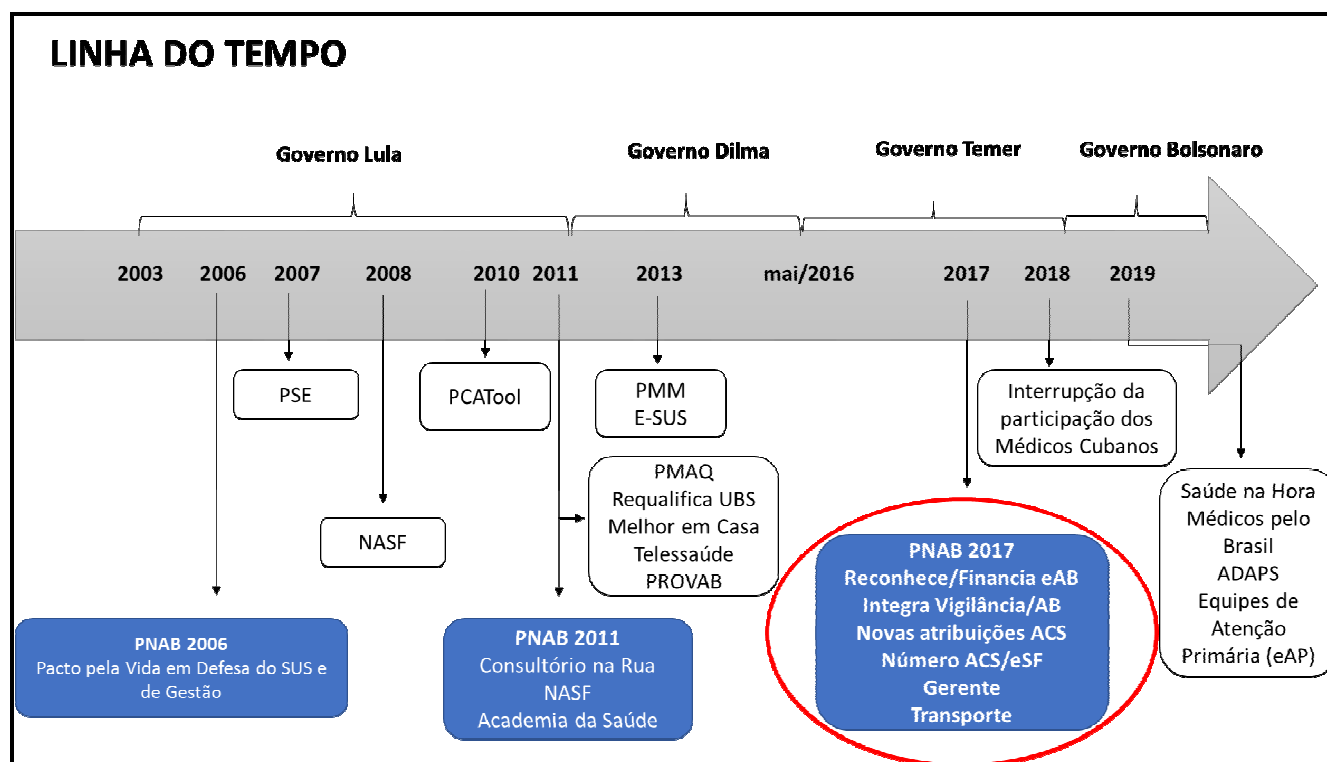
Construída mediante a utilização de sólida base científica, a PNAB de 2006 deu início à importante discussão da organicidade institucional do sistema em redes de atenção, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para as atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros⁸.

Além disso, o seu texto incorporou e difundiu no país os atributos da APS definidos por Starfield⁹, tais como: primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação para a comunidade; centralidade na família e competência cultural.

Desde sua implantação, muitos estudos demonstraram, de diversas formas, os benefícios da Saúde da Família à população brasileira^{10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23}, corroborando a literatura internacional, que já apontava em 1920 este caminho aos principais sistemas de saúde universais.

Como parte inerente ao processo de formulação de políticas públicas e a partir da necessidade de adequação aos novos serviços, aliada também à demanda do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde²⁴, a PNAB passou por duas revisões, em 2011 e 2017. Observa-se que as suas três edições ocorreram em governos distintos, caracterizados por contextos socioeconômicos diferentes, além de os vários programas que atravessaram o seu período de vigência terem sido incorporados nas edições subsequentes (Figura 1).

Figural: Linha do tempo



Fonte: elaboração própria.

A edição de 2011, embora tenha reafirmado as diretrizes da edição anterior, flexibilizou a carga horária da categoria médica, com a possibilidade de trabalho por 20 ou 30 horas semanais, visando suprir o déficit destes profissionais nas equipes²⁵.

Reconhece-se que a ESF para a população ribeirinha e fluvial, a equipe de Consultório na Rua, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf), o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Academia da Saúde foram inclusões importantes desse processo de revisão da política para a ampliação do acesso e o fomento à resolutividade da atenção em saúde^{26,27,28,29,30}.

É válido recordar que houve propostas posteriormente à segunda edição da PNAB, tais como o Instrumento de Avaliação da APS (PCATool), o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ-AB), o Requalifica UBS, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos (PMM), com a finalidade de avaliação de serviço, qualificação da estrutura física e do processo de trabalho através de ofertas educacionais, provimento e fixação de profissional, aliado ao apoio institucional do MS ao conjunto dos estados e municípios^{30,31,32,33}. Compreende-se que a somatória destas iniciativas representa o que se denomina ‘catalisadores na implementação da PNAB’.

Em 2015 iniciou-se o processo de revisão da nova PNAB, que, como já apontado por Almeida et al.³⁴, foi fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o MS e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde, período este caracterizado pelo *impeachment* da então Presidente da República Dilma Rousseff, em maio de 2016, e a consequente alteração na composição dos dirigentes do MS, agregado à acentuação da crise financeira do país e aos significativos cortes orçamentários na saúde, tais como a Emenda Constitucional (EC 95).

No entanto, o campo da saúde coletiva protagonizou, por um lado, uma infinidade de manifestações nas redes sociais em contestação ao modo e à finalidade para a qual a PNAB estava sendo revista. Foi possível observar um posicionamento contrário às propostas em virtude da insuficiência do debate mediante a análise de parte destas publicações em *sites*, tais como: Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Centro Brasileiro de Estudos

de Saúde (Cebes), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Confederação de Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combates a Endemias (Conacs), Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) e Conselho Federal de Medicina (CFM). Por outro lado, o Conass (Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e Conasems (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) reafirmavam a necessidade de reformulação da PNAB para adequá-la à situação de saúde das realidades regionais^{35,36,37,38,39,24}.

É provável que os questionamentos à terceira edição da PNAB tenham decorrido também do teor das suas mudanças, as quais vão de encontro às diretrizes vigentes, como o reconhecimento por meio de incentivo financeiro das equipes de Atenção Básica (eAB), o aumento das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a alteração no seu quantitativo (diminuição) na equipes de SF (eSF), além de sua integração com o ACE (Agente de Combate a Endemias) e de padrões diferenciados para as ações e serviços de saúde⁴⁰.

Na sequência, a interrupção do convênio com o governo de Cuba, principal parceiro do PMM, gerou preocupação em parte da sociedade no que se refere à permanência do acesso e ao aumento necessário da cobertura da APS⁴¹. Frente a este cenário e após as eleições presidenciais, o MS divulgou novo edital para a ocupação das vagas.

Vinte e cinco anos após a institucionalização da SF no Brasil, o MS alterou o organograma e criou a Secretaria Nacional de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o Departamento de Saúde da Família (DESF) e o novo Departamento de Promoção da Saúde (DAPS)⁴².

Outra mudança em curso foi o Programa Saúde na Hora Brasil, que dá incentivo financeiro à ampliação de horário de funcionamento das unidades de SF, visando ao aumento do acesso nos municípios de médio e grande porte⁴³.

Também em 2019 foi publicada a medida Provisória que institui o Programa Médicos pelo Brasil no âmbito da APS, no SUS, e autoriza o Poder Executivo Federal a instituir serviço social autônomo, denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS)^{44,45}.

Finalmente, em setembro de 2019, o MS publicou a portaria que extinguiu as eAB e criou as equipes de Atenção Primária (eAP), que deverão ser compostas minimamente por médicos, preferencialmente especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC), e enfermeiros, preferencialmente especialistas em SF, além de vedar a substituição de eSF por eAP, sob pena de suspensão da transferência dos incentivos financeiros⁴⁶.

Embora as recentes propostas venham com a promessa de ampliar o acesso às unidades de SF, bem como de mudar o modelo de financiamento, do provimento e da formação de médicos para áreas remotas, de fortalecer o trabalho em equipe, além da proposição de nova carteira de serviços, a ABRASCO⁴⁷ sinaliza para a possível alteração de alguns pilares que vinham favorecendo a estabilidade institucional e o alcance de bons resultados sanitários no país.

Entretanto, diante das sucessivas mudanças mencionadas, resta ao novo governo a discussão dos efeitos da PNAB de 2017 e a necessidade ou não de sua revisão. Fica a pergunta: de fato, o desejo de alguns secretários em criar outros tipos de equipes foi aplicado? E, o quanto esta opção gerou alterações na composição das equipes?

O objetivo deste artigo é apresentar os efeitos práticos da PNAB de 2017 na composição das equipes (eSF, eAB e EACS) e seus efeitos no quadro de profissionais que as compõem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de série temporal - 2007 a 2019 -, de abrangência nacional, utilizando dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das seguintes variáveis: Recursos Humanos (médicos, enfermeiros e ACS), Rede Assistencial (eSF, EACS eAB) e Cobertura nacional da SF.

Na análise do CNES/MS, que disponibiliza informações dos “postos de trabalho” a partir da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), utilizou-se dezembro como mês de competência no período de 2007 a 2018 e, no ano de 2019, o mês de agosto, última competência disponível até o fechamento deste artigo.

Realizou-se a tabulação dos dados com auxílio do *software* Microsoft Office Excel. O cálculo da cobertura de usuários cadastrados considerou a média de 3.450 usuários por eSF implantada, mesma referência utilizada pelo MS, e a população estimada nas projeções anuais do IBGE como base de cálculo para o presente estudo.

Para o cálculo da cobertura cadastrada se utilizou-se os dados de cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Durante o levantamento dos tipos de equipes no CNES, verificou-se que há diversas classificações e codificações que os subdividem. Como critérios de inclusão, foram selecionadas as equipes que poderiam sofrer prováveis alterações diante das mudanças da PNAB de 2017 e foram excluídas da análise as equipes de Consultório na Rua (eCR), Nasf-AB, eSF transitórias, fluviais (eSFF) e ribeirinhas (eSFR) além de equipes de Atenção Básica do sistema prisional (eABP).

Dessa forma, pretendeu-se relacionar as mudanças ocorridas na última edição da política ao comportamento da APS no país, referente à composição das equipes, na prática assistencial em âmbito nacional.

Em relação ao Sistema de Informação em Saúde, reconhece-se que, apesar do CNES ser a principal fonte de dados oficiais para extrair as informações que o estudo propõe, pode haver inconsistência quanto à alimentação e à atualização das informações na plataforma.

RESULTADOS

A seguir, os resultados são apresentados de forma a traçar um panorama capaz de contemplar as principais variáveis que caracterizam a composição das equipes de APS, correlacionando-as à Linha do Tempo (Figura 1) apresentada na Introdução.

Na Tabela 1, ao analisar os dados, pode-se salientar a disparidade inter-regional na distribuição dos ‘Médicos de Família’ e ‘Família e Comunidade’, em vista de sua maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste do país.

Em 2007, ano base, verificam-se 16.739 cadastros médicos no total Brasil, número que se manteve até 2012. Em 2013, um acréscimo de 4.000 é atribuído provavelmente às mudanças na PNAB de 2011, que flexibilizou a carga horária dessa categoria profissional para enfrentar o seu déficit nas eSF.

Em 2014, observa-se novo acréscimo, o mais importante do período, de quase 7.000, decorrente do Programa Mais Médicos (PMM), instituído em outubro de 2013, elevando o número de cadastros médicos de ‘Família e Comunidade’ para 27.484 no SUS.

Surpreendentemente, nos anos seguintes, constatam-se incrementos em torno de 1.000 médicos por ano, chegando a 30.181 em 2017, maior número registrado até então na história.

Em 2018, com a interrupção da participação de Cuba no PMM, é perceptível a redução de 3.000 vínculos de contratação na Estratégia de Saúde da Família. Quase um ano após a saída do principal parceiro do PMM, ou seja, em agosto de 2019, esse número equivale praticamente ao mesmo valor observado em 2014.

Ainda em relação à composição das equipes, verifica-se na Tabela 2 a evolução do número de ACS cadastrados no Brasil e a maior concentração dessa força de trabalho na região Nordeste, seguida do Sudeste.

Nota-se em 2007 que os ACS estavam entre as principais categorias profissionais de trabalho atuantes no SUS, chegando a 240.220 mil. Em 2012, já haviam crescido em torno de 17%, chegando a 280 mil, número que praticamente se manteve até agosto de 2019.

Quanto à PNAB de 2017, houve mudanças significativas relacionadas a esses profissionais, que tiveram a sua participação suprimida para, no mínimo, 1 ACS/ eSF.

No entanto, os dados referentes ao período de 2017 a 2019 apresentam redução de 780 agentes comunitários no total Brasil. A análise por região mostra retração de 3% dos ACS no Sul, 0,4% no Nordeste e 1% no Centro-Oeste; já nas regiões Sudeste e Norte houve aumento de 0,8%.

Pode-se comparar ainda na Tabela 2 a evolução de três categorias profissionais que compõem a força de trabalho das eSF. Observa-se discrepância principalmente entre médicos/enfermeiros por equipe. Comparando agosto de 2019 com dezembro de 2017, houve acréscimo de 5% em relação aos enfermeiros, redução de 10% dos médicos e 0,3% de ACS no total do Brasil.

Na Tabela 2 verifica-se que as equipes de Atenção Básica correspondem a 1%, quando comparadas ao total de equipes, assim como se nota não ter havido evolução das eAB após a PNAB de 2017.

Observa-se crescimento, em números absolutos, das equipes (eSF, EACS, eAB) no país ao longo do período estudado, porém, entre 2017 e 2019, nota-se aumento de 2,9% eSF; 14,2% EACS e diminuição de 1,7% de eAB.

Este crescimento se reflete também no aumento da cobertura estimada de Saúde da Família de 1,2% mas atenuada pelas estimativas de crescimento da população. Apesar da cobertura estimada ser 69,9% em agosto de 2019, é marcante o contrassenso de somente 42,6% da população estar cadastrada nos sistemas de informação da Atenção Básica no mesmo período. Além disso, vale ressaltar a interrupção da série histórica diante da mudança do SIAB

(Sistema de Informação da Atenção Básica) para o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica).

Tabela 1. Distribuição de Médicos por Região (2007-2019) segundo CBO 2002 – Brasil

Região	PNAB					PMM			Saída dos Médicos Cubanos				
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Norte	1.325	1.238	1.253	1.300	1.220	1.191	1.733	2.473	2.570	2.655	2.677	2.324	2.408
Nordeste	6.449	6.096	6.017	6.100	5.778	5.851	7.703	9.328	9.609	9.552	9.855	8.458	8.865
Sudeste	5.604	5.533	5.645	5.895	5.882	6.193	7.105	9.589	10.004	10.471	10.871	10.035	9.646
Sul	2.304	2.120	2.157	2.227	2.255	2.312	2.897	4.258	4.403	4.400	4.655	4.227	4.286
C. Oeste	1.057	1.023	1.031	1.118	1.075	1.228	1.337	1.836	1.896	1.941	2.123	2.073	2.087
Total	16.739	16.010	16.103	16.640	16.210	16.775	20.775	27.484	28.482	29.019	30.181	27.117	27.292

Fonte: Ministério da Saúde - CNES

Nota(1): mês de competência dezembro (2007-2018) e agosto(2019)

Nota(2): médicos (Médico de Família, Médico de família e Comunidade).

Tabela 2 - Série histórica com a distribuição de profissionais e equipes de saúde, Brasil (2007-2019)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	(Variação % 2019-2017)
Distribuição de ACS por Região - segundo CBO 2002														
Norte	29.173	32.020	31.969	32.408	32.448	33.308	33.289	33.789	33.277	33.193	32.445	32.602	32.715	0,8
Nordeste	93.785	98.481	100.650	103.880	104.642	106.306	106.726	106.878	106.276	106.202	106.353	105.974	105.926	-0,4
Sudeste	67.636	71.715	73.533	77.532	81.124	85.323	85.106	87.703	87.186	87.755	87.758	88.935	88.447	0,8
Sul	31.438	32.779	33.434	33.779	33.807	34.949	35.095	35.922	36.247	36.264	35.289	34.798	34.169	-3,3
Centro-Oeste	18.188	18.698	18.979	20.163	20.462	20.613	20.763	20.648	20.001	20.134	20.134	20.272	19.942	-1,0
Total	240.220	253.693	258.565	267.762	272.483	280.499	280.979	284.940	282.987	283.548	281.979	282.581	281.199	-0,3
Recursos Humanos Brasil -ocupações														
Enfermeiro	28.406	29.996	31.764	32.949	33.567	34.266	35.360	37.492	38.624	39.328	40.571	42.062	42.737	5,1
Médico	16.739	16.010	16.103	16.640	16.210	16.775	20.775	27.484	28.482	29.019	30.181	27.117	27.292	-10,6
ACS	240.220	253.693	258.565	267.762	272.483	280.499	280.979	284.940	282.987	283.548	281.979	282.581	281.199	-0,3
Total	285.365	299.699	333.432	317.351	322.260	331.540	337.114	349.916	350.093	351.895	352.731	351.760	351.228	-0,4
Tipos de equipes de Saúde - Brasil														
eSF	28.306	29.914	31.153	32.523	33.445	32.346	36.342	39.886	41.349	41.871	41.362	44.216	42.605	2,9
EACS	3.272	3.518	3.738	4.045	4.332	4.457	3.745	2.961	2.873	3.116	2.627	3.053	3.062	14,2
eAB					71	64	251	314	502	479	531	499	522	-9,0
Subtotal	31.578	33.432	34.891	36.568	37.848	36.867	40.338	43.161	44.724	45.466	44.520	47.768	46.189	3,6
Outros	167	669	1.322	1.745	2.115	4.909	4.228	5.731	6.497	6.699	9.685	8.195	10.406	6,9
Total	31.745	34.101	36.213	38.313	39.963	41.776	44.566	48.892	51.221	52.165	54.205	55.963	56.695	4,4
Cobertura de Saúde da Família- Brasil														
(Diferença 2019-2017)														
Cob. da Pop. Cadastrada eSF	59,7	59,5	60,5	64,8	59,6	62,2	60,1	57,5	44,7	SI	32,8	38,4	42,6	9,8
Cob. Da Pop. Estimada eSF	53,1	54,4	56,1	58,8	60,0	57,5	62,4	67,9	69,8	70,1	68,7	73,2	69,9	1,2

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES

Nota(1): Subtotal (eSF e eAB tipo I,II,III,IV com e sem Saúde Bucal; EACS com e sem SB).

Nota(2):Outros (eSF transitórias, fluviais e ribeirinhas, eAB prisional, Nasf e eCR).

Nota(3): mês de competência dezembro 2007-2018 e agosto para 2019.

Nota(4): Enfermeiro (ESF e SF); Médico (MFC, Médico de Família).

Nota(5): Cobertura da população cadastrada a partir do cadastro informado no SIAB e no SISAB (Sem informação para o ano de 2016).

Nota(6): Cobertura Estimada para eSF 3.450 e Pro. Censo IBGE 2010.

DISCUSSÃO

Conforme os resultados apresentados neste artigo, que demonstram o expressivo aumento de profissionais dedicados à APS ao longo dos anos, pode-se afirmar, por um lado, que esse é um importante facilitador do acesso e da utilização dos serviços de saúde. Este fator corrobora os achados de Macinko e Mendonça⁴⁸, os quais observaram que a APS no Brasil reduziu a mortalidade infantil e a adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária, melhorou a equidade do acesso e reduziu hospitalizações desnecessárias.

Por outro lado, existem várias barreiras inerentes ao sistema, relativas ao financiamento, à estrutura, à gestão e aos recursos humanos no âmbito do SUS, diante das diversidades dos mais de 5.500 municípios brasileiros, vindo praticamente a estacionar a expansão de cobertura e o número de equipes no País nos últimos anos⁴⁹.

Outro aspecto importante, já mencionado na introdução, refere-se à PNAB adquirir maior relevância organizacional quando acompanhada de programas que se comportam como uma espécie de catalisadores de mudança. Tasca⁵⁰ reconhece que a capacidade do gestor de usar a energia proporcionada pelos programas é determinante para o fortalecimento do sistema de saúde.

No que tange à PNAB de 2017, mesmo com todas as evidências científicas contrárias e o posicionamento divergente do departamento nacional de atenção básica, a correlação de forças em 2017 favoreceu a implementação de outros modelos diferentes do SF e a redução dos ACS, como relatam Almeida et al.³⁴. Entretanto, na prática, verifica-se que a autorização para a implantação de novas eAB não se efetivou (Tabela 2), demonstrando que não houve adesão por parte da maioria dos gestores municipais de saúde.

Tal constatação apoia-se também na observação de Cecílio⁵¹, de que o reconhecimento (leia-se financiamento) do modelo tradicional de atenção básica é a antiga reivindicação dos gestores dos municípios de médio e grande porte das regiões Sul e Sudeste, as quais contam com baixa cobertura da ESF e resistem à conversão do modelo tradicional de atenção básica para ESF.

Contudo, observa-se na Tabela 2 uma pequena redução no quantitativo de ACS no país, o que, aliada à evolução das eSF no mesmo período, sinaliza para um possível efeito da política estudada, a qual propôs o fim da obrigatoriedade de cobertura dos mesmos para 100% da população, a supressão de 4 para 1 ACS/eSF, além da não obrigatoriedade desse profissional nas eAB.

Nos últimos dois anos, a mudança mais incisiva observada, que interfere na qualidade e no acesso a saúde, está relacionada ao PMM e não à PNAB. É certo que a dificuldade na provisão de médicos com formação profissional voltada para as necessidades de saúde da população e a sua distribuição no território nacional sempre foi um desafio na trajetória da APS brasileira⁵², situação que permanece até os dias atuais⁵³.

A OPAS³ reconhece o PMM como política pública exitosa, que incidiu na governança do país para os temas de educação e trabalho em Saúde, na ampliação do acesso aos serviços e no processo de transformação da educação, além de ter significado uma retomada estratégica para o enfrentamento do déficit e da distribuição desigual de médicos nos serviços da Atenção Básica no SUS.

Esta iniciativa indutora, entre as duas últimas edições da PNAB, configurou um crescimento exponencial no quantitativo de médicos no país e ampliou a cobertura da SF para municípios mais pobres e de pequeno porte. Contudo, conforme a Tabela 1, no final de 2018, com a interrupção dos cubanos no PMM, houve decréscimo (10%) comparado a 2017, com potencial ameaça à composição das equipes. Nota-se que, até agosto de 2019, o quantitativo desses profissionais não foi recomposto, mesmo diante das recentes medidas do governo atual visando tal fim.

Em que pese os inúmeros questionamentos e expectativas gerados pela PNAB de 2017 no contexto da APS, pode-se concluir que não se registrou mudança significativa após dois anos de sua publicação em relação às equipes (eSF, EACS, eAB). Houve pequena redução no quantitativo de ACS, que representa menos de 1% no total Brasil e oscilação no quantitativo de Médicos diante dos últimos acontecimentos do PMM.

Apesar dos importantes avanços de 1994¹ a 2017, quando se analisa a Cobertura Estimada da Saúde da Família no período de 2017 a 2019, verificam-se poucas mudanças, o que pode ser atribuído ao cenário econômico de austeridade⁵⁴, e também à falta de prioridade nos investimentos em saúde e na APS⁵⁵.

Por fim, vale registrar a discrepância entre a Estimativa de Cobertura populacional de SF e a Real Cobertura da população devidamente cadastrada em uma lista atribuída a um profissional ou a uma equipe.

Em 2015, o Ministério da Saúde interrompeu a apresentação das informações públicas de cadastro da população, o que evidencia a descontinuidade dos registros e da organização das listas historicamente alcançados pelo SIAB no seu primeiro manual.⁵⁶

Verifica-se ainda que, no período de vigência do SIAB com os cadastros da “Ficha A”, a cobertura estimada e o número de pessoas cadastradas estavam próximas; entretanto com a criação de outro formato de ficha para a coleta de dados no Sistema de Informação, as informações anteriores se perderam. Tal medida impactou no aumento da discrepância entre as duas formas de cálculo da Cobertura de Saúde da Família. Ou seja, pela série histórica, a tabela 2 mostra, em 2019, 42,6% da cobertura da população brasileira cadastrada pelas eSF, enquanto que, em 2010, chegamos a 64,8%.

CONSIDERAÇÕES

Em razão do exposto é possível conceber que, apesar de a PNAB ser reconhecida como instrumento legal e relevante na organização da APS brasileira, sua terceira edição, isoladamente, pouco influenciou na composição das equipes e no crescimento de equipes diversas de SF no Brasil.

Tal constatação mostra-se inusitada, ao lembrar a tensão ocorrida no período de reformulação desta política, quando o campo da saúde pública contestou a insuficiência do debate e as propostas expressas em seu texto. Naquela época, as principais instituições representativas do sistema de saúde alertavam, por meio de notas oficiais, para o desmonte do SUS e para as possíveis ameaças às conquistas até então alcançadas no âmbito da APS no país.

Analisando a PNAB de 2017 a partir da definição de política fornecida pelos autores Viana e Baptista⁵⁷ como ação governamental para um setor – o que envolve recursos, atores, arena, ideias e negociação –, conclui-se que a sua implementação não depende exclusivamente das propostas governamentais. Ou seja, considerando que toda política traz intencionalidades, se “o processo ocorrer mediante a negociação entre os entes federativos, os municípios são os protagonistas da execução das políticas”⁵⁸.

Deve-se ter em conta ainda, de um lado, que o reflexo das políticas públicas por vezes demanda tempo e, no caso da PNAB, sua última edição é recente para que se avalie exaustivamente os seus reais efeitos.

Por outro lado, quando se analisam outros programas ministeriais, como o PMM, por exemplo, percebe-se a variação imediata na sua implementação, com o aumento quantitativo no CNES refletindo já no próprio ano de início. Isso comprova que o PMM respondeu a uma demanda real da APS.

Levando-se em conta o acima exposto, ao se comparar os efeitos oriundos da PNAB de 2017 e do PMM, apesar de ambos constituírem iniciativas do executivo federal, as referidas

políticas públicas mostraram comportamentos bastante diferentes na prática, o que pode ser atribuído ao atendimento ou não das reais necessidades de saúde da população.

Dessa forma, questiona-se se as proposições da PNAB de 2017 foram realmente adequadas aos principais problemas públicos que atingiam a APS e se os interesses que motivaram a sua reformulação eram legítimos para a maioria dos municípios, ou se apenas se prestaram à demanda específica de determinada região.

Entende-se que esse artigo corrobora a expectativa de Almeida³⁴, de que os interesses corporativos, políticos e econômicos possam confluír no sentido da efetivação de uma APS acessível e resolutiva, fortalecendo o SUS como um todo, o que depende substancialmente da participação e do protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde no Brasil.

Idealmente, espera-se que necessidades sociais e pesquisas científicas embasadas em evidências sejam os principais instrumentos motivadores das políticas públicas em nosso país. Dessa forma, as ações tenderão a promover avanços e resultados que impactem diretamente a saúde das pessoas, honrando os preceitos constitucionais do SUS⁵.

Para concluir, vale destacar o problema que é calcular a Cobertura de Saúde da Família por estimativa. Enquanto a maioria dos países do mundo e a OCDE utilizam o número de pessoas cadastradas e atribuídas a um médico de família ou a uma eSF (fazendo gestão de cadastros duplicados), no Brasil, desde 1999, insistimos em calcular uma “cobertura potencial” multiplicando o número de equipes por 3.450 pessoas e dividindo-se pela população estimada para o meio do ano pelo IBGE.

Os desafios atuais residem centralmente na vontade política de resgatar os princípios de Alma-Ata e os atributos da Atenção Primária, tornando real o acesso e a Cobertura do “Saúde da Família” para toda a população brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde - MS. *Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
2. Cordeiro H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. *Cad. Saúde Família* 1996; 1:10-5.
3. Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS; 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde - MS. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. 1997, p. 34. Disponível em: <http://www.bvsmms.saude/>. Acesso em: 20 set 2019.
5. Soranz, DR. Reformas de sistemas de saúde informadas em evidências. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2019; 24(6): 1994-5.
6. Brasil, Ministério da Saúde - MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online] 2003; 3(1), pp.113-25.
7. Brasil. Ministério da Saúde - MS. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. *Diário Oficial da União - DOU* 2006a.
8. Brasil, Ministério da Saúde - MS. Portaria/MS no.648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União - DOU* 2006b.
9. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO, Ministério da Saúde ed. [s.l.] UNESCO, MS, 2002.
10. Rasella D, Aquino R, Barreto ML. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. *Pediatrics*. 2010; 126(3):534-40.
11. Giugliani C, Harzheim E, Duncan MS, et al. Effectiveness of community health workers in Brazil: a systematic review. *J Ambul Care Manage* 2011; 34(4):326-38.
12. Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). *Int. J. Equity Health* 2016; 15(1):151.
13. Macinko J, Lima Costa MF. Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical medicine & international health: TM & IH* 2012; 17(1):36-42.

14. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ* 2014; 349: g4014.
15. Barreto ML, Rasella D, Machado DB, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Monitoring and Evaluating Progress towards Universal Health Coverage in Brazil. *PLoS Med.* 2014; 11(9): e1001692. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001692>. Acesso em: 20 set 2019.
16. Durovni B, Saraceni V, Puppini MS, Tassinari W, Cruz OG, Cavalcante S, et al. The impact of the Brazilian Family Health Strategy and the conditional cash transfer on tuberculosis treatment outcomes in Rio de Janeiro: an individual-level analysis of secondary data. *J Public Health (Oxf)* 2017; 1-8.
17. Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care. *J Ambul Care Manage* 2017;40 (Supl. 2 Supplement, The Brazilian National Program for Improving Primary Care Access and Quality - PMAQ): S4-S11.
18. Santos LPR dos, Castro ALB, Dutra VGP, Guimarães RM. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde, 2008-2015: uma análise do impacto da expansão da ESF na cidade do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Colet.* 2018; 26(2): 178-18. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2018000200178&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 19 set 2019.
19. Andrade MV, Coelho AQ, Neto MX, De Carvalho LR, Atun R, Castro MC. Brazil's family health strategy: factors associated with programme uptake and coverage expansion over 15 years (1998–2012). *Health Policy and Plan* 2018; 33: 368–80.
20. Soranz D, Pinto LF, Camacho LAB. Analysis of the attributes of primary health care using the electronic medical records in the city of Rio de Janeiro. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet] 2017; 22(3): 819-30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002300819&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 27 set 2019.
21. Pinto, L. F.; Giovanella, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva* jun. 2018; 23(6): 1903–14.
22. Castro MC, Massuda AD, Almeida G, Menezes-Filho NA, Andrade MV, Noronha KVMS, Rocha R., Macinko J. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*. Published online Jul. 11, 2019. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31243-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31243-7). Acesso em: 20 set 2019.
23. Gêrvás J, Fernandes MP. Organização da Atenção Primária à Saúde. In: GUSSO G, LOPES JMC, organizadores. *Tratado da Medicina da Família e Comunidade* 2ª ed. Porto
24. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Conass; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems. *Nota Conjunta Conasems e Conass sobre a reformulação da PNAB*. 03 ago. 2017. Disponível em: <http://www.conass.org.br/nota-conjunta-conasems-e-conass-sobre-reformulação-pnab/>. Acesso em: 20 fev. 2019.

25. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 29 set 2011a.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União – DOU*, 2011b.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: MS; 2012a.
28. Brasil. Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. *Diário Oficial da União – DOU* 2008a.
29. Brasil. Presidência da República. Poder Executivo. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União – DOU* 2007.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde*. Brasília: MS 2008b. (Primary Care Assessment Tool. PCATool-Brasil).
31. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Brasília, 2012b. 55p
32. Brasil. Ministério da Saúde – MS. *Requalifica UBS* [Internet]. 2014. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/requalifica_ubs. Acesso em: 29 set 2019
33. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. *Diário Oficial da União – DOU* 20 mar 2013.
34. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFBC, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Revista Panamericana de Salud Pública* [online] Epub 29 Nov. 2018; 42: e180. ISSN 1680-5348. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>. Acesso: 03 out 2019.
35. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco. *Nota Oficial Abrasco*, 2017. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/outrasnoticias/notas-oficiais-abrasco/contrareformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica>. Acesso em: 10 fev. 2019.
36. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES. Nota Cebes: Além de atacar a ESF, ministro debocha da participação popular. 11 ago. 2017. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/destaque/nota-cebes-alem-de-atacar-estrategia-de-saude-da-familia-ministro-debocha-do-principio-da-participacao-popular>. Acesso em: 20 fev. 2019.
37. Conselho Federal de Enfermagem – Cofen. *Cofen reúne-se com agentes comunitários de saúde para tratar da PNAB 2017*. 29 set. 2017. Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27155:2017-09-11-14-25-07&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em: 20 fev. 2019.

38. Conselho Federal de Medicina – CFM. *As inconsistências da PNAB*. 11 set. 2017.

Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27155:2017-09-11-14-25-07&catid=46:artigos&Itemid=18. Acesso em: 20 fev.2019.

39. Conselho Nacional de Saúde – CNS. Recomendação nº 035 de 11 de agosto de 2017.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco035.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019

40. Brasil, MS. Portaria/MS Nº. 2.436. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* – DOU, 10 jun. 2017.

41. Declaração do Ministério da Saúde Pública de Cuba. 14 nov.2018. Disponível em:

<http://www.pt.granma.cu/cuba/2018-11-14/declaracao-do-ministerio-da-saude-publica>. Acesso em: 07 out 2019.

42. Reis JG, Harzheim E, Nachif MCA, Freitas JC, D'Ávila O, Hauser L, Martins C, Pedebos LA, Pinto LF. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2019; 24(9): 3457-62.

43. Brasil. Portaria Nº 930, de 15 de maio de 2019. Institui o Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família, altera a Portaria nº 2.436/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 2017, a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 2017, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* – DOU de 17/05/2019, edição: 94, seção: 1, p.122. Brasília, 2019a.

44. Brasil. Decreto Nº 9.795, de 17 maio 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde, remaneja cargos em comissão e funções de confiança, transforma funções de confiança e substitui cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores - DAS por Funções Comissionadas do Poder Executivo – FCPE. Brasília, 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9795.htm. Acesso em: 20 set 2019.

45. Brasil. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Portaria GM N. 2.539, de 26 set. 2019. Para instituir a equipe de Atenção Primária (eAP). Brasília, *Diário Oficial da União* – DOU, 27 set. 2019c, ed. 188, seção: 1, p. 164.

46. Brasil. Medida Provisória nº 890, de 1 ago. 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. *Diário Oficial da União* - DOU, 01 ago. 2019d.

47. Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco. *Contribuição dos pesquisadores da Rede APS ao debate sobre as recentes mudanças na política de Atenção Primária*, 04 out. 2019. Disponível em: [//www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-](http://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-ciencias-)

[sociais-e-humanas/contribuição-dos-pesquisadores-da-rede-aps-sobre-as-recentes-mudanças-na-política-de-atenção-primária/43125](#). Acesso em: 07 out 2019.

48. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate* 2018; 42(espe1): 18–37.

49. Santos, NR. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1729-36.

50. Tasca R, Pego RA. Avaliação de impactos do Programa Mais Médicos: como medir os resultados? *Ciênc. Saúde Coletiva* 2016; 21(9): 2917-8.

51. Cecilio LCO, Reis AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online] 2018; 34(8).

52. Machado MH. *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

53. CFM - Conselho Federal de Medicina. *Demografia Médica no Brasil, São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2018.*

54. CASTRO MC, MASSUDA A; ALMEIDA G, MENEZES-FILHO MA, ANDRADE MV, NORONHA KVMS, ROCHA R, MACINKO J, HONE T; TASCA R; GIOVANELLA L; MALIK AM; WERNECK H, FACHINI LA; ATUN R. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future, *Health Policy*| Volume 394, Issue 10195, P345-356, July 27, 2019

55. MENDES, Á; CARNUT, L; GUERRA, LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. spe1, p. 224-243, Sept. 2018

56. Brasil. Ministério da Saúde. SIAB: manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: 1998. 98p.

57. Viana, ALD', Baptista TWF. Análise de Políticas de Saúde. In: Giovanella, L. *Políticas de Saúde e Sistemas no Brasil*. 2. ed. rev. e ampliada. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, p.59-88, 2012.

58. Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG, Mendonça FF. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. *Cadernos de Saúde Pública* 2016; 32(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000300707&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 set 2019.

- CB Gomes e DR Soranz contribuíram para a concepção, delineamento, análise e processamento dos dados, redação e revisão crítica do artigo. AC Gutiérrez participou da concepção e redação e da revisão crítica do artigo.

- Os autores agradecem as valiosas sugestões dos pareceristas anônimos e do Diretor do Departamento de Saúde da Família (DSF) da Secretária Nacional de Atenção Primária a Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde Dr. Otávio D'Ávila pela disponibilização dos dados do estudo.