



UNIFESSPA

**Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Instituto de Estudos em Saúde e Biológicas
Faculdade de Saúde Coletiva
Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva**

JULIANA MOTA SALGADO

**A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**MARABÁ-PA
2021**

JULIANA MOTA SALGADO

**A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Me. Emanuelle Helena Santos Cossolosso

**MARABÁ-PA
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará
Biblioteca Setorial Campus do Tauarizinho

S164t Salgado, Juliana Mota
A trajetória da política nacional de atenção básica no sistema
único de saúde: uma revisão integrativa / Juliana Mota Salgado.
— 2021.

Orientador(a): Emanuelle Helena Santos Cossolosso.
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) Universidade
Federal do Sul e Sudeste do Pará, Instituto de Estudos em saúde e
Biológicas, Faculdade de Saúde Coletiva, Curso de Bacharelado em
Saúde Coletiva, Marabá, 2021.

1. Saúde pública. 2. Saúde pública – história - Brasil. 3. Política
pública de saúde. I. Cossolosso, Emanuelle Helena Santos, orient. II.
Título.

CDD: 22. ed.: 362.10981

Elaborado por Renata Souza – CRB-2/1586

JULIANA MOTA SALGADO

**A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Saúde Coletiva como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Comissão julgadora:

Lourdes O
Gomes

Assinado digitalmente por
Lourdes O Gomes
Data: 2021-10-11 19:49:10

Prof.^a Me. Lourdes Oliveira Gomes

Avaliadora - IFPA/Campus Ananindeua



Prof.^a Dra. Priscila da Silva Castro

Avaliadora – IESB/FASC/UNIFESSPA



Prof.^a Me. Emanuelle Helena Santos Cossolosso

Professora Orientadora – IESB/FASC/UNIFESSPA

Presidente da Banca Examinadora

Marabá-Pará, Dezessete de Agosto de Dois Mil e Vinte um

AGRADECIMENTOS

Meus sonhos só se tornaram realidade, graças ao meu bom Deus, que sempre me deu força para continuar. Agradeço imensamente a minha mãe Claudelene, meu pai Milton e minha irmã Patrícia, por sempre me apoiarem, investir em mim, confiar e auxiliarem nessa trajetória acadêmica.

Valorizo, também, todos aqueles que estiveram ao meu lado, durante todo o percurso acadêmico na Unifesspa, especialmente: a minha fiel companheira, comadre e melhor amiga Elaine, por sempre me encorajar, e me escutar nos momentos difíceis e incertos que passei durante a escrita do TCC. Quero agradecer a cada um dos meus colegas de turma, aos meus professores que contribuíram na minha formação, que lapidaram a ousadia, determinação, dedicação e por serem luz do farol que me guiou em todo o percurso do curso.

Agradeço à professora Aline Aparecida, que foi parte fundamental deste TCC, e me orientou no TCC 1, meu muito obrigada por ter feito parte desta conquista, pelos ensinamentos que a senhora me passou, e por ter aceito o convite, sempre serei grata por me motivar e nunca ter desistido de mim, mesmo com as dificuldades que apresentei com a escrita. Sou muito grata à professora Emanuelle por ter aceito o convite e o desafio de me orientar em TCC 2, e por ser essa professora sensacional, compreensiva, paciente, e por ter me ajudando a superar esse desafio, receba minha admiração e gratidão.

RESUMO

O presente trabalho consiste sobre o estado da arte da Política Nacional de Atenção Básica. Teve como objetivo analisar a sua trajetória no sistema de saúde público brasileiro, a partir das alterações ocorridas com vistas aos ideais neoliberais. A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de março e abril de 2021, na Biblioteca Virtual da Saúde, com filtragem nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e Scientific Electronic Library Online. A busca de dados expôs 389 publicações nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e 96 na Scientific Electronic Library Online, configurando um total de 485 produções. Entretanto, no decorrer da pesquisa nas bases de dados, foram encontrados trabalhos duplicados configurando um total de 146 produções repetidas. Portanto 339 produções serviram de objeto de análise nesse primeiro momento, passando para próxima etapa, com a aplicação dos demais critérios de exclusão. Ao final, 35 artigos permaneceram como fonte de dados deste estudo. Os marcos legais apresentados foram ponto de partida e dialogaram com os marcos teóricos encontrados: avanços e desafios da Atenção Primária da Saúde no Sistema Único de Saúde, possíveis impactos do novo financiamento da Atenção Primária da Saúde, atenção básica no Sistema Único de Saúde, as Política Nacional da Atenção Básica 2006 e 2011 e o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, críticas e reformulações da Política Nacional da Atenção Básica 2017, Atenção básica: de sua radicalidade até Política Nacional da Atenção Básica 2017, “Ponte para o Futuro”, “Travessia Social, Constituição de 1988 e o SUS e a segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços. Ao longo de todo trabalho é possível observar que a Política Nacional da Atenção Básica, apesar da primeira versão e a segunda demonstrarem valorização da Atenção Primária da Saúde, sentimos que no decorrer das produções, a terceira edição demonstrou uma certa desvalorização da Estratégia Saúde da Família, sendo uma importante estratégia para a aproximação dos profissionais de saúde com os usuários. A pesquisa evidenciou que a última versão da Política Nacional da Atenção Básica não prioriza mais a Estratégia Saúde da Família, como observamos nas outras versões publicadas em 2006 e 2011, além das fragilidades apresentadas como a flexibilização da carga horária dos médicos, diminuição da quantidade de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Saúde da Família e alteração do financiamento, já que agora as ações da Estratégia Saúde da Família são garantidas apenas por usuários cadastrados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde, Política de Saúde.

ABSTRACT

The present work is about the state of the art of the National Primary Care Policy. Its objective was to analyze its trajectory in the Brazilian public health system, based on the changes that occurred with a view to neoliberal ideals. The research was carried out between March and April 2021, in the Virtual Health Library, with filtering in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences and Scientific Electronic Library Online databases. The data search exposed 389 publications in the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences database and 96 in the Scientific Electronic Library Online, representing a total of 485 productions. However, during the search in the databases, duplicated works were found, configuring a total of 146 repeated productions. Therefore, 339 productions served as the object of analysis at this first moment, moving on to the next stage, with the application of the other exclusion criteria. In the end, 35 articles remained as the data source for this study. The legal frameworks presented were a starting point and dialogued with the theoretical frameworks found: advances and challenges of Primary Health Care in the Unified Health System, possible impacts of the new financing of Primary Health Care, primary care in the Unified Health System, the National Policy for Primary Care 2006 and 2011 and the development of the Family Health Strategy, criticisms and reformulations of the National Policy for Primary Care 2017, Primary Care: from its radicalism to the National Policy for Primary Care 2017, “Bridge to the Future”, “ Social Crossing, 1988 Constitution and SUS and the segmentation of care: essential and expanded standards of services. Throughout the entire work, it is possible to observe that the National Policy for Primary Care, despite the first and second versions showing an appreciation of Primary Health Care, we feel that throughout the productions, the third edition showed a certain devaluation of the Family Health Strategy , being an important strategy for bringing health professionals closer to users. The research showed that the latest version of the National Primary Care Policy no longer prioritizes the Family Health Strategy, as we observed in other versions published in 2006 and 2011, in addition to the weaknesses presented as the flexibility of the doctors' workload, a decrease in the amount of Community Health Agents per Family Health Team and alteration of funding, since now the actions of the Family Health Strategy are only guaranteed by registered users.

Keywords: Single Health System, Public Health, Primary Health Care, Health Policy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Etapas da revisão integrativa, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008).....	19
Figura 2- Fluxograma seleção de artigos nas bases de dados SciELO e LILACS.....	21
Figura 3- Percentual de artigos publicados entre 2008 e 2020.....	22
Figura 4- Percentual de abordagens metodológicas utilizadas pelos autores.....	24
Figura 5- Apresentação das categorias temáticas e os autores.....	24
Figura 6- Organograma das categorias temáticas dos artigos.....	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Publicações disponíveis no período de 2006 a 2020, conforme os descritores e as bases de dados.....	20
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC: Acréscimo de Dispositivo
ADAPS: Agência Privada para Atenção Primária
APS: Atenção Primária à Saúde
BVS: Biblioteca Virtual em Saúde
CAP: Caixa de Aposentadorias e Pensão Marítima
CF: Constituição Federal
DECS: Descritores de Ciências da Saúde
EC: Emenda Constitucional
ESF: Estratégia Saúde da Família
EqSF: Equipe de Saúde da Família
IAPM: Instituto de Aposentadoria e Pensão Marítima
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência de Previdência Social
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social
LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS: Lei Orgânica da Saúde
LOPS: Lei Orgânica da Previdência Social
MS: Ministério da Saúde
MRSB: Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
NASFs: Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS: Organização Mundial da Saúde
PAB: Piso da Atenção Básica
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIB: Produto Interno Bruto
PMAQ-AB: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMM: Programa Mais Médicos
PNAB: Política Nacional de Atenção Básica
PSF: Programa de Saúde da Família
RAS: Redes de Atenção à Saúde
SCIELO: Scientific Electronic Library Online
SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	14
2.1. Objetivo Geral	14
2.2. Objetivos Específicos	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1. A saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde	14
3.2. Direito à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde	16
3.3. O Financiamento da atenção básica à saúde	18
4. METODOLOGIA	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
APÊNDICE.....	40

1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde é assegurado pela Constituição Federal (CF) de 1988, fruto de uma conquista de movimentos sociais e da Reforma Sanitária, aspirando à universalização de um sistema de saúde gratuito que atendesse a toda população, sem exclusão, e gratuidade em seus serviços oferecidos aos usuários (COSTA *et al.*, 2020). Assim foi possível incorporar os direitos sociais ligados à cidadania, inspirando-se na modalidade de Proteção Social. Depois de indicar a relevância das políticas econômicas e sociais para a garantia do direito à saúde, a CF fez referência ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção da saúde, proteção de agravos e enfermidades e recuperação da saúde (BRASIL, 2003).

A partir desta perspectiva, é pertinente destacar que o Sistema Único de Saúde (SUS) está legalmente incorporado à CF de 1988, sendo regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, que podem ser executados por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado, assegurando que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, além de dispor sobre as condições para a promoção da saúde, proteção de doenças e agravos, recuperação e reabilitação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dar outras providências (BRASIL, 1990).

O SUS, em seu arcabouço, possui como princípios/diretrizes doutrinárias a integralidade, a universalidade e a equidade, esta, por sua vez, é evocada especialmente com o objetivo de reduzir as disparidades em saúde entre grupos sociais e regiões mediante as políticas públicas; e possui como princípios/diretrizes operacionais a regionalização/hierarquização, participação social e descentralização (BRASIL, 1990; COTTA *et al.*, 2013).

Sobre os princípios e diretrizes estabelecidos no SUS, podemos afirmar que:

Tais princípios e diretrizes foram forjados no interior de um processo de luta travada pelo movimento da Reforma Sanitária desde o final dos anos setenta. Este movimento (por vezes chamado simplesmente de movimento sanitário), embora não homogêneo, produziu um amplo consenso em torno de princípios básicos que deveriam nortear a atuação do Estado na saúde, a começar pela inequívoca afirmação de que a saúde deveria ser considerada como um direito de todos e um dever do Estado, seguindo por uma compreensão bastante ampliada da saúde e de seus determinantes sociais, bem como por uma visão bastante ampliada das responsabilidades do Estado para com a saúde. Tal movimento também formulou os princípios que deveriam nortear a construção de um sistema de saúde, sendo estes os elementos centrais que comumente chamamos de princípios e diretrizes do SUS (MATTOS, 2009, p. 771).

A Conferência Internacional de Alma-Ata, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), no ano de 1978, sobre a temática Cuidados Primários da Saúde, sensibilizava os governantes de diversos países a pensar em saúde de forma universal. No decorrer da conferência, foram apresentados dez pontos essenciais para que se enfatizasse os cuidados primários. Isso acarretou um marco imprescindível para se pensar em saúde de forma coletiva, englobando a família, indivíduo, contexto social, cultural, território e o trabalho (BRASIL,2002).

Todavia, Melo *et al.*, (2018) ressaltam que as experiências vivenciadas na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, ocorreram a partir da CF de 88, a qual instituiu o direito à saúde para todos os cidadãos de forma universal. Dessa forma, o Movimento da Reforma Sanitária mobilizou a implementação de diretrizes e princípios para fomentar a criação de um novo modelo de assistência em saúde, surgindo assim, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). No decorrer do tempo, o PSF e o PACS tornaram-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), passando a expandir os cuidados primários a todo o território brasileiro. A fim de regulamentar, garantir financiamentos e descentralização do sistema de saúde nos municípios, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a qual mudou o desenho financeiro, alterando a centralização da união em repassar recursos, e descentralizando, gerando assim equidade e qualidade nos serviços prestados. O “PAB fixo (Piso da Atenção Básica) diferencia o valor per capita por município, beneficiando o município mais pobre, menor, com maior percentual de população pobre e extremamente pobre e com as menores densidades demográficas” (BRASIL, 2012, p.10).

Em seu estudo, Dain (2007) enfatiza que, mesmo após anos de sua consolidação, o SUS ainda enfrenta dificuldades, incertezas e destinação de recursos insuficientes que garantam o financiamento do sistema. E, ao passar de anos, alterações de fontes de receitas, impostos e contribuições sociais acabaram sofrendo drásticas modificações, gerando uma desproporção e dificuldade de garantir o acesso universal.

Para custeio do financiamento do sistema público de saúde, o artigo 198 da CF de 1988 estabelece que os recursos são de acordo com o orçamento da seguridade social, a partir dos entes federados união, estados e municípios. No ano de 2000, houve alteração com a Emenda Constitucional (EC-29), passando a vigorar que:

"§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:" (AC)

"I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

"II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;" (AC)

"III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º." (AC)

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:" (AC)

"I – os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

"II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;" (AC)

"III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;" (AC)

"IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC) (BRASIL, 2000).

Em seu estudo, Paim (2013) aponta que o SUS enfrenta um orçamento inferior e incerto, ocasionando seu enfraquecimento e o fortalecimento da relação público e privado, o que acaba limitando as ações do sistema público de saúde e desacatando Leis, emendas e a Constituição Federal.

Para Celuppi *et al.* (2019), a indefinição e as constantes emendas constitucionais vêm prejudicando a oferta de serviços e a liberação de recursos por parte da união, ocasionando assim um sistema de saúde com recursos financeiros incertos e que obriga gestores a traçarem medidas de ajustes, cortes e restringindo os serviços e ampliação de ofertas, ferindo assim o princípio de universalidade. A cada dia que passa, a mercantilização da saúde é cada vez mais explícita, impactando diretamente o SUS.

De acordo com Bahia e Scheffer (2018), a compra de serviços de iniciativas privadas dentro do SUS, especialmente para cobertura da assistência de média e alta complexidade, dá-se devido ao estreitamento das relações público e privado, que para conseguir atender às demandas acaba comprando serviços ofertados pelo particular. Isso nos faz refletir que os recursos do sistema público brasileiro são desproporcionais e

viabilizam os investimentos na compra de serviços, gerando assim uma incerteza aos usuários sobre a eficiência do SUS (REIS *et al.*, 2016).

Segundo Noronha *et al.* (2018), as mazelas enfrentadas pelo sistema público de saúde brasileiro são reflexo de um sistema que é dependente do mercado privado para cumprir com os serviços assistenciais.

A partir dessas problemáticas, este estudo teve como objetivo central sistematizar referências bibliográficas, publicadas no intervalo temporal de 2006 a 2020, possibilitando a realização do estado da arte sobre a trajetória da Política Nacional de Atenção Básica e expor sua trajetória no sistema de saúde público brasileiro a partir das alterações ocorridas com vistas aos ideais neoliberais. Essa sistematização auxiliou na contextualização e identificação das mudanças sofridas pela PNAB, nesses últimos 15 anos, podendo assim analisar e discutir sobre as legislações que restringem os gastos e alteram o financiamento da APS.

Tem-se observado, desde a criação e implementação do SUS, um processo de desmonte desse sistema, por meio do subfinanciamento da saúde (ALVES; SANTOS; CORREIA, 2019).

Ressalta-se que Travagin (2017) afirma que a transferência de atividades de saúde pública para empresas do terceiro setor não é apenas um arranjo administrativo, e que, na verdade, trata-se de uma decisão política dentro de um contexto capitalista.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido alvo de ataques com enfoque ao subfinanciamento e desmantelamento do sistema público, como pode ser observado por meio do decreto 10.530/2020, da criação da Agência Privada para Atenção Primária (ADAPS), além da mudança do financiamento. Essas constantes mudanças evidenciam o avanço da privatização do SUS e a perda da garantia do direito à saúde. Esta, por sua vez, é garantida através da CF/88 e resultado de uma longa luta democrática, que teve início com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) (GIOVANELLA, 2020; COTTA *et al.*, 2013).

Para Machado (2018), o sanitarista, na atuação do SUS, efetiva um papel de concretizar esses direitos à saúde, constituídos e afirmados pela CF, já que o mesmo levanta a bandeira de defesa ao SUS e traça uma constante luta pela democracia.

Este trabalho se torna de extrema relevância à sociedade já que expõe mudanças que estão ocorrendo na PNAB, que afetam diretamente os usuários do SUS, além de se compreender o que influenciou tais mudanças e quais os impactos positivos e negativos

gerados por tais ações. Este estudo deverá servir como defesa de uma reorientação de políticas de Estado, valorização à saúde e fortalecimento da porta de entrada do SUS, além de propiciar debate acerca da trajetória da Política Nacional da Atenção Básica.

Assim, como futura sanitarista, é de extrema valia tecer discussões acerca do SUS, especialmente neste momento crítico enfrentado pelo sistema de saúde público brasileiro, por meio das constantes mudanças que o SUS vem enfrentando ao longo dos anos. Assim, ressalta-se a importância de se ter um olhar de gestão em relação à privatização da APS e o afastamento do controle social e a inclusão, em seu corpo diretivo, da representação do setor privado (FRANCO, 2019).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Realizar o estado da arte sobre a Política Nacional de Atenção Básica, analisando sua trajetória no sistema de saúde público brasileiro a partir das alterações ocorridas com vistas aos ideais neoliberais

2.2. Objetivo Específicos

- Identificar as alterações na Política Nacional de Atenção Básica desde a sua implantação até os dias atuais;
- Identificar e discutir sobre as legislações que restringem os gastos e alteram o financiamento da APS.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1. A saúde no Brasil antes da criação do Sistema Único de Saúde

Para entendermos o contexto em que o direito à saúde foi legitimamente conquistado, é necessário enxergá-lo à luz da história da saúde pública no Brasil. De acordo com Bertolozzi e Greco (1996), com a transição do Brasil-colônia para república, houve um crescimento populacional, e, com isso, doenças começaram a aflorar, como

epidemias de febre amarela e peste bubônica, dentre outras. Como causas para estas enfermidades, atribuiu-se às ausências de medidas sanitárias, políticas sociais e de saúde.

Carvalho (2013) relata em seu estudo que a saúde no Brasil, antes da criação de um sistema público de saúde, era oferecida aos mais pobres por hospitais filantrópicos de cunho religioso. Por sua vez, o Estado apenas oferecia algumas medidas sanitárias para conter os avanços de epidemias, como saneamento básico e vacinação da população.

Em 1923, a Lei Elói Chaves entrou em vigor com o decreto nº4.682, que definiu Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os funcionários ferroviários. Tal lei estabeleceu critérios para os descontos nos salários dos trabalhadores e, em contrapartida, estes funcionários estariam cobertos por um seguro saúde. Assim obtinham benefícios como descontos em medicamentos, atendimentos de emergência em casos de doença do funcionário ou da família, aposentadoria e pensão em caso de morte para os herdeiros (BRASIL, 1923).

As CAP's foram gradativamente transformadas em Institutos de Aposentaria e Pensão, e em 1933, surgiu o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensão Marítimo (IAPM). Na mesma década, surgiram novos Institutos para abrangerem os comerciantes, bancários, trabalhadores de cargas e transportes e os industriários. Porém, diferentemente das CAP's, os IAPs não possuíam valores tabelados e, conseqüentemente, os percentuais cobrados não eram uniformes, e, neste sentido, afetou não somente os direitos aos quais cada funcionário estava assegurado, mas gerou também uma grande divisão entre as categorias (BATICH, 2004).

Os IAP's foram gradativamente transformados e, em 1960, foi instituída a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). Esta, por sua vez, saiu do papel em 1966, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), com características de atenção médica, curativa, hospitalocêntrica, individual, focalizada e fragmentada, sendo considerada *locus* incontrolável de corrupção para o sistema de saúde, uma vez que o sistema público estava investindo no privado (COTTA, 2013).

De acordo com Gomes e Maciel (2019), tinha enfoque em cuidados individuais e centralizados a um grupo específico formado por funcionários de empregos formais. Ao passar do tempo, o INPS foi extinto, sendo criado em 1977 o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Ainda assim, permaneciam os serviços prestados de forma fragmentada, ou seja, destinada aqueles que contribuía com parte dos seus salários, e a sociedade ainda não tinha voz dentro dos serviços prestados na década de 80. Em pleno funcionamento do INAMPS, profissionais de saúde e

pesquisadores começaram a pensar em um serviço de saúde que fosse igualitário, sem restrição e que atendesse a todos de forma integral e com gratuidade. Nesse período, o Brasil vivia uma ditadura militar e uma luta para redemocratização, sendo uma ótima oportunidade para que a ideia de um sistema de saúde que atendesse a todos fosse concretizada como direito inerente do cidadão brasileiro (SENADO, 2014).

3.2. Direito à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde

“A reforma sanitária no Brasil é conhecida como o projeto e a trajetória de constituição e reformulação de um campo de saber” (FLEURY, 2009, P.746). Ele a considera como uma estratégia política e um processo de transformação institucional.

Nesse sentido, Souza (2014) afirma que o MRSB é o nome dado pela mobilização que transcendeu a conquista pelo direito à saúde no Brasil, e se deu por movimentos sociais, políticos e econômicos, em busca da democratização, iniciando o movimento e a mobilização dos cidadãos em busca de conquistas de direitos, sendo alcançada a construção política do Estado Brasileiro. Isso fez com que a sociedade civil organizada fosse ouvida na 8ª Conferência Nacional de Saúde, discutindo um modelo de sistema de saúde gratuito e universal que atendesse com integralidade.

A bandeira levantada pelo MRSB reconhece o direito garantido na CF de 88 que a saúde deve ser um direito de todos os cidadãos e é dever do Estado oferecê-la, mediante a criação de políticas públicas que visem fundamentar a criação do SUS (PAIM, 2013).

Com a criação do SUS, o INAMPS foi encerrado a partir da Lei nº 8.689 de 1993 de acordo com o Parágrafo único do Art.1º:

Parágrafo único. As funções, competências, atividades e atribuições do Inamps serão absorvidas pelas instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde, de acordo com as respectivas competências, critérios e demais disposições das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL,1993)

O SUS inicia seu papel na área da assistência à saúde com caráter universal e utilizando-se de uma instituição que tinha sido criada e organizada para prestação da assistência a uma parcela limitada da população (BRASIL, 2002, P.15).

Todavia Souza (2002) afirma que, após a implementação do SUS, o passo seguinte foi a definição da responsabilidade de cada esfera do governo (União, Estados e

Municípios), a fim de democratizar o serviço de saúde e ir de acordo com a diversidade cultural, econômica e social de cada estado e município.

Dentre esta perspectiva de implementação do SUS, merece destaque a APS. Segundo Almeida *et al.* (2018), é o primeiro nível de atenção do SUS conforme a organização hierarquizada que foi organizada de forma crescente, considerada porta de entrada do sistema público de saúde. O art. 2º da portaria nº 2.436 traz consigo a denominação da atenção básica sendo:

A atenção básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivos 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, realizado com equipe multiprofissional e dirigido à população e território definido sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL,2017).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) surgiram no ano de 1991 com o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), só quem em 1992 o nome foi alterado, passando a ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como ainda não tinha sido lançada a PNAB, o programa se concentrava apenas na região nordeste e atuava dentro do PSF, no qual os agentes realizavam ações para área materno infantil, a fim de diminuir o índice de mortalidade infantil. Ao passar dos anos, o PSF também sofreu alteração em sua nomenclatura, e a partir de 1996, passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) (Bornstein, 2016).

Para atender à população, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a principal porta de entrada dos usuários. As UBS oferecem um vasto serviço à população, sendo eles: o acolhimento, a assistência à saúde com consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, entregas de medicamentos, preservativos, acompanhamento gestacional, vacinação, curativos, entres outros serviços. É importante destacar que quando se pensa em APS, normalmente, associa-se a cuidados individuais e coletivos, portanto a ESF, que surgiu como estratégia de valorização do usuário, vem com a capacidade de enxergar o indivíduo de forma mais completa, com atuação de uma equipe multiprofissional responsável por um determinado território e população (BOAS; PEREIRA; SANTOS, 2017; BRASIL, 2021).

3.3. O Financiamento da Atenção Básica à Saúde

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos três níveis de governo e, em setembro de 2000, foi aprovada a EC-29, a qual determinou a vinculação de receitas dos três níveis para o sistema (BRASIL, 2002, P.17).

A lei complementar nº 141 de 2012 estabelece valores mínimos para serem aplicados nos serviços de saúde pelas três esferas governamentais (União, Estados e Municípios). A lei determina como será realizada a arrecadação de percentuais mínimos destinados à saúde a partir das três esferas, além de definir critérios para o rastreamento de recursos da união, para estados e municípios, no intuito de diminuir as diferenças regionais. O último ponto do art.1º é a fiscalização e a avaliação das despesas de saúde nas três esferas (BRASIL, 2012).

O financiamento da atenção básica ocorre, de acordo com Amorim e Mendes (2020), pela junção da União, Estados e Municípios que é denominada tripartite. O PAB é considerado uma iniciativa federal de recursos financeiros, sendo dividido em duas frações, uma fração variável que é designada para incentivar os municípios a cumprirem as metas estabelecidas ou organizar a atenção básica de acordo com as instruções repassadas pelo Ministério da Saúde (MS), além da existência da fração fixa, que são os recursos financeiros designados para o custeio da atenção básica de acordo com per capita/ano.

Conforme Lima (2019), o fim do PAB fixo interrompe a regulação dos recursos do SUS para os municípios, trazendo incertezas de como efetivar a ESF de forma efetiva, levando-se em consideração que alguns municípios ainda têm dificuldades em desenvolver a ação, visto que os gestores não sabem como será a relação de implementação desse novo modelo de financiamento.

No contexto do financiamento do SUS, é notória a valorização da iniciativa privada, já que a mesma tem o incentivo do governo de redução nos impostos de renda que são aplicados aos gastos de planos de saúde ou consultas médicas. Isso se estende também para a indústria farmacêutica e instituições sem fins lucrativos. Com esses incentivos, ano após ano, o setor privado vem crescendo de forma discriminada e aumentando a crise do SUS (MENDES, 2015).

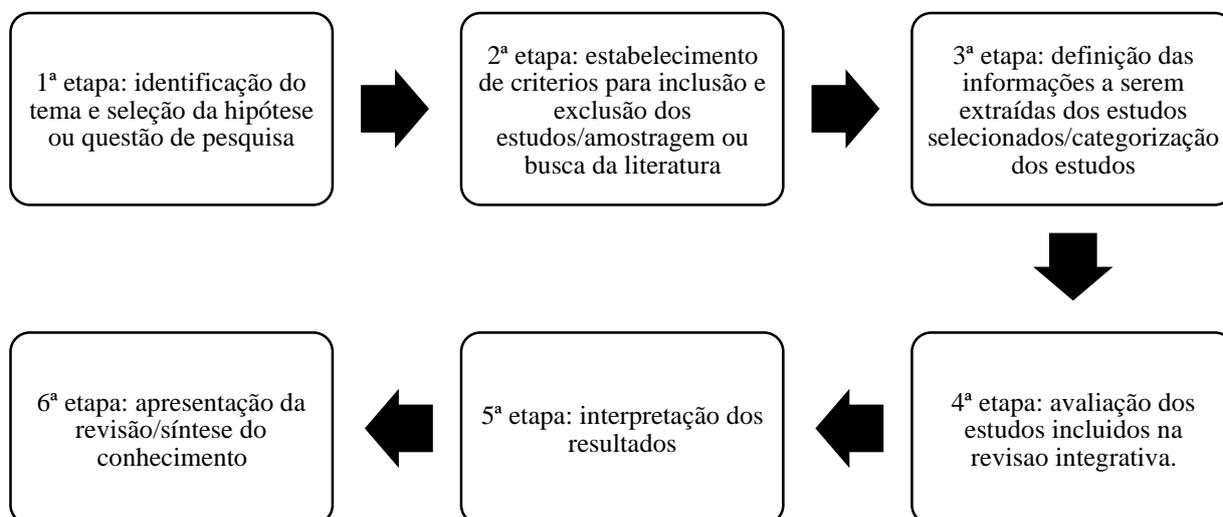
Nessa perspectiva, parte do financiamento da saúde é direcionada à promoção de políticas focalizadas, desviando assim dos princípios assegurados pela CF. É notório que os recursos são gastos de forma indevida e mal-empregada, já que os resultados obtidos estão longe do almejado pelo SUS (SANTOS, 2017).

4. METODOLOGIA

Foi realizado um estado da arte acerca da trajetória da PNAB no SUS e as alterações ocorridas com vistas aos ideais neoliberais. Por tanto, este estudo transcorreu-se em uma revisão integrativa de literatura, que é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (ERCOLE; MELO; ALCOFORADO, 2014).

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008), para a realização da revisão integrativa, é necessário seguir seis etapas a fim de nortear todo o processo, como pode ser observado a seguir na figura 1:

Figura 1: Etapas da revisão integrativa, segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008)



Fonte: Mendes, Silveira e Galvão (2008), adaptada pela autora (2021)

Na primeira etapa, foi feita a seleção do tema a ser pesquisado, evidenciado pela seguinte questão norteadora: O que vem sendo discutido nas produções científicas a partir das modificações da PNAB entre os anos de 2006 a 2020?

Na segunda etapa, ocorreu a seleção de artigos, a partir dos critérios de inclusão e exclusão. A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de março e abril de 2021, na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), com filtragem nas bases de dados LILACS e SciELO. Foram utilizados os seguintes descritores: Política Nacional da Atenção Básica, Sistema Único de Saúde e Atenção Primária da Saúde, utilizando o operador booleano “AND” em conjunto para cruzamento dos descritores. Foram considerados aqueles trabalhos publicados entre os anos de 2006 e 2020, no idioma português. A exclusão foi realizada quando foram encontrados estudos duplicados, que estavam em outro idioma diferente do português, que não eram artigos ou que, por falha na filtragem, fugiram ao tema ou ao recorte temporal. Os resultados obtidos nessa etapa estão expostos na tabela 1 abaixo:

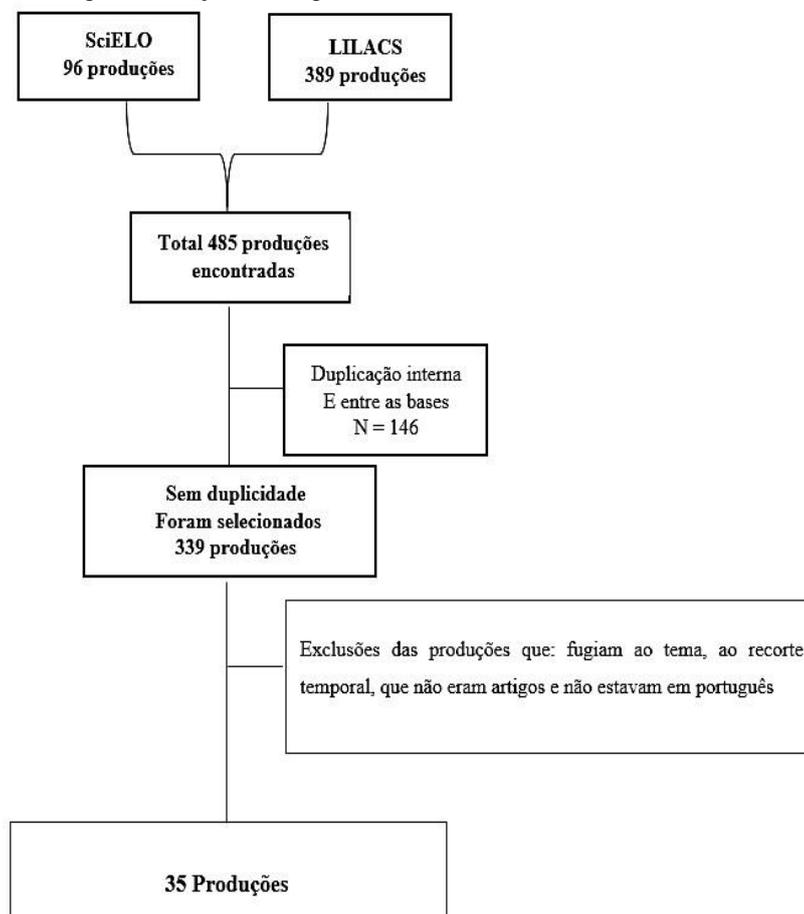
Tabela 1: Publicações disponíveis no período de 2006 a 2020, conforme os descritores e as bases de dados.

Base de dados / DeCS	Política Nacional de Atenção Básica And Sistema Único de Saúde And Atenção Primária à Saúde
LILACS	389
SciELO	96
TOTAL	485

Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa, 2021

Na tabela 1, podemos observar que a busca de dados expôs 389 publicações nas bases de dados LILACS e 96 na SciELO, configurando um total de 485 produções. Entretanto, no decorrer da pesquisa nas bases de dados, foram encontrados trabalhos duplicados, configurando um total de 146 produções repetidas. Portanto, 339 produções serviram de objeto de análise nesse primeiro momento, passando para próxima etapa, com a aplicação dos demais critérios de exclusão. Ao final, 35 artigos permaneceram como fonte de dados deste estudo, conforme figura abaixo:

Figura 2- Fluxograma seleção de artigos nas bases de dados SciELO e LILACS.



Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa, 2021

Na terceira etapa, procedeu-se a definição das informações a serem extraídas da amostra final representada pelos 35 artigos selecionados, os quais atenderam aos critérios de inclusão. Elaborou-se um instrumento de coleta (APÊNDICE A), para seleção das informações, visando responder à questão norteadora do estudo. As informações extraídas da amostra foram: título do artigo; ano de publicação; título do periódico; tipo de periódico; autores; descritores; objetivo geral; marco teórico; período do estudo; abordagem metodológica, e; principais evidências.

Na quarta etapa, transcorreu a avaliação dos 35 artigos selecionados, momento em foi realizada uma leitura minuciosa de todas as produções, observando e identificando os aspectos metodológicos e evidências encontradas, avaliando-se os diferentes resultados

encontrados. A partir disto, foi desenvolvido um quadro, o qual se encontra nos resultados desta pesquisa.

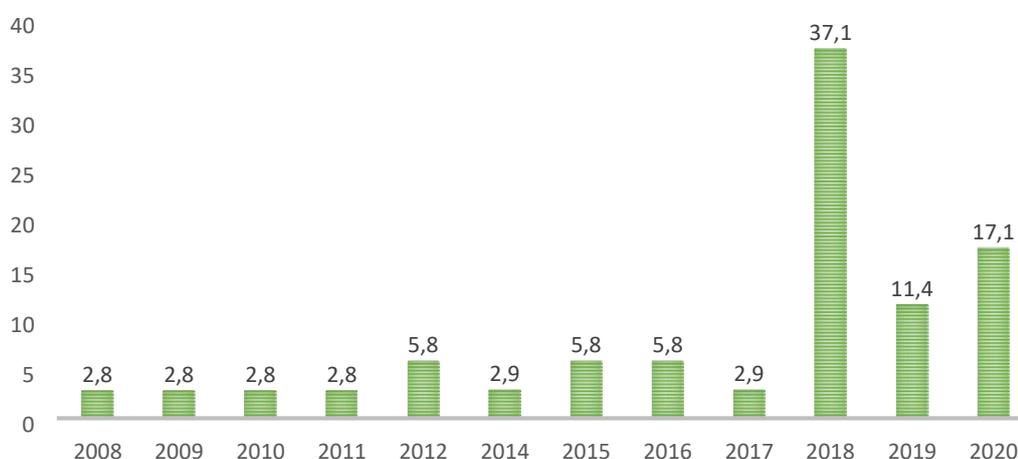
Na quinta etapa, as informações colhidas dos artigos foram interpretadas e, logo em seguida, fez-se uma discussão acerca dos resultados obtidos. Os resultados foram fundamentados a partir da ordem da avaliação crítica dos estudos, da comparação dos estudos e da temática abordada, de acordo com o objeto de pesquisa proposto, além da observação de mudanças sofridas na PNAB na primeira edição em 2006, na segunda no ano de 2011 e na terceira edição, em 2017.

Na sexta etapa, foram elaborados gráficos e quadros sinópticos que sintetizam os principais resultados encontrados nas produções selecionadas para compor a amostra deste estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A trajetória da PNAB se iniciou no ano de 2006 com a publicação da primeira versão da Política, portanto isto pode justificar o fato de não terem sido encontradas produções científicas neste ano, durante a seleção de tais produções sobre o tema. Importante ressaltar que nos anos de 2007 e 2013 não foi encontrado nenhum artigo que se enquadrou nos critérios de inclusão. A produção de estudos voltados à temática iniciou em 2008 e alavancou no ano de 2018, com a terceira publicação da nova versão da PNAB ocorrida em 2017 (Figura 3). A maior parte dos artigos foi publicada no ano de 2018, totalizando (37,1%), 2019 (11,4%) e 2020 (17,1%), evidenciando um crescimento de publicação referente ao tema nos últimos 3 anos.

Figura 3 - Percentual de artigos publicados entre 2008 a 2020



Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa, 2021

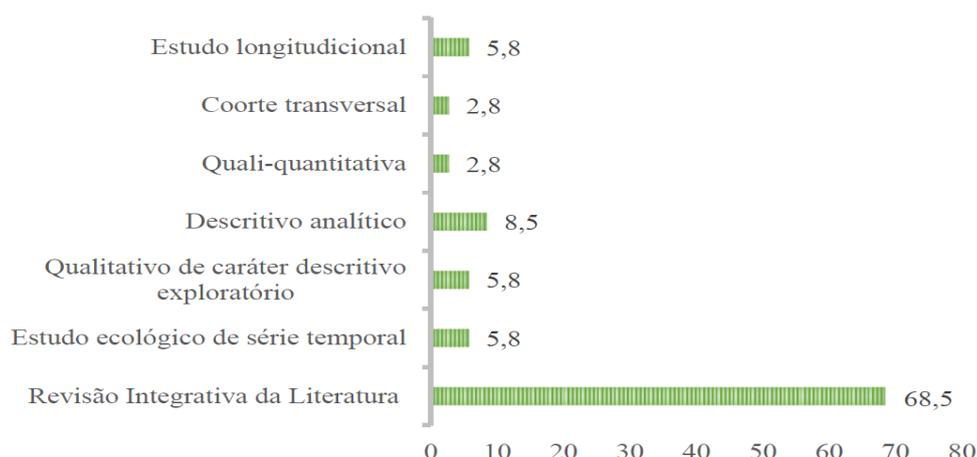
Das 35 produções analisadas, 59,1% foram produzidas exclusivamente somente por autoras, evidenciado protagonismo das mulheres na ciência e na produção científica. Já em relação à quantidade de autores que participaram do estudo foi de 85,7% de publicações desenvolvidas por até 4 autores e 14,3% por mais de 5 autores. Vale destacar que 73,6% dos autores tinham como titulação o doutorado, e concentravam-se nas áreas de Saúde Coletiva, Saúde Pública e Ciências Econômicas.

A grande maioria dos artigos foi publicada nas revistas Saúde em debate, Ciência e Saúde Coletiva, Cadernos de Saúde Pública e Saúde em Redes, totalizando 77,2% das produções, sendo que essas revistas são classificadas como A2, B1, B2 e B4, que significa qualidade na produção.

Em relação aos marcos legais encontrados nos artigos, o mais utilizado foi a PNAB, presente nas 35 produções, a qual prevê a organização da atenção básica, sendo lançada em 2006. Em 2011, foi lançada a segunda edição, e a terceira no ano de 2017. Além deste, outros marcos legais foram destacados pelos autores sendo que os mais utilizados foram: EC-95 de 2016, EC-29 de 2000, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, Lei nº 8.142 de dezembro de 1990, NOB 01/93 e NOB 01/96, Programa Mais Médicos (PMM), CF de 1988 e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso à Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Os Marcos legais apresentados, foram ponto de partida e dialogaram com os marcos teóricos encontrados: avanços e desafios da APS no SUS, possíveis impactos do novo financiamento da APS, atenção básica no SUS, as PNABS 2006 e 2011 e o desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, críticas e reformulações da PNAB 2017, atenção básica: de sua radicalidade até PNAB 2017, “Ponte para o Futuro”, Travessia Social, Constituição de 1988 e o SUS e a segmentação do cuidado: padrões essenciais e ampliados de serviços.

Em relação às metodologias utilizadas pelos autores, a maioria dos artigos eram de Revisão Integrativa de Literatura (RIL), sendo 24 (68,5%), e 8,5% tiveram abordagem descritiva analítica como podemos observar na figura 4, logo abaixo:

Figura 4 – Percentual das abordagens metodológicas utilizadas pelos autores

Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa, 2021

Após a análise das evidências que afloraram a partir dos 35 artigos, foram elencadas categorias temáticas principais:

Figura 5 – Apresentação das categorias temáticas e os autores

Categorias temáticas	Autores
1.A trajetória da PNAB	CASTRO; MACHADO, 2010; MELO, MENDONÇA; TEIXEIRA, 2019; COSTA, 2016; DOMINGOS e <i>et al.</i> , 2016; CASTRO; MACHADO, 2012; RODRIGUES e <i>et al.</i> , 2015, ANDRADE; BRAGANTE, 2018; PINTO, 2018; PINTO, 2018; CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018, MELO e <i>et al.</i> , 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018; SPERLING, 2017; GUIZARDI e <i>et al.</i> , 2019; ANDERSON, 2019; VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019; MENEZES e <i>et al.</i> , 2019; HARZHEIM e <i>et al.</i> , 2020; SOUSA, 2018; MELO e <i>et al.</i> , 2018; MASSUDA, 2020; CONILL, 2008; FONTENELLE, 2012; PATROCÍNIO e <i>et al.</i> , 2015; SILVA e <i>et al.</i> , 2020; SPERLING, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; ALMEIDA; BRANDÃO; SILVA, 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; TESSER; NORMAN, 2014; GOTTEMS e <i>et al.</i> , 2009; PORTELA; RIBEIRO, 2011)
2. Leis e emendas que restringem os gastos	MELO e <i>et al.</i> , 2019, COSTA, 2016; DOMINGOS e <i>et al.</i> , 2016; PORTELA; RIBEIRO, 2011; PINTO, 2018; PINTO, 2018; CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018; ANDERSON, 2019; VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019; MENEZES e <i>et al.</i> , 2019; MELO e <i>et al.</i> , 2018; MASSUDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018.
3. PMM	DOMINGOS e <i>et al.</i> , 2018; ANDRADE; BRAGANTE, 2018; PINTO, 2018; PINTO, 2018; CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018; MELO e <i>et al.</i> , 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018; SPERLING, 2017; ANDERSON, 2019; MENEZES e <i>et al.</i> , MELO e <i>et al.</i> , 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; GIOVANELLA, FRANCO; ALMEIDA, 2020.

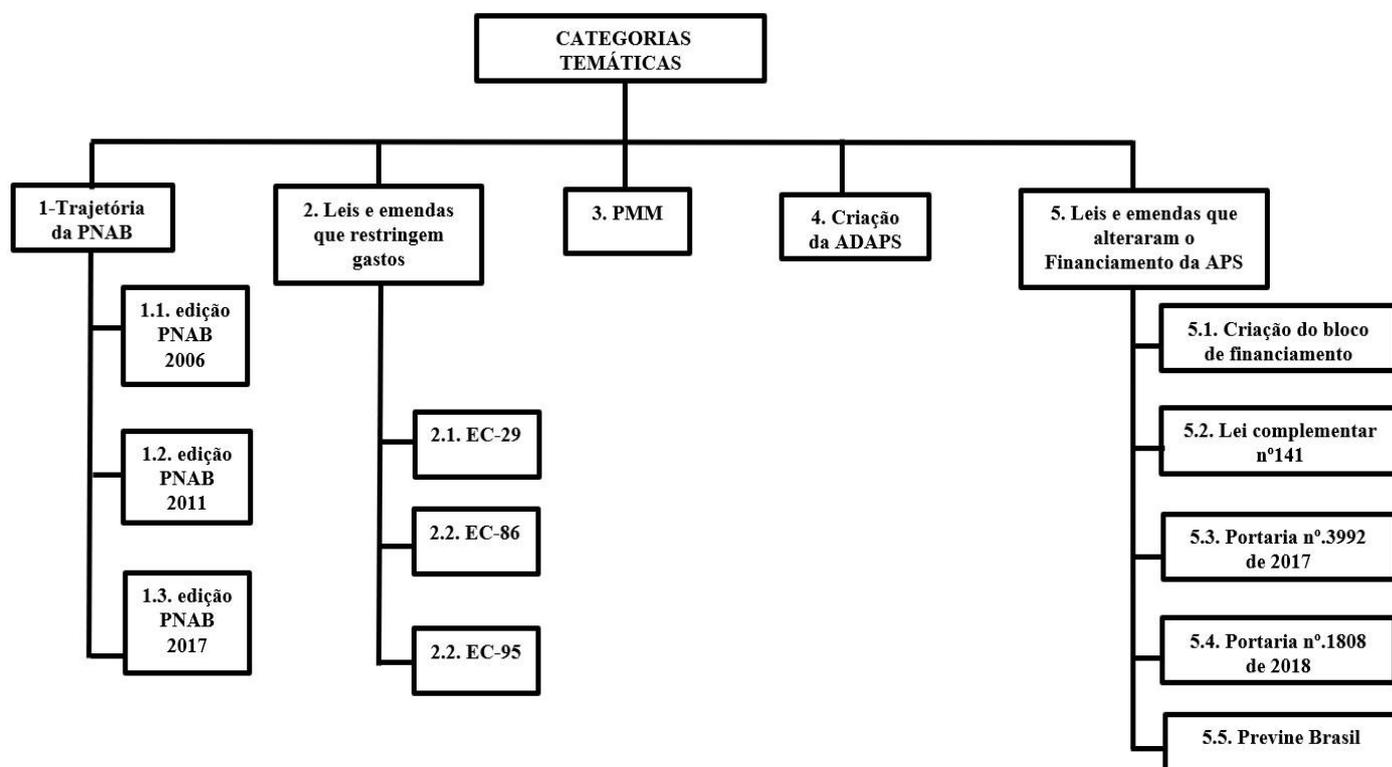
4. Criação da ADAPS	ANDERSON, 2019; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2017; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020.
5. Leis e emendas que alteram o financiamento da APS	CASTRO; MACHADO, 2010; DOMINGO e <i>et al.</i> , 2016; CASTRO; MACHADO, 2016; PINTO, 2018; PINTO, 2018; GIOVANELLA, 2018; MASSUDA, 2020; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018.

Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa, 2021

É interessante frisar que houve artigos que trouxeram evidências que foram classificadas em mais de uma categoria.

A figura abaixo representa o organograma das categorias e subcategorias temáticas evidenciadas nesta pesquisa.

Figura 6: Organograma das categorias temáticas dos artigos



Fonte: Elaboração própria, com os dados da pesquisa, 2021

Na categoria temática denominada “Trajetória da PNAB” foram identificadas três subcategorias: “Edição PNAB 2006” que possibilitou que várias portarias existentes na época que até então favoreciam a fragmentação do olhar e do cuidado fossem revogadas. Isso fez com que a ESF fosse definida como modelo de prioridade para implementação de serviços da APS no SUS. Todavia, cabe ressaltar que a PNAB estabeleceu normas e diretrizes para auxiliar na organização da atenção básica. Isso fez com que a União estabelecesse recursos federais, no caso o PAB variável, que incentivou os municípios a

aderirem à ESF. A intenção era que os gestores de saúde municipal desenvolvessem ações de saúde visando o individual e o coletivo para a população de um território estabelecido e além de estabelecimento de vínculos. Ambos autores, destacaram que a ESF tem sido bastante eficaz, e que ao longo dos anos, houve uma amplitude na cobertura de serviços ofertados na APS, além da redução de internações de casos graves, redução na mortalidade infantil, e levando a atendimento a populações mais vulneráveis, reduzindo desigualdades dentro dos serviços de saúde ofertados pelo SUS. Através da PNAB, em 2008 foi aprovado os Núcleos de Apoio à Família (NASFs), que garante, na atenção primária, inovação e mudanças incrementais relacionadas ao enfrentamento de problemas ainda não equacionados no SUS (CASTRO; MACHADO, 2010; ANDRADE; BRAGANTE, 2018; PINTO, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018; ANDERSON, 2019; SOUSA, 2018; MELO e *et al.*, 2018; MASSUDA, 2020; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; SILVA e *et al.*, 2020; ALMEIDA, BRANDÃO; SILVA, 2018; MOROSINI, FONSECA; LIMA, 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; TESSER; NORMAN, 2014, GÖTTEMS e *et al.*, 2009).

Sendo assim o NASF, reafirmou a ESF como a principal porta de entrada, abrindo espaços para profissionais multidisciplinares que tem um olhar holístico quando se trata em saúde individual e coletivo. Por fim, vale destacar que o NASF teve uma ótima aceitabilidade pelos municípios e está presente em vários estados do Brasil (CASTRO; MACHADO, 2012).

Em relação a subcategoria “Edição PNAB 2011”, demonstra-se que na segunda edição da política estabeleceu-se revisão das diretrizes para reorganizar a atenção primária ressaltando que a APS é a porta de entrada responsável por ordenar as Redes de Atenção em Saúde (RAS). A PNAB 2011 implementou o NASF nas equipes de saúde ribeirinha, efetivou a criação de unidades de saúde fluviais, consultório na rua, educação permanente para os profissionais de saúde, entre outros serviços. Essa edição foi marcada pela flexibilização da carga horaria médica, com a possibilidade de trabalho por 20 ou 30 horas semanais, e o intuito era suprir o déficit desses profissionais na APS. Vale destacar a implantação do PMAQ-AB, uma importante ferramenta para avaliação e garantia na qualidade de serviços ofertados pela atenção primária. Nesta versão, foi estabelecido o total da cobertura populacional de cada programa NASF e ESF, visando a atender 100% da população de cada município vinculado (COSTA, 2016; DOMINGOS e *et al.*, 2016; RODRIGUES e *et al.*, 2015; ANDRADE; BRAGANTE, 2018; PINTO, 2018; PINTO,

2018; CECILIO; REIS, 2018; MELO e *et al.*, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018; GUIZARDI e *et al.*, 2019; ANDERSON, 2019; VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019; SOUSA, 2018; MELO e *et al.*, 2018; MASSUDA, 2020; FONTENELLE, 2012; PATROCÍNIO e *et al.*, 2015; SILVA e *et al.*, 2020; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; ALMEIDA; BRANDÃO; SILVA, 2018; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; TESSER; NORMAN, 2014).

Outra medida adotada na PNAB foi o formato de um financiamento que visa favorecer municípios pobres e de pequeno porte. Destaca-se a importância da política da APS em focar nos mais pobres, já que o crescimento de planos de saúde está correlacionado com a população mais pobre (COSTA, 2016, p. 1397).

Pinto (2018) aponta em seu estudo que a PNAB 2006 e 2011, o conceito e a importância de os gestores de municípios aderirem à ESF, com estabelecimento do financiamento para implementação e custeio, delimitação do mínimo de profissionais de saúde para composição da Equipe de Saúde da Família (EqSF), além de esclarecimento de quais características essenciais para configuração de uma ESF, deixando claro que o número de ACS por equipe seria no mínimo 4 e no máximo 12.

Já na subcategoria “Edição da PNAB 2017”, a terceira edição da PNAB afetou de forma direta os ACS, já que a mesma diminuiu o número de ACS por equipe que compõe a ESF e aumentou os incentivos financeiros para formatos posteriores da ESF, visando destaque da representação dos gestores municipais. É importante frisar que a nova versão da política se destaca pela fragilidade e baixa inserção da composição profissional e amplificação de usuários por EqSF (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA 2019). Com a nova edição, os ACS devem assistir somente aos mais vulneráveis, sendo que o decorrer do texto não deixou claro como a definição desses critérios. Outra mudança destacada por PINTO (2018) é o cálculo de cobertura com regras para o prazo para credenciamento da ESF e implantação. Para que os gestores municipais consigam o financiamento é necessária a adoção dessas novas regras. Os autores destacam que não haverá mais indução financeira para implantação e custeio da ESF.

A mudança do quantitativo de ACS por EqSF deixa um impacto imensurável, já que agora os ACS só irão assistir, no território, às famílias que se enquadram como vulneráveis. Os autores indagaram quais seriam esses critérios estabelecidos para

classificar a população que necessita das ações da ESF, já que PNAB 2017 não aponta no decorrer do seu texto. A nova PNAB deixa uma autonomia para o gestor definir isso de forma livre e sem necessidade de comunicar ao MS (ANDRADE; BRAGANTE, 2018;; GIOVANELLA, 2018; MELO e *et al.*, 2018; ANDERSON, 2019; VALADÃO; LINS; CARVALHO, 2019; MENEZES e *et al.*, 2019; SOUSA, 2018; MASSUDA, 2020; SILVA e *et al.*, 2020; SPERLING, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; ALMEIDA; BRANDÃO; SILVA, 2018; GIOVANELLA. FRANCO; ALMEIDA, 2020; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A regulação e a valorização do modelo de assistência básica, que é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, não apresenta obrigatoriedade de existir um ACS na equipe, apresentando assim uma suposta forma de substituir a ESF. No novo texto da PNAB, a flexibilização é exposta, diminuindo assim a jornada dos médicos, fragmentando o processo de trabalho e se distanciando do usuário. Foi proposta jornada de trabalho dentro das equipes de apenas 10 horas semanais, impedindo, assim, as ações em saúde mais efetivas e integralizadas (CECILIO; REIS, 2018, p. 9; PINTO; GIOVANELLA, 2018, p,1911).

Com as mudanças da nova PNAB, os autores Pinto e Giovanella (2018) apontam a privatização dos serviços de saúde, já que foi lançada a carta de serviços, uma ferramenta usada para contratar seguros privados, com a proposta de ampliar, melhorar e garantir a cobertura universal de saúde, só que essa proposta fragiliza a atenção básica e a torna mais seletiva ao invés de ampliar restringindo o direito à saúde.

Após as mudanças no financiamento, os gestores, em 2017 e 2018, anunciaram déficit no orçamento municipal ocasionando atrasos de pagamentos de salários, demissões de ACS e redução nos horários do funcionamento de unidades. Médicos acabaram saindo pra outros estados ou migrando para o setor privado (MELO; MEDONÇA; TEIXEIRA, 2019).

O “PMM” foi lançado em 2013, tendo como principal objetivo fortalecer a APS. Com a parceria de médicos cubanos, foi possível levar esses profissionais para todos os municípios, e isso fez com que diminuísse a carência desses profissionais em regiões pobres e de pequeno porte. Com a interrupção das atividades dos médicos cubanos no PMM, houve decréscimo de 10% comparado a 2017, com potencial ameaça à composição das EqSF. Nota-se que, até agosto de 2019, o quantitativo desses profissionais não foi

recomposto (DOMINGOS e *et al.*, 2018; ANDRADE; BRAGANTE, 2018; PINTO, 2018; PINTO, 2018; CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018; MELO e *et al.*, 2018; PINTO; GIOVANELLA, 2018; SPERLING, 2017; ANDERSON, 2019; MENEZES e *et al.*, MELO e *et al.*, 2018; GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020; GIOVANELLA, FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A “EC-29”, lançada em 2000, definiu valores mínimos para financiar as ações em saúde e os serviços públicos. Ficou estabelecido que os estados iriam receber 12% e os municípios receberia anualmente 15%, percentuais de acordo com a receita fiscal, proveniente da arrecadação de impostos e transferências governamentais. A partir do ano de 2000, o financiamento foi expandido em todo país, chegando até em mesmo em municípios de pequeno porte (COSTA, 2016). Em 2012, a lei complementar nº 141, regulamentou a EC-29 (DOMINGOS *et al.*, 2016).

De acordo com a “EC-86” entrou em vigor em 2015 para obrigar que ocorresse a execução da base de cálculo de aplicação do governo federal para 13,2% da Receita Corrente Líquida (RCL), em 2016, elevando-se, até alcançar 15% da RCL, em 2020 (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

A “EC-95” foi aprovada em 2016, no governo de Michel Temer, e afetou diretamente os serviços de saúde, ocasionando várias incertezas e desafios aos gestores. A política de austeridade fiscal congela por 20 anos os recursos da saúde. Com isso, o governo federal passa a reduzir os gastos em saúde da união em até 1,6% do Produto Interno Bruto (PIB) para 1%. Além disso, a emenda deixa explícita a redução das políticas sociais e acaba direcionando pagamentos para cumprir as despesas de dívidas públicas, aumento nos números de privatizações e firmamento de parcerias com setor privado com risco de acabar com as vinculações constitucionais, já que as despesas tem um limite inferior ao crescimento do PIB. (MELO; MENDONÇA; TEIXEIRA 2019). PINTO, 2018; PINTO; 2018, CECILIO; REIS, 2018; GIOVANELLA, 2018; ANDERSON, 2018; VALADÃO; LINS CARVALHO, 2019; MENEZES e *et al.*, 2017; MELO e *et al.*, 2018; MASSUDA, 2020; MOROSINI, FONSECA, LIMA; 2018; MENDES, CARNUT; GUERRA, 2018)

A “criação da ADAPS” foi publicada em 2019 no Governo Jair Bolsonaro e instituída por meio de uma medida provisória. A ADAPS tem como garantia a autonomia pra tomar decisões (GOMES; GUTIÉRREZ; SORANZ, 2020).

Segundo Giovanella, Franco e Almeida (2020), a ADAPS, como tem autonomia, provoca um deslocamento da gestão pública para o privado, e isso demonstra que dentro da proposta universal, tornasse uma ameaça ao SUS, já que isso possibilita o retorno da assistência médica previdenciária, possibilitando a privatização da APS.

Em relação a “Leis e emendas que alteraram o financiamento da APS”, foram constatadas cinco subcategorias: “Criação de bloco de financiamento”, que aconteceu no ano posterior à implementação da PNAB 2006, com a portaria nº. 204 de janeiro de 2007, mas sua consolidação ocorreu em 2010, e, juntamente com o Programa de Aceleração do crescimento (PAC), possibilitou um repasse de 2% no orçamento da APS, aproximadamente, segundo PINTO (2018), 300 milhões de reais. Em 2014 esse repasse teve um aumento, sendo disponibilizado 282 milhões de reais para custeio dos municípios. O custeio para o financiamento só é repassado se o município ou estado aderir a todos os requisitos propostos pela união, que garante a implementação das ações em saúde, autonomia decisória dos entes subnacionais (CASTRO; MACHADO, 2010; CASTRO; MACHADO, 2012).

A “Portaria nº. 3992 de 2017” substituiu os blocos de financiamento que antes eram 6 e agora passa para apenas dois (custeio e investimento) e alterou as formas de custeio, sendo guiado na produção de serviços, com históricos de gastos, incentivos financeiros conforme as implantações de ações e serviços de saúde (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

O “Previne Brasil” foi implementado em novembro de 2019, sob a portaria nº. 2.979. Ele altera o financiamento da APS, que utilizava como critérios o PAB fixo e variável. A partir de então, os critérios usados são os números de pessoas cadastradas nas ESF e na APS, levando em consideração também os aspectos sociodemográficos, localização geográfica e as metas definidas pelo MS, a fim de que o pagamento só seja realizado de acordo com os resultados obtidos pelas equipes. O Previne poderá ocasionar vários impactos negativos ao SUS e para os usuários, já que mesmo apresenta a necessidade de ser monitorado e identificado, e isso possibilita a perda dos princípios de universalização, integralidade e equidade, já que esses critérios acabam restringindo a ampliação de cuidados (MASSUDA, 2020).

Por fim, Massuda (2020) destaca que a adoção de critérios de financiamento para captação de recursos para financiamento da APS no SUS substituiu o per-capita e acaba

gerando consequências diretas e indiretas ao sistema público de saúde brasileiro. Imediatamente, o sistema de saúde do Brasil deixa de lado todos os critérios estabelecidos na CF e passa a ser um sistema restrito para os usuários não cadastrados.

Com a realização do estudo da arte foi possível identificar que existe uma limitação de estudos acerca da temática, com poucos estudos que demonstram as alterações que a PNAB sofreu desde sua criação até os dias de hoje.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou realizar o estudo da arte da trajetória da PNAB entre os anos de 2006 a 2020, identificando as principais mudanças ocorridas no texto da política Nacional da Atenção Básica e as constantes emendas e leis que alteram o financiamento da APS.

A pesquisa evidenciou que a última versão da PNAB não prioriza mais a ESF, como observamos nas outras versões publicadas em 2006 e 2011, além das fragilidades apresentadas como a flexibilização da carga horária dos médicos, diminuição da quantidade de ACS por EqSF, e alteração do financiamento, já que agora as ações da ESF são garantidas apenas por usuários cadastrados.

Outro aspecto notório foi o fim do programa PMM, que gerou o impacto grande, já que grande parte dos médicos cubanos atuava como médicos de família e eram inseridos na ESF, além de serem remanejados para municípios de pequeno porte e pobres. Com o fim do PMM, é constatada baixa ampliação de cuidados na assistência.

Outro aspecto que abalou a APS é alteração dos blocos financeiros, agora contemplado apenas dois (custeio e financiamento), com a criação do Previde Brasil, alterando o financiamento, contabilizados apenas pra pessoas cadastradas nas ESF e APS. Isso demonstra a cada dia que passa o desmonte que o SUS está passando, limitando o financiamento apenas em dois itens, comprometendo a universalidade, integralidade e equidade.

Mediante a isso, o papel do Sanitarista, entre outros, é pensar em estratégias e técnicas que visem solucionar problemas relacionados à saúde, dentro dos princípios do SUS, diante dos avanços vivenciados pelo SUS que aproxima a cada dia que se passa da privatização de seus serviços. Este estudo buscou identificar, por meio da realização do estado da arte, as constantes mudanças vivenciadas pela APS, já que a mesma é considerada a porta de entrada do SUS. Análises das mudanças apresentadas no decorrer

deste trabalho possibilitará auxiliar municípios de pequeno, médio e grande porte a procurar estratégias a fim de unir forças para melhorar a assistência à saúde.

As informações apresentadas neste estudo irão sensibilizar e informar a população, gestores e os estudantes dos constantes ataques vivenciados nos últimos anos na APS.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de mais estudos como este que analisa a trajetória de políticas, identificando suas principais vulnerabilidades, tornando as conhecidas, a fim de subsidiar a formulação e reformulação de políticas públicas e ações de saúde que visem reduzir as iniquidades sociais e de saúde persistente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E.R *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, São Paulo, v. 42, n. 8, p. 1-8, 14 nov. 2018. Especial. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.180>.

ALVES, P.K.L; SANTOS, V.M; CORREIA M.V.C. A expansão do mercado privado de saúde no Brasil: uma breve análise história. In. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS. Brasília-DF, 2019. v.16, n.1.

AMORIM, D. A.; MENDES, A. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 12, p. 1-20, 17 abr. 2020.

ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2180. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2180>. Acesso em 1 ago. 2021.

ANDRADE, H.S; BRAGANTE, I. A trajetória da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 396-405, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s127>.

BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 3, p. 158-171, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s312>.

BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 33-40, set. 2004. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-88392004000300004>.

BERTOLOZZI, M.R; GRECO, R.M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 30, n. 3, p. 380-398, dez. 1996. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s008062341996000300004>.

BOAS, G.D.LV; PEREIRA, D.V.R; SANTOS, E.K.A. A reforma da Política Nacional de Atenção Básica. In: 7º SEMINÁRIO DA FRENTE NACIONAL CONTRA A PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE, 2017. Maceió, AL.

BORNSTEIN. V. J. História e contexto de atuação dos agentes comunitários. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39423/2/Curso%20de%20Aperfei%C3%A7o%20em%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20Popular%20em%20Sa%C3%BAde%20-%20Hist%C3%B3ria%20e%20co%20texto%20de%20atua%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ACS.pdf>. acesso em: 06 de agos. 2021.

BRASIL. **Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Dispõe que cada empresa de estradas de ferro existente no país, cria uma caixa de aposentadorias e pensões para os empregados. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm. Acesso em 22 de nov. 2020.

BRASIL. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 21 de maio. 2021.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em 28 out. 2020.

BRASIL. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília, 2002, P.17. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf. Acesso em 28 nov. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS. p. 684, 2003.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jan. 2012.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 26 nov. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8689.htm. Acesso em 12 dez.2020.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2012.

BRASIL. O Sistema Público de Saúde brasileiro. Seminário internacional de tendências e desafios dos sistemas de saúde nas américas. São Paulo, 2002.

BRASIL. Atenção Básica ou primária - Principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/atencao-basica-ou-primariaprincipal-porta-de-entrada-para-o-sistema-unico-de-saude-sus>. Acesso em: 06 jun.2021.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos Avançados**, [S.L.], v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s010340142013000200002>.

CASTRO, A.L.B; MACHADO, C.V. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 477-506, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s010373312012000200005>.

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**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 693-705, abr. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010000400012>.

CECILIO, L.C.O; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 34, n. 8, p. 1-14, 20 ago. 2018. Semanal. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102311x00056917>.

CELUPPI, I.C e *et al.* 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v 43, n 121, p.302-313, abr-jun, 2019.

COTTA, R.M.M et al. **Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas**. Viçosa Ed UFV/ABRASCO. 288p. 2013.

COSTA, A.M e *et al.* **Centro brasileiro de estudos de saúde: movimento em defesa do direito à saúde**. Rev. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. sup1, p.135-141, 2020. DOI: 10.1590/0103-11042020S111. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000500135&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 ago. 2020.

COSTA, N.R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 21, n. 5, p. 1389-1398, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.24842015>.

CONILL, Eleonor Minho. 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**, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 7-16, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2008001300002>.

DAIN S. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Rev. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1851-1864, nov. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000700008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 out. 2020.

DOMINGOS, C.M. *et al.* A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 3, p. 1-13, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00181314>.

ERCOLE, F.F; MELO L.S; ALCOFORADO, C.L.G.C. Revisão Integrativa versus Revisão Sistemática. Rev. Mineira de enfermagem, 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remee.org.br/pdf/v18n1a01.pdf>. Acesso em 26 nov. 2020.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):743-752, 2009.

FRANCO, J.F. Vozes que não se calam. *RADIS e comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em:

<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/editorial/vozes-que-nao-se-calam>. Acesso em 21 nov. 2020.

FONTENELLE, L. F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 22, p. 5–9, 2012. DOI: 10.5712/rbmfc7(22)417. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/417>. Acesso em 1 ago. 2021.

GIOVANELLA, L. Manifestações sobre o Polêmico decreto de PPI para privatização da APS. *ABRASCO*, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em:

<https://redeaps.org.br/2020/10/29/manifestacoes-sobre-o-polemico-decreto-de-ppi-para-privatizacao-da-aps/>. Acesso em 19 nov. 2020.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 8, e00029818. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>. Acesso em 1 ago. 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P. F.de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/141381232020254.01842020>.

GOMES, A. P. A; MACIEL, E. M. G. O eclipse da interseção entre público e privado: o financiamento público do subsetor privado de saúde à luz da Constituição Federal. *Rev. Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. spe4, p. 256-262, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042019000800256&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 nov.2020.

GOMES, C.B.S; GUTIÉRREZ, A.C; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família.

Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.

GÖTTEMS, L.B.D *et al.* Trajetória da política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.L.], v. 25, n. 6, p. 1409-1419, jun. 2009.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000600023>.

GUIZARDI, F.L *et al.* Estudo de caso sobre o apoio institucional na gestão federal da Atenção Básica no Brasil. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 43, n. 122, p. 685-699, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912203>.

HARZHEIM, E *et al.* Novo financiamento para uma nova Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1361-1374, abr. 2020.

FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>.

LIMA, L. Previne Brasil: mudança sem debate. *Rev. Radis*, nº207, p.20, Rio de Janeiro, 2019.

MACHADO, C.V. O SUS e a privatização: tensões e possibilidades para a universalidade e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública** 2018; 34(7):e 00116218.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/141381232020254.01022020>.

MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. *Rev. Interface*, São Paulo, v. 13, supl. 1, p. 771-780, 2009. DOI: 10.1590/S1414-32832009000500028. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso. Acesso em 26 out. 2020.

MELO, E.A *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>.

MELO, E.A; MENDONÇA, M.H.M; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 24, n. 12, p. 4593-4598, dez. 2019. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182412.25432019>.

MELO, E.A *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): problematizando alguns desafios. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 328-340, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s122>.

MENDES, A. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde soc.**, São Paulo, v.24, supl, p.66-81, 2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=_arttext&pid=S0104-129020150005000066&lng=en&nrm=iso. Acesso em 30 nov.2020.

MENDES, Á; CARNUT, L; GUERRA, L.D.S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 224-243, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/010311042018s115>.

MENDES, K. D. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto enferm.** Florianópolis. v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 27 nov. 2020.

MENEZES, E.L.C *et al.* FINKLER, Mirelle. Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 5, p. 1751-1764, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.33462019>.

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**, [S.L.], v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO).
<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

NORONHA, J.C e et al. Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos trilhados em horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):20512060, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05732018. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/artigos-cientificos/notas-sobre-o-futuro-do-sus-breveexame-de-caminhos-e-descaminhos-trilhados-em-um-horizonte-de-incertezas-e-desalentos>. Acesso em 12 nov. 2020.

PAIM, J.S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29 (10):1927-1953, out, 2013. DOI: 10.1590/0102-311X00099513. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 out.2020.

PATROCÍNIO, S.S.S.M *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família: proposta nacional e implementação em municípios do rio de janeiro. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, p. 105-119, 1 dez. 2015. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/01031104.2015s005373>.

PINTO, H.A. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, [s. l], v. 2, n. 2, p. 191-217, 2018.

PINTO, H.A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. **Saúde em Redes**, [s. l], v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018.

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**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>.

PORTELA, G.Z; RIBEIRO, J.M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 1719-1732, mar. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000300009>.

REIS, A.A.C e et al. Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. **Rev. Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. sup1, p. 122-135, 2016. DOI: 10.1590/0103-11042016s11. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000500122&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 out. 2020.

RODRIGUES, RS *et al.* Análise da atenção primária no município de Belém do Pará através da política nacional de atenção básica: uma avaliação situacional. **J Health Sci Inst**. v, 33, n.1, p. 31-36, 2015.

SANTOS, G.N.B. Neoliberalismo e seus reflexos na política de saúde no Brasil. In: 7º seminário da frente nacional contra a privatização da saúde, 2017. Maceió, AL.

SILVA, T.L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 44, n. 124, p. 58-69, mar. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012404>.

SOUSA, A.N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p.

289301, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s119>.

SOUZA, RH. Construindo o SUS A lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Financiamento, Tese (mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2002.

SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 341-345, set. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/010311042018s123>.

SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1-7, 31 dez. 2017. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v11i4.1471>

TRAVAGIN, L.B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995-1006, 2017.

TESSER, C.D; NORMAN, A.H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 869-883, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902014000300011>.

Um justo direito para quem percorre esse caminho. Senado Federal. DF, n. 19, p.14-15, fev.2014. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/emdiscussao/edicoes/saude/@@images/arquivo_pdf/. Acesso em 27 de novembro de 2020.

VALADÃO, P.A.S; LINS, L; C, F.M. Melhor no passado: a verdadeira saúde da família. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 193-206, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019180284>.

APENDICE A – Instrumento de análise

Nº
Ano de publicação:
Título do artigo:
Título do periódico:
Tipo de periódico:
Autores (nº, Nome, Local de Trabalho e Graduação) () 1- () 2 - () 3 - () 4 - () 5 - () 6 - () 7-
Descritores:
Objetivo geral:
Marco teórico:
Período do estudo:
Abordagem metodológica:
Principais evidências:

