



Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

ISSN: 2358-2898

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco
Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS
Saúde em Debate, vol. 42, núm. 1, Esp., 2018, pp. 406-430
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406369009029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco¹

DOI: 10.1590/0103-11042018S128

O presente documento expressa a posição da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) em um contexto de ameaças aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF), agravadas nos dois últimos anos com a ruptura democrática no País. O documento é assinado pelo coletivo de pesquisadores da Rede e contém proposições para compor uma agenda política estratégica para o SUS, objeto principal do debate realizado durante o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva no Rio de Janeiro em julho de 2018.

Neste ano de 2018 comemoramos 30 anos do SUS, momento culminante do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e um dos marcos do processo de redemocratização do País. O SUS foi criado pela Constituição cidadã de 1988 que firmou a ‘Saúde como direito de todos e dever do Estado’. A partir deste marco, o Brasil estabeleceu a saúde como direito fundamental, por meio de um sistema público universal e da interação entre políticas sociais e econômicas¹. Neste ano, comemoramos também 40 anos da Declaração da Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), sob os auspícios da Organização Mundial da Saúde (OMS)².

Desde Alma Ata, e sua consigna de ‘Saúde para todos no ano 2000’, muitas iniciativas de implementação da APS foram empreendidas mundialmente com diferentes concepções e abordagens: desde propostas muito seletivas de cestas mínimas para populações em extrema pobreza, ‘medicina pobre para pobres’, até a APS integral como base de sistemas públicos universais de saúde. Essas abordagens produziram diferentes resultados sobre a organização dos sistemas de saúde, o direito à saúde e a cidadania. A APS seletiva corresponde a uma concepção de cidadania residual, e a APS integral dos sistemas universais corresponde à cidadania plena³.

Para marcar os 40 anos da Declaração de Alma Ata, a OMS realizará a Conferência Global sobre APS em Astana, capital do Cazaquistão, em outubro de 2018. Na oportunidade, será firmada a Declaração de Astana, cujas versões preliminares indicam um retrocesso na defesa da APS integral⁴. As versões em consulta causaram preocupação à comunidade científica no Abrasco 2018, ao propor a Cobertura Universal de Saúde sem enfatizar a relevância da APS integral e de sistemas universais de saúde na garantia do pleno direito de cidadania e do acesso equitativo a serviços de saúde conforme a necessidade. Dentre os pontos críticos da proposta, destacam-se a pouca ênfase na garantia do direito humano universal à saúde e a segmentação inerente à Cobertura Universal de Saúde, a ser alcançada por meio de seguros (privados ou públicos) diferenciados por grupos sociais conforme a renda. A cobertura estará

¹Elaboração coletiva da Rede de Pesquisa em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
luizfacchini@gmail.com
ligiagiovanna@gmail.com

na dependência das regras de cada seguro e da capacidade de pagamento do cidadão⁵. No Brasil, a adoção da proposta de Cobertura Universal de Saúde seria mais um grave passo no desmantelamento do SUS. Ao restringir o direito à saúde dos brasileiros a uma cesta de serviços limitada, a Cobertura Universal reedita a APS seletiva e promove iniquidades no acesso⁵.

Sem a garantia de um sistema de saúde universal integrado e bem desenhado, diferenças históricas na distribuição geográfica dos serviços serão ampliadas, prejudicando regiões e grupos sociais desfavorecidos. Ademais, os documentos preliminares da Conferência de Astana enfatizam a participação do setor privado e a responsabilidade de pessoas e comunidades no provimento de cuidados de saúde. É socialmente injusto delegar a indivíduos, comunidades e grupos sociais a responsabilidade de prover cuidados de saúde por própria conta, isentando o Estado de financiar e organizar redes complexas e articuladas de serviços de saúde⁶. Sem financiamento, regulação e participação pública na prestação de serviços de saúde, não é possível garantir acesso universal de acordo com as necessidades.

No aniversário de 30 anos do SUS e de 40 anos da Declaração de Alma Ata, uma onda conservadora assola o País e o mundo e requer a mobilização de governos e sociedades para a construção de sistemas universais de saúde públicos e gratuitos, desenhados com base em modelos de APS integral que contribuam para a redução das desigualdades sociais e promovam equidade. Na Conferência de Alma Ata, a atenção primária foi definida como a base integrada de cuidados em sistemas de saúde de acesso universal com financiamento e prestação públicos. Sob inspiração de Alma Ata, o SUS reconhece a íntima conexão do desenvolvimento econômico e social na determinação do processo saúde-doença, da promoção da saúde e do provimento de serviços de saúde universais e integrais, com equidade e participação social. Os princípios fundamentais do SUS

orientaram a elaboração da presente Agenda Estratégica, em resposta às sérias ameaças ao direito universal à saúde no Brasil.

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos mais relevantes avanços do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. O êxito do SUS está ancorado na abrangência da ESF, o principal modelo assistencial da APS, que ultrapassou a marca de 40 mil equipes em todo o território nacional em 2017. A superioridade do modelo da ESF em relação ao modelo tradicional de atenção tornou-se consenso nacional e internacional. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF nos últimos 20 anos resultou em aumento da oferta de amplo espectro de ações e serviços e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população⁷⁻¹².

Retrocessos e ameaças à democracia e às conquistas históricas do povo brasileiro marcam a conjuntura atual. O golpe parlamentar de 2016 teve como propósito impetrar o desmonte do Estado brasileiro, mediante a retirada de direitos duramente conquistados, a exemplo da reforma trabalhista, a privatização de empresas estatais e o reforço a políticas de ajuste fiscal baseadas na redução dos gastos em proteção social. O SUS está sob forte ameaça, com o aprofundamento do desfinanciamento, congelamento de gastos públicos e propostas de fortalecimento do setor privado em detrimento dos serviços públicos.

Nesse contexto, já surgem indícios de efeitos perversos do desmonte do SUS na situação de saúde da população, com aumento da mortalidade infantil, redução da cobertura vacinal e surtos de doenças imunopreveníveis¹³. Estudo recente projeta a ocorrência de 20 mil óbitos evitáveis em crianças menores de cinco anos devido à estagnação ou redução da cobertura da ESF, caso a Emenda Constitucional nº 95 (EC 95), publicada em 2016, que congela gastos públicos por 20 anos, não seja revogada¹⁴.

No que diz respeito à atenção primária, cabe destacar três acontecimentos preocupantes:

- Mudanças recentes na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017 indicam a abolição da prioridade para a ESF evidenciada pelo financiamento federal para modalidades de Atenção Básica (AB) convencional; a flexibilização da dedicação dos profissionais da equipe com redução da carga horária de médicos e dentistas que atenta a longitudinalidade; pela flexibilização da presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) adicionada à mudança nas atribuições desse trabalhador, agregando práticas de enfermagem e ações do Agente de Combate às Endemias. Essas alterações desfiguram a APS baseada na conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, e reforçam a modalidade de serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento ‘queixa-conduta’. A criação da carteira de serviços essenciais pode transformar a AB em uma APS seletiva. Também é grande a possibilidade de estagnação ou redução do número de Equipes de Saúde Bucal (SB).

- O término dos blocos de financiamento para transferência de recursos federais a estados e municípios pode provocar deslocamento de recursos da AB para procedimentos de média e alta complexidade, especialmente pelo agravamento do subfinanciamento do SUS provocado pela política econômica de austeridade fiscal, expressa no congelamento do teto dos gastos públicos nos próximos 20 anos¹⁵.

- A possibilidade de criação de planos populares de saúde suplementar vinculados ao capital financeiro internacional para oferta de ações de AB em larga escala à população de menor condição socioeconômica pode levar à captura de clientela e de profissionais do SUS para uma APS seletiva, de baixa qualidade e pouco resolutiva.

A presente Agenda Estratégica sistematiza a discussão sobre avanços e desafios da APS realizada pela Rede de Pesquisa durante o seminário preparatório do Abrascão 2018 e no transcurso do Congresso, com base nos textos especialmente produzidos para o evento e disponíveis no site da Rede de Pesquisa em APS¹⁶. Vale ressaltar que o debate protagonizado não se encerra no âmbito da APS, abarcando os rumos do SUS e suas consequências para o País. O documento apresenta proposições para a superação dos desafios históricos da APS e o enfrentamento das ameaças presentes. Resultado de um amplo esforço coletivo, a Agenda Estratégica é parte da luta em defesa dos princípios do SUS e da consolidação de uma política de saúde universal, inclusiva e civilizatória em nosso país. O documento extrapola o âmbito acadêmico e poderá subsidiar os debates, consultas públicas e reflexões sobre a XVI Conferência Nacional de Saúde, cuja convocação foi publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 09 de agosto de 2018¹⁷.

Também chamada de 8^a + 8 em um resgate à memória da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, a XVI Conferência ocorrerá em um período crucial para reafirmar os princípios e políticas do SUS. As atividades preparatórias do maior evento de participação social do Brasil já se iniciaram, com a realização de oficinas, simpósios, fóruns, debates, audiências públicas, manifestações, marchas e participações do Conselho Nacional de Saúde em congressos temáticos. As propostas da presente Agenda Estratégica guardam forte convergência com o tema ‘Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS’. O esforço empreendido por um grande grupo de participantes dos espaços de interação da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco ganhará relevância caso incentive a elaboração e aprovação de propostas nas etapas municipais, previstas para o período de 2 de janeiro a 15 de abril, estaduais e a distrital, agendadas para o período de 16 de abril a 15

de junho, quanto no grande evento nacional a realizar-se de 28 a 31 de julho de 2019.

SUS UNIVERSAL E INTEGRAL! NENHUM DIREITO A MENOS!

1 APS no SUS: avanços e desafios

No Brasil, iniciativas para expansão dos serviços de atenção primária à saúde foram empreendidas desde o início do século XX, mas apenas em meados da década de 1990 foi formulada e implementada uma política de abrangência nacional com a adoção da ESF como modelo preferencial, com papel central na organização do SUS. Nos anos seguintes, além da expressiva ampliação da cobertura populacional das EqSF em todo o território nacional, um conjunto de políticas e respectivos marcos normativos relacionados com a ESF foram implementados, conferindo um amplo arcabouço para a consolidação desta política no País.

Algumas dessas iniciativas devem ser destacadas por sua relevância na constituição da política de APS, como o modelo de financiamento federal, com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB); os mecanismos de monitoramento e avaliação, como o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); programas de capacitação e formação dos profissionais de saúde, como os Polos de Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família e as Residências Multiprofissionais; além de iniciativas de melhoria das estruturas dos estabelecimentos, como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Destaca-se, também, um conjunto de políticas e programas relacionados com o aumento da resolutividade da APS, a exemplo da SB com o programa Brasil Sorridente, Núcleos de Apoio

à Saúde da Família (Nasf), Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Alimentação e Nutrição e outras políticas intersetoriais de promoção da saúde, como o Programa Saúde na Escola e a Academia da Saúde.

Ações destinadas a reduzir desigualdades no acesso de populações vulneráveis também foram implantadas, como os Consultórios de Rua, Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas, Unidades Básicas de Saúde Fluviais, Atenção à Saúde a Pessoas Privadas de Liberdade. Mais recentemente, o Programa Mais Médicos (PMM) tem sido uma estratégia essencial para a oferta da APS em áreas de difícil acesso da população aos serviços básicos de saúde e para a formação profissional.

A amplitude dessas iniciativas tem sido associada a resultados positivos da ESF quanto à situação de saúde da população brasileira. O aumento da cobertura, do acesso e da utilização de serviços de APS nessa modalidade de atenção tem contribuído para a redução de importantes problemas de saúde, em especial, quando há sinergia das ações de saúde com outras políticas sociais, a exemplo do Programa Bolsa Família que proporciona transferência de renda para brasileiros com precárias condições socioeconômicas^{18,19}.

1.1 A Estratégia Saúde da Família e a melhoria da situação de saúde da população brasileira

Desde os primeiros anos de implantação, muitas evidências científicas demonstraram os impactos da ESF na saúde da população brasileira, destacando-se a redução da mortalidade infantil e de hospitalizações evitáveis, a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e a redução de desigualdades sociais em saúde.

Diversos estudos têm demonstrado a associação do aumento da cobertura da ESF com redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos nos municípios brasileiros, mesmo quando controlada a ação de

outros fatores determinantes^{8,10,11,20}. A redução tem sido maior na mortalidade pós-neonatal do que no componente neonatal, como esperado, uma vez que as causas de mortalidade neonatal incluem doenças congênitas, prematuridade e agravos relacionados com as condições da atenção ao parto.

As evidências também sinalizam a redução da mortalidade infantil e em menores de cinco anos por diarreia e infecções respiratórias, responsáveis pela maioria dos óbitos nessas faixas etárias²¹. Os autores destacam que o impacto foi maior em municípios com maiores taxas iniciais de mortalidade infantil e menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), revelando o papel da ESF na redução de iniquidades sociais em saúde. Os evidenciados efeitos sinérgicos da APS e da implantação do Programa Bolsa Família na redução da mortalidade infantil e na infância indicam a importância do desenvolvimento de políticas sociais de combate à pobreza e de expansão da atenção à saúde no Brasil¹⁹.

Vários estudos destacam o papel da ESF na redução de hospitalizações evitáveis por ação de serviços de atenção primária resolutivos^{9,22-24}. No período 2008-2016, as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em crianças até cinco anos foram significativamente menores nos municípios mais pobres (menor quintil de Produto Interno Bruto – PIB per capita) que aderiram ao PMM, particularmente pela redução das internações por gastroenterite e asma. Nesses municípios, o PMM foi responsável também por uma redução do custo dessas hospitalizações²⁵. Destacam-se, também, evidências de impacto da ESF em hospitalizações por doenças crônicas como asma, problemas cardíacos, acidente vascular cerebral e na redução da mortalidade por esses agravos²⁶.

1.2 Ampliação da oferta, utilização de serviços de APS no SUS e redução de desigualdades socioespaciais

Os impactos da ESF na situação de saúde da população resultaram da ampliação da

cobertura e do acesso aos serviços de APS, incluindo consultas médicas e de enfermagem, atividades educativas, visitas domiciliares, cuidados de pessoas com condições crônicas, atenção pré-natal e imunização. Os efeitos positivos sobre a saúde foram mais significativos em municípios com maiores coberturas de ESF.

Dois estudos com informações provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) merecem ser destacados^{27,28}. O primeiro revelou a similaridade das coberturas da ESF estimadas para o Brasil e as Unidades Federadas, a partir da PNS e de dados administrativos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), reforçando a validade dos dados oficiais de cobertura. O estudo indica o maior acesso de famílias com menor grau de escolaridade a visitas domiciliares mensais em equipes da ESF²⁷. Avaliações de desempenho da rede básica de saúde em diferentes contextos sociais, desde inquéritos nacionais de base populacional²⁹ até estudos em grandes regiões geopolíticas⁷ e município de grande porte³⁰, revelam maior acesso à atenção domiciliar de populações idosas mais pobres residentes em áreas da ESF, confirmando sua relevância na promoção de equidade em saúde. O segundo estudo relativo à PNS investigou a associação da ESF com a existência de uma fonte usual de cuidados (serviço ou profissional que o indivíduo sempre procura quando está com problemas de saúde), considerado um bom indicador de acesso. A maioria da população referiu possuir uma fonte usual de cuidados, que em mais de um terço dos casos era uma unidade de APS. Foi demonstrada forte associação positiva entre ser cadastrado na ESF e ter como fonte usual de cuidados uma unidade de APS. Observou-se também associação negativa com a referência a unidades de emergência/urgência como fonte usual de cuidados, o que foi mais forte nas regiões mais pobres do País (Norte, Nordeste e Centro-Oeste)²⁸.

A importância da ESF para o acesso e

para a qualidade do cuidado prestado no SUS se destaca em resultados da avaliação externa do PMAQ-AB, iniciativa pactuada entre MS, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Em equipes participantes do primeiro ciclo do PMAQ-AB (2012), 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas durante o pré-natal, e mais de 95%, atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso³¹. O acesso ao exame preventivo para o controle do câncer de colo do útero alcançou 93% das mulheres entre 25 e 59 anos, e a cobertura de rastreamento de câncer de mama foi de 70%, ultrapassando a recomendação do OMS e do MS^{32,33}. Em um período de seis meses, cerca de 90% dos usuários com diagnóstico de diabetes tiveram acesso à consulta na UBS e realizaram exame de sangue para o controle da doença³⁴.

No que se refere à Saúde Bucal uma gama de avanços pode ser destacada decorrente da formulação de um conjunto de medidas, diretrizes e normas que apoiaram a organização das ações de saúde bucal no SUS. Houve também investimento em vigilância bucal, com levantamentos epidemiológicos nacionais, controle de flúor na água de abastecimento. Houve expressiva expansão do número de Equipes de SB no modelo da ESF, incluindo equipes para populações específicas (rua, ribeirinhos, pluvial), configurando-se 26 mil Equipes de SB (2017), com um aumento de mais de 600% em comparação a 2002. Observou-se, também, um aumento significativo do aporte financeiro com melhoria da infraestrutura e a criação de novos incentivos para média complexidade³⁵. A estrutura e os processos de trabalho da APS ajudaram a reduzir a taxa de mortalidade por câncer bucal, apesar de não reduzir a taxa de incidência da doença. O aumento de investimentos na APS e na SB é essencial para evitar mortes relacionadas com o câncer bucal³⁶.

Apesar dos investimentos em melhoria das condições das UBS (Requalifica UBS), persistem precárias condições de infraestrutura, principalmente de instalações, insumos

e de informática^{37,38}. A oferta de atendimentos se restringe aos dias úteis. Há carência de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade as necessidades de saúde da população, particularmente para as atividades de acolhimento da demanda.

Além das deficiências estruturais, a organização e gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e cuidados de saúde. Por exemplo, a disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho não foi suficiente para melhorar a completude de ações em saúde da mulher^{32,33} e de pessoas com condições crônicas³⁴.

A necessária ampliação da oferta de serviços de saúde, em pleno século XXI, pode se beneficiar do uso mais extensivo das modernas tecnologias de informação e comunicação como, por exemplo, o Telessaúde. Os benefícios incluem a superação de barreiras geográficas e físicas, as facilidades na interação entre os profissionais de saúde na equipe e na rede de serviços; o acesso em tempo oportuno a recursos de apoio diagnóstico e terapêutico; a ampliação da capacidade de coordenação do cuidado da APS; além de promover a comunicação entre profissionais, pacientes e gestores³⁹.

A desigualdade social é um importante traço da sociedade brasileira, e uma de suas faces é a desigualdade socioespacial, que espelha, nos dias de hoje, séculos de políticas e ações predatórias na constituição do nosso território. Santos e Silveira⁴⁰, ao analisarem o processo histórico e geográfico da construção do território brasileiro, identificaram a existência de quatro Brasis que expressam esta desigualdade: a Região Concentrada formada pelo Sudeste e pelo Sul; o Brasil do Nordeste; o Centro-Oeste e a Amazônia, cada um com características próprias. É exatamente fora da Região Concentrada que se localiza o maior número de municípios pobres, nos quais o acesso aos bens públicos é mais difícil. No caso da saúde, são esses os territórios dos

vazios assistenciais, manifestos pela falta de profissionais e serviços de saúde.

Estudos indicam que são as regiões mais carentes ou remotas, com população em situação de extrema pobreza, as que apresentam maior dificuldade de atenção à saúde, inclusive na APS⁴¹. Evidencia-se, como resultado, uma equação cruel: quanto menor a densidade populacional do município, mais difícil se torna prover a oferta, sendo menor o gasto per capita em saúde e pior o acesso aos serviços. Outra face da desigualdade ocorre no interior das metrópoles. Em decorrência do modelo de urbanização brasileiro, uma parte importante da população que vive nessas cidades não tem acesso aos serviços e bens que o Estado deveria proporcionar, o que levou Milton Santos⁴² a cunhar o termo de ‘cidadãos incompletos’.

Muito há que ser feito, mas algumas medidas importantes foram efetivadas nos últimos anos no cenário da APS. Dentre elas, destaca-se o PMM. Estruturado em três eixos estratégicos, o Programa prevê a formação para o SUS, com investimento na criação de mais vagas de graduação e residência e novos cursos de medicina baseados em diretrizes curriculares que respondam às necessidades de saúde da população; a ampliação e melhoria da infraestrutura das UBS e provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros⁴³.

Diversos estudos ressaltam a importância do PMM na redução das desigualdades regionais na distribuição de médicos no Brasil⁴⁴⁻⁴⁷. Nos anos de 2013 e 2015, ou seja, após a implantação do PMM, utilizando um índice para mensurar a escassez de médicos, um dos estudos demonstrou que o Programa contribuiu para um substancial aumento do número de médicos no país, com redução do número de municípios com escassez de médicos de 1.200 para 777⁴⁵.

Em 2015, quase um terço das UBS receberam médicos do PMM, e 55% dos profissionais foram inseridos em equipes que já existiam, ou seja, que contavam com médicos

em algum período nos anos de 2013 e 2014, principalmente em equipes com elevada rotatividade desses profissionais. A inserção de profissionais do PMM nessas equipes não deve ser considerada negativa, ao significar a permanência do profissional em bases mais estáveis do que a inserção intermitente, anterior à implantação do Programa⁴⁵.

Finalmente, existem evidências do impacto do PMM no aumento no número de consultas médicas em todas as faixas etárias consideradas, no número de consultas de pré-natal, nos encaminhamentos para fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e outros, no número de exames e visitas domiciliares⁴⁸. Apesar do curto tempo de implantação, alguns estudos também evidenciam impactos positivos do PMM nas internações em geral e por algumas doenças infecciosas e parasitárias, além de doenças respiratórias⁴⁹.

Entretanto, há que se destacar que as inequidades regionais e socioeconômicas ainda persistem e se expressam em desigualdades na oferta de serviços e procedimentos, que dificilmente serão superadas sem investimento financeiro e sem a opção política clara de reverter este quadro. Garantir a universalidade e a integralidade de assistência à saúde no cenário desigual e continental do nosso país tem sido, e continuará sendo, um desafio constante na implementação do SUS.

1.3 APS e integralidade do cuidado

O conceito de integralidade, imagem objetivo do SUS, reconhece o indivíduo em sua totalidade, ao propor a integração das ações de saúde e a atuação intersetorial das políticas sociais. A integralidade se expressa em processos organizacionais e práticas profissionais ao interior de cada equipe da ESF, na rede de serviços de saúde e na relação com o território geopolítico. Evoca a necessária interdependência entre atores e organizações envolvidos no cuidado para o alcance da integração e coordenação de políticas, serviços e ações de saúde, além de gestão

mais eficiente dos recursos⁵⁰. A coordenação do cuidado, definida como ‘coordenação da integralidade’, é viabilizada por meio de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as Redes de Atenção à Saúde⁵¹.

A prioridade de universalização da ESF é essencial para o alcance da integralidade no SUS, graças à sua superioridade na concretização dos atributos da APS. A integração das equipes com outros dispositivos do território onde se localizam é parte da concepção territorializada de atenção primária no modelo brasileiro da ESF. De fato, a ESF pode ser considerada como um modelo indutor de mudanças nas práticas de saúde no que concerne à adoção de novos objetos⁵², para além da atenção individual e de práticas tradicionais de saúde pública, incorporando o território e suas populações, compreendido este enquanto espaço dinâmico e vivo de estabelecimento de relações sociais. Esse modo de atuação implica o reconhecimento do território, por meio do processo de mapeamento das famílias, dispositivos comunitários, condições geográficas e ambientais relacionadas com riscos e potencialidades sanitárias, de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados.

A ideia de trabalho e organização comunitária como elemento inerente da concepção de atenção primária, subsidiária, por sua vez, da concepção ampliada de saúde adotada pelo Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, coloca como desafio adicional o desenvolvimento de práticas de coordenação que se situam além dos muros tradicionais dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário, ou espaço sanitário. De fato, um conjunto de ações de promoção da saúde voltadas para a intervenção sobre determinantes sociais da saúde tem exigido

uma ação coordenada com outros setores e organizações localizadas nos territórios.

No contexto da APS e das equipes da ESF, o ACS é um trabalhador estratégico com ações orientadas para a integralidade do cuidado e da intersetorialidade, a saber: construção de vínculo e reconhecimento da população adscrita no território, com a articulação direta entre os serviços e a vida no território; trabalho comunitário; desenvolvimento de ações de promoção da saúde, seguimento de hipertensos e diabéticos, acompanhamento do pré-natal e do crescimento e desenvolvimento infantil. Em julho de 2018, mais de 260 mil trabalhadores estavam presentes em 97% dos municípios, o que traduz numericamente a importância do ACS para as EqSF e ressalta o seu papel de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde⁵³. Os ACS na ESF têm enfrentado grandes desafios ao longo da trajetória histórica do SUS. A PNAB publicada em setembro de 2017⁵⁴, além de promover a adesão ao modelo de AB tradicional, flexibiliza a presença dos ACS na EqSF e altera suas atribuições, ao incorporar práticas de enfermagem. O Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (Profags), instituído por meio da Portaria nº 83/2018⁵⁵, em discussão na Câmara Federal, propõe a formação técnica em enfermagem para agentes de forma generalizada. A proposta é considerada incompatível e inadequada em um contexto de flexibilização do escopo da equipe que fomenta e fragiliza as relações de trabalho e de ideário dos princípios do SUS. A iniciativa dilui as especificidades dos agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias e técnicos de enfermagem com riscos de redução do contingente de trabalhadores, sobrecarga de trabalho dos remanescentes, predominância de procedimentos simplificados de assistência à saúde em detrimento de educação e promoção da saúde⁵⁶.

Com a inserção de profissionais de psicologia, nutrição, fisioterapia, educação física e serviço social, além de médicos especialistas,

entre outros, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf-AB) constituem importante arranjo no fortalecimento da AB, ao aumentar as ofertas de cuidados na rede de serviços, a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações^{51,57}. Por meio de atuação integrada às equipes de saúde, o Nasf permite realizar discussões de casos clínicos, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na unidade de saúde como nas visitas domiciliares, permite a construção conjunta de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde.

Apesar da expansão continuada dos serviços desde sua implantação, que alcança, em 2018, mais de cinco mil núcleos⁵³, o Nasf enfrenta desafios de diversas ordens, desde o elevado número de municípios que não possuem cobertura desse serviço até núcleos que cobrem informalmente um elevado número de EqSF. Também são razões de preocupação o baixo investimento em condições de trabalho, transporte, equipamentos e materiais; a dificuldade de interação entre profissionais do Nasf e das equipes da ESF se somam a problemas organizacionais, comprometendo a coordenação e continuidade do cuidado e a regulação do acesso. Os desafios conceituais e de formulação englobam a ampliação desejável do escopo de ofertas da ESF e a adequação de outros pontos de atenção na rede, com destaque para a polarização entre ‘atender pacientes’ e ‘fazer ações coletivas’.

A marcante expansão da Saúde Bucal no SUS, principalmente após 2004, com o programa Brasil Sorridente, contribuiu para o fortalecimento da integralidade em saúde. O programa estruturou ações de promoção e vigilância, prevenção e recuperação da saúde bucal, ampliou o acesso ao tratamento odontológico nos três níveis de atenção⁵⁸. Apesar disso, a SB enfrenta desafios que perpassam todas as políticas de APS no Brasil, como

a tensão entre o modelo biomédico e o de saúde da família; a permanência de iniquidades na oferta de serviços e procedimentos. Persistem modelos de contratação pessoal de nível superior e médio que mantêm a precariedade das relações trabalhistas. Os desafios também alcançam a formação e educação permanente dos profissionais de SB para o SUS e requerem estratégias para a defesa e sustentação dos avanços da Política Nacional da Saúde Bucal, com a participação social na micropolítica dos serviços⁵⁹.

Outra iniciativa relevante para a integralidade da APS é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PIC), institucionalizada em 2006 e com inserção gradual no SUS com ampliação da oferta em 2015⁶⁰. Atualmente, o Brasil conta com 29 práticas implantadas e alcança 78% da oferta, sobretudo na ESF e nos Nasf. As PIC potencializam o cuidado integral ao expandir o leque de opções terapêuticas ofertadas, ao agir como recurso de redução de danos e de promoção da saúde, além de representar uma prazerosa estratégia de integração e perspectiva de cuidado para o trabalho das equipes na AB. Sua presença na APS também fomenta a reorganização do processo de trabalho das equipes e promove a centralidade do usuário e de suas necessidades de saúde. Além disso, reforça o vínculo entre equipe e usuários, avançando na perspectiva integral e na superação da atenção centrada no modelo biomédico de cuidado⁶¹. Delineiam-se, no contexto atual, três eixos relevantes para o fortalecimento das PIC na APS, a saber: expansão institucional, com o intuito de aumentar sua oferta e democratizar o acesso; fomento a pesquisas sobre as PIC no que diz respeito à eficácia, segurança, modos de ação e experiências institucionais de sua oferta na APS; formação ou capacitação de profissionais em PIC, necessárias para o exercício e para a oferta dessas práticas de maneira efetiva no sistema de saúde.

A consolidação de uma APS integral no Brasil depende de apporte regular de

investimentos que priorizem a ESF e o conjunto de arranjos e dispositivos necessários para abordar a totalidade das necessidades de saúde de indivíduos e populações.

2 Fortalecimento da gestão da APS no Brasil

Por definição constitucional, o SUS é um sistema público nacional de caráter universal e integral¹. Desde os anos 1990, multiplicaram-se os esforços na construção de um modelo federativo na saúde, com a definição do papel de cada esfera na gestão do sistema, juntamente com a criação de estruturas e mecanismos institucionais específicos de relacionamento entre os gestores do SUS em conjunto com a sociedade. As responsabilidades de gestão federal, estadual e municipal não podem ser delegadas⁶², em consequência, a terceirização e a privatização da gestão da APS contrariam a definição constitucional do SUS.

Em apoio à gestão pública da APS, a presente Agenda destaca avanços e desafios na formação adequada de profissionais para a APS e na estabilidade no trabalho, em aspectos normativos e institucionais do SUS, no financiamento e na institucionalização de mecanismos de monitoramento e avaliação de ações e serviços. A gestão da APS se fortaleceu na última década ao impulsionar programa de melhoria da qualidade das ações oferecidas à população na rede básica de saúde do País, articuladas a incentivos financeiros progressivos aos municípios e equipes da ESF, conforme o desempenho certificado por avaliação externa. O PMAQ-AB e os incentivos por desempenho correm risco de descontinuidade no SUS, em função de restrições financeiras decorrentes da EC 95¹⁵.

2.1 Formação de profissionais e gestão do trabalho

Na formação de profissionais para atenção primária, diversos esforços foram

empreendidos após 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação no MS. As experiências do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS), do Aprender-SUS, do Ensina-SUS, do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-saúde) e da Política Nacional de Educação Permanente foram consideradas inovadoras na inserção dos estudantes na APS^{63,64}.

Em tempos recentes, o PMM, em seu componente educacional, induziu mudanças nas diretrizes curriculares e aumentou o número de vagas (5.300 novas vagas até 2015) e de cursos de graduação em medicina⁶⁵. O Programa também incidiu positivamente na ampliação da oferta de Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família e Medicina de Família e Comunidade, com aumento de 4.742 vagas em várias especialidades até 2015, em universidades públicas e privadas de todo o País⁶⁵ e de Cursos de Especialização em Saúde da Família, na modalidade Educação a Distância, por meio da Universidade Aberta do SUS (Unasus)⁶⁶. Os efeitos do PMM também alcançaram a pós-graduação senso stricto em APS, ao incentivar as atividades da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RenASF) e promover a criação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaude), por intermédio de uma Rede Nacional de 20 instituições, sob liderança da Abrasco e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Em 2015, o PMM incorporou o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), iniciado em 2011, com a oferta de bolsa de estudo para atuação na AB e pontuação para ingresso nos programas de residência médica⁶³.

Entretanto, muitos problemas na formação dos trabalhadores persistem ao longo da implementação do SUS, atingindo os diversos níveis e estruturas organizativas do sistema, aí incluída a APS. A saber: dissociação entre

ensino, pesquisa e prática profissional; unidades de saúde com estrutura inadequada para recebimento de estudantes de graduação; qualidade insuficiente da formação de estudantes e profissionais; fragmentação na formação do futuro profissional e na educação continuada do profissional em serviço, tanto de nível superior como técnico; baixa institucionalidade das ações de educação permanente, o que leva à descontinuidade da formação dos trabalhadores. A privatização da formação de medicina e de enfermagem tem se configurado como um problema importante, entre outros motivos, pela baixa regulação do sistema educacional no País. Apesar do aumento de vagas para residência médica em Medicina de Família e Comunidade, seu preenchimento ainda é baixo, em relação à capacidade institucional disponível⁶⁵. Persistem, também, as dificuldades de integração entre as políticas de saúde e de educação superior com vistas à formação de trabalhadores de saúde, inclusive para responder às demandas da gestão da APS⁶³.

Neste período, o avanço nas tecnologias de informação e comunicação possibilitou a incorporação de novas estratégias de suporte aos profissionais, como, por exemplo, o Telessaúde, que tem potencial de apoiar e auxiliar no processo de formação dos trabalhadores, além de ampliar a integralidade e capacidade resolutiva das práticas profissionais.

A gestão do trabalho no âmbito da APS sujeita-se ao que está posto não só para os demais profissionais do SUS como para os trabalhadores em geral, o que compromete a sustentabilidade do sistema. O processo sistemático de precarização de trabalho extrapola o setor saúde, e evidencia-se, entre outras características, pela flexibilização de carga horária e salários, prática comum de organizações sociais e de outras formas de privatização da gestão de unidades e serviços de saúde.

2.2 Aspectos normativos e institucionais da gestão pública em saúde

Conforme resultados do primeiro e segundo ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, realizados em 2012 e 2014, a administração direta ainda é a principal forma de contratação da força de trabalho na APS no Brasil. A gestão direta está presente na maior parte dos estados e municípios brasileiros, mas em apenas 77% das EqSF. Praticamente uma equipe da ESF de cada quatro está sob gestão da administração indireta, que se expande rapidamente na AB dos maiores municípios, com o argumento de contornar os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e os entraves da administração pública tradicional. Em 2013, 1.216 municípios brasileiros (21,8%) tinham estabelecido contratos de gestão com Organizações Sociais (OS) na área de saúde⁶⁷. Outro dado que chama a atenção é a contratação de serviços de saúde por meio de OS em 22 (56,4%) dos 39 municípios com mais de 500 mil habitantes⁶⁷. Na APS, as organizações sociais e fundações estatais de direito privado assumiram a gestão operacional no estado de São Paulo, no município do Rio de Janeiro e no estado da Bahia⁶⁸⁻⁷¹.

Após alguns anos de implementação desses formatos institucionais no País, as propostas permanecem sem consenso entre os diferentes atores do sistema público de saúde. Algumas experiências foram avaliadas no âmbito do setor, algumas relativas a organizações sociais^{68,72-81}, e outras sobre fundações estatais^{71,79,82,83}.

A falta de um marco regulatório que oriente a formalização das parcerias, estabelecendo responsabilidades, direitos e deveres entre contratantes e contratados, de forma a assegurar ao trabalho e aos trabalhadores proteção social, tem gerado iniquidades e compromete a qualidade da assistência prestada. O debate sobre aspectos normativos e institucionais da gestão em saúde reconhece que os inegáveis avanços obtidos nas últimas décadas coexistem com desafios

inerentes à atenção integral das necessidades de saúde da população e à garantia de ampla participação de setores sociais organizados. Some-se a isso a necessidade de regulamentar e monitorar práticas heterogêneas da gestão municipal de saúde, notadamente na regulação da relação público-privada na gestão de contratos⁸⁴. Garantir a autonomia do gestor ‘na ponta’, assegurando indução naquilo que foge de seu escopo, deve ser feito observando práticas de governança com efetivo controle social e transparência dos procedimentos usuais de gestão.

2.3 Financiamento

As responsabilidades com a gestão e com o financiamento do SUS são compartilhadas entre os três âmbitos de governo: federal, estadual e municipal. A AB é o único nível de atenção no qual a transferência de recursos federais para os municípios é de base populacional, conforme definição da Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS) publicada em 1996⁸⁵ e implementada a partir de 1998. Essa lógica se contrapõe ao pagamento por procedimentos que define o financiamento da atenção de média e alta complexidade. Essa decisão contribuiu de forma importante para a redução de desigualdades regionais na alocação de recursos federais para a AB⁸⁶. Em 2017, novos critérios foram introduzidos para o cálculo do valor do PAB fixo, incluindo, além da população, o PIB per capita, o percentual da população com Bolsa Família ou percentual da população em Extrema Pobreza, o percentual da população com plano de saúde e a densidade demográfica. Todavia, os valores anuais per capita transferidos aos municípios continuam irrisórios, com variação de R\$ 23,00 a R\$ 28,00, conforme as faixas em que são classificados os municípios⁸⁷.

A lógica de transferência de recursos financeiros condicionada à adesão dos municípios a programas específicos formulados pelo governo federal (PAB variável)

induziu a expansão da ESF, da saúde bucal, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, dos Nasf e do PMAQ-AB. A despeito da restrição de autonomia municipal quanto à definição dos gastos com APS em seu território, os incentivos vinculados ao PAB variável favoreceram a coordenação e expansão nacional de estratégias importantes de qualificação da AB, com desconcentração da oferta de serviços e redistribuição de recursos financeiros para regiões mais carentes.

Apesar da relevância das transferências federais e estaduais, cerca de 70% dos gastos em AB são cobertos por recursos municipais, a principal fonte de sustento da AB⁸⁸. A forte dependência de recursos municipais é considerada instável por se concentrar em despesas com pessoal limitadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Entre os desafios para o financiamento da APS, destaca-se a heterogeneidade dos municípios brasileiros, que se revela pelas desigualdades regionais que incidem sobre a capacidade de gestão do sistema. Uma quantidade considerável dos municípios no País é de pequeno porte e apresenta base econômica restrita para sua sustentação, sendo, portanto, muito dependente de transferências intergovernamentais. Em vários desses municípios, não há sequer uma estrutura técnica local para formular e implementar políticas de saúde, ou mesmo assumir a gestão da rede de serviços de saúde. O papel indutor das secretarias estaduais de saúde tem sido insuficiente em assumir o planejamento regional, sua parte no financiamento e na regulação da rede de serviços, de modo a contribuir para a integração entre a APS e outros níveis de atenção na rede regionalizada.

Ampliar a discussão democrática e propor a revogação dos dispositivos da EC 95/2016 são esforços fundamentais no presente contexto de desfinanciamento do SUS. Faz-se necessária, também, a ampliação do papel dos estados e do Distrito Federal no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando

a integração da APS com outros níveis de atenção, bem como a ampliação dos mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais para a APS, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da ESF. A participação de Conselhos de Saúde nos processos de formulação de políticas, controle e fiscalização da aplicação de recursos financeiros para a AB, em âmbito nacional, estadual e municipal, é crucial para a superação dos desafios do financiamento do SUS e da AB.

2.4 Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade da APS

A realização de avaliações normativas do Programa de Saúde da Família, a criação da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) em 2003, os Estudos de Linha de Base do Proesf em 2005, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, seguida pelo PMAQ-AB e a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (Amaq-AB) representam esforços relevantes do monitoramento e avaliação da AB no País^{7,89,90}. Entretanto, ainda permanecem enormes desafios para institucionalizar essas iniciativas no cotidiano da gestão da APS. Dentre os principais entraves, destaca-se a produção e o tratamento da informação e sua plena utilização, recursos essenciais para apoiar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, não só por equipes locais, mas também pela gestão da AB nas três esferas administrativas do SUS.

É inadiável a universalização do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab/e-SUS) e a solução de problemas de interoperabilidades de dados entre múltiplos sistemas de informação, de modo a superar vantajosamente o Siab, descontinuado em 2015. A plena implantação do e-SUS deverá garantir a informatização do

processo de trabalho e da qualificação da informação, mas também a produção de relatórios automatizados de informações individuais e agregadas no âmbito da equipe de saúde e do território de abrangência da ESF e o acesso a informações de saúde em todos os pontos da rede de atenção do SUS.

3 Proposições para uma agenda política e estratégica para a APS no SUS

Revitalizar os princípios de APS integral da Declaração de Alma Ata em sua essencialidade exige, antes de tudo, elucidar suas implicações na conjuntura mundial para o direito universal à saúde. Permanecem tensões e contradições quanto às abordagens de APS no Brasil e no mundo. Nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema universal *versus* cobertura universal em saúde⁵.

Na agenda da ‘cobertura universal’, a APS representa um pacote básico de serviços e medicamentos essenciais definidos em cada país, correspondendo a uma abordagem seletiva para alcance de um universalismo básico por meio de algum tipo de seguro (privado ou público) em países em desenvolvimento. Distingue-se da abordagem integral dos sistemas públicos universais, na qual a APS orienta o desenho do sistema e deve ordenar a rede assistencial.

Urge incidir na formulação da Carta de Astana 2018 em preparação pela OMS e exigir a primazia na defesa do direito universal à saúde de todos os povos, ampliando a concepção restrita de cobertura universal ora difundida e defendendo a construção de sistemas públicos universais de saúde.

A APS que queremos no SUS incorpora a essência dos princípios de Alma Ata: a atenção essencial, base de um sistema

público de saúde de acesso universal com financiamento e prestação públicos; inseparável do desenvolvimento econômico e social e do enfrentamento dos determinantes sociais para a promoção da saúde, fortalecendo a participação social.

A APS que queremos para a garantia do direito universal de acesso a serviços de saúde no SUS estabelece primeiro contato de fácil acesso resolutivo e de qualidade, que garante atenção oportuna, integral, integrada e contínua com orientação familiar e comunitária. Seu modelo assistencial enfatiza a promoção da saúde, garante o equilíbrio entre cuidado individual e coletivo respondendo a necessidades individuais e populacionais. Fortalece os espaços democráticos de controle social e promove a participação ativa para a ação comunitária potente no território para mediação de ações intersetoriais para a promoção da saúde. Realiza-se por equipes multidisciplinares com profissionais de saúde com formação adequada para a APS integral. Sustenta-se em financiamento suficiente e equitativo e na gestão pública democrática, participativa e transparente.

Exigimos a revisão da Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017, considerando esta concepção explicitada nas seguintes proposições:

Universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade

- Consolidar a APS como porta de entrada aberta, acessível e resolutiva para redes regionalizadas de saúde.
- Reduzir as barreiras de acessibilidade organizacionais, geográficas e culturais, garantindo o respeito às identidades de gênero, étnicas e valores locais.
- Garantir o acesso à atenção integral por meio da coordenação do cuidado pela APS, tanto no interior das EqSF quanto nas redes regionalizadas de atenção à saúde.
- Ampliar o escopo de práticas e resolutividade da APS.
- Desenvolver estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado individual e coletivo.
- Defender a centralidade do território na APS: incentivar o acompanhamento do usuário no território de modo a prover o apoio social requerido, com fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores que tem no ACS um de seus pilares fundamentais.
- Reduzir o número de pessoas adscritas a cada EqSF, adequando-o às necessidades de saúde populacionais.
- Assegurar a interiorização e fixação de profissionais médicos, aprimorando ações do PMM.
- Equiparar o número de Equipes de SB às EqSF e melhorar o acesso a procedimentos de média complexidade em odontologia para áreas com menor IDH.
- Garantir que todas as EqSF tenham cobertura dos Nasf e apoio assistencial com dimensionamento adequado às necessidades populacionais.
- Ampliar a composição das equipes multiprofissionais de apoio à saúde da família. Recomendar o trabalho articulado das equipes com vistas ao cuidado mais efetivo dos usuários e à ampliação do escopo das práticas de outros profissionais para responder às necessidades populacionais.
- Qualificar o perfil de competência dos profissionais de nível superior no cuidado individual e coletivo para atuação na APS resolutiva e de qualidade.
- Promover o debate com gestores para

qualificar o acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços de atenção primária à saúde.

- Recomendar a realização de diagnóstico situacional sobre os processos de trabalho das equipes de atenção primária à saúde em áreas rurais.

- Adequar a territorialização das equipes para incluir agrupamentos populacionais esparsos.

- Incorporar as novas tecnologias de informação e comunicação, contribuindo para a melhor resolutividade da APS, ampliação do acesso e formação dos trabalhadores.

- Reconhecer o subsistema de saúde indígena como uma das abordagens diferenciais da AB que considera e articula outros saberes e práticas de produção da saúde.

- Garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral que contemple a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de cada comunidade, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

- Indicar a ampliação das práticas populares e tradicionais de cuidado por meio do acesso às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics) e às plantas medicinais e fitoterápicos.

Agentes Comunitários de Saúde: sujeitos da ação comunitária no território para a promoção da saúde

- Fortalecer o papel do ACS como sujeito da ação no território, assegurando seu vínculo com a população.

- Incentivar o trabalho do ACS na mediação de ações intersetoriais no território para melhoria das condições de vida e promoção da saúde da população.

- Reforçar a atuação do ACS como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, e entre o setor saúde e demais políticas públicas que promovam a qualidade de vida.

- Garantir formação de nível técnico para os ACS para atuação como sujeitos de saúde coletiva.

- Promover fóruns específicos para a discussão das atribuições, do perfil profissional e do referencial curricular para o curso de nível técnico de ACS. Esse debate deve ser articulado com a discussão do processo de trabalho na ESF, das atribuições comuns e específicas dos profissionais e dos modelos de atenção, planejamento e gestão.

- Destinar recursos financeiros, previstos na Portaria nº 83/2018 do MS (Profags), recentemente revogada, para a oferta, em escala nacional, do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e escolas da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica.

- Fortalecer a formação dos agentes de saúde indígena.

Financiamento suficiente e equitativo para a APS integral

- Criar frente em defesa do financiamento público adequado para o SUS e AB, e exigir a revogação da EC 95/2016.

- Aumentar o investimento público em saúde para o patamar de 8% do PIB, garantindo, no mínimo, 20% do montante para o financiamento da AB com ênfase na saúde da família.

- Aumentar o valor per capita do PAB fixo, uma vez que seu aumento expressivo amplia o volume de recursos para AB rapidamente, dada sua capilaridade no País.
- Garantir a exclusividade dos recursos do PAB variável para a universalização da ESF no País.
- Garantir o uso dos recursos oriundos do incentivo por desempenho das equipes que aderiram ao PMAQ-AB exclusivamente para ações de AB.
- Ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais para a AB, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos municípios, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da ESF.
- Promover a equidade na distribuição de recursos para áreas remotas e desassistidas.
- Acabar com a renúncia fiscal em saúde. Abolir subsídios e isenções fiscais em saúde, como a dedução de despesas com serviços e planos de saúde, no Imposto de Renda de contribuintes individuais e de empresas.
- Promover uma reforma tributária com justiça fiscal, progressividade da arrecadação e carga tributária adequada para garantir a universalidade de direitos sociais.

Fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social

- Fortalecer a atuação dos Conselhos de Saúde (locais, municipais, estaduais e nacional) nos processos de formulação de políticas, controle e fiscalização da aplicação de recursos voltados para o financiamento da AB.
- Incentivar a formação política dos conselheiros de saúde em todos os níveis de representação (local, municipal, estadual e

nacional).

- Apoiar o fortalecimento de espaços de participação popular na saúde.

Mediação de ações intersetoriais para incidir na determinação social, promover a saúde e reduzir as desigualdades

- Estabelecer estratégias para priorizar as ações intersetoriais relacionadas com a promoção da saúde e com o fortalecimento das redes de municípios saudáveis já existentes no País, por meio de um programa continuado de disseminação de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades e espaços de interação entre gestores para intercâmbio e avaliação de experiências exitosas.
- Ampliar a governança territorial com a participação dos diferentes agentes implicados com as políticas sociais: lideranças locais e representação (direito a voz e voto) da população, assegurando o controle social das ações governamentais.
- Investir fortemente na superação das desigualdades sociais, por meio de ações que estimulem a equidade nas intervenções governamentais, ainda que, para tanto, algumas ações emergenciais possam ser necessárias (transferência de renda para famílias em situação de miséria; segurança alimentar; redução de danos; provisão emergencial de profissionais em áreas específicas; cotas raciais, sociais e por gênero; ações a populações em desvantagem permanente ou transitória).
- Regular a comunicação e ampliação de compromisso social na divulgação de propagandas que estimulem o consumo de produtos que impactam direta ou indiretamente na saúde. Em defesa da comunicação pública e contra a concentração/monopólio midiático.

Gestão pública democrática, participativa e transparente

- Por uma administração pública direta, democrática, participativa, transparente e sem corrupção.
- Garantir e fortalecer a gestão pública do SUS.
- Ampliar a provisão pública na prestação dos serviços de saúde na rede, superando a dependência do setor privado, especialmente em áreas estratégicas (equipamentos diagnósticos, exames especializados e rede hospitalar), de forma a garantir retaguarda à APS e continuidade do cuidado em saúde, em oposição à segmentação por planos populares e privatização da gestão direta dos serviços.
- Implementar forte regulação pública para os contratos de gestão indireta, de modo a garantir segurança jurídica nas relações de trabalho.
- Reforçar o papel dos estados no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando a integração da AB com outros níveis de atenção.
- Implantar plano de carreira para profissionais da APS no SUS.
- Instituir mecanismos de desprecarização do trabalho no SUS, garantindo o ingresso dos profissionais por concurso público.

Formação de profissionais de saúde para a APS integral

- Direcionar a formação dos profissionais de saúde para competências exigidas pela APS resolutiva e de qualidade, em todos os níveis de ensino (graduação, residência, especialização, mestrado e doutorado profissionais).

- Ampliar ofertas de educação permanente para profissionais da APS.
- Fortalecer e impulsionar redes de saúde e educação para formação técnica para o SUS com valorização da articulação das instituições públicas municipais, estaduais e federais.
- Promover estratégias para a qualificação docente em todos os níveis de formação dos profissionais de saúde para uma APS resolutiva e de qualidade.
- Desenvolver ações de formação de preceptoria em serviços e saúde para sustentar a articulação ensino-serviços.
- Promover a formação em apoio matricial nas residências médicas e multiprofissionais.
- Ampliar o escopo das residências multiprofissionais em saúde.
- Apoiar a formação extensiva de médicos de Família e Comunidade, seguindo as recomendações da lei do PMM para o Brasil.
- Incluir na formação dos profissionais de APS os temas da interculturalidade.
- Incentivar o uso de tecnologias em saúde, como e-health na APS, telemedicina, indicadores mais precisos e associados às práticas profissionais que permitam maior e melhor avaliação e monitoramento do trabalho.

Agenda de pesquisa em APS

- Fortalecer o compromisso da pesquisa em APS com a defesa do SUS e da saúde da população.
- Aprofundar os estudos sobre acesso e qualidade na APS, com vistas a garantir a

universalização da ESF e a integralidade das ações na rede básica de saúde, com ênfase na redução de desigualdades sociais e regionais.

- Desenvolver e implementar estratégias metodológicas para mensurar e estimar o impacto das intervenções em APS.
- Estabelecer um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde e discutir os desafios da avaliação de impacto das ações intersetoriais sobre a saúde.
- Explorar e divulgar resultados das avaliações externas do PMAQ-AB, de modo a compor um painel complexo sobre padrões e tendências na AB brasileira, em apoio à gestão e aos trabalhadores em saúde.
- Fomentar pesquisas que produzam indicadores comparativos sobre o impacto das políticas de ajuste econômico na saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis.
- Incentivar estudos sobre a dinâmica e sobre o impacto do mercado educacional e do mercado de trabalho e suas implicações para o planejamento de recursos humanos em saúde.

Colaboradores

Elaboração coletiva dos pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco no Seminário preparatório ‘De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no Brasil – avanços, desafios e ameaças’, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública

Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), de 20 e 21 de março de 2018. Agenda revisada no dia 25 de agosto de 2018 durante o XII Congresso de Saúde Coletiva.

Adriano Maia dos Santos, Allan Claudius Queiroz Barbosa, Aluísio Gomes da Silva Jr, Amanda Fehn, Ana Angélica Rego de Queiroz, Ana Luisa Barros de Castro, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Angélica Ferreira Fonseca, Ardigeusa Alves Coelho, Aylene Bousquat, Charles Tesser, Claudia Santos Martiniano, Clauñara S. Mendonça, Cristiane Spadacio, Cristiani Vieira Machado, Daniela Carcereri, Eduardo Melo, Elaine Thumé, Elaine Tomasi, Elisete Casotti, Elizabeth Fassa, Fernando Ferreira Carneiro, Gabriella Andrade, Gustavo Matta, Islândia Maria Carvalho de Sousa, Ivana Barreto, Jarbas Ribeiro, Lígia Giovanella, Lílian Miranda, Luciana Dias de Lima, Luiz Augusto Facchini, Magda Almeida, Marcelo Viana da Costa, Márcia Fausto, Márcia G. de Mello Alves, Márcia Teixeira, Márcia Valéria Morosini, Maria Guadalupe Medina, Maria Helena M. de Mendonça, Marilene Cabral do Nascimento, Monique da Silva Lopes, Nelson Felice de Barros, Nílvia Maria de Brito Lima Prado, Osvaldo de Goes Bay Júnior, Patty Fidélis de Almeida, Patrícia Chueri, Paulo de Medeiros Rocha, Rosana Aquino, Sandro Rodrigues Batista, Severina Alice da Costa Uchoa, Sonia Acioli, Vanira Matos Pessoa.

Agradecimentos

Agradecimento a Ana Luiza Queiroz Vilasbôas pela relatoria final. ■

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
2. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma-Ata [internet]. 1978 p. set 6-12 [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>.
3. Giovanella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. Cad. Saúde Pública [internet]. 2017 [acesso em 2018 jun 20]; (33):(supl 2):e00118816. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en.
4. World Health Organization. From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals: Global Conference on Primary Health Care - October 25-26 [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: <http://www.who.int/primary-health/conference-phc/>.
5. Giovanella L, Mendoza-Ruiz A, Pilar ACA, et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 24]; 23(6):1763-1776. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601763&script=sci_abstract&tlang=pt.
6. World Health Organization. Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals. [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf?ua=1.
7. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2006; 11(3):669-681; [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300015&lng=en.
8. Aquino R, Oliveira NF, Barreto M. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Heal [internet]. 2009 [acesso em 2018 ago 24]; 99(1):87-93. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>.
9. Guanais F, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil. J Ambul Care Manag [internet]. abril-jun 2009 [acesso em 2018 ago 24]; (2):115-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19305223>.
10. Macinko J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. J Epidemiol Community Heal [internet]. 2006 jan [acesso em 2018 ago 24]; (1):13-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16361449>.
11. Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, et al. Going to scale with community-based primary care: An analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. Soc Sci Med [internet]. 2007 nov [acesso em 2018 ago 24]; (10):2070-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17689847>.
12. Facchini LA, Thumé E, Nunes BP, et al. Governance and Health System Performance: National and Municipal Challenges to the Brazilian Family Health Strategy. In: Reich M TK, organizador. Brookline, MA, USA: Lamprey & Lee; 2015. p. 203-36.
13. Abrasco. Ameaça de poliomielite é efeito das políticas desde o golpe [internet]. 2018 jul 6; [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/saude-da-populacao/ameaca-de-poliomielite-e-efeito-das-politicas-desde-o-golpe/34955/>.
14. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Child morbidity and

- mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. PLoS Med, [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 24]; 5(5):e1002570. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570>.
15. Brasil. Constituição (1998). Emenda constitucional no 95 de 2016. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>.
 16. Rede APS [homepage na internet]. Biblioteca Digital da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 24]. Disponível em: <http://rededepesquisaaps.org.br/categoria/biblioteca-digital/>.
 17. Brasil. Decreto No 9.463, de 8 de agosto de 2018. Convoca a 16a Conferência Nacional de Saúde [internet]. 2018. Diário Oficial da União 9 ago [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: http://imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36094397/dol-2018-08-09-decreto-n-9-463-de-8-de-agosto-de-2018-36094393.
 18. Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, et al. Desempenho da Atenção Básica em Beneficiários do Bolsa Família: Contribuições à Redução de Desigualdade em Saúde. In: Campello TNM, organizadores. Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea; 2013. p. 273-83.
 19. Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010 [internet]. Am J Public Heal. 2013[acesso em 2018 ago 13]; (11):2000-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028257>.
 20. Guanais FC, Macinko J. The Health Effects Of Decentralizing Primary Care In Brazil. Heal Aff [internet] jul-ago 2009 [acesso em 2018 20 jun]; (4):1127-35. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597212>.
 21. Rasella D, Aquino RBM. Reducing Childhood Mortality From Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil. Pediatr [internet]. 2010 [acesso em 2018 ago 23]; 126(3):e534-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20679307>.
 22. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). Med Care [internet]. jun 2011 [acesso em 2018 ago 23]; 49(6):577-84. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21430576>.
 23. Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, et al. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. Am J Public Heal [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 23]; 101(10):1963-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21330584>.
 24. Macinko J, Dourado I, Aquino R, et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. Heal Aff [internet]. Viçosa: 2010 [acesso em 2018 ago 23]; (12):2149-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21134915>.
 25. Bermudez BC. Three Essays on Health Economics [tese] [internet]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2017 [acesso em 2018 ago 23]. Disponível em: http://www.locus.ufv.br/bitstream/handle/123456789/10458/texto_completo.pdf?sequence=1.
 26. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data [internet]. BMJ. 2014 [acesso em 2018 ago 23]; (349):g4014. Disponível em: <https://www.bmjjournals.org/content/349/bmj.g4014>.
 27. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 [internet]. Ciênc Saúde Colet. 2016 [aces-

- so em 2018 ago 23]; (2): 327-38. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000200327&script=sci_abstract&tlang=pt.
28. Dourado I, Medina MG, Aquino R, et al. 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 Heal* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 23]; (1):151. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112616/>.
29. Wachs LS, Nunes BP, Soares UM, et al. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 23]; 20(3):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2016000300702&script=sci_abstract&tlang=pt.
30. Thumé E, Facchini LA, Wyshak G, et al. The Utilization of Home Care by the Elderly in Brazil's Primary Health Care System. *Am J Public Heal* [internet]. 2011 [acesso em 2018 ago 23]; (5):868-74. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20724683>.
31. Tomasi E, Fernandes PAA, Fisher, T, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 20]; 20(3):e00195815. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000305001&script=sci_abstract&tlang=pt.
32. Barcelos MRB, Lima RC, Tomasi E, et al. Qualidade do rastreamento do câncer de colo uterino no Brasil: avaliação externa do PMAQ. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 21]; 51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100261&tlang=en. Epub July 20, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006802>.
33. Barcelos MRB, Nunes BP, Duro SMS, et al. Utilization of Breast Cancer Screening in Brazil: an external assessment of primary health care access and quality improvement program. *Heal Syst Reform* [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 20]; (1):42-55. Disponível: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2017.1405770?scroll=top&needAccess=true>.
34. Tomasi E, Cesar MADC, Neves RG, et al. Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality-PMAQ. *J Ambul Care Manag* [internet]. abr-jun 2017; 40(supl 2):12-23.
35. Chaves SCL, Almeida AMFL, Rossi TRA, et al. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. *Ciênc Saúde Colet.* [internet] [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; (6):1791-803. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601791&tlang=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.18782015>.
36. Rocha TAH, Thomaz EBAF, Silva NC, et al. Oral primary care: an analysis of its impact on the incidence and mortality rates of oral cancer. *BMC Cancer* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; 1(1):706. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29084516>.
37. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* [internet]. 2009 [acesso em 2018 ago 21]; 20(1):39-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232009000100009&script=sci_abstract&tlang=pt.
38. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, et al. Structural typology of Brazilian primary health-care units: the 5 Rs. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 21]; 33(8). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000805005&tlang=en&nrm=iso&tlang=pt.
39. Piropo TGN, Amaral HOS. Telessaúde, contextos e implicações no cenário baiano. *Saú-*

- de debate [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 22]; (104):279-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000100279&script=sci_abstract&tlang=pt.
40. Santos MSM. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record; 2001.
41. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, et al. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 21]; 20(9):2652-2652. Disponível em: [https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016](https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016%3E). ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18952016>.
42. Santos M. O espaço do cidadão. São Paulo, SP: Edusp; 2007.
43. 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. [internet]. Diário Oficial da União 23 Out 2013 [acesso em 2018 ago13]; 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12871-22-outubro-2013-777279-norma-pl.html>.
44. Santos LMP, Costa AMGS. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 20]; 20(11):3547-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015001103547&script=sci_abstract&tlang=pt.
45. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 23]; 21(9):2675-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902675&tlang=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>.
46. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. Ciênc Saúde Colet. 2016; 20(9):2697-708.
47. Carrillo B, Feres J. More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 8]. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1729.pdf>.
48. Fontes LFC, Conceição OC, Jacinto PA . Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. Heal Econ [internet]. 2018 [acesso 2018 ago 21]; 27(8):1284-99. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29770534>.
49. Vieira R, Costa JSM, Lopes DAF. Maior oferta de médicos melhora indicadores de saúde? Evidências a partir do Programa Mais Médicos. In: Anais do 45º Encontro Nacional de Economia Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia; 2017.
50. Chaves LA, Jorge AO, Cherchiglia ML, et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. Cad Saúde Pública [internet]. 2018 [acesso em 2018 ago 21]; 34(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2018000205004&script=sci_abstract&tlang=pt.
51. Brasil. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011 [internet]. Diário Oficial da União 22 out [acesso 2018 ago13]; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.
52. Medina, MG, Hartz Z. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. Cad Saúde Pública [internet]. 2009 [acesso em 2018 ago 23]; (5):1153-67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000500022&script=sci_abstract.
53. Brasil. Departamento de Atenção Básica. Consul-

- tas de dados: Histórico de pagamento [internet]. 2018 [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 [internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 Set 2017. [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 83, de 10 de janeiro de 2018. [internet]. Diário Oficial da União. 12 Jan 2018. [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/janeiro2018/dia12/portaria83.pdf>.
56. Associação Brasileira de Enfermagem. Nota sobre o PROFAGS: Programa de Formação Técnica em Enfermagem para Agentes de Saúde. [internet]. 2018 [acesso em 2018 jan 24]. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/site/wp-content/uploads/2018/03/nota_PROFAGS.pdf.
57. Brasil. Portaria no 3.124, de 28 de dezembro de 2012. [internet]. Diário Oficial da União 31 Dez 2012. [acesso em 2018 ago13]. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/49565611/dou-secao-1-31-12-2012-pg-223>.
58. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
59. Mattos GCM, Ferreira EF, Leite ICG, et al. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2014 [acesso 2018 ago 21]; 20(2):373-82. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.21652012>.
60. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde; 2015.
61. Barros NF. Relatório final de Pesquisa: As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas: São Paulo; 2016.
62. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2003.
63. Oliveira APC, Gabriel M, Poz MRD, et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 23]; (4):1165-80.
64. Rios DRS. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos (2013-2016): contribuição ao debate sobre a atenção à saúde no SUS [monografia]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2017. 123 p.
65. Silva Junior AG, Andrade HS, Alexandre GC, et al. Oferta de vagas de graduação e residência médicas no estado do Rio de Janeiro a partir do Programa Mais Médicos (2013-2015). Gest Soc [internet]. 2016 maio-ago [acesso em 2018 ago 23]; (26):e00194916. Disponível em: <https://gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/2103>.
66. Thumé E, Wachs LS, Soares MU. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 21]; 20(9):2807-14.
67. Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2013. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão; 2014.
68. Pahim MLL. Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2009. 250 p.

69. Harzheim E. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família. Porto Alegre: OPAS; 2013.
70. Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. Ciênc Saúde Colet. [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 13]; 21(5):1327-38.
71. Andrade LR. A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia [dissertação]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 128 p.
72. Traldi MC. Políticas públicas e organizações sociais: o controle social na terceirização dos serviços de saúde [tese] [internet]. Campinas: Unicamp; 2003. 233 p. [acesso em 2018 ago 10]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/RE-POSIP/253121>.
73. Chimelli, SSB. Avaliação das organizações sociais de saúde para a população. Estudo de caso do Hospital Estadual da Criança [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2016.133 p.
74. Almeida KS. Setor público não-estatal: (Des)caminhos do Controle Social e da equidade no acesso aos serviços das Organizações Sociais de saúde. Rev Bras Extensão Univ. 2006; 4(2):49-57.
75. Ribeiro JM, Costa NR. Mecanismos de governança e modelos alternativos de gestão hospitalar no Brasil. Brasília: Report for the World Bank; 2005.
76. Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. Ciênc Saúde Colet. [internet] 2010 [acesso em 2018 ago 10]; (5):2483-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500023&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500023>.
77. Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Rev Adm Empres. 2008; 20(3):64-80.
78. Costa L, Marques PBT. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. Rev do Serviço Público. 2014; 20(3):249.
79. Silva LRN. Políticas públicas e administração democrática. Sequência (Florianópolis) [internet]. 2012 [acesso em 2018 ago 12]; (64):57-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-70552012000100004.
80. Contreiras H, Mata G. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cad Saúde Pública [internet]. 2015 [acesso em 2018 ago 28]; 31(2):285-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00015914>.
81. Coelho VSP, Greve J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. Dados [internet]. 2016; [acesso em 2018 ago 28]; 59(3):867-901.
82. Santos L, Aragão AS, Sundfeld CA, et al. Fundações estatais: estudos e parecer. Campinas: Saberes; 2009.
83. Cavalcante Filho JB, Franco TB. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. Physis [internet]. 2016 [acesso em 2018 ago 28]; 26(1):63-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312016000100006>.
84. Morais HMM, Albuquerque MSV, Oliveira RS, et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2018; (1):e00194916.
85. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 2.203, de 5 de novembro de 1996 [internet]. Diário Oficial da União. 6 Nov 1996. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html.

86. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
87. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no 3.947 de 28 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 29 dez 2017; 2017. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: http://imprensanacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1487090/doyle-2017-12-29-portaria-n-3-947-de-28-de-dezembro-de-2017-1487086.
88. Mendes A, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. Saúde debate. 2014; 38(103):900-916.
89. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
90. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Diário Oficial da União. 19 Jul 2011; 2011. [acesso em 2018 ago 13]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html.