

**REDE DE PESQUISA EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA**



**BASES PARA UMA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE INTEGRAL,  
RESOLUTIVA, TERRITORIAL  
E COMUNITÁRIA NO SUS:**

**ASPECTOS CRÍTICOS E PROPOSIÇÕES**



**Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**

**Associação Brasileira de Saúde Coletiva**

**Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS:  
aspectos críticos e proposições**

**Catlogação Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359**

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde.

Bases para uma atenção primária à saúde integral, resolutiva,  
territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições –

Rio de Janeiro:

ABRASCO, 2022.

111 p.

ISBN 978-65-00-48162-4

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. I. Título.

CDD 614.0981

**Como citar:**

Rede de Pesquisa em APS (org.). Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022. E-book. 111p.

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>1. FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	<b>3</b>
<b>2. AMEAÇAS E RETROCESSOS À APS ABRANGENTE, RESOLUTIVA, DE BASE TERRITORIAL E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA CONJUNTURA ATUAL</b> .....	<b>10</b>
<b>3. A SINGULARIDADE DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESF</b> .....	<b>17</b>
3.1 O PAPEL ESTRATÉGICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE.....	18
3.2. O LUGAR DA ENFERMAGEM BRASILEIRA NA CONSTRUÇÃO DA APS NO SUS.....	21
3.3. A SAÚDE BUCAL NA APS.....	25
3.4. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: QUAL PROFISSIONAL MÉDICO É NECESSÁRIO PARA A APS INTEGRAL NO SUS?.....	27
3.5 O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF).....	30
<b>4. ASPECTOS CRÍTICOS DA APS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> .....	<b>33</b>
4.1 MUDANÇAS ESTRUTURAIS NO FINANCIAMENTO DA APS.....	34
4.2 EFICIÊNCIA, GESTÃO PÚBLICA E PRIVATIZAÇÃO DA APS.....	37
4.3 AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE NA APS.....	40
4.4 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA APS.....	44
4.5 COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA APS.....	48
4.6 ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....	53
4.7 O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO E TELESSAÚDE.....	57
<b>5. A APS E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL</b> .....	<b>62</b>
<b>6. PROPOSIÇÕES PARA UMA AGENDA POLÍTICA ESTRATÉGICA E DE PESQUISA PARA A APS NO SUS</b> .....	<b>70</b>
6.1 AGENDA POLÍTICA ESTRATÉGICA PARA A APS NO SUS.....	71
6.2 AGENDA DE PESQUISA EM APS NO SUS .....	83
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>86</b>
<b>AUTORES</b> .....	<b>104</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	<b>105</b>

# APRESENTAÇÃO

A Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Rede APS/ABRASCO) apresenta a atualização de sua agenda política estratégica e de pesquisa reafirmando seu compromisso ético-político com a produção de conhecimento implicado com o Sistema Único de Saúde (SUS) em defesa da Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado, tal como estabelece a Constituição Federal de 1988, a 'Constituição Cidadã', produto das lutas políticas pela redemocratização no país.

É imperioso contextualizar a atualização da agenda em meio à maior crise sanitária que atingiu todo o mundo, a pandemia da Covid-19, que tem trazido grandes desafios para os sistemas de saúde. No Brasil, em particular, o enfrentamento negacionista e 'necropolítico' do governo federal contribuiu para a ocorrência de mais de 660.000 mortes, muitas delas evitáveis, caso houvesse respeito à ciência e o suporte adequado ao SUS. Diante desse morticínio, é importante destacar que a atuação dos milhares de profissionais do SUS contribuiu para reduzir os danos provocados pela pandemia, mesmo em um contexto de desfinanciamento do setor e de desvalorização da atenção primária no enfrentamento da Covid-19 nos territórios de abrangência das mais de 40.000 equipes de saúde da família distribuídas nos municípios brasileiros.

Nos últimos anos, estudos realizados por pesquisadores que compõem a Rede APS têm demonstrado os efeitos positivos de elevadas coberturas da Estratégia Saúde da Família sobre a saúde da população adscrita às equipes de saúde da família. Segue o exemplo da redução das taxas de mortalidade infantil e em menores de cinco anos, das taxas de mortalidade precoce por acidente vascular encefálico, dos efeitos sinérgicos entre Saúde da Família e o Bolsa Família, programa exitoso de transferência de renda para os mais pobres, e do controle da tuberculose. Diversas evidências científicas indicam a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde (APS).

Pode-se afirmar que a Estratégia Saúde da Família é um modelo exitoso de APS, de base territorial e orientação comunitária, que se pretende resolutiva, ordenadora do cuidado e coordenadora da rede de atenção à saúde. As normativas federais, produto das pactuações interfederativas publicadas durante os anos 2000, reafirmaram a APS como centro de comunicação da rede. Entretanto, sua plena operação é um grande desafio para a gestão do SUS, como indicam estudos sobre a coordenação do cuidado, e se torna muito maior diante do desmonte das políticas de saúde conformadas no Brasil, especialmente a partir de 2016.

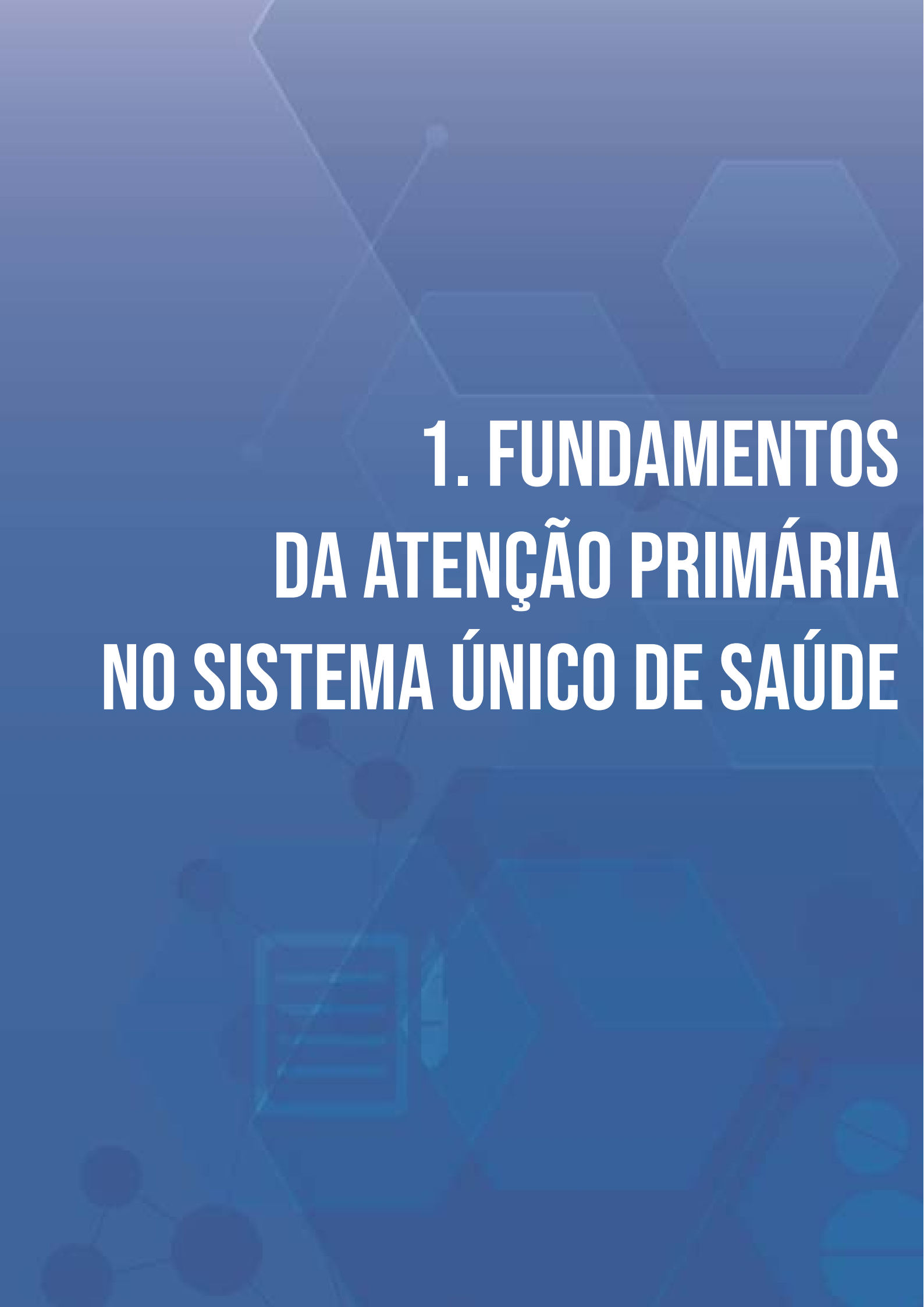
A Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016) estabeleceu um teto dos gastos públicos, ajuste fiscal empreendido pelo governo federal que tem provocado o desfinanciamento do SUS. Em 2017, a publicação de uma 'nova' Política Nacional de Atenção Básica explicitou os retrocessos quanto às possibilidades de o Brasil caminhar na direção de uma APS resolutiva, abrangente, de base territorial e orientação comunitária. Essas questões foram tratadas no documento "Agenda estratégica da APS", debatido durante o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva realizado no Rio de Janeiro em 2018.

Em 2019, a mudança no governo federal ampliou os ataques ao SUS num caminho de aprofundamento da privatização e de mudanças radicais no financiamento federal da APS e pela criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Em novembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Portaria que instituiu o Previne Brasil. A pandemia de Covid-19 conteve, de certo modo, a implantação dessa 'nova' política de APS em 2020. No segundo semestre de 2021, o governo federal instituiu normas de operacionalização para a transferência de recursos federais e criou as condições para implantação da ADAPS, uma empresa privada na gestão nacional do APS.

É nesse cenário ameaçador, que compromete a garantia dos direitos sociais duramente conquistados pela sociedade civil, e em um contexto distópico provocado pelo fracasso do governo federal no enfrentamento à pandemia de Covid-19 que a Rede APS atualiza e apresenta sua agenda política estratégica para a atenção primária à saúde no SUS. Essa agenda apresenta proposições aos gestores do SUS e uma pauta para a produção de conhecimento 'rigoroso' e implicado com os princípios constitucionais que afirmam a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A elaboração coletiva da agenda por pesquisadores que compõem a Rede APS é produto de amplo debate conduzido pelo Comitê Gestor em 2021. Para sustentar a formulação das propostas, foram empreendidas duas ações principais: a produção de 14 notas técnicas – disponíveis no sítio eletrônico da Rede (<https://redeaps.org.br/notas-tecnicas/>) – e seu debate como ação principal do 3º Seminário Anual da Rede APS, ocorrido em cinco de novembro de 2021.

Este documento está organizado em seis partes. A primeira sistematiza os fundamentos da APS no SUS. A segunda parte denuncia os retrocessos e ameaças à APS de modo geral, mais especificamente à Estratégia Saúde da Família, modelo exitoso de APS abrangente, resolutive, de base territorial e orientação comunitária, na conjuntura atual. A terceira, apresenta a sistematização dos avanços e desafios para a formação e gestão do trabalho dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. A quarta parte destaca aspectos críticos da implantação da Política de APS no Brasil, enquanto a quinta discute os limites e possibilidades da APS no enfrentamento da Covid-19. Por fim, a sexta parte apresenta as recomendações que compõem a agenda política estratégica e de pesquisa da Rede APS para 2022.

The background is a solid blue color with a subtle pattern of white and light blue geometric shapes, including hexagons and lines connecting dots, suggesting a network or molecular structure.

# **1. FUNDAMENTOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

A relação entre saúde e sociedade é parte constituinte da estruturação do SUS e do próprio campo da Saúde Coletiva brasileira. O pensamento social em saúde estruturou-se no contexto de lutas em favor da democratização da saúde e da sociedade nos anos 1970 e 1980, alicerçando as bases do movimento sanitário que postulou os princípios e diretrizes para a organização de um sistema nacional de saúde integrado e pautado na universalidade, integralidade, equidade e fortalecimento da participação social (Escorel, Nascimento, Edler, 2005; Paim, 2008).

O desafio de pensar possibilidades de articulação entre ciência e movimentos sociais em defesa da vida, da saúde, do meio ambiente e da democracia culminou e marcou o debate da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a inscrição de uma definição de saúde ampliada, também consolidada no âmbito internacional e que substituiu a visão mais restrita de ausência de doença. Esses fatos contribuíram para a introdução de novos paradigmas sociais e políticos que orientaram a Reforma Sanitária Brasileira, a inscrição do direito à saúde na Constituição Federativa de 1988, mais importante pacto social dos últimos 40 anos no Brasil, e para a construção do Sistema Único de Saúde (Mendonça, Alves, Spadacio, 2021).

Apenas quatro anos após a criação do SUS, deu-se início à reorganização da atenção primária à saúde pela implantação da Estratégia Saúde da Família na década de 1990, que instituiu, em seu modelo de base territorial e comunitária, fundamentos e princípios que embasam o sistema de saúde brasileiro. O sistema se expressa e é operacionalizado por diretrizes organizacionais tais como a determinação social dos processos de saúde e enfermidade, a participação social, a integralidade, a universalidade, a territorialização, a característica multiprofissional das equipes de saúde e a vigilância à saúde como modelo de atenção.

Os princípios que devem nortear o trabalho na APS estão fundamentados na perspectiva da saúde como construção social e como ferramenta indispensável para a melhoria da qualidade de vida. Essa concepção presente de modo estruturante na ESF reforça a importância do diálogo permanente com todos os setores da sociedade para a construção de consensos, em que pesem os avanços, retrocessos, tensões com lutas e disputas. O exercício da cidadania plena nos espaços de participação social permite articular diversas dimensões do direito social com vistas à redução das desigualdades sociais (Mendonça, Alves, Spadacio, 2021).

A **participação social**, como um dos princípios fundamentais do SUS implica a compreensão dos processos de saúde e adoecimentos por meio de um modelo apoiado na observação da realidade, no engajamento ativo das pessoas na comunidade, na identificação dos problemas no território, sua teorização e definição de hipóteses de solução ou proposições. O reconhecimento dos saberes prévios da comunidade e a construção conjunta do conhecimento são a base desse processo de valorização **do território e do seu ambiente** (Carvalho, 1995); e a participação social tem em sua grandiosidade a função de garantir a sustentabilidade da democracia e de um sistema de saúde que seja público, alinhado às necessidades de saúde da população.

A **integralidade da atenção**, que supõe a integração entre ações preventivas, curativas e de promoção de saúde para indivíduos e coletividade, foi se consolidando como ideia força desde os primeiros delineamentos da Reforma Sanitária nos anos 1970 e 1980. A reorganização do modelo de atenção à saúde sustentada no princípio da **integralidade e na determinação social do processo saúde-doença** em bases territoriais só se torna possível com uma atenção primária à saúde (APS)

abrangente, forte e resolutiva, coordenadora do cuidado e centro de comunicação da rede de atenção à saúde.

O modelo da Estratégia Saúde da Família, com sua característica de estar próximo de onde as pessoas vivem, em seus contextos familiares e comunitários, configura-se como locus privilegiado para a promoção da participação social contextualizada, que leva em conta os determinantes de saúde norteadores da atuação de indivíduos e comunidades. O destaque é para a ação específica de **equipes de ESF em conjunto com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família**, que articulam diversos saberes e práticas em ações nos territórios, espaço em que agentes de saúde, entes sociais e famílias se encontram, interagem e onde acontece a ação social concreta para o enfrentamento do processo saúde-doença.

## Educação Popular em Saúde: a saúde como uma construção compartilhada

Uma das estratégias fundamentais para fomentar a participação social e o empoderamento dos sujeitos, a Educação Popular em Saúde (EPS) nasceu de movimentos que se relacionam e inspiram a APS, em que se cultiva uma relação de construção próxima e cotidiana entre profissionais de saúde, atores e atrizes da população que se disponham a empreender um papel protagonista diante da realidade social dos seus territórios, das suas comunidades e dos seus bairros. Os serviços de saúde são espaços para a promoção da vida e do bem viver. De franca inspiração no pensamento de Paulo Freire, a EPS pressupõe a importância do engajamento efetivo dos profissionais de saúde com a realidade das comunidades, visando a potencializar experiências verdadeiras para a compressão das contradições e complexidades locais (Cruz, Silva, Acioli, 2021).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem se constituído em espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas orientadas pela EPS na medida em que favorece a reorganização em saúde. Assim, criam-se condições para o exercício e o aprimoramento de experiências nessa direção por meio de frentes de ação e espaços como atividades em grupo, salas de espera, visitas domiciliares, oficinas, rodas de conversas, territorialização, dentre outros.

A EPS nasceu dessa relação colaborativa, dialógica, fraterna e solidária que se estabelece entre profissionais de saúde e protagonistas populares. Tais protagonistas podem advir tanto de lideranças sindicalistas, ativistas sociais, lideranças comunitárias como de pessoas que desejam colaborar para melhorar a vida dos seus vizinhos e das suas vizinhas por meio de movimentos de lutas e reivindicações. Podem advir, também, daquelas pessoas que detêm uma sabedoria popular importante, como fitoterapeutas populares, parteiras, rezadeiras, benzedoras e, principalmente, agentes comunitários de saúde, agentes populares e pessoas que atuam nas pastorais da saúde.

A aproximação com a realidade social é condição fundamental para que os profissionais de saúde da APS se permitam vivenciar o território vivo em que atuam na dimensão extramuros dos serviços de saúde. Tal aproximação é a matéria prima para o sentir, pensar e agir das pessoas e grupos socialmente territorializados, dando, então, lugar aos sentimentos, experiências e elaborações da comunidade. Reafirma-se a necessidade em garantir a vocalização das pessoas e grupos da comunidade para potencialização e criação de espaços dialógicos com vistas à expressão dos saberes e



práticas, demandas, necessidades individuais e coletivas que são temas geradores e mobilizadores das pautas comunitárias (Cruz, Silva, Acioli, 2021).

O referencial da educação em saúde com base na educação popular sustenta ações de promoção da saúde muito mais efetivas se essas ações forem elaboradas a partir de uma perspectiva emancipatória (Moysés, Sá, 2009). A Educação Popular em Saúde pretende dar conta do contexto de iniquidades inerentes à história do país, ressaltando a importância de transformar múltiplos determinantes sócio estruturais a partir de aprendizagens e de intervenções educativas de sujeitos reais em seus contextos locais concretos.

A Educação Popular em Saúde (EPS) aplicada no agir das equipes da ESF tem orientado de forma significativa a construção de práticas alternativas aos modos dominantes, i.e., biomédicos, autoritários, medicalizantes e desumanizantes, de fazer, sentir e pensar as realizações de cuidado em saúde, tanto no Brasil como em muitos outros países. Apostando nos processos educativos e nos encontros humanos que se dão paulatinamente nesses espaços, a EPS é pautada, fundamentalmente, em horizontes alterativos dos determinantes e condicionantes dos contextos sociais, políticos, culturais e humanos, bem como das abordagens de implantação das políticas públicas e das ações dos serviços de saúde. Envolve um conjunto de princípios orientadores de trabalhos sociais, de práticas profissionais e de ações populares construídas para envolver as pessoas, sensibilizá-las, mobilizá-las e articular espaços de diálogo, negociação e compartilhamento de experiências.

Assim, colocar em pauta a EPS na atenção primária à saúde pode ser justificada por três razões (Cruz, Silva, Acioli, 2021):

1. A saúde é uma construção social, e é necessário que a ação dos profissionais de saúde priorize a promoção do protagonismo dos sujeitos na construção de sua saúde. Para tanto, torna-se necessário pensar em abordagens adequadas e atividades direcionadas à promoção do protagonismo e da autonomia das pessoas na construção de sua saúde, da saúde de sua família, de sua rede de apoio, de seu território e de sua comunidade;
2. O processo de construção da saúde é multideterminado, o que exige, fundamentalmente, a transversalidade da discussão em torno da saúde com outras dimensões da vida social, como a cultura, a política, as relações sociais, a economia, dentre outras. A EPS vai, então, impulsionar e mobilizar profissionais da APS a compreenderem o processo da construção da saúde com esses multifatores.
3. Para ser promovida de forma integral, a saúde precisa necessariamente ser abordada por um processo de construção compartilhada entre profissionais e entre as pessoas que estão em processo de cuidado. Então, a saúde é um processo e uma construção, mas não é qualquer construção, senão uma construção compartilhada. A EPS fundamenta metodologias para a condução dessa construção.

## Modelo de atenção da vigilância à saúde: ações de APS nos territórios, integradas à rede de atenção à saúde e às políticas intersetoriais

As diretrizes e princípios normativos da APS que conformaram a Estratégia Saúde da Família são consoantes aos elementos constitutivos do **modelo de atenção da vigilância à saúde**: problemas de saúde de indivíduos e famílias que vivem em territórios delimitados, definidos na interação entre profissionais de saúde e representantes engajados da comunidade, cujo enfrentamento fundamenta-se na integralidade da atenção dos serviços de saúde e em políticas intersetoriais. Nesse modelo, a organização do trabalho de **equipes multiprofissionais de saúde**, compostas por equipes básicas, equipe de saúde bucal e NASF, em diferentes ambientes da comunidade, considera três dimensões que configuram os problemas de saúde: danos, riscos e necessidades sociais de saúde, objetos do planejamento participativo das ações de atenção, prevenção e promoção da saúde nos territórios (Teixeira, Paim, Vilasbôas, 1998).

A reflexão sobre a vigilância à saúde como modelo de atenção descortina questões mais amplas relacionadas à própria conformação da APS, se simplificada e seletiva ou integrada e ampliada, e seu papel nas redes de atenção à saúde. No Brasil, o foco dessas reflexões não é novo. O debate sobre as formas de organização das práticas de saúde tem sido intenso tanto no âmbito político como acadêmico, evidenciando a disputa entre o modelo biomédico hegemônico e os esforços contínuos para a reorientação da perspectiva de uma abordagem contra hegemônica e de consolidação do Sistema Único de Saúde como sistema de saúde universal que tem a **APS como coordenadora da rede de atenção** (Prado, Aquino, Vilasbôas, 2021).

As edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e de 2011 reafirmaram a eleição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização da APS no Brasil. Em quase duas décadas, avançou no sentido de propostas e práticas de atenção primária à saúde integral, abrangente e resolutiva. Apresentou várias inovações organizacionais tais como abordagem territorial e orientação comunitária, trabalho em equipes multiprofissionais e articulação de ações de promoção, prevenção e cuidado desenvolvidas pelas equipes de saúde e pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tais inovações viabilizaram o planejamento e desenvolvimento de ações direcionadas a problemas específicos e ao estabelecimento de ações setoriais e intersetoriais para o controle de riscos, danos e a redução das iniquidades sociais e em saúde (Aquino *et al.*, 2014).

No âmbito dos sistemas de saúde, a APS, que tem por referência a base territorial e uma população adscrita, representa o nível de atenção preferencial para a articulação das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos e de assistência à saúde, sendo o cenário privilegiado de ações que promovem mudanças significativas nos padrões de adoecimento dos indivíduos e populações.

Ao contrário dos demais níveis do sistema, que atuam apenas sobre indivíduos doentes, as práticas sanitárias da ESF abrangem, além do cuidado com as doenças, a atenção aos grupos e indivíduos saudáveis na prevenção de riscos e promoção da saúde. Têm como alvo processos que são socialmente determinados, não dependem apenas das escolhas individuais e envolvem fatores que transcendem a ação isolada dos serviços de saúde.

O enfrentamento dos problemas de saúde demanda, além da coordenação dos cuidados à

saúde em toda a rede de atenção do SUS, a **articulação intersetorial** do setor saúde com os demais setores sociais para implantação de políticas de promoção da vida e redução das desigualdades sociais, que se efetivam, especialmente, no âmbito dos territórios de atuação das equipes da APS. A participação da APS em intervenções intersetoriais tem um potencial integrador na construção de consensos e sinergias de políticas públicas transversais nos territórios em que atuam as equipes de saúde por meio da orientação comunitária e competência cultural, a partir do conhecimento acerca dos determinantes da saúde-doença das populações (Prado, Aquino, Vilasbôas, 2021).

Em 2003, a criação do Programa Bolsa Família (PBF), um dos maiores programas de proteção social do mundo, incluiu, entre seus componentes, além da transferência de renda, que promove um alívio imediato à pobreza, condicionalidades que estimulam o acesso à educação e à saúde. Diversos estudos têm destacado que o impacto do PBF sobre a redução de problemas de saúde dos beneficiários pode ser explicado por dois mecanismos sinérgicos: redução da pobreza e acesso aos serviços de saúde (Guanais, 2015; Rasella *et al.*, 2013; Nery *et al.*, 2014; Nery *et al.*, 2017).

A ampliação do acesso a serviços de saúde, entretanto, não foi alcançada com a mera instituição de obrigações para as famílias participantes, mas por meio da expansão massiva dos serviços de APS e de mecanismos de pactuação institucionais. Envolveu as três esferas do SUS, que normatizaram o acompanhamento das ações de saúde e nutrição dessas famílias na atenção primária à saúde, em especial pelas equipes de saúde da família, destacando-se o importante papel do SUS na melhoria da qualidade de vida de todos, especialmente desses cidadãos que se encontram na linha de pobreza do país.

Diversas políticas de promoção da saúde que compõem o escopo estratégico de reorganização da APS no Brasil convergiram para eixos prioritários de ação com o objetivo de estimular a ação intersetorial e o compromisso com a integralidade do cuidado em torno da alimentação saudável, da prática corporal ou atividade física, da prevenção e controle do tabagismo, da redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e por acidentes de trânsito, prevenção à violência e estímulo à cultura de paz e da promoção do desenvolvimento sustentável.

O Programa Academia da Saúde e o Programa Saúde na Escola constituem estratégias que privilegiam ações de promoção da saúde no âmbito da ESF e objetivam o fortalecimento do protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implantação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (Freitas, 2003), na ótica da integralidade da atenção à saúde e na perspectiva da intra e intersectorialidade (Freitas, 2003).

Em contrapartida, alguns desafios impediram que essas experiências avançassem como alternativa teórico-metodológica transdisciplinar para a intervenção no âmbito comunitário. Em particular, a incorporação de práticas de vigilância do processo de trabalho das equipes de saúde da família, que permanece como um grande desafio em razão das condições sócio-históricas de conformação do sistema de saúde. A criação do SUS não rompeu completamente com a profunda dicotomia vigente até então entre a atenção aos indivíduos – a cargo da medicina previdenciária – e as ações coletivas – que, historicamente, se organizavam em programas e campanhas de saúde pública (Prado, Aquino, Vilasbôas, 2021).

Desde sua organização institucional no âmbito federal do Ministério da Saúde, a gestão e a

execução das ações mantêm um cotidiano de estruturas separadas em todas as esferas administrativas do sistema de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e de saúde do trabalhador, o que tem gerado dificuldades na assunção desse conjunto de práticas pelas equipes de saúde da família. Ademais, ainda são incipientes as iniciativas de educação permanente em saúde que permitam a troca de saberes operantes dos sanitaristas lotados em estruturas próprias de vigilância para os profissionais das equipes de APS.

Da mesma forma, o planejamento conjunto entre a gestão da APS e das vigilâncias para o enfrentamento de problemas de saúde não tem sido adotado de forma rotineira. Vale mencionar que a realização de ações de vigilância nos territórios das áreas de abrangência das unidades básicas a cargo de suas equipes exige recomposição e aumento do número de equipes multiprofissionais com redução do número de indivíduos e famílias adscritas.

A conformação da Estratégia Saúde da Família, modelo exitoso de APS no Brasil, é uma construção histórica e social, fruto de um longo processo de implantação e reconfiguração de políticas que revelam disputas no âmbito nacional e local envolvendo a participação de diferentes atores e movimentos sociais (Aquino *et al.*, 2014; Conill, 2008). No cenário político atual, os graves retrocessos que ameaçam o SUS e a organização da APS no Brasil serão abordados nos tópicos seguintes deste documento, destacando as iniciativas de destruição dos pilares da ESF que demarcam um processo de desmonte de avanços duramente conquistados.

O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família exige a reconfiguração de seu arcabouço constitutivo, o que só será alcançado na arena política pela ação de sujeitos sociais implicados com a luta em defesa do SUS, público, universal e equânime, reafirmando a importância da APS na melhoria da saúde da população, por sua natureza comunitária e territorial e seu papel de coordenadora da rede de atenção e de articulação intersetorial.

# **2. AMEAÇAS E RETROCESSOS À APS ABRANGENTE, RESOLU- TIVA, DE BASE TERRITORIAL E ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA NA CONJUNTURA ATUAL**

A partir de 2016, forças políticas conservadoras enredam um discurso antidemocrático e implantam políticas de austeridade fiscal que impõem um elenco de desafios para a atenção à saúde no Brasil. Os propósitos neoliberais orientados para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros desvelam tendências a retrocessos da APS, descrita nos documentos normativos do Ministério da Saúde sob uma perspectiva seletiva.

Passados 30 anos da criação do SUS, a trajetória da política de atenção primária à saúde pode ser caracterizada por movimentos de mudança na direção de uma APS resolutiva, abrangente, de base territorial e orientação comunitária. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo substitutivo exitoso de APS do SUS. Sua implantação em larga escala a partir de 1998 permitiu avanços significativos na expansão da oferta da atenção primária à saúde (APS), de base territorial e orientação comunitária, o que concorreu para a melhoria das condições de saúde da população usuária do SUS.

Embora tenham sido alcançados grandes avanços com a expansão significativa da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família na primeira década dos anos 2000, os movimentos em prol do fortalecimento da APS foram marcados pela convivência conflitiva ou complementar da conservação de modelos tradicionais com a construção de um novo modelo, caminhando ora na direção de um polo mais avançado ora retrocedendo em formatos mais seletivos.

Essa trajetória tem sido fortemente condicionada pelo contexto político nacional conformado em diferentes conjunturas por governos federais mais democráticos e permeáveis às demandas sociais. No período atual, a ascensão de um governo de extrema direita, ultra neoliberal e retrógrado contribui para o avanço da lógica neoliberal e mercantil sobre a gestão da atenção primária no SUS.

Nesse processo, concepções reducionistas e ampliadas sobre APS têm moldado seu escopo e suas configurações nos diversos sistemas locais de saúde no país e, ao longo do tempo, observado variações na forma de implantação da APS em diferentes contextos locais (Medina, Hartz, 2009; Giovanella, Mendonça, 2008; Aquino *et al.*, 2014).

Nesse novo cenário, tais retrocessos atingem os aspectos constitutivos da APS, que avançavam na direção do fortalecimento de modelos de atenção voltados para as necessidades de saúde da população, com destaque para a organização de base comunitária e territorial e a constituição de equipes multiprofissionais, diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

Não se trata de ameaças em elementos pontuais, mas nos pilares da conformação ampliada da APS, que pressupõe atuação sanitária além dos muros das unidades de saúde, de forma a compreender e atuar sobre os territórios onde se desenvolvem os processos sociais que determinam a saúde e o adoecimento dos indivíduos e grupos, sujeitos que se organizam para deter o controle de suas vidas e de sua saúde.

Ante os desafios mencionados, coloca-se a necessidade de “transcender o agir instrumental, voltado para o êxito técnico que constrói objetos; passar pelo agir estratégico, com vistas ao sucesso político (distribuição do poder); e alcançar o agir comunicativo, que visa ao alcance existencial, construindo sujeitos, além da produção de bens e serviços” (Paim, 2006).

Discussões dessa natureza implicam o repensar de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais que estimulem e fortaleçam o protago-

nismo dos cidadãos em sua elaboração e implantação, ratificando o preceito constitucional de participação social. O reforço à perspectiva democrática aposta na governança comunitária integrada aos territórios da ESF, em que sujeitos éticos, responsáveis e organizados possam participar ativamente da identificação dos problemas de saúde, e definir, expressar-se sobre, priorizar e intervir nas condições de vida e saúde da coletividade.

Do ponto de vista político mais geral, o desafio vai além da capacidade de mobilização no território, pois abrange reflexões acerca de uma concepção de vigilância à saúde na APS que implica profunda reorganização do modelo de atenção à saúde e da reorientação das políticas econômicas e sociais em seu conjunto, devendo envolver a academia, as lideranças dos diversos partidos e as organizações da sociedade civil empenhadas em encontrar alternativas ao modelo vigente.

Desse modo, a problematização permanente dos significados e caminhos para a operacionalização da APS abrangente, resolutiva, de base territorial e de orientação comunitária contempla não apenas aspectos relacionados aos serviços de saúde, mas sobretudo um modo de vida e um valor social que devem estar embutidos no debate político, haja vista que, em tempos de intolerância, a utopia é tanto mais necessária quanto mais distante.

A universalização da cobertura da Estratégia Saúde da Família, situação desejável em função dos benefícios desse modelo sobre a ampliação do acesso e melhoria de indicadores de saúde, sofre estrangimentos provocados pelo subfinanciamento do SUS, agudizado por medidas de ajuste fiscal, a exemplo da Emenda Constitucional 95 de 2016, que congelou por 20 anos a destinação dos recursos públicos, reduzindo de forma drástica o financiamento das ações de saúde que já era insuficiente. Com efeitos perversos sobre a implantação de diversas políticas sociais, que se estenderão por duas décadas, a 'PEC da Morte', como ficou conhecida, representa a maior ameaça ao futuro do Sistema Único de Saúde e às garantias dos direitos constitucionais de proteção social, saúde e educação.

O atual cenário de restrições orçamentárias dificulta o alcance pragmático da universalidade e da integralidade do cuidado à saúde, somando-se, ainda, o desafio da alocação equânime de recursos financeiros em um país com desigualdades regionais e sociais marcantes. Apesar das lacunas relacionadas ao montante de investimentos e à contribuição de cada uma das três esferas governamentais, a saúde consiste em um direito da população brasileira.

A 'Reforma' Trabalhista de 2017, outra ameaça ao sistema de proteção social, produziu ampla alteração na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), principalmente no sentido de fragmentar a capacidade coletiva das(os) trabalhadoras(es) de garantir seus direitos, com explícito favorecimento ao empregador. Essa normativa formaliza o trabalho intermitente, permitindo o pagamento por período trabalhado, quer sejam horas ou diárias (Krein, Colombi, 2019). Configurou-se, então, um arcabouço institucional que reposicionou o trabalho das ocupações em saúde diante do movimento do capital e do agravamento do subfinanciamento do SUS, resultando no aumento da precarização da força de trabalho.

Adicionalmente, medidas recentes do governo federal trouxeram mudanças significativas no financiamento, gestão e organização da atenção primária à saúde no SUS em direção à sua seletividade de ações e focalização apenas em grupos extremamente pobres. Trata-se dos efeitos da ação

combinada de mudanças no plano da política, do modelo de atenção, do financiamento e da gestão da APS, promovidos pela publicação sucessiva da PNAB 2017, da criação da Carteira de Serviços da Atenção Primária em Saúde (CaSAPS) em 2018, do Previner Brasil e pela criação da Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde (ADAPS), originalmente no bojo do programa Médicos pelo Brasil (PMB), resultado da lei 13.958/2019.

Em 2017, a edição de nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) ameaça o fortalecimento do modelo de APS resolutive, abrangente, de base territorial e orientação comunitária na medida em que altera as regras de composição profissional e de distribuição da carga horária dos trabalhadores nas equipes de saúde.

A PNAB 2017 reduz o número mínimo de ACS por equipe, numa lógica que considera que o processo de trabalho pode prescindir desse trabalhador na APS. Em um cenário de redução do orçamento da saúde, com o desfinanciamento provocado pela Emenda Constitucional 95, a PNAB oferece aos municípios novas possibilidades organizativas da atenção primária variantes do modelo da Estratégia de Saúde da Família.

Na prática, essa possibilidade de contingenciamento e de exclusão dos ACS das equipes pode ser utilizada pela gestão como mecanismo para operar o racionamento de recursos. O argumento racionalizador está diretamente implicado na pauta de austeridade econômica ultra neoliberal que amplia as restrições às políticas sociais e promove o desmonte dos direitos firmados pela Constituição Cidadã de 1988.

O programa Previner Brasil de 2019 encerrou a vigência do Piso de Atenção Básica criado em 1996 e instituiu a capitação ponderada, o pagamento por desempenho e o incentivo para ações estratégicas como critérios para a transferência de recursos federais para os municípios brasileiros. Ainda nessa normativa, foram extintos os incentivos como porção variável do PAB para os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), incorporados ao volume total das transferências federais.

As incertezas quanto aos efeitos do programa Previner Brasil nos valores históricos recebidos pelos municípios por transferências financeiras do Ministério da Saúde, bem como a pandemia de Covid-19, protelaram sua efetivação até setembro de 2021 quando cresceram as iniciativas para sua plena implantação. Existem indícios, detectados por grupo técnico do COSEMS-RJ, de redução das transferências federais aos municípios já no curto prazo.

Em relação à avaliação de desempenho das equipes de APS, o fim da avaliação externa do PMAQ despreza uma estratégia de estudos avaliativos em saúde conduzida pela parceria entre o Ministério da Saúde e instituições públicas de pesquisa que possibilitou conhecer em profundidade a situação da ESF no Brasil, identificando as áreas e os problemas que precisam ser enfrentados com urgência para qualificar o acesso universal e o cuidado integral e equitativo à população.

O Previner Brasil optou por concepções e estratégias avaliativas simplificadas, com foco no monitoramento quadrimestral de cesta mínima de indicadores de desempenho da APS. Além das limitações do processo avaliativo implantado com o Previner, a iniciativa que resultou no fim do PMAQ-AB também desmantelou uma rede de cooperação interinstitucional consolidada entre o Ministério da Saúde e mais de 50 instituições acadêmicas de todas as regiões do país envolvidas com a APS (Facchini, Tomasi, Dilélio, 2021).



Em 2019, o poder executivo federal criou um serviço social autônomo (SSA) denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) com a finalidade de promover, em âmbito nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção primária à saúde (BRASIL, 2019). Essa medida confere maior centralização e verticalidade ao Ministério da Saúde no controle da condução administrativa e na imposição de remodelagem com ênfase na APS.

A perspectiva privatista da APS no SUS, com ações destinadas à desvinculação da ESF dos seus atributos essenciais e derivados – em especial, integralidade, coordenação do cuidado, orientação comunitária e familiar – enfraquece sua ligação e responsabilidade sanitária com os territórios (Giovanella *et al.*, 2019).

As competências da ADAPS são amplas e incluem a execução da política e a prestação de serviços de APS; o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão; e a incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão, dentre outras. Embora encarregada do desenvolvimento da política nacional de saúde, foi criada como serviço social autônomo (SSA), figura jurídica de direito privado sem fins lucrativos. Ou seja, não se constitui em órgão governamental da administração direta nem em agência similar às agências reguladoras, sem falar da ausência de um efetivo controle social.

A criação da ADAPS abre espaço para a privatização da prestação dos serviços de atenção primária. Há também uma possível transferência das responsabilidades municipais sobre a gestão da APS para essa agência federal. A opção por SSA representa um modelo de gestão paraestatal, com 'agenciamento empresarial', dada a possibilidade de captação de recursos financeiros além do provimento estatal.

Vale ressaltar que, não sendo uma modalidade de administração indireta, os SSA não estão submetidos à observância das regras da administração pública. Nesse cenário, com competências amplificadas da ADAPS, a participação do setor privado é claramente explicitada em uma tomada de posição mais radical e ativa do gestor federal e criação das condições normativas para ampla atuação do setor privado na APS (Giovanella *et al.*, 2019; Morosini, Fonseca e Baptista, 2020), constituindo um contraponto à inscrição constitucional da saúde como dever do Estado.

Dada a centralidade que a concepção de território ocupa na APS integral e na organização da ESF, espera-se que uma carteira de serviços que pretende orientar gestores, trabalhadores e população sobre o que deve ser oferecido na atenção primária coloque o território como alicerce da organização do cuidado. Tal decisão deveria se refletir nas atividades e ações que a compõem. Entretanto, na Carteira de Serviços de Atenção Primária à Saúde proposta pelo governo federal (Brasil, 2020), o que se vê fortalecido é um enfoque clínico reduzido.

Nela, a territorialização se esvazia e a noção de comunidade se enfraquece, dissociando-se da participação popular, expressão ausente do texto, e colocando em risco a construção de relações entre as equipes e as pessoas das diferentes comunidades, tal como pretendida na ESF. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é citado uma única vez, relacionado apenas aos cuidados com o puerpério e à previsão de visitas domiciliares, principal estratégia de trabalho dos agentes no território, destinada somente a usuários restritos ao domicílio, como recém-nascidos e acamados (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020).

Portanto, as mudanças induzidas e lideradas pelo Ministério da Saúde no financiamento, organização e gestão da atenção primária ameaçam o modelo exitoso da Estratégia Saúde da Família em várias dimensões. Destacam-se questões relativas à gestão do trabalho; formação e escopo das práticas dos profissionais que compõem as equipes; e à organização da APS baseada na determinação social do processo saúde-doença, na produção de autonomia dos usuários e na integração com ações de vigilância em saúde. As ameaças ao modelo da Estratégia Saúde da Família também afetam as possibilidades de inovação na coordenação do cuidado pela APS; no uso de tecnologias de informação e comunicação; e na operação dos modelos de cuidado a condições crônicas.

Por vias diversas, observa-se a indução de um modelo de atenção que entra em conflito com o modelo no qual o agente comunitário de saúde (ACS) ocupa uma posição relevante e desenvolve um trabalho complexo. Tais mudanças afetam a tríade presença-sentido-escopo do trabalho do ACS, desenhando uma dupla desconstrução que atinge tanto a APS integral como o ACS, que é um articulador estratégico da integralidade na interface serviço-território.

Em relação ao trabalho de enfermagem, já se observavam problemas no dimensionamento desses profissionais e nas formas precárias de contratação. Constata-se o número insuficiente desses profissionais, a sobrecarga de trabalho em atividades administrativas, a redução da proporção das equipes de saúde da família no território, com implicações na cobertura populacional de enfermagem. Percebe-se o baixo reconhecimento do trabalho clínico do enfermeiro na APS e os protocolos do Ministério da Saúde não descrevem claramente atribuições e condutas específicas das enfermeiras.

Quanto à formação e trabalho da Medicina de Família e Comunidade, as políticas mais recentes de desmonte da ESF e de adoção de carteiras de serviço restritivas contribuem para retrocesso das práticas. Tais políticas se afastam de um processo mais sofisticado de cuidado em saúde baseado em uma perspectiva de atenção integral, focada na pessoa, família e comunidade. Essa perspectiva reconhece o processo de saúde-doença, mas volta a um modelo assistencial baseado na doença, no corpo, em uma atenção fragmentada, baseada na hiperespecialização e medicalizante de base cartesiana, que se afasta da comunidade e de suas necessidades.

Na odontologia, a PNAB 2017 flexibilizou a carga horária para os profissionais de nível superior. Há sobrecarga de trabalho com as demandas do Programa Saúde na Escola e reduziu-se o desenvolvimento de ações intersetoriais, interprofissionais e multidisciplinares. Essas mudanças reforçam o modelo da odontologia de mercado em detrimento do fortalecimento da saúde bucal coletiva. Em 2019, o Previn Brasil dispunha apenas de um indicador de saúde bucal, a 'proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado'.

Por outro lado, a pandemia de COVID 19 levou à suspensão total de atendimentos eletivos e das ações no território, trazendo de volta o modelo tradicional da odontologia pautado na demanda espontânea. Além disso, houve um subaproveitamento do odontólogo na linha de frente do combate ao coronavírus. Essa desvalorização de serviços que ampliavam a resolutividade e qualificação da APS integral atinge outras estruturas como o Núcleo de Atenção à Saúde da Família, que será tratado mais adiante.

Atualmente, a formação de profissionais de saúde na APS também sofre as restrições provocadas pelos subfinanciamento do SUS e precisa considerar o aprofundamento da crise sanitária,

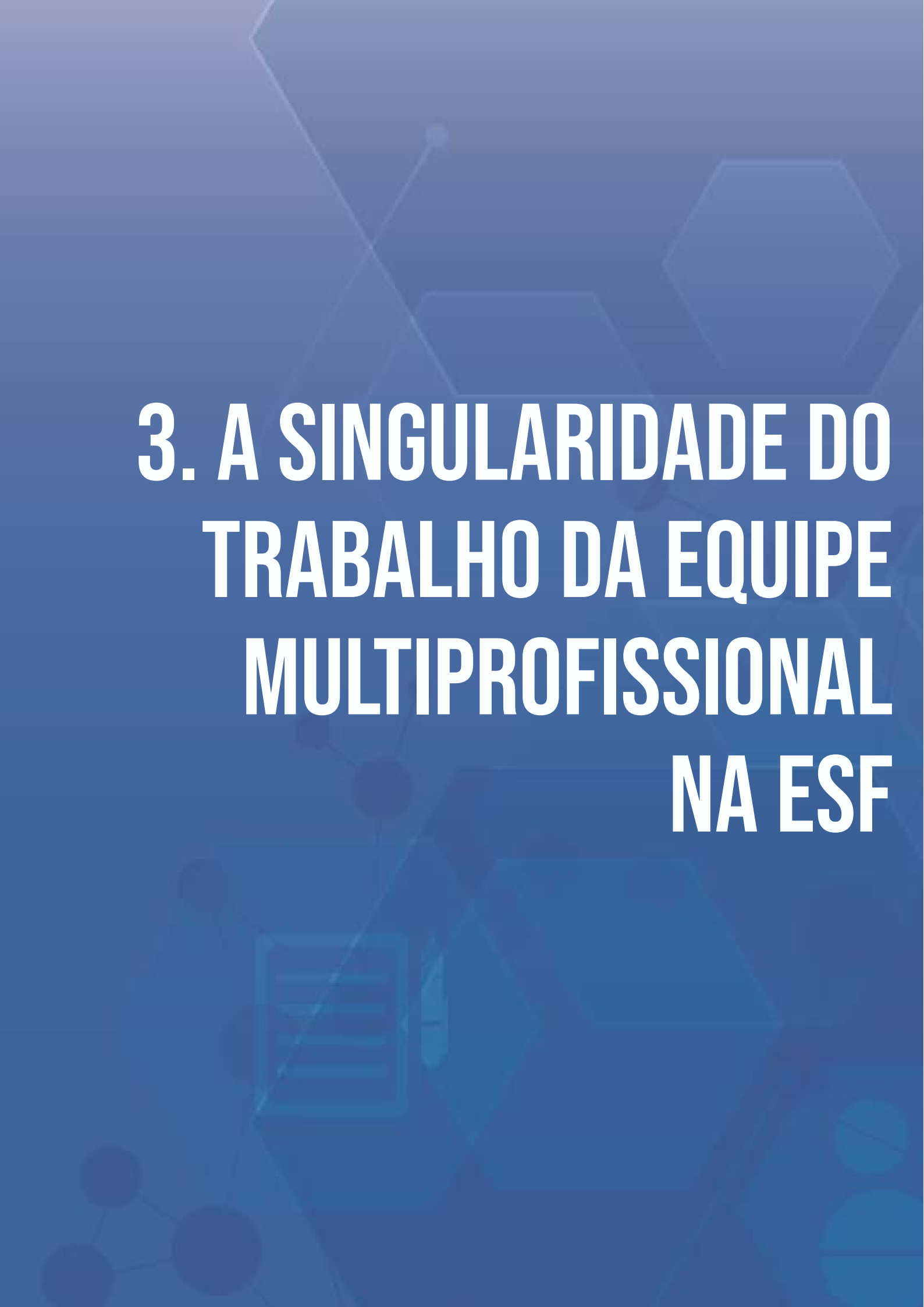
econômica e social que se projetou a partir da pandemia de Covid-19. A efetiva articulação entre Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) para romper o ainda insuficiente diálogo estabelecido entre as políticas de formação e assistência à saúde à luz da integração ensino-serviço é uma questão permanente.

Outros problemas a serem superados para formar profissionais de saúde no modelo de APS resolutiva e abrangente são o aumento das instituições de ensino privadas; o sucateamento do SUS e das universidades públicas; a priorização do ensino das especialidades em detrimento da APS; os ataques à ciência, dada a postura obscurantista da atual gestão federal que tem promovido a desvalorização das universidades; e a expansão desordenada de cursos na modalidade Educação a Distância (EAD) na área da saúde.

Com congelamento de gastos para a educação, as universidades públicas convivem com a redução gradativa dos seus recursos, impactando a contratação de professores, diminuição de vagas discentes e qualidade do ensino. Por outro lado, o sucateamento do sistema público de saúde vem ocasionando crescente precariedade dos cenários de prática.

Em conclusão, cabe observar que o contexto da pandemia da COVID-19 tem oferecido um espaço político de tratar esse conjunto de desafios colocados pela inflexão neoliberal das políticas por uma perspectiva de resistência à suspensão dos processos, de reforço à participação social tanto em mobilização política e social em defesa da vida e do SUS como em ações práticas de reorganização dos serviços para o cuidado integral, e de refazer expectativas em relação ao modelo de atenção.

Nesse sentido, seguem algumas reflexões sobre os componentes das equipes multiprofissionais da estratégia de SF e suas inovações no âmbito das práticas sociais e formativas; mapeamento dos principais aspectos críticos dessa política de APS para o SUS; e compreensão do impacto da pandemia para a APS como contribuição da atualização da agenda político-estratégica da Rede APS/Abrasco.



# **3. A SINGULARIDADE DO TRABALHO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ESF**

A proposta de APS que defendemos pressupõe o reconhecimento do trabalho em equipe como fundamental para o desenvolvimento de práticas integrais, que possam articular saberes e áreas de conhecimento específicas. A rede de Pesquisa em APS é uma rede multidisciplinar e multiprofissional, o que favorece os vários olhares e a identificação de caminhos em relação aos aspectos que envolvem o processo de trabalho na APS.

Nesse sentido, o trabalho em equipe deve orientar a organização do processo de trabalho em saúde na APS, estabelecendo um diálogo permanente entre as práticas profissionais e as necessidades dos usuários e populações envolvidas. Ainda que cada núcleo profissional tenha um contexto histórico de constituição, desenvolvimento e construção de competências, reconhecemos a necessidade de que os processos de formação profissional e de construção de modelos de atenção e de cuidado em saúde se façam a partir de equipes multiprofissionais.

Na ESF, as equipes multiprofissionais são compostas por médicos, enfermeiros, odontólogos e agentes comunitários de saúde. Em conjunto com as equipes de NASF e segundo o perfil de morbidade da população adscrita, evidenciam a importância do trabalho em equipe.

### **3.1 O PAPEL ESTRATÉGICO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Em diferentes países, o trabalhador comunitário de saúde foi instituído com a finalidade principal de viabilizar o acesso a ações de saúde. Outra ideia bastante associada a esse trabalhador é a de tradutor, atuando no duplo sentido do conhecimento técnico e das práticas sanitárias para grupos específicos ou para as ditas comunidades, das quais ele mesmo é um membro. Traduz, também, as particularidades culturais e sociais desses mesmos grupos para os serviços e outros profissionais de saúde. Seu trabalho é dimensionado em função das concepções de saúde, do modelo de atenção e do projeto de sistema de saúde que se implantam de fato em cada realidade nacional, em cada conjuntura (Fonseca, Morosini, 2021).

Registros significativos da história dos agentes de saúde no Brasil remetem ao ambiente dos movimentos de redemocratização do país do final dos anos 1970 e décadas de 1980 e 1990. Têm origem em experiências populares de educação e mobilização em saúde e participação no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, em particular na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Pode-se dizer que a trajetória dessa categoria profissional remete à construção social do projeto do SUS democrático, participativo e universal, inscrito na constituição de 1988. Sua história profissional é vinculada à APS, marcada por seu pertencimento ao território em que atua, e expressa o propósito de aproximação entre os serviços e as pessoas que atende (Fonseca, Morosini, 2021).

A institucionalização do agente comunitário de saúde (ACS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) está também relacionada ao processo de ampliação do acesso e à promoção da qualidade na Atenção Primária à Saúde (APS). Transitou de um momento de maior seletividade e focalização, com ações especificamente dirigidas à melhoria de alguns indicadores de saúde e a grupos em situação de pobreza, para um momento posterior, de estruturação de um novo modelo de atenção que se articula incorporando a concepção de determinação social do processo saúde-doença, e se organizou e se difundiu com base na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em municípios nos quais a cobertura da Estratégia Saúde da Família é mais elevada, sua presença se faz de modo mais abrangente. Em outros, particularmente nos grandes centros urbanos, sua atuação se dirige a territórios cuja dinâmica sócio espacial é marcada por condições de vida mais precárias, situações de violência e restrito acesso a bens e serviços públicos. Essas dinâmicas têm força importante na materialidade cotidiana do seu trabalho, implicando diferentes ritmos e cargas físicas e psíquicas. As diversas experiências vividas na proximidade do dia a dia dos territórios, associadas às particularidades da gestão e gerência de serviços com diversos entes contratantes, a exemplo de secretarias municipais de saúde, organizações sociais de saúde e seus correlatos, influenciam os modos de exercer a função de ACS, ainda que suas atribuições sejam determinadas por diretrizes da política nacional e da gestão municipal.

De acordo com os dados de junho de 2021 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os ACS somavam 282.890 trabalhadores no Brasil. Historicamente, suas atividades compreendem ações de educação em saúde realizadas principalmente no território, bem como ações de produção do diagnóstico sócio sanitário, de estímulo à participação popular, acolhimento, cadastramento, registro de informações, monitoramento e acompanhamento de grupos específicos, dentre outras ações.

Sua profissionalização tem características pouco consolidadas. Há propostas de formação e atribuições sujeitas a constantes alterações, o que contribui para que o ACS seja um marcador sensível do sentido que as políticas de saúde assumem no contexto nacional. Em outras palavras, é possível dizer que os ACS expressam mais intensa e rapidamente as tendências que se imprimem ao SUS. É portador das expectativas de um SUS democrático, participativo, integral e universal e de grande identificação com a população que atende. Talvez por isso, mesmo em uma conjuntura de poucos recursos e bastante sobrecarga de trabalho, como a pandemia de Covid-19, o ACS tenha conseguido sustentar práticas criativas e de resistência produzidas no cotidiano e a partir das relações que mantém no território em que vive e atua.

A atividade de ACS foi reconhecida como profissão em 2002 e permanece sofrendo regulamentações que abrangem a configuração do trabalho, a regularização dos vínculos, a padronização salarial e a formação profissional. Trata-se de uma categoria bastante organizada politicamente e que tem se feito representar nas diversas disputas referentes ao seu trabalho e aos seus direitos, nos planos executivo e legislativo. No cenário nacional, destaca-se a capacidade de mobilização da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e da Federação Nacional dos Agentes de Saúde e Endemias (FENASCE).

A realidade do ACS expõe as contradições de um sistema que ampliou acesso à custa da precarização do trabalho. Ainda hoje são praticadas formas de contratação sem os devidos direitos ou com direitos insuficientes, às quais se somam a sobrecarga de atividades, o significativo aumento de tarefas administrativas, o sofrimento psíquico e o desgaste físico (Santos, Souza e Freitas, 2019; Morosini, 2018; Riquinho *et al.*, 2018).

As bases do trabalho do ACS, que têm justificado sua presença nas equipes e orientado sua atuação, perdem espaço, o que dá força aos questionamentos sobre a resolutividade de suas atribuições historicamente constituídas, oportunizando a redefinição do sentido do seu trabalho e a descaracterização do escopo de atividades que estabelecem sua singularidade e o distinguem de outros trabalhadores da ESF.

O sentido dessas mudanças volta-se para responder às exigências de caráter resolutivo, baseado em uma clínica restrita, e à diretriz de racionalização de recursos. Entretanto, não considera os achados das pesquisas e as críticas do movimento organizado dos ACS que indicam crescente burocratização do trabalho e instrumentalização para fins de alcance de metas dos serviços e da gestão. O recente acréscimo de atividades típicas da enfermagem ao conjunto de atribuições dos ACS traz um alerta para o rumo que se pretende dar ao trabalho dos agentes, assim como para a mistura com competências que são da enfermagem.

É preciso acompanhar essa dinâmica, indagando, por exemplo, como essas atribuições se relacionam com o trabalho educativo. Em que grau essas práticas assumem caráter substitutivo em relação aos trabalhadores técnicos de enfermagem, previstos nas equipes da ESF. Na intersecção presença-sentido-escopo do trabalho, desenha-se uma dupla desconstrução, que atinge tanto a APS integral como o ACS, pela possível retirada do cotidiano do território, das reuniões de equipe ou de qualificação profissional.

Seu tempo de trabalho tende a se destinar à execução de tarefas vinculadas a metas clínicas de orientação tecnicista, de vigilância pontual limitada aos agravos e de atividades burocratizadas relacionadas ao registro e à produção de informações. Por tratar-se de atividades relevantes, tendem a ocultar ainda mais o prejuízo que a ESF sofre ao concentrar o trabalho dos ACS em torno delas, e acentua-se o risco de perda de coesão e de maior fragmentação do cuidado, com efeitos para a inserção do ACS e o que se espera do seu trabalho. Com isso, promove-se uma posição mais passiva, na qual o ACS perderia autonomia e capacidade de articular propostas com a equipe.

A formalização do trabalho do ACS está relacionada com o processo de ampliação do acesso da população aos cuidados primários e à qualificação da APS. Tem a ver com o processo de incorporação da concepção da determinação social do processo saúde-doença que acontece no marco do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família. Nessa perspectiva, defender a ESF é defender o ACS como trabalhador, o que não permite que a determinação social perca centralidade na APS brasileira.

O ACS representa o SUS mais próximo das comunidades e do território. É o trabalhador que está no território de maneira mais rotineira e essa atividade é a base do seu trabalho. Os ACS são uma categoria profissional bastante organizada; suas atividades estão ordenadas por delineamentos federais, embora a condução municipal e a gerência das unidades básicas também influenciem seu processo de trabalho.

A PNAB 2017 prevê a revisão de suas atribuições conforme caracterização do trabalho da(o) ACS como profissional supervisionada(o) exclusivamente pela(o) enfermeira(o), com a responsabilidade de realizar procedimentos técnicos de enfermagem, sem ser, de fato, integrante da referida categoria. Essa orientação não aumenta a resolutividade no cuidado. Pelo contrário, simplifica ações necessárias para a prática clínica, desvia funções específicas e reduz a abrangência social do trabalho da(o) ACS na construção do vínculo, na atuação no território e na abordagem familiar. A coordenação do trabalho da(o) ACS, associada à fragmentação do trabalho da Enfermagem (Brasil, 2017), contribui para a sobrecarga da(o) enfermeira(o) na ESF.

Portanto, é fundamental recuperar o caráter estratégico do ACS na APS integral.

A formalização do trabalho do ACS está relacionada com o processo de ampliação do acesso e qualificação da APS. Tem relação com o processo de incorporação da concepção da determinação social do processo saúde-doença que acontece no marco do desenvolvimento da estratégia Saúde da Família. Nessa perspectiva, defender a Estratégia Saúde da Família é defender o ACS como trabalhador que não permite que a determinação social perca centralidade na APS brasileira.

## 3.2. O LUGAR DA ENFERMAGEM BRASILEIRA NA CONSTRUÇÃO DA APS NO SUS

Ao longo do tempo, a Enfermagem tem apresentado uma participação sociopolítica importante na construção da APS no SUS, em conjunto com as demais profissões da área da saúde. Sua atuação exhibe elementos significativos que colaboram com o desenvolvimento dos atributos da APS, sobretudo se tomarmos a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário para o Sistema Único de Saúde. Contudo, destaca-se que a profissão, apesar dos esforços dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem – enfermeiras(os), técnicos e auxiliares de enfermagem –, devido à estrutura sociopolítica e econômica, ainda não obteve o reconhecimento e a visibilidade merecidos, o que pode estar relacionado ao contexto histórico e social da profissão assim como à estrutura sociopolítica e econômica dos modelos de atenção à saúde (Nunciaroni *et al.*, 2021).

A força de trabalho que atua na APS representa 18,1% das(os) profissionais, conforme resultados da pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Por outra perspectiva, a cobertura da ESF no Brasil, segundo os dados dos Painéis de Indicadores da APS do Ministério da Saúde, correspondia, no final de 2020, a 43.286 equipes e cobertura de 63.62% da população (Brasil, 2021), destacando que em cada equipe deveria haver pelo menos duas (dois) profissionais da Enfermagem.

No entanto, o país apresenta escassez de profissionais de Enfermagem em todo o território nacional, ocupando o quarto lugar na pior média de enfermeiras(os) por 1.000 habitantes entre os 36 países membros e oito parceiros da Organization for Economic Cooperation and Development (Delamaire, Lafortune (2019). Constatou-se, também, grande heterogeneidade na distribuição de auxiliares e técnicas(os) de enfermagem e enfermeiras(os) entre as unidades federativas.

Além dos problemas em relação à carência na quantidade e distribuição de profissionais, destacam-se os desafios de sua formação e qualificação para a realização de um cuidado com qualidade (Carlioni *et al.*, 2021). O processo de expansão da formação ocorreu de forma acelerada e descontrolada, com a participação predominante de instituições de ensino privadas fomentada por políticas governamentais de apoio à formação universitária e sem a devida regulação do Estado, caracterizando-se como uma universalização do acesso via privatização do ensino (Magnago, Pierantoni, 2017). As políticas públicas não têm sido efetivas para a desconcentração do aparelho formador e para a regulação das formações e qualificações, não somente no caso da Enfermagem como também das diversas formações (Brasil, 2006; Franco, Dal Poz, 2018).

No Brasil, observa-se uma grande diversidade na forma de atuação da Enfermagem na APS, o que gera a percepção de que há vários escopos de trabalho determinados por inúmeras práticas. Esses escopos estão relacionados à forma como se percebe o campo, à relação multi e interprofissional, à concepção vigente de APS, às competências técnicas e políticas, aos modelos de gestão e



aos processos de formação e educação permanente em saúde. E, justamente por essa diversidade, identifica-se como o trabalho da Enfermagem contribui para uma APS integral por sua atuação em diversas áreas tais como a atenção, a gestão, o ensino, a pesquisa e o controle social.

Tal realidade tem levado a Enfermagem a assumir papel central na consolidação da APS, sobretudo por seu potencial inovador, criativo e versátil (ABEn, 2020). O processo de trabalho da Enfermagem se caracteriza historicamente pela divisão técnica entre auxiliares, técnicas(os) e enfermeiras(os). Vale destacar que as(os) enfermeiras(os) possuem um forte protagonismo tanto por sua formação como por assumirem a gestão de sua equipe e, quase sempre, da equipe em geral e das unidades (David *et al.*, 2018).

A relevância da força de trabalho das(os) auxiliares e técnicas(os) de enfermagem na ESF é evidenciada pela capilaridade de suas práticas, atuando em todos os setores da APS. Suas principais atividades envolvem a orientação das(os) usuárias(os), destacando sua relevância para o primeiro contato, pela participação intensa no acolhimento, oportunizando o acesso ao SUS e contribuindo para facilitar o fluxo ao serviço, assim como as visitas domiciliares que colaboram com a o caráter longitudinal do cuidado (Monezi *et al.*, 2021).

Às atividades administrativas ou gerenciais prevalentes até então no escopo de trabalho das(os) enfermeiras(os), foram acrescentadas, ao longo do tempo, novas ações clínicas de atenção direta a(ao) usuária(o), expandindo o escopo da prática na APS e produzindo impactos em seu exercício profissional (ABEn, 2020). As profissões não são estáticas e mudam à medida que se modificam as necessidades em saúde, o perfil populacional, o modo de organização dos serviços e do cuidado em saúde, e se abrem às possibilidades de aumento de competências tanto da equipe multiprofissional como das ações e da autonomia da(o) enfermeira(o) (Peduzzi, 2020).

A ampliação do acesso aos serviços e profissionais de saúde aptos a atuar na porta de entrada do SUS tem sido uma forma de garantir atenção à saúde com qualidade, equidade e integralidade. Nesse sentido, a ampliação da prática clínica das(os) enfermeiras(os) têm melhorado o acesso aos serviços, além de proporcionar comunicação mais eficiente, consultas com maior duração e melhoria na adesão e tratamento, especialmente no manejo de condições crônicas de saúde (OPAS, 2018; Costa, Couto, Silva., 2015).

No trabalho em equipe multidisciplinar na Estratégia Saúde da Família, os profissionais têm as suas atribuições específicas, ou do núcleo de saber definidas, assim como aquelas que são comuns a todas as profissões. Nessa premissa, rompe-se com a prática individualizada, onde o saber fazer específico da Enfermagem está imbricado nas diversas atividades desenvolvidas pela equipe, sendo complexo falar do processo de trabalho da Enfermagem sem abordar as diversas atividades que desenvolve de forma conjunta com a equipe, nos diversos campos de atuação (Ferreira *et al.*, 2020).

A literatura (David *et al.*, 2018; Caçador *et al.*, 2015; Galavote *et al.*, 2016; Barbiani *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2018) permite afirmar que o trabalho da(o) enfermeira(o) na APS tem a dupla dimensão assistencial e gerencial: voltada para o indivíduo, via produção do cuidado de enfermagem e gestão de projetos terapêuticos, e para o coletivo, por meio do monitoramento da situação de saúde da população, gerenciamento da equipe de enfermagem e do serviço de saúde para a produção do cuidado. Sua função essencial consiste em prestar assistência às pessoas, famílias e comunidades,

desenvolvendo atividades para promoção e educação em saúde, manutenção e recuperação da saúde e contribuindo para a implantação e consolidação do SUS. Entretanto, no cotidiano de trabalho, a(o) enfermeira(o) dificilmente consegue desenvolver ações de saúde em todas essas dimensões (ABEn, 2020).

O campo da gestão é um lugar de importante atuação para as(os) enfermeiras(os), uma vez que a formação colabora para o desenvolvimento de competências que são reconhecidas pelo mercado de trabalho nesse âmbito de atuação. Entretanto, sabemos que poucas(os) assumem cargos de liderança. A Pesquisa Nacional com Gestores Municipais do SUS realizada pela Fiocruz entre 2017 e 2020 revelou a importante presença da Enfermagem, feminina, branca, com formação em nível superior e pós-graduação na função de gestoras(es) do SUS (26%), embora 59% nunca tenha assumido o cargo de Secretária(os) de Saúde (Carvalho *et al.*, 2020).

Por outro lado, o reconhecimento profissional das(os) enfermeiras(os) se torna mais expressivo entre a população, as equipes e profissionais da gestão a partir do estabelecimento do vínculo e da capacidade de serem resolutivas(os). Ocorre, especialmente, por meio de práticas de cuidado baseadas em evidências científicas, centradas na pessoa e norteadas pelas necessidades do território. Além disso, também são reconhecidas pelo fato de possuírem uma forte atuação no cuidado clínico por meio das consultas de enfermagem, do acolhimento, dos procedimentos e das visitas domiciliares (Koster, 2019).

Numa aproximação, a ampliação do escopo de práticas da Enfermagem no Brasil guarda semelhanças com algumas das práticas avançadas de enfermagem implantadas em outros países. Independentemente da adoção de nomenclaturas, é possível listar boas perspectivas para a Enfermagem brasileira na APS, em especial na Estratégia Saúde da Família.

Como exemplos dessas perspectivas positivas, destacam-se na literatura a melhoria no acesso e redução do tempo de espera para a oferta de cuidado; maior garantia de continuidade do cuidado e frequência de retorno dos pacientes; desenvolvimento da promoção da saúde e prevenção de agravos; melhorias clínicas em decorrência do aumento da adesão ao tratamento farmacológico e mudanças no modo de vida, especialmente no acompanhamento das doenças crônicas; aumento do índice de satisfação relacionado ao maior tempo da consulta dedicado para orientações e informações sobre seus problemas de saúde; ampliação do acesso a tratamentos, inclusive com a prescrição de fármacos e procedimentos com base em protocolos institucionais; compartilhamento da carga de trabalho com a(o) médica(o) da eSF; contribuições para inovação em saúde com serviços de telessaúde para acolhimento, seguimento, apoio, tratamento e promoção da saúde; e redução do custo para os sistemas de saúde (Toso, 2017; Delamaire, Lafortune, 2010; Rada *et al.*, 2014; Laurant *et al.*, 2005; Guan *et al.*, 2021; Anders, 2020).

O escopo de práticas gerenciais, educacionais, clínicas e de vigilância em saúde realizadas pela(o) enfermeira(o) respondem às principais demandas de saúde da APS, não sendo necessário instituir uma nova tipologia profissional no Brasil, mas reformar a regulamentação profissional e investir em sua formação (Magnago, Pierantoni, 2021).

Entretanto, existem fatores que interferem diretamente na prática da(o) enfermeira(o) na APS tais como a limitação da autonomia em locais em que não existam protocolos clínicos estabelecidos, revelando a subutilização dessa(e) profissional. Também, a expansão de seu escopo de práticas em

locais onde não há médicas(os) é um fato que induz à reflexão sobre as incongruências da autonomia profissional, considerando o cenário, a necessidade de saúde das populações, a disputa de mercado entre profissões e a vontade política dos gestores do SUS (Nunciaroni *et al.*, 2021).

No Brasil, há outras dificuldades e desafios para o desenvolvimento das práticas da(o) enfermeira(o) na Estratégia Saúde da Família (Ferreira *et al.*, 2018; Matumoto *et al.*, 2011; Bonfim *et al.*, 2012; Assis *et al.*, 2011; Nauderer, Lima, 2008; Caçador *et al.*, 2015; Baratieri, Marcon, 2012; Koster, 2019) que podem ser agrupados nas seguintes categorias: dimensionamento de profissionais; modalidades de contratação e natureza dos vínculos trabalhistas; infraestrutura das unidades básicas de saúde; gestão do cuidado de enfermagem; e educação permanente para esses trabalhadores.

Quanto ao dimensionamento dos profissionais de enfermagem na APS, o número de profissionais é insuficiente não só pela amplitude do escopo das práticas relativas ao cuidado em enfermagem como também pela sobrecarga de trabalho das(os) enfermeiras(os) no apoio ao funcionamento dos serviços de saúde. Ao exercerem atividades administrativas que dependem de suporte técnico e logístico para dar fluidez à organização da demanda e da infraestrutura, restringem sua participação nas atividades da prática do cuidado clínico das(os) usuárias(os) na APS. Em geral, os vínculos empregatícios são precários, o que leva à rotatividade das(os) profissionais e gera sobrecarga de trabalho para as(os) que permanecem. Tal fragilização dos processos de trabalho compromete o vínculo com a população atendida e a qualidade da assistência, bem como gasto de tempo e energia com o treinamento de novas(os) profissionais (Nunciaroni *et al.*, 2021).

Quanto à infraestrutura das unidades de atenção básica, constata-se a falta de materiais e de equipamento e insuficiência de consultórios equipados adequadamente para uso da(o) enfermeira(o) durante o atendimento clínico. Há problemas relacionados com a adequação das ferramentas de gestão do cuidado de enfermagem, em que se destacam o inadequado apoio técnico e de supervisão das práticas clínicas para as(os) profissionais de saúde e a baixa incorporação dos protocolos de Enfermagem como instrumentos orientadores da prática de Enfermagem. Observa-se ainda, falta de clareza sobre as atribuições e condutas específicas das(os) enfermeiras (os) nos protocolos do Ministério da Saúde. Embora sejam adotados oficialmente pelas Secretarias Municipais, nem sempre atendem às necessidades das(os) profissionais de Enfermagem.

Há poucas iniciativas de educação permanente voltadas para a qualificação da consulta de enfermagem nas diversas áreas de atenção à saúde que objetivem aperfeiçoar a assistência prestada. Constata-se também o baixo reconhecimento do trabalho clínico da(o) enfermeira(o) no âmbito da organização e gestão dos serviços de APS. A população, em geral, tem dificuldade de compreensão sobre quais problemas a(o) profissional da saúde não pode resolver no nível da APS e quando são necessários os encaminhamentos para uma rede frágil e desarticulada. A extensa área de cobertura territorial e populacional designada para cada equipe de Saúde da Família dificulta o alcance dos atributos essenciais e derivados da APS.

Em sua condição de força de trabalho para saúde, a Enfermagem ocupa papel central na APS pelo elevado número de profissionais e por poder contribuir sobremaneira para a redução das desigualdades em saúde e sociais, visto que considera a complexidade da determinação social do processo saúde-doença na produção do cuidado como objeto de seu trabalho. Além disso, o recorte sócio-histórico da profissão imprime a relevância do olhar interseccional de sua representação na sociedade.

Considerando o perfil sociodemográfico, quanto maior o número de profissionais de Enfermagem formadas, maior o número de mulheres, majoritariamente negras, que estará no mercado de trabalho com possibilidades de assumir funções de lideranças e alcance de melhores condições de vida.

### 3.3. A SAÚDE BUCAL NA APS

Importantes avanços ocorreram no campo da saúde bucal a partir dos anos 2000 com a inclusão da equipe de saúde bucal (ESB) no então Programa Saúde da Família e, em especial a partir de 2004, com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), conhecida como Programa Brasil Sorridente (Ruiz, Peres, Carcereri, 2021). A PNSB (2004) promoveu a expansão do número de ESB na ESF, criou os centros de especialidades odontológicas (CEO), implantou laboratórios regionais de prótese dentária (LRPD) e a atenção terciária, conformando uma rede de atenção em saúde bucal (Lucena *et al.*, 2011; Scherer, Scherer, 2015).

Ainda que seja possível mencionar importantes avanços setoriais ocorridos nas duas últimas décadas, a saúde bucal permanece em um processo de disputa por seu lócus como política pública. Desde o impeachment em 2016, enfrenta-se a retomada de uma antiga agenda que não priorize os direitos e o acesso da população às condições básicas (Garcia, 2019).

Essa agenda favorece a fragmentação do cuidado e da relação das Equipes de Saúde Bucal (ESB) dentro da Estratégia Saúde da Família. A atuação do cirurgião dentista (CD) na ESF nos moldes da PNSB (2004) foi um avanço importante, pois detalhou o processo de trabalho junto ao auxiliar de saúde bucal (ASB), ao técnico em saúde bucal (TSB) e às equipes ESF e do NASF.

A ESB é vinculada à equipe de saúde da família e, portanto, o profissional CD com o suporte do ASB e do TSB, além da responsabilidade com ações de vigilância sanitária e epidemiológica e de gestão do setor, realiza atendimentos em consultório por meio de escuta e acolhimento, avaliações clínicas, atendimento a demandas programadas e urgências ou emergências. Participa de reuniões de equipe, realiza grupos de educação em saúde, faz visitas domiciliares e orientações individuais e coletivas. Além disso, o dentista trabalha de forma articulada com as demandas do território junto às equipes de saúde da família e com instituições de ensino da área adscrita em que realiza as atividades do Programa de Saúde na Escola (PSE) (Carletto, Santos, 2020). Uma ameaça ao processo de trabalho das ESB, tal como proposto pela PNSB 2004, é a implantação da Carteira de Serviços da APS, iniciativa do governo federal (BRASIL, 2020; Ruiz, Martufi, 2019).

A cada ano, verifica-se a redução da proporção de horas e atividades a serem destinadas a ações de prevenção, reuniões de equipe e visitas domiciliares, reforçando o modelo da chamada odontologia de mercado em detrimento do fortalecimento da saúde bucal coletiva (Narvai, 2020). Esse é o cenário que, sobreposto pela situação sanitária da pandemia de Covid-19 que se estende desde fevereiro de 2020, desafia a saúde e a saúde bucal como direito e dever do Estado.

No Brasil, as necessidades de saúde bucal foram negligenciadas pelas políticas públicas até o início do século XXI. Apenas a partir da década de 2000 a saúde bucal começou a ter maior rele-

vância no nível federal. A Política Nacional de Saúde Bucal (Brasil, 2004c), denominada Brasil Sorridente, contribuiu para o processo de reorganização, ampliação e consolidação da Atenção Primária no SUS para o avanço da cobertura e acesso aos cuidados na área e promoveu a reorientação do modelo assistencial e processo de trabalho em saúde bucal segundo os princípios da ESF (Barros *et al.*, 2016).

O processo de trabalho da ESB na ESF promovido pela PNSB de 2004 tem sofrido importantes ameaças nos últimos anos. A PNAB 2017 e a publicação da Portaria nº 2.539 alterando o incentivo financeiro e flexibilizando a carga horária das ESB do padrão de 40 horas para 20 e 30 horas são mudanças que incentivam o retorno ao modelo biomédico. Induzem a expansão do mercado odontológico privado, colocando em risco o processo de trabalho que vem sendo construído e o acesso à saúde bucal pública de qualidade, universal e integral.

Com a chegada da pandemia de Covid-19, essas pressões para que as ESB retornem ao processo de trabalho focado na demanda espontânea e atendimento de urgências e emergências se fortaleceram, observando-se o subaproveitamento do cirurgião-dentista no combate ao novo coronavírus.

Grande parte dos indicadores usados historicamente em saúde bucal está relacionada unicamente com o componente clínico odontológico associado à cárie dentária e à doença periodontal e não tem sido acompanhada por tempo adequado para a efetiva avaliação da qualidade da atenção. No entanto, a última mudança proposta na avaliação de desempenho em 2019 com a instituição do programa Previne Brasil representa um retrocesso sem precedentes no processo de avaliação da atenção à saúde bucal nos municípios brasileiros. O programa instituiu um novo modelo de financiamento da APS, definindo como único indicador para a saúde bucal a 'proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado'. A redução a esse único indicador dificulta o desenvolvimento de um adequado processo de acompanhamento e avaliação da atenção à saúde bucal.

A implantação do Brasil Sorridente implicou uma importante ampliação da oferta de atenção em saúde bucal na atenção primária na proporção de aproximadamente 500% no número de ESB implantadas (4.261 ESB em 2002 a 25.000 ESB em 2017) (Lucena *et al.*, 2020). Apesar desse aumento da oferta, indicadores como a cobertura da primeira consulta odontológica não têm aumentado como se esperaria. Uma das possíveis explicações reside no fato da priorização de consultas-dia em detrimento das consultas odontológicas programadas, comprometendo, assim, a operacionalização da saúde bucal no âmbito da Estratégia Saúde da Família.

Em meio ao sub financiamento crônico do SUS, observa-se que o montante de recursos para a saúde bucal na Estratégia Saúde da Família foi incrementado no período de 2003 a 2012, com redução em 2013. A partir de 2014, observa-se a redução de recursos federais para saúde bucal (Rossi *et al.*, 2019; Narvai, 2020). Essa problemática pode se tornar ainda mais dramática nos próximos anos devido aos efeitos nefastos da Emenda Constitucional 95 e da implantação do Previne Brasil.

O novo modelo de financiamento federal da APS inscrito no Previne Brasil traz incertezas aos municípios quanto ao volume de recursos que receberão, constituindo-se como ameaça à continuidade da oferta de serviços de saúde bucal e afetando a garantia do direito à saúde e a universalidade da atenção (Narvai, 2020).

Ainda que a implantação da PNSB em 2004 tenha promovido a estruturação da rede de atenção em saúde bucal, estudos realizados em Santa Catarina têm revelado que a conformação da rede temática de saúde bucal e sua articulação nas redes de atenção à saúde ainda são processos em andamento. Existem dificuldades na articulação entre os diferentes pontos de atenção, ausência de protocolos e indefinição ou pouca clareza sobre os fluxos de referência e contrarreferência, manutenção do enfoque assistencialista, não realização de levantamentos epidemiológicos periódicos, dentre outras (Godoi, Mello, Caetano, 2014; Mello *et al.* 2014).

O SUS tornou-se um grande empregador na área da saúde. Entretanto, ao longo do tempo, incorporou uma série de dispositivos legais que limitaram os gastos com pessoal, promoveram novas formas na relação 'público-privado' e flexibilizaram os vínculos por meio, sobretudo, da terceirização. Tem havido a inclusão das instituições não estatais, como as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e as fundações de apoio, dentre outras, na gestão e prestação de serviços no SUS (Morosini, Chinelli, Carneiro, 2020). Diante desse cenário, os profissionais da saúde, em especial os que atuam na APS-ESF, apresentam uma maior vulnerabilidade. Segundo Rosa *et al.* (2019), analisando dados da avaliação externa do PMAQ-AB, apenas 44,1% das 17.117 ESB estudadas possuíam cirurgiões-dentistas com vínculo estatutário.

Portanto, a partir de 2016, observa-se uma ruptura no processo de consolidação do SUS que inclui a Política Nacional de Saúde Bucal. O desmantelamento vivido na atenção à saúde bucal é evidenciado por um conjunto de retrocessos em que se destacam o desfinanciamento da PNSB; a extinção do PMAQ e implantação do Previner Brasil, limitando a saúde bucal a um único indicador; a criação da Agência para o desenvolvimento da APS (ADAPS) e a adoção da carteira de serviços como mecanismos que visam a instalar o processo de privatização da APS-ESF; a PNAB 2017, que promoveu a desarticulação das ESB na ESF; a extinção do NASF, impedindo o trabalho interprofissional na ESF; a ausência de coordenação nacional da área saúde bucal; a precarização dos contratos de trabalho, que levaram à demissão de cirurgiões-dentistas na pandemia; a desarticulação da rede de atenção à saúde bucal com as demais redes temáticas (Carceneri *et al.*, 2021).

O panorama exposto acima demonstra, tal qual descrito por Narvai (2020), 'o fim do Brasil sorridente' e o ressurgimento do modelo clínico odontológico focado na doença em meio à pandemia de Covid-19. Para resistir a tais retrocessos, é preciso defender a garantia do direito à saúde bucal como parte do direito à saúde, fortalecendo os princípios do SUS via financiamento adequado e suficiente.

### **3.4. MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE: QUAL PROFISSIONAL MÉDICO É NECESSÁRIO PARA A APS INTEGRAL NO SUS?**

Mendes (2012) afirma que a solução médica para o SUS está em radicalizar a introdução dos médicos de família e comunidade na ESF, formando-os melhor, focando a graduação na APS, expandindo as Residências em Medicina de Família e Comunidade e garantindo programas de educação permanente efetivos. Oferecendo, também, salários dignos e relações de trabalho decentes que garantam um mínimo de segurança aos médicos que optam por dedicar-se a um novo modo de fazer

medicina que lhes exige dedicação integral.

No entanto, 40 anos após Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) e a Medicina de Família e Comunidade (MFC) ainda não conseguiram se consolidar na grande maioria dos países da América Latina, e a Estratégia Saúde da Família, modelo exitoso de APS que vem trazendo grandes avanços e resultados positivos em saúde, no Brasil, está sofrendo um processo de desmonte.

Desde o início do século XX, a Reforma Flexner com mudanças na formação e na prática médica em praticamente todo o mundo ocidental, a partir de 1910, produziu impactos que condicionam até hoje esses processos. Essa reforma se traduziu e se traduz em uma determinada forma de entender saúde e doença e de valorizar algumas práticas e modelos de sistemas de saúde em detrimento de outros (Anderson, Rodrigues, 2021). Os sistemas de saúde centrados na lógica flexneriana, cuja orientação biomédica se torna cada vez mais biotecnológica, passaram a conviver com situações de crise, inclusive pelos altos custos dos procedimentos médico-hospitalares. Crises que induziram o desenvolvimento de projetos de 'contrarreforma' nos sistemas de saúde, a exemplo do Relatório Dawson, já em 1920.

Nesse contexto, a Medicina de Família surgiu como resposta a uma necessidade social, uma mudança de paradigma na ciência em geral, passando de uma abordagem reducionista para uma sistêmica, representada pela abordagem biopsicossocial e não pelo modelo cartesiano, anátomo-clínico ou biomédico, da medicina tradicional. Esse modelo mais ampliado de compreender o processo saúde-adoecimento é coerente com os problemas de saúde que se apresentam no âmbito da APS, tendo em conta a multidimensionalidade do processo saúde-adoecimento.

Desde então, a Medicina de Família vem se desenvolvendo como especialidade em praticamente todo o mundo, nas diferentes dimensões que caracterizam uma especialidade: como uma disciplina, como um papel profissional, como um campo de pesquisa, como uma área de serviços de saúde.

Entretanto, permanecem os desafios para a incorporação e o desenvolvimento de uma APS inclusiva e qualificada em quase todos os países da América Latina. Estão relacionados aos efeitos do marketing da biomedicina, do complexo médico-industrial e aos poderes sociais e econômicos por eles gerados e que têm sido superiores à lógica trazida pelas recomendações de inclusão da APS e da MFC. A relação é tal que os sistemas de saúde da maior parte do mundo, especialmente da América Latina, ainda resistem sem as reformas fundamentais, sem considerar medicina de família e comunidade como especialidade central; e sem adotar o modelo organizacional proposto no Relatório Dawson.

O documento Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas, publicado pela Organização Panamericana da Saúde, identifica as resistências à implantação e ao desenvolvimento da APS nas Américas, que podem ser consideradas atuais. Os opositores à APS são definidos como grupos que estão entre os "mais poderosos em termos de recursos e capital político [e, seus] interesses estão frequentemente alinhados em oposição a muitos esforços de reforma da saúde" (OPAS, 2007).

O escopo de atuação da MFC inclui alguns pontos chave: os cuidados personalizados a pessoas e famílias de um território determinado; a visão abrangente, integrando fatores físicos, psicológicos e sociais; as atividades colaborativas com outras disciplinas; e a responsabilidade profissional

com a comunidade. Esta descrição mostra-se coerente também com os atributos que caracterizam a Atenção Primária à Saúde segundo o entendimento da consagrada professora e pesquisadora Bárbara Starfield. São eles os atributos essenciais de acesso, caráter longitudinal, integralidade, coordenação do cuidado; e os atributos transversais de orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

No Brasil, os primeiros projetos de formação em Medicina de Família e Comunidade surgem ainda antes de Alma Ata. Os primeiros programas de Residência em Medicina Geral Comunitária, nome original da especialidade, iniciam-se em 1976 na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), no Centro de Saúde Murialdo da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e em Vitória de Santo Antão, Pernambuco, sendo logo seguidos pelos programas do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre e de Natal no Rio Grande do Norte. Ao longo dos seus 45 anos de existência no Brasil, a MFC vem se defrontando com desafios e ameaças de extinção como especialidade.

A criação em 1994 do Programa de Saúde da Família (PSF), tornado Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1997, abre afinal a possibilidade de um campo de trabalho para a MFC no Brasil, no contexto de um modelo de APS mais robusto, afastado daquela ideia simplista sempre associada à APS. A Estratégia Saúde da Família, modelo exitoso de APS do Brasil, pelo seu caráter abrangente e multidisciplinar, constitui-se, de fato, numa oportunidade única para a reforma do sistema de saúde brasileiro, com a saída do modelo hospitalocêntrico para outro modelo, conformado por uma rede poliárquica de serviços. Relaciona a ESF como espaço de atuação para a MFC e como cenário privilegiado de formação em MFC e de outras profissões na área da saúde, especialmente a enfermagem e a odontologia, mas não exclusivamente.

Os princípios, conceitos e práticas da MFC se articulam e guardam sintonia com os da ESF tal como se explicita na Resolução 05/2002 da Comissão Nacional de Residência Médica, que regula a MFC e o currículo baseado em competências da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), lançado em 2014. Nesse contexto, se inserem as competências relativas ao trabalho em equipe multiprofissional e os tipos de atividades de MFC que têm inserção prevista nas equipes de Saúde da Família, sejam elas atividades de consulta individual de abordagem familiar; visitas domiciliares; grupo terapêutico e de educação em saúde; atividades interdisciplinares intersetoriais; de abordagem e diagnóstico comunitário; e participação em reuniões de equipe para avaliação e planejamento de ações.

Por fim, as principais necessidades colocadas hoje para a MFC na ESF estão sintetizadas nos seguintes tópicos:

- Reconhecimento e Valorização da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica central para o estabelecimento de uma ESF/APS qualificada;
- Ampliação progressiva do número de Médicos de Família e Comunidade no Brasil por meio da criação e manutenção de políticas de estado, nos níveis federal, estadual e municipal, até atingimento do total de MFC necessários para o país – cerca de 90.000;
- Valorização dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade como padrão-ouro da formação na área;
- Valorização dos colegas médicos que atuam na APS há mais de 4 anos, no sentido de serem apoiados para que se tornem especialistas por meio da Prova de Títulos;
- Valorização do desenvolvimento profissional contínuo dos MFC por meio da educação perma-



nente e da educação continuada, de forma presencial ou em distância;

- Reconhecimento e Valorização da Medicina de Família e Comunidade no âmbito da gestão em saúde, na formação médica e na produção de pesquisas;
- Superação das limitações do modelo cartesiano com valorização do paradigma sistêmico na formação e na prática de Médicos e Médicas de Família e Comunidade integrando a Abordagem Centrada na Pessoa, Abordagem Familiar e Abordagem Comunitária;
- Valorização das políticas de provimento no âmbito da APS, com Médicos de Família e Comunidade;
- Fomento ao estabelecimento de um plano de cargos, carreira e salários que apresente uma possibilidade de estabilidade financeira e de projeto de vida para a MFC.

Para atingirem seu potencial, a APS e a MFC necessitam superar as limitações do modelo cartesiano-anátomo-clínico e biomédico que comprometem a compreensão do processo saúde-adoecimento em sua integralidade, necessitando atuar sob a égide do paradigma sistêmico e complexo. A ESF, caracterizada pelo trabalho em equipe multiprofissional, é reconhecidamente um dos modelos de APS mais avançados do mundo. Exige, portanto, ações concretas de resistência às tentativas de desmonte, ao lado de outras tantas voltadas para seu desenvolvimento permanente.

### 3.5 O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)

No contexto das equipes multiprofissionais, constitutivas da Atenção Primária e da Estratégia de Saúde da Família em seu propósito de atenção integral à saúde, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados por meio da Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Naquele momento, o objetivo do Ministério da Saúde foi o de apoiar a consolidação da APS no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações (BRASIL, 2011).

De acordo com Almeida e Medina (2021), a constituição do NASF no SUS brasileiro é parte de constructo histórico-político desde os anos 2000, passando por diversas fases até sua implantação em 2008. Em sua implantação, os núcleos foram compostos por equipes multiprofissionais que objetivaram atuar de forma integrada com equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de atenção primária para populações específicas de consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais e com o Programa Academia da Saúde (Almeida, Medina, 2021). Essa é uma proposta bastante calcada na ampliação da equipe mínima por meio da incorporação de várias categorias profissionais, realização de ações técnico-pedagógicas, apoio matricial e ações clínico-assistenciais (Brocardo et.al, 2018).

Em seu processo de consolidação, as edições de 2011 e 2017 das Políticas Nacionais de Atenção Básica impactaram sobremaneira em aspectos de implantação e funcionamento dos NASF. A PNAB 2011 modificou a composição das equipes, incluindo mais profissões elegíveis e propondo o quantitativo de trabalho contratado em termos de horas semanais, em vez de número de profissionais, com duas modalidades: NASF 1 e 2.

Os NASF eram compostos pelas seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional ou Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista e Médico Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista, ou de clínica médica; Médico do Trabalho; Médico Veterinário; profissional com formação em arte e educação, ou arte educador; e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

A Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012) criou uma terceira modalidade de conformação de equipe – o NASF 3 –, que definiu como requisito mínimo para implantação que o município tivesse ao menos uma equipe de Saúde da Família. Com a PNAB de 2017, o NASF passa a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que sinaliza com importantes ameaças ao seu modelo original. Embora as possibilidades de composição dos profissionais dos núcleos fossem mantidas, a carga horária não estava detalhada, além de receberem a atribuição adicional de cobrir também as chamadas unidades básicas tradicionais (Melo *et al.*, 2018).

Ressalta-se que a iniciativa do NASF em ser complementar às equipes mínimas, aumentando o escopo multiprofissional na atenção primária brasileira, propiciou importantes políticas indutoras de formação de profissionais de saúde, como, por exemplo, as diferentes edições do PET-Saúde, em especial a última edição, o PET-Saúde Interprofissionalidade, que teve como objetivo a formação de futuros profissionais na lógica do trabalho em equipe interprofissional. Destacam-se também as residências multiprofissionais em saúde, que potencializaram a atuação dos profissionais no NASF.

Na contramão da consolidação da equipe multiprofissional, o NASF sofre um importante impacto por meio da Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento de custeio da APS (BRASIL, 2019). No que se refere especificamente ao NASF, a mudança no financiamento da APS acabou com a garantia de recursos federais para seu custeio, levando muitos municípios a encerrarem suas equipes. Porém, houve muitos municípios que mantiveram as equipes e suas atividades de apoio à APS. Nesse contexto e na esteira das mudanças propostas pelo Previne Brasil, a Nota Técnica nº 03/2020 – DESF/SAPS/MS praticamente anuncia o desmonte do NASF como conformado inicialmente, deslocando-se de seus propósitos iniciais. Por essa Nota Técnica, alguns contornos são evidenciados:

- a) a partir de janeiro de 2020, não foram mais credenciadas novas equipes de NASF-AB;
- b) a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB, dando autonomia aos gestores municipais para compor equipes, definição de profissionais, carga horária e arranjos de equipes. Os gestores municipais poderão manter os profissionais cadastrados no SCNES como equipes NASF-AB ou cadastrar os profissionais na APS, sem vinculação a nenhuma equipe;
- c) a conformação das equipes multiprofissionais não fica claramente definida, apenas sugere-se a existência de um indicador relacionado à atuação de equipes multiprofissionais na APS para pagamento por desempenho, alinhado com o Previne Brasil;
- d) quanto ao custeio das equipes multiprofissionais, também fica aberto ao gestor municipal o

formato mais apropriado às necessidades locais, mas sem especificações técnicas de como a iniciativa irá se concretizar na prática dos municípios.

Consolida-se, dessa forma, a desobrigação do NASF na APS. Ao permitir que as equipes de Estratégia de Saúde da Família e de Atenção Básica funcionem sem o apoio dos profissionais do NASF, é muito provável que haja uma redução na eficácia de estratégias de cuidado integral por meio do apoio matricial, de estratégias de educação permanente e educação popular em saúde e de ações clínico-assistenciais.

The background is a solid blue color with a subtle pattern of white and light blue geometric shapes and lines. There are several hexagons of varying sizes and orientations scattered across the page. A network of thin white lines connects various points, some of which are small circles. In the lower-left corner, there is a cluster of four dark blue circles connected by lines. In the lower-right corner, there are two overlapping circles, one light blue and one dark blue. The overall aesthetic is clean, modern, and technical.

# **4. ASPECTOS CRÍTICOS DA APS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Nesta parte, discutem-se aspectos críticos selecionados da APS no SUS, especialmente sobre a ESF. Analisam-se as mudanças estruturais no financiamento, os desafios para a eficiência, a gestão pública e as ameaças dos processos de privatização da APS. Discutem-se as estratégias de avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade na APS e seus desafios atuais. As iniciativas de formação dos trabalhadores da APS ao longo do tempo são analisadas destacando sua importância para avançar na melhoria da qualidade do cuidado. Em relação aos processos do cuidado, discute-se a coordenação do cuidado na rede integrada, a atenção às condições crônicas e o uso de tecnologias de informação, comunicação e telessaúde, bem como seus novos desenvolvimentos no contexto da pandemia.

## 4.1 MUDANÇAS ESTRUTURAIS NO FINANCIAMENTO DA APS

O debate sobre o financiamento da saúde é um dos mais candentes e relevantes acerca das prioridades e estratégias governamentais voltadas ao fortalecimento de um sistema de saúde. No caso brasileiro, tem seu pilar na Constituição Federal, que estabelece a obrigatoriedade pelo custeio das despesas com ações e serviços públicos de saúde aos governos federal, estadual e municipal. Com efeito, a implantação do SUS, com suas normas operacionais ordenando a transferência de recursos financeiros aos estados e municípios, deu condições funcionais à oferta descentralizada de serviços de saúde e permitiu que ações estruturantes fossem implantadas ao longo dos anos (Tasca, Mendonça, Mendes, Barbosa, 2021).

O forte estímulo à APS, por meio da Norma Operacional Básica do SUS (NOB) 01 de 1996, veio com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB) e seus dois componentes: o PAB fixo, calculado mediante multiplicação da população total do município por um valor per capita; e o PAB variável, vinculado a uma política de incentivos para o Programa da Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Os incentivos ao PSF a partir de 1999 passaram a considerar a cobertura populacional do Programa, contribuindo para sua rápida expansão nos anos 2000. Há que se destacar que outras políticas induzidas pelo Ministério da Saúde ao longo dos anos, à exemplo da Saúde Bucal, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Programa de Melhoria da Qualidade e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB), passaram a constituir subcomponentes do PAB variável.

O PSF alcançou em 1998 as condições objetivas necessárias à expansão e consolidação desse modelo de atenção à saúde. A implantação do PAB mediante transferência de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios de forma regular e automática deveria ser identificada nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais provenientes da esfera federal.

Sua dinâmica permitiu atingir a todos os municípios brasileiros com valores por habitante, conforme população definida pelo IBGE, juntamente com seu componente variável, voltado a induzir a adoção e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF). Era repassado mensalmente segundo tipos, números de equipes implantadas, composições profissionais previstas e cobertura populacional. Gerou grande impacto na distribuição dos recursos federais aos municípios. Em muitos casos,

em municípios menores, a soma dos valores do PAB fixo e variável era maior que o Fundo de Participação dos Municípios (FPM), outra modalidade de transferência fiscal da União aos municípios.

Entre os anos de 2003 e 2014, observou-se crescente e contínuo investimento em saúde, embora ainda aquém das necessidades. No entanto, a partir de 2015, houve redução real do financiamento da saúde (Piola; Benevides; Vieira, 2018). Na APS, a política neoliberal tem dificultado o processo de trabalho e as práticas de cuidado das eSFs devido à intensificação da relação público-privada e à consequente priorização do atendimento de demandas agudas, comprometendo o seguimento longitudinal das(os) usuárias(os), o acesso da população, a coordenação do cuidado e o reconhecimento dos espaços de participação popular.

Em meio a essas profundas transformações, é inegável o acerto na escolha desse modelo de Atenção à Saúde. Pinto e Giovanella (2018) destacam a grande expansão do número de equipes de Saúde da Família implantadas nos últimos 20 anos. Segundo dados do Departamento de Atenção Básica, as equipes passaram de 2.054 em julho de 1998 para 41.619 em outubro de 2017. Se for considerado o critério de que uma equipe é responsável por 3.450 pessoas, em média, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passou de 4,4% (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões) (Pinto, Giovanella, 2018).

Some-se a isso as evidências dos resultados na melhoria de indicadores de saúde da população que a Estratégia Saúde da Família alcançou por sua condição de modelo de atenção da APS. Ao analisar a Estratégia de Saúde da Família, Macinko e Mendonça (2018) identificaram, por meio de ampla revisão da literatura sobre os efeitos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, que seus resultados contribuíram para a melhoria de todos os indicadores, estando próximos aos níveis de países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). Para essa comparação utilizaram os conceitos de acesso, proteção financeira, qualidade dos serviços, eficiência no sistema, impacto na saúde e equidade, preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Mrejen *et al.* (2021), fazendo uma análise de 5.411 municípios brasileiros entre 2000 e 2014, revelaram que investimentos na APS de qualidade, com profissionais de saúde capacitados, podem proporcionar reduções na mortalidade e hospitalizações em países de média e baixa renda. Tasca *et al.* (2020) destacaram que o avanço na cobertura da ESF sugere importantes melhorias na prestação de serviços e nos resultados em saúde, além de desempenhar importante papel no benefício da parcela mais vulnerável da população, reduzindo as iniquidades sociais.

Esses autores mostram a evolução dos recursos financeiros federais destinados à APS a partir de 2002 vis-à-vis os aportes destinados à APS em comparação aos serviços de média e alta complexidade. Houve aumento das transferências do componente variável do PAB ao longo dos anos, o que sugere a consolidação da estratégia com o reconhecimento dos resultados obtidos. O crescimento observado na atenção primária foi de aproximadamente 100%, saindo da ordem de R\$7,5 bilhões para aproximadamente R\$15 bilhões entre 2002 e 2016. Os gastos com média e alta complexidade (MAC) cresceram a uma taxa superior ao observado com a APS: de R\$15 bilhões para aproximadamente R\$ 40 bilhões no mesmo período.

É importante considerar que o crescimento da cobertura populacional da atenção primária gera aumento de custos na média complexidade, e, inicialmente, até nas internações hospitalares,

por desvelar parte da população sem acesso prévio a diagnóstico e tratamento de suas condições. Porém, a APS consolidada aumenta a eficiência também na média e na alta complexidade.

Ainda em relação à evolução dos gastos com saúde, segundo o Portal da Transparência do governo federal, é possível observar que houve significativa estabilidade nos gastos com Atenção Básica e com Média e Alta Complexidade entre 2014 e 2020. Os gastos com AB oscilaram entre R\$15 e R\$20 bilhões, enquanto os gastos com MAC montaram entre R\$ 40 e R\$ 45 bilhões, com os dois gastos apresentando uma trajetória de estabilidade.

De forma geral, os resultados revelam que o SUS e a APS, por sua condição de estratégia central para concretizar a saúde universal, vêm cumprindo historicamente o objetivo pactuado em várias cúpulas e documentos globais sobre o tema. Houve grande expansão da APS no Brasil, o que contribuiu claramente para a melhoria de indicadores de saúde e para a eficiência mediante a redução de internações desnecessárias, o diagnóstico precoce de câncer, imunização e outras ações de prevenção. É inegável o benefício da APS para as populações vulneráveis, com uma função social amenizadora de desigualdades.

Contudo, o crônico subfinanciamento do SUS e, dentro do SUS, da APS, permanece como principal desafio. Outras dificuldades são ligadas à heterogeneidade dos municípios brasileiros e às desigualdades regionais que incidem sobre a capacidade de gestão do sistema. O número elevado de municípios de pequeno porte dependentes de transferências intergovernamentais, associado à ausência de estrutura técnica local para formular e implantar políticas de saúde, tem sido uma grande dificuldade para integrar a APS aos demais níveis de atenção na rede regionalizada.

Esse quadro suscita uma série de aspectos que merecem atenção. Apesar de ser desfinanciado, o SUS conseguiu expandir o modelo de APS por meio da ESF em curto espaço de tempo, poucos anos, atingindo coberturas muito altas, sobretudo nas regiões mais carentes do país. As políticas de financiamento federais foram essenciais para impulsionar esse crescimento. Os municípios brasileiros, porém, ampliaram seus gastos no setor utilizando receitas próprias, muitas vezes, acima dos valores definidos constitucionalmente (Araújo, Gonçalves, Machado, 2017). É visível a grande expansão da APS, com aumentos contínuos de cobertura e melhoria de indicadores epidemiológicos e de oferta de serviços de saúde. Nessa trajetória o modelo foi sendo ajustado às diferentes realidades existentes, a exemplo das populações ribeirinhas, população de rua, pessoas privadas de liberdade.

Esse modelo sofreu profunda alteração a partir de 2016 como consequência das ações federais no plano econômico já mencionadas neste documento: a Emenda Constitucional 95 de 2016 e a mudança estrutural na forma do financiamento federal da Atenção Primária à Saúde, o programa Previne Brasil. O corte do orçamento federal para saúde para o ano de 2021 representa a mais recente peça do mosaico de retrocesso e da omissão do governo federal em garantir uma atenção primária à saúde de qualidade para todas as pessoas.

As políticas vigentes de financiamento do governo federal representam uma ameaça para o desenvolvimento e para a sustentabilidade de uma APS forte, de qualidade e acessível a todos. Os resultados conseguidos com muito esforço pela APS do SUS nessas décadas podem ser perdidos via interrupção de mecanismos indutores do financiamento federal para equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e para os Agentes Comunitários de Saúde, alterando a trajetória da Saúde da Família no Brasil. O modelo é baseado na população de um território e com o emprego de

equipes multiprofissionais, um modelo para toda a população brasileira.

Durante os anos 2020 e 2021, a pandemia impediu o Previne Brasil de ser implantado plenamente, com contínuas prorrogações da fase de transição. Apesar de as medidas do Previne ainda não terem sido implantadas por completo, os gestores municipais detectaram vários efeitos perversos causados pelas novas normas ao financiamento da APS. Pressionado pelos municípios, em setembro 2021, o Ministério da Saúde modificou algumas regras e parâmetros do Previne Brasil, aliviando, em parte, os estragos, sem corrigir, contudo, as falhas estruturais dessa medida.

Não se deve substituir um modelo de financiamento consolidado por outros, sem base empírica, em nome de uma suposta maior produtividade, porque pode enfraquecer as políticas de APS. Nesse momento do país, em meio à pandemia da Covid-19, à crise econômica e ao crescimento das desigualdades, debilitar a Estratégia Saúde da Família pode representar uma séria ameaça ao SUS e à saúde da população do Brasil, especialmente dos mais vulneráveis. Ainda há muitos desafios quanto à melhoria do acesso, segurança, qualidade, integralidade para fortalecer a Estratégia Saúde da Família, modelo exitoso da APS brasileira, e gerar ainda maiores impactos positivos. Porém, apenas é viável se houver o aporte de novos recursos e políticas de financiamento adequadas (Barbosa, Silva Junior, Turci, Mendes, 2021).

## 4.2 EFICIÊNCIA, GESTÃO PÚBLICA E PRIVATIZAÇÃO DA APS

Dado o significativo esforço financeiro envolvido no alcance da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família em mais de 60% em 2018 (Kemper *et al.*, 2018), discutir estratégias para a ampliação e melhoria dos serviços prestados deve necessariamente incorporar a busca pela eficiência. Barbosa *et al.* (2020) observaram a importância de entender o conceito de eficiência e as formas pelas quais é possível mensurá-la. A eficiência é uma medida que tem relação com certas comparações de produtividade (Peña, 2008). Ou seja, mensurar a eficiência é uma forma eficaz para estimular resultados ótimos com os recursos disponíveis.

No caso da APS, são visíveis seus efeitos e impactos sobre os demais níveis de atenção, a exemplo da redução de internações e da minimização do uso de soluções de alto custo financeiro. Entretanto, é usual a utilização de métricas que não observam, necessariamente, as especificidades da APS em termos de seus atributos e dinâmica de prestação de serviços ao usuário. Ao se discutir eficiência em saúde, especificamente em seu nível mais básico e amplo, é fundamental levar em consideração a lógica envolvida no serviço prestado e a que fim ele se destina (Barbosa, Silva Junior, Turci, Mendes, 2021).

Um primeiro ponto destacado por David (2015) e que merece ser abordado, é a característica incerta da saúde. Existe uma incerteza relacionada à ocorrência da doença, outra, envolvida no diagnóstico e uma outra com respeito ao tratamento. Isso, inevitavelmente, é determinante do resultado almejado, que é a saúde. Outro ponto relevante trata das discussões relacionadas à identificação de resultados, que devem considerar que o desejável não é o cuidado produzido, mas a saúde da população.



Nesse sentido, a complexidade intrínseca à análise da eficiência demanda esforço que vai além da identificação de um bom método, pois envolve o entendimento da sua lógica, seu desenho operacional e a resolutividade que se obtém. Silva *et al.* (2018), por exemplo, abordam os fatores que influenciam a eficiência na aplicação de recursos na APS segundo o uso da metodologia Data Envelopment Analysis (DEA), que utiliza as variáveis populacionais dos municípios, número de médicos por estabelecimento e consultas por estabelecimento, além de indicador de desenvolvimento municipal de saúde.

De forma geral, a abordagem da seleção de variáveis segue usualmente a opinião de especialistas ou até mesmo da disponibilidade de dados para modelar as análises. Assim, é primordial ir além da modelagem clássica e incorporar múltiplos indicadores de insumo e de produto, dada a possibilidade de utilizar os atributos da APS preconizados por Starfield (2002).

Com efeito, a escolha das variáveis de entrada, inputs, e saída, outputs, deve mostrar o que é relevante para o desempenho da APS, considerando que a eficiência só é mesmo efetiva quando ligada aos fatores capazes de gerar desempenho (Barbosa *et al.*, 2020). Por isso, a análise prévia de variáveis deve ser feita segundo os olhares de decisores, especialistas e analistas, sempre voltados ao atendimento das necessidades do usuário. O decisor deve verificar se não foi omitida nenhuma variável considerada imprescindível.

Nessa perspectiva, discutir eficiência vai além da dimensão econômica, devendo ser realmente relevante para determinar o desempenho da APS. É primordial uma escolha de variáveis que leve em conta os diferentes e possíveis olhares que abarcam a APS, sob diversos pontos de vista. O debate sobre Atenção Primária à Saúde no Brasil tem a seu dispor, a partir das bases de dados nacionais e da utilização crescente de instrumentos de avaliação, uma série de indicadores que se apresentam como alternativas de variáveis para a avaliação de efetividade. Pensar na lógica da APS pressupõe que a avaliação de eficiência deva ser observada a partir de fatores considerados na perspectiva da sua dinâmica, utilizando somente aquilo que é realmente relevante para determinar o desempenho esperado.

Fatores tais como porte populacional, grau de desenvolvimento municipal, vulnerabilidade da população, composição etária da população e distribuição dos profissionais de saúde podem afetar a eficiência (Dias, 2010). Vale destacar a heterogeneidade na qualidade da atenção primária ao longo de todo o território nacional, fator que deve ser considerado e tratado na análise de eficiência. Isso, porque é reconhecida a discrepância entre os 5.570 municípios brasileiros, que possuem problemas que vão da escassez de profissionais a restrições orçamentárias (Tasca *et al.*, 2020).

Há que se considerar, também, o contexto com diferentes formas de organização institucional e normativa da prestação de serviços de saúde na APS. Miclos *et al.* (2015) destacam a importância em se avançar nos estudos que avaliam o desempenho da Atenção Primária em Saúde com o uso do instrumental DEA. As autoras ressaltam as dificuldades nas escolhas dos melhores inputs e outputs, de forma a permitir uma boa análise da eficiência na APS. Destacam também que pouco se produziu até então, com significativa heterogeneidade nas definições de insumo, produto e unidade de análise, o que dificulta a comparabilidade dos resultados obtidos pelos diferentes trabalhos. Nesse sentido, fica o convite a se avançar nesse aspecto da agenda. Por fim, é importante também refletir que a oferta de serviços mais eficientes não é sinônimo de oferta de serviços com bons parâmetros de qualidade e que tampouco induzam à equidade (Dias, 2010).

Uma suposta menor eficiência do SUS, quando comparada ao setor privado, vem sendo usada nos últimos anos pelo Ministério da Saúde como pretexto para legitimar medidas, a exemplo da criação da ADAPS, que facilita a incorporação de atores privados na gestão dos serviços do SUS. Essas medidas, de acordo com a narrativa dos seus promotores, estão baseadas na equivocada equação entre privatização e maior eficiência.

Vale também a pena destacar que estão atualmente sendo debatidas no Congresso Nacional projetos de lei que permitem a comercialização de 'planos populares', com coberturas totalmente insuficientes e limitadas a pacotes mínimos de serviços assistenciais. A eventual autorização da plataforma *open health* pelo governo permitirá às operadoras de planos de saúde a adoção de estratégias agressivas de marketing para ofertar planos populares 'customizados' de acordo com as diferentes categorias de usuários cadastrados no SUS, com efeitos nefastos.

A Contribuição da Rede de Pesquisa em APS da ABRASCO para a formulação de uma agenda política estratégica para a APS no SUS, de 2018, mostrou, utilizando-se de dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em seus resultados do primeiro e segundo ciclos da avaliação externa, a tendência ao uso da administração indireta na gestão da APS por municípios, visando primordialmente a não atingir os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e da administração pública tradicional.

Os dados do documento da Rede APS revelavam que, em 2013, 216 municípios brasileiros (21,8%) tinham estabelecido contratos de gestão com organizações sociais (OS) na área de saúde. Outro dado que chama à atenção é que, dentre os 39 municípios com mais de 500.000 habitantes, 22 deles (56,4%) contrataram serviços de saúde por meio de OS. Na APS, as organizações sociais e fundações estatais de direito privado (FEDP) assumiram a gestão operacional no Estado de São Paulo, no Município do Rio de Janeiro e no Estado da Bahia.

Naquele momento, destacavam-se as controvérsias acerca dos formatos institucionais, que permanecem sem consenso sobre seus efeitos na prestação de serviços de saúde. A ausência de um marco legal voltado à formalização dos papéis e atribuições dos atores e de um marco lógico de avaliação baseado na eficiência não garante a eficácia desse modelo, como é comprovado pelos numerosos casos de fraudes descobertos na última década (Barbosa, Silva Junior, Turci, Mendes, 2021).

Associados ao processo de descentralização da saúde e seus efeitos no processo de trabalho na saúde universal, integral e participativa, os desdobramentos na relação público-privado diante desses novos formatos gerenciais (Teixeira *et al.*, 2018) trouxeram impactos e grande discussão sobre sua viabilidade. É imprescindível assegurar os mecanismos e condições de uma oferta de serviços de qualidade e que atendam ao que é preconizado pela APS, em padrões de eficiência compatíveis às melhores práticas de gestão de recursos públicos. Tal oferta pode se dar pela forma de administração pública direta ou indireta por meio de autarquias, fundações públicas, fundações estatais, consórcios públicos, sociedades de economia mista, agências executivas, agências reguladoras, empresas públicas e contratos de gestão, dentre outras modalidades.

É urgente, estudar a eficiência dos diferentes formatos de gestão para informar o debate qualificado e avançar em direção ao que se espera em termos de resultados de saúde na prestação de serviços. Ramos e De Seta (2019), por exemplo, apresentaram estudo comparativo de desempenho

com diversos indicadores entre capitais que adotaram a flexibilização da gestão da atenção primária por organizações sociais (OS) no Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP) e aquelas que mantiveram a Administração Direta (AD): Belo Horizonte (MG) e Vitória (ES). Nesse estudo, os autores constataram o melhor desempenho da Administração Direta.

Nessa perspectiva, o debate sugere que é preciso abordar seus efeitos em um contexto de participação popular e fortalecimento dos mecanismos de regulação, independentemente do formato heterogêneo adotado pela gestão municipal na relação público-privada e na gestão de contratos. Somem-se a isso os limites impostos aos gastos com pessoal nas três esferas de governo por meio de legislação específica, dificultando tanto a contratação de profissionais para expansão das ações e dos serviços de saúde como a remuneração em níveis compatíveis com o mercado (Barbosa, 2015).

Para driblar esses limites, as gestões municipais têm lançado mão da terceirização das atividades de atenção primária à saúde. Relatório de auditoria operacional do Tribunal de Contas da União observou o crescimento das organizações sociais e da terceirização em atividades de saúde e suas conclusões mostram, dentre outros aspectos, ausência de controle e avaliação dos contratos e dos serviços e de controle financeiro no repasse de recursos. É imperativo refletir sobre sua viabilidade, na medida em que as ferramentas e instrumentos que asseguram sua qualidade e efetividade não são devidamente adotados pelos gestores públicos e, quando adotados, nem sempre conferem melhor eficiência, expondo os gestores a fraudes e quebras financeiras.

De forma geral, a garantia da autonomia da gestão municipal de saúde é inegável, inclusive em certos aspectos da regulação da relação público-privado e na gestão de contratos. Contudo, a autonomia do gestor 'na ponta' deve ser exercida observando práticas de governança com efetivo controle social e transparência dos procedimentos de gestão (REDE APS, 2018).

### **4.3 AVALIAÇÃO, MONITORAMENTO E MELHORIA DA QUALIDADE NA APS**

Desde a criação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em 1998, passando por grandes estudos avaliativos e diferentes instrumentos utilizados ao longo do tempo e finalizando com o término da vigência do Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) em 2019, há que se reconhecer o crescente aprimoramento dos processos de monitoramento e avaliação da APS (Tomasi, Nedel, Barbosa, 2021).

Em 1998, foi instituído o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, regulamentado em 1999 como instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes a esse nível de atenção, estabelecido entre as três esferas de gestão. Naquele momento, o Ministério da Saúde reafirmava o caráter político e norteador do planejamento das ações do setor (Brasil, 2004a). Entre 1999 e 2002, o processo do Pacto foi aprimorado com a inclusão de indicadores mais sintéticos e estratégicos em relação às áreas prioritárias da atenção básica e a definição de indicadores principais e complementares, o que permitiu maior adequação da análise às diferentes realidades regionais e locais. Nesse processo, a participação da academia subsidiou fortemente a definição de indicadores, seus critérios e atributos.

No início dos anos 2000, os Estudos de Linha de Base (ELB) do Projeto de Apoio à Implantação e Consolidação do PSF no Brasil (BRASIL, 2001), posteriormente denominado Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf), implantado em grandes centros urbanos, oportunizou a investigação de diferentes aspectos relacionados à qualidade da atenção, incluindo acesso e efetividade das ações de saúde (Facchini *et al.*, 2006; Hartz, Felisberto, Silva, 2008).

Os diferentes estudos propiciaram o conhecimento do funcionamento dos sistemas municipais de saúde implantados nos grandes municípios brasileiros, além do papel do PSF na (re)organização da APS, visando a detectar obstáculos na condução desse processo e identificar indicadores de monitoramento da implantação do PSF nesses mesmos municípios.

Medina *et al.* (2018) destacaram a expressiva produção científica oriunda desses dados. A mesma revisão de literatura indicou os principais temas de pesquisa, e um dos destaques foi o conjunto de artigos sobre avaliação da efetividade da ESF e sobre a qualidade do cuidado a grupos vulneráveis ou a agravos específicos. Além dos já conhecidos estudos a respeito do efeito da cobertura populacional da ESF sobre tendências em indicadores de morbimortalidade (Macinko, Guanais e Souza, 2006; Macinko *et al.*, 2007; Aquino, Oliveira e Barreto, 2008; Moura *et al.*, 2010; Macinko *et al.*, 2011; Dourado *et al.*, 2011; Rasella *et al.*, 2014; Ceccon, Meneguel & Viecili, 2014), devem-se mencionar estudos dedicados a indicadores de processo com foco em ações programáticas típicas da APS.

É importante situar, ainda, que as avaliações normativas no contexto da APS mostraram significativo avanço quando o Ministério da Saúde realizou, entre 2001 e 2002, amplo estudo nacional. Nele, avaliou o processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), focando a infraestrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes à luz dos princípios e diretrizes do PSF no país. O estudo incluiu mais de treze mil equipes de saúde da família e mais de 2.500 equipes de saúde bucal, percorrendo cerca de 70% dos municípios brasileiros para colher dados detalhados sobre a situação existente naquele momento, o que resultou em relatório publicado em 2004 (BRASIL, 2004b).

Com efeito, a partir de 2003, a criação da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) do Ministério da Saúde gerou um espaço privilegiado de ações coordenadas, seja em parceria com instituições seja por meio de estudos conduzidos internamente. O aprimoramento e a validação em vários países do Primary Care Assessment Tool (PCATool) teve no Brasil sua validação feita por Harzheim *et al.* (2006). A partir dos atributos essenciais e derivados da APS propostos por Starfield (2002), o PCATool considera características da estrutura e do processo de trabalho das equipes, inspirado no modelo de Donabedian para avaliação de serviços de saúde (Tomasi, Nedel, Barbosa, 2021).

Diferentes estudos promoveram o debate acerca de resultados e desempenho no âmbito da APS. Barbosa *et al.* (2006) desenvolveram uma metodologia de avaliação de desempenho a partir de dados obtidos de cinco municípios mineiros, abrangendo 132 equipes e 3.522 usuários. Nesse estudo, foi proposto um escore que refletisse o cumprimento dos diversos princípios para cada uma das equipes avaliadas e para o município de forma global. Os resultados evidenciaram uma lacuna no que se referia à realização do processo de trabalho e um déficit de infraestrutura disponível para dar suporte às atividades das equipes.

Posteriormente, em 2008, com a necessidade de atualização e monitoramento da situação existente, foi realizado estudo amostral que preservou aspectos metodológicos da avaliação sobre a implantação do PSF realizada entre 2001 e 2002 e, ao mesmo tempo, assegurou comparabilidade evolutiva nas dimensões avaliadas à época. Por meio de dados coletados junto a 3.992 equipes em 564 municípios brasileiros, permitiu ao então Departamento de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde um retrato da situação existente (Barbosa, 2008).

Estudo realizado em 2009 destinou-se a avaliar o acesso e a utilização de serviços de saúde, com ênfase no desempenho dos serviços e na qualidade dos cuidados de saúde, incluindo a APS, em cem municípios de pequeno, médio e grande porte populacional das cinco regiões geopolíticas do Brasil. Em 2010, a CGAA do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde instituiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Baseada em uma metodologia de autoavaliação e autogestão, tinha a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade, possibilitando aos atores diretamente envolvidos com o fazer em saúde – seja no plano gerencial ou assistencial – a apropriação de métodos e ferramentas para a realização de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços (BRASIL, 2010).

A partir de 2011, novas diretrizes para a avaliação da qualidade da atenção básica começaram a ser discutidas e aprofundadas com a participação de diversas entidades acadêmicas e da sociedade civil, culminando na criação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB (BRASIL, 2012a; 2012b). O PMAQ-AB teve como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB por meio de processos contínuos e progressivos de monitoramento e avaliação, operacionalizados por repasses financeiros a municípios segundo o desempenho das equipes incluídas no Programa.

É importante observar que a transferência de recursos federais como incentivo para a melhoria da qualidade foi a estratégia adotada para fortalecer a atenção primária à saúde, tendo a implantação do PMAQ sido aprovada de modo tripartite. O incentivo financeiro, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), era transferido fundo a fundo aos municípios com equipes que aderiram ao Programa.

É notável, no processo de Avaliação Externa do PMAQ, a mencionada participação da sociedade civil e de instituições acadêmicas de ensino e pesquisa. Frente à opção de se encomendar uma pesquisa ao IBGE, e sem detrimento do importantíssimo trabalho realizado por essa instituição, o Ministério da Saúde resolveu, à época, que a pesquisa deveria ser construída pela opinião plural da sociedade e da academia e levada a cabo por instituições públicas de ensino e pesquisa com tal expertise.

Apesar desses substanciais progressos, a partir de 2019, de acordo as diretrizes do Previn, o PMAQ foi descontinuado e a sua abordagem ampla e participativa de avaliação foi trocada pela análise de poucos indicadores vinculados ao desempenho dos serviços assistenciais, restando prioridade e incentivos às ações da APS no território e anulando o componente participativo (Tomasi, Nedel, Barbosa, 2021).

Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), em ensaio sobre a qualidade da APS no Brasil, destacaram a necessidade de um conjunto de indicadores de qualidade que reflitam processos organizacionais

e práticas profissionais a cada equipe da ESF na rede de serviços de saúde e na relação com o território. Postulam que a qualidade da atenção e, em consequência, a integralidade se explicitam, por exemplo, no alcance da completude ou totalidade de ações previstas em documentos oficiais para cada condição de saúde. Essa medida implica estimar a integração das ações previstas, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.

Também deve ser destacada, neste breve histórico sobre as últimas décadas, a preocupação em institucionalizar iniciativas de avaliação dos serviços de saúde ofertados no cotidiano da gestão da APS, tendo o território como núcleo organizacional e utilizando-se de uma extensa gama de indicadores. Isso naturalmente decorre do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e associa-se à necessidade de atendimento da população com eficácia e qualidade por meio de uma estratégia diferenciada de saúde, reduzindo custos no longo prazo (Silva, Ribeiro, Silveira, 2004; Kloetzel *et al.*, 1998).

Ainda, o desenvolvimento desses estudos e de muitos outros atesta o longo período em que, de forma crescente, a política e as ações de APS foram embasadas em evidências produzidas em conjunto entre o SUS e a academia. Para tanto, torna-se necessário compreender e disponibilizar ações e ferramentas de fortalecimento de uma oferta de serviços de saúde que seja efetivamente vinculada à lógica do SUS, em consonância com o que o usuário deve e merece ter acesso.

Uma das questões centrais deste debate parte de quais atributos de avaliação devem ser levados em consideração e da percepção dos usuários sobre as práticas adotadas. Com efeito, quando uma oferta de serviços de saúde é feita com qualidade, certamente seus efeitos sobre a satisfação dos usuários e a qualidade percebida tornam-se visíveis. Genericamente, a satisfação está ligada à qualidade percebida de quem recebe o produto ou serviço ofertado. Por isso, parte-se inicialmente do mapeamento daquelas necessidades.

Quando se fala da APS e sua interação direta com a comunidade, a premissa adotada por Kloetzel *et al.* (1998) deve balizar o debate sobre a qualidade do cuidado, qual seja, a satisfação do usuário como sendo um indicador essencial na avaliação da qualidade dos serviços ofertados ou prestados. A característica de territorialidade e capilaridade da APS, isto é, o trabalho da equipe de saúde sobre pequenos contingentes populacionais e a maior dificuldade para garantir a confiabilidade de registros rotineiros em ações tão variadas e com tantas unidades registradoras limitam consideravelmente a seleção de indicadores. Há que se considerar ainda o nível de gestão da política ou ação que se avalia, desde a equipe de saúde local até a gestão nacional da APS.

Assim, permanece na APS o processo de territorialização ou 'diagnóstico comunitário', isto é, a descrição das características da população para a qual a se trabalha: sua forma de viver, características gerais e particulares de sua cultura, necessidades em saúde e equipamentos e forças para seu enfrentamento (Kroeger, Luna, 1987). Tais características são construídas historicamente em processos sociais de diferente duração e se materializam no território (Gondim, Monken, 2018).

A territorialização é feita ao se iniciar o trabalho sobre uma população – implantação de uma nova Unidade Básica ou equipe de Saúde – e periodicamente, para atualizar a informação por meio de dados secundários e primários, coletados ad hoc. Outros níveis de gestão usarão esses dados agregados ou se beneficiarão de outros que, em nível local, são menos precisos por exigirem denominadores populacionais maiores, como os de mortalidade e de internação hospitalar.

A avaliação e monitoramento na APS enfrenta desafios fundamentalmente pelo amplo escopo de seu objeto. Ser a porta de entrada preferencial do usuário no sistema de saúde, além de seu papel de coordenação da atenção aos casos que necessitam encaminhamento a outras instâncias do sistema (Starfield, 2002), torna a APS responsável por atender a todas as questões de saúde, ainda que com menor protagonismo numa pequena proporção dos casos. Daí sua magnitude e a relevância dos mecanismos e práticas avaliativas consistentes, voltadas à melhoria das condições de saúde da população.

Por fim, os grandes estudos realizados sobre a APS com financiamento federal influenciaram a tomada de decisão na gestão pública da saúde no Brasil, além de fortalecer diferentes espaços de ensino e pesquisa com relevante produção científica. Hoje, há um divórcio entre a gestão do SUS e a academia que impossibilita uma ação sistêmica e permite observar claramente que os importantes resultados obtidos daquela frutífera parceria institucional foram descontinuados no atual cenário político nacional (Tomasi, Nedel, Barbosa, 2021).

## 4.4 FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DA APS

Por mais de três décadas, profissionais da área de saúde, professores, estudantes e sanitaristas debatem a importância de se ter uma formação na saúde em sintonia com as necessidades da população, respeitando as diferenças regionais e culturais. Nesse período, um conjunto de programas e políticas públicas foi formulado na perspectiva de implementar a Lei Orgânica de Saúde de 1990, com a intenção de se obter uma formação voltada para o SUS.

Estratégias foram empreendidas nesse sentido ao longo dos anos, tanto por parte do Ministério da Saúde (MS) como pelas Instituições de Ensino Superior (IES) e associações das profissões da área da saúde. Como exemplo, mencionam-se as mudanças nas diretrizes curriculares para estimular o contato do estudante o mais cedo possível com a realidade prática; a constituição de comissões de integração ensino-serviços-comunidade; a criação da 'Rede Escola' para favorecer o diálogo entre as instituições de ensino e os serviços de saúde; e a formação pós-graduada e educação permanente para profissionais e gestores dos serviços (Carceneri *et al.*, 2021).

Entretanto, os instrumentos do SUS para orientar o processo de formação e a distribuição dos recursos humanos no país não vêm sendo utilizados em todo o seu potencial. O Brasil tem uma notável experiência na aproximação entre academia e serviços de saúde, ainda que esteja muito aquém do que seria necessário para ampliar a integração ensino-serviço-comunidade, o diálogo entre saberes, disciplinas e a construção de práticas profissionais e de gestão em saúde que possam estar mais alinhadas às realidades dos territórios.

A insuficiente articulação entre as definições políticas dos Ministérios da Saúde e da Educação contribuiu para um distanciamento entre a formação dos profissionais de saúde, as necessidades da população brasileira e a operacionalização do SUS. Atualmente, essa articulação é um processo que permanece em construção, apesar dos retrocessos que o governo federal tem apresentado em relação às políticas de formação em saúde e educação permanente.

Em governos anteriores a 2018, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), elaborou, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (SESu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação (MEC), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde, o Programa de Educação no Trabalho (PET-Saúde) e várias outras iniciativas tais como as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, Saúde Coletiva e Atenção Básica.

Dentre as políticas indutoras da formação graduada, somente o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) permaneceu ativo até 2020, tendo havido financiamento pelo MS para o Pet Gradua-SUS (2017-2018) e para o PET Educação Interprofissional (2019-2020). O primeiro era voltado para a estruturação dos cursos individualmente e o segundo, à perspectiva interprofissional. Esses espaços foram fundamentais para manter vivo o trabalho iniciado duas décadas atrás, embora, apesar de todo o esforço empreendido, testemunhamos o quanto o processo, ainda em construção, é frágil.

O Pró-Ensino resultou da avaliação e do monitoramento da implantação do Pró-Saúde e do PET- Saúde, em especial, da percepção do grande desafio colocado para o corpo docente dos cursos de graduação na área da saúde. Em sua maioria, o corpo docente não foi instrumentalizado para fazer frente às novas dimensões inseridas na reorientação da formação, envolvendo a ação pedagógica referenciada e inserida no SUS, representada pela integração ensino-serviço.

Essas iniciativas visavam à aproximação entre a formação em saúde no país e as necessidades da APS, que, no Brasil, se traduziram na construção da Estratégia Saúde da Família (ESF). No entanto, os esforços de integração do processo de ensino com a rede de serviços apresentaram baixa sustentabilidade, na medida em que dependeram principalmente da adesão dos docentes e estudantes a essas iniciativas, que, mesmo estando institucionalizadas, mostraram-se vulneráveis às conjunturas políticas locais. Assim, os deslocamentos para ambulatórios periféricos, a supervisão de internatos rurais, a participação em atividades comunitárias, dentre outras, não se reverteu em incentivos, quer para progressão na carreira, reconhecimento acadêmico ou ganho financeiro para aqueles que as assumem, sejam os docentes sejam os preceptores dos serviços de saúde.

Cabe assumir que não se pode depender de uma transformação espontânea das instituições acadêmicas na direção assinalada pelo SUS. Por isso, o desempenho de um papel indutor é extremamente importante, de modo a conferir direcionalidade ao processo de mudança e facilitar a consecução dos objetivos propostos por uma atenção à saúde mais equânime e de qualidade.

Tal indução foi objeto das políticas (re)orientadoras da formação graduada citadas anteriormente, que trouxeram avanços importantes, como, por exemplo, a reformulação de projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem e Odontologia à luz das DCN dos anos 2000 e iniciativas pioneiras da Medicina com o PROMED e PRÓ-SAÚDE I. Posteriormente, com o PROSAÚDE II, foi possível discutir coletivamente a reformulação dos projetos político-pedagógicos (PPC) dos cursos de Farmácia, Nutrição, Educação Física, dentre outros, no âmbito das IES (Carcereri *et al*, 2021).

A construção e aprovação pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) nos anos 2000 representaram um importante avanço, na medida em que superaram a lógica vigente fundamentada no currículo mínimo (Parecer n.º 299/62 do Conselho Federal de Educação), propondo uma série de diretrizes orientadoras para os cursos de graduação da



área da saúde no Brasil. Além de uma lista de conteúdos a serem ministrados, as diretrizes indicam também o perfil do egresso, competências gerais e específicas necessárias à formação de qualidade.

Após 2014, os seguintes cursos tiveram suas DCNs publicadas pelo CNE: Saúde Coletiva (2016), Farmácia (2017), Educação Física (2018), Medicina Veterinária (2019) e Odontologia (2021). A Medicina teve suas DCNs aprovada em 2001, após um longo processo de discussões capitaneadas pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), e aceitas na íntegra pelo CNE/MEC. Em 2010, essas DCNs foram modificadas pelo MEC. A Enfermagem teve suas DCNs (DCN/Enf) aprovadas em 2001 e ainda estão vigentes. Em 2017, foi elaborada uma proposta de revisão das DCN/Enf com ampla participação e debate no âmbito das IES representadas pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Está protocolada pela ABEn no CNE/MEC e foi recomendada por meio da Resolução n. 573/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essa proposta ainda se encontra em análise pelo CNE.

As primeiras DCNs dos Cursos de Graduação em Odontologia foram aprovadas em 2002 e, a partir de 2012, passaram por um longo processo de discussão no âmbito da Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO) que envolveu 131 IES e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), por meio do Grupo Temático de Saúde Coletiva (GT-SBC-ABRASCO). Em 2018, foram aprovadas no CNE e finalmente publicadas em 21 de junho de 2021. Dentre os avanços conquistados nas DCNs de Odontologia de 2021, destacam-se os compromissos com a formação fundamentada na prática, no trabalho em equipe interprofissional e na interlocução com o Sistema Único de Saúde - SUS.

Há um conjunto de DCNs recomendadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) que trata dos princípios gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde. Portanto, percebe-se um empenho por parte do CNS para que as diretrizes curriculares da área da saúde dialoguem entre si, e que tenham o SUS como referência. No entanto, não tem ocorrido, por parte do Conselho Nacional de Educação, a incorporação das propostas de aprimoramento das DCNs encaminhadas a essa instância pelas associações científicas da área da saúde. O SUS tem se constituído, desde sua criação, em um promissor mercado de trabalho para os profissionais de saúde, tanto nos serviços públicos como no setor privado, devendo representar um novo padrão de prática profissional que demandará uma reorientação na formação, embora pareça que esse fato não foi percebido pela maior parte das IES (Carcereri *et al.*, 2021).

No processo de articulação dos cursos com o SUS, com a inserção de estudantes, professores e qualificação de preceptores para o desenvolvimento desse trabalho, é notório o protagonismo dos cursos de Enfermagem e Medicina, seguidos do curso de Odontologia. Por um longo período, até a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF em 2008, estavam integrados ao SUS somente os cursos de enfermagem, medicina e odontologia.

Com o advento do NASF e do Programa Pró-Saúde II, foi possível iniciar a inserção no SUS de cursos como Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Diante desse contexto, pode-se imaginar o tamanho do desafio abraçado pela área da saúde nesse período: era preciso configurar o processo de trabalho das profissões na ESF e simultaneamente formar profissionais para a nova realidade que recém se desenhava.

Foi possível dar início aos novos processos de trabalho e de formação interprofissional con-

comitantemente. Tal processo se deu de maneira diferenciada nos mais de cinco mil municípios brasileiros e exerceu diferentes impactos nas diversas profissões. Nem todas as profissões foram inseridas no NASF e algumas tiveram enorme dificuldade em demonstrar ao gestor sua importância na APS-ESF, sendo deslocadas para a atenção especializada. Às profissões de medicina e enfermagem, que já estavam há mais tempo inseridas no SUS, coube a tarefa de se resignificar, receber e apoiar a chegada das novas profissões, de modo a superar o modelo biomédico hegemônico.

Um diferencial importante nesse processo de inovação na formação em saúde foi o papel exercido pelas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, as pioneiras na formação interprofissional no SUS e cuja seleção nos anos 2000 era feita a partir de editais do Ministério da Saúde. Tais cursos possibilitaram a educação permanente de professores e preceptores que vinham atuando junto aos alunos de graduação. Também foram lócus para o desenho do novo processo de trabalho da ESF com a perspectiva do trabalho coletivo interprofissional (Haddad *et al.*, 2006).

Essa construção no Brasil acompanhava as diretrizes do cenário internacional divulgadas pela OMS, trazendo luz à importância da educação interprofissional na área da saúde - a EIP. Assim, vários estudos e linhas de pesquisa surgiram abordando a temática da formação interprofissional contribuindo para sua consolidação como caminho a ser trilhado para quem atua na área da saúde (Reeves, 2010; Peduzzi *et al.*, 2020; Toassi, 2017).

O debate entre profissionais de saúde, estudantes e professores nas associações científicas, IES e demais entidades profissionais sobre a necessidade de avaliação de cursos de graduação é grande. Em geral, as questões indicadas passam pela necessidade de qualificação da formação profissional e pela perspectiva de acompanhamento do processo ensino-aprendizagem. A avaliação dos cursos tem sido realizada pelo INEP/MEC, cujos pareceres aprovados com nota mínima três são avaliados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

É importante ressaltar que a avaliação do CNS é consultiva. Os instrumentos avaliativos da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRTHRT) do CNS são enfáticos no que tange à construção de Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) e à oferta de cursos que garantam a qualidade do cuidado. Nessa instância, avaliam-se os cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Odontologia e Psicologia.

Destacam-se aspectos importantes sob avaliação em processos regulatórios de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de curso, de acordo com a Resolução n. 350/2005 do CNS. Tais aspectos envolvem o atendimento às necessidades sociais e compromissos com o Sistema Único de Saúde (SUS); a demonstração de compromissos com a integralidade da atenção, a interdisciplinaridade, a educação interprofissional, o trabalho em equipe e as práticas colaborativas; a abordagem dos princípios do SUS no currículo teórico e prático; e a proposta metodológica que promova a aprendizagem significativa e a autonomia dos sujeitos. Outros aspectos são a comprovação dos compromissos assumidos com os gestores locais do SUS e a viabilidade para a integração ensino-serviço-gestão-comunidade, diálogo da IES com o controle social, em especial, com os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde; e a análise da contribuição do novo curso para a superação dos desequilíbrios na oferta de profissionais de saúde atualmente existentes (Carceneri *et al.*, 2021).

No entanto, é preciso indicar que há brechas que permitem que cursos com limitações impor-

tantes no que se refere ao projeto pedagógico, quadro docente, estrutura de funcionamento e organizacional realizem cursos, contribuindo para a atuação de profissionais de saúde pouco qualificados nos serviços de saúde. Fazem-se necessárias políticas de apoio e fortalecimento das instituições de ensino e dos espaços de controle social no SUS para que os interesses do mercado não prevaleçam no ensino em saúde.

Quanto à formação pós-graduada, nota-se que, em expressivo número de IES, a determinação da oferta de cursos de especialização ocorre segundo lógica interna – pressão de grupos de poder, influências das corporações – e não pelas necessidades epidemiológicas e sociais. O corolário dessa situação é a baixa oferta de educação pós-graduada e de processos de educação permanente na atenção primária à saúde. É necessário, portanto, que se articule cada vez mais a oferta de educação permanente com as necessidades assistenciais, devendo-se incentivar a oferta de vagas de cursos de pós-graduação em áreas estratégicas e carentes de profissionais qualificados para o SUS.

Aprovado em 2016 pela CAPES/MEC, o Mestrado Profissional em Saúde da Família - PROFSAUDE contou com o apoio fundamental do DEGES/SGTES/MS. O PROFSAUDE agrega 25 instituições públicas de ensino superior lideradas pela Fundação Osvaldo Cruz. Essa formação prepara profissionais de saúde ligados à Atenção Primária e Saúde da Família para atuação na docência ou preceptoria, de modo a apoiar a expansão da graduação e pós-graduação no país, bem como a educação permanente de profissionais de saúde, com base na consolidação de conhecimentos relacionados à Atenção Primária em Saúde, gestão em saúde e educação.

As ameaças à formação de profissionais de saúde voltada para a APS e o sucateamento e desfinanciamento do SUS, ocorridos especialmente no governo Bolsonaro e agravados pela descontinuidade de políticas públicas, revelam um contexto que dificulta a formação na saúde em sintonia com as necessidades da população, respeitando as diferenças regionais e culturais. Dentre as ameaças, mencionam-se a mudança no perfil da formação na área da saúde em razão do aumento do número de escolas privadas na área da saúde; a grande expansão do número de cursos de graduação e nível médio na área da saúde na modalidade de ensino à distância; a inserção do ensino remoto emergencial pós pandemia, suas consequências para o ensino das profissões da saúde e os desafios a serem enfrentados para manter a qualidade da formação para a APS (Carceneri *et al.*, 2021).

## 4.5 COORDENAÇÃO DO CUIDADO PELA APS

A estruturação dos sistemas municipais de saúde a partir da estratégia Saúde da Família tem provocado um importante movimento de reordenamento do modelo de atenção no SUS, dado que a equipe ESF deve ser o primeiro contato com a população e suas necessidades de modo integral e longitudinal, além de coordenar o cuidado dos usuários na rede de serviços (Starfield, 2002). No entanto, os mecanismos de gestão requeridos para a Estratégia Saúde da Família ser capaz de coordenar o cuidado na rede integrada de atenção ainda são incipientes no Brasil.

Na ausência de coordenação do cuidado, a maior parte dos estudos sobre integralidade e trabalho em rede revelam falhas cujas consequências são custos mais elevados para os sistemas de

saúde, sendo os usuários com maior carga de doença os mais afetados em seu cuidado. Reformas para diminuir a fragmentação dos sistemas de saúde e da prestação dos serviços e que garantam a integralidade do cuidado são fundamentais para o enfrentamento aos desempenhos insuficientes dos serviços de saúde, segundo revisão sistemática elaborada por Auschra em 2018 (AUSCHRA, 2018). Dessa revisão, destacam-se as barreiras de colaboração interorganizacional nos domínios da prestação de serviços e da prática clínica. Na oferta de serviços, são elencadas como barreiras a falta de padrões tecnológicos comuns para o registro das informações sobre os usuários; a falta de confiança e de entendimento mútuo entre profissionais de saúde; a resistência dos profissionais à mudança; e questões sobre competência profissional (AUSCHRA, 2018).

Um ambiente compartilhado de registros de informações sobre os usuários entre diferentes pontos de atenção é um dos grandes desafios para a colaboração interorganizacional. O compartilhamento e comunicação de dados é um desafio para além da infraestrutura de tecnologia de informação e sua interoperabilidade, licenças e tipos de compartilhamento permitidos. Também diz respeito à forma como o compartilhamento é implantado e às estruturas de poder e dependência entre os diferentes atores das redes assistenciais e suas dinâmicas interrelacionadas. Por exemplo, se a introdução de um novo sistema, em vez de reduzir os esforços, os amplia, fazendo com que os profissionais tenham que registrar seu trabalho mais de uma vez, em vez de o integrar, esse sistema aumenta ainda mais a fragmentação (Ling *et al.*, 2012).

A falta de confiança interpessoal entre profissionais de saúde impede a colaboração (Stahl, Svensson, Ekberg, 2010). Uma atmosfera de desconfiança pode levar à suspeição sobre a qualidade do trabalho do outro, dificultando a cooperação entre os serviços de saúde (Andersson *et al.*, 2011). Além disso, a falta de confiança leva os profissionais a contestarem os resultados de um dado serviço de saúde, por exemplo, coletando exames e tratamentos dos usuários novamente, o que eleva custos, gera perda de tempo e de confiança (Christensen, 2016).

Os profissionais não aceitam mudanças para implantação da colaboração interorganizacional se não veem a utilidade da colaboração ou se temem a perda de sua própria existência profissional (Ling *et al.*, 2012).

As diferentes experiências profissionais e origens de formação entre médicos, enfermeiras, psicólogos, assistentes sociais, gerentes formados em escolas de administração e negócios podem dificultar a colaboração interorganizacional. Hierarquias estabelecidas entre profissões, estruturas de poder, pressupostos culturais e valores profissionais divergentes definem condutas distintas. Tal realidade pode causar conflitos na colaboração interorganizacional envolvendo trabalho interprofissional, e esses conflitos levam à reação de defender seu território profissional (Pate, Fischbacher, Mackinnon, 2010). O diálogo insuficiente entre os profissionais de distintos serviços de saúde pode impedir a colaboração, visto que a transferência de informações necessárias para a colaboração é dificultada. Além disso, a falta de comunicação pode levar a ambiguidades nas responsabilidades e quanto aos objetivos da colaboração (Andersson *et al.*, 2011, Boothrovd *et al.*, 2015).

Quanto ao domínio da prática clínica, ressaltam-se barreiras relacionadas a questões de confidencialidade sobre os dados dos usuários e da troca de informações entre profissionais de distintos serviços de saúde. A confidencialidade pode levar à falta de informações compartilhadas sobre usuários (Cooper, Evans, Pybis, 2016). A ausência ou insuficiência da troca de informações entre

profissionais relacionada e, às vezes, causada por questões de confidencialidade, pode impedir o trabalho conjunto entre os serviços de saúde. A insuficiência ou ausência de troca diz respeito à falta de dados sobre resultados de testes antigos ou aos planos e condutas médicas dos usuários nos momentos de encaminhamento (Lyngsø *et al.*, 2016). Ocorre por falta de acesso a determinados repositórios de dados e pode aumentar o risco de erros e equívocos e comprometer a segurança dos pacientes (Hansson, 2010).

A integração da rede e a coordenação do cuidado melhoram o desempenho dos sistemas de saúde. Mendes (2019) sistematizou resultados de diferentes países e concluiu que redes de atenção integradas melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de saúde (Mendes, 2019). Do ponto de vista organizacional e da alocação de recursos, a integração melhora a eficiência global do sistema de saúde, limita a multiplicação de infraestrutura e serviços de forma desordenada e desorganizada, produz uma oferta balanceada de atenção primária e especializada, facilita a utilização dos diferentes níveis de atenção, reduz a utilização excessiva de serviços e exames, aumenta a produtividade, melhora o custo-efetividade dos serviços de saúde, reduz hospitalizações desnecessárias e o tempo de permanência hospitalar (Mendes, 2019).

A organização da oferta de serviços baseada nas necessidades da população pode ser orientada por um conjunto de intervenções populacionais baseadas em evidências, eficácia e viabilidade de implantação. Essa população deve ser estratificada ou ter aplicados sobre ela modelos preditores de risco cujos resultados deverão definir as ações e quais serviços de saúde deverão ser acionados, para, de forma proativa, atuar conforme os riscos e vulnerabilidades, reduzindo as desigualdades e melhorando os resultados em saúde.

Para melhorar a coordenação, destacam-se a oferta de serviços com práticas e abordagem multidisciplinar pelas equipes, dado que facilita a comunicação regular e a troca de informações entre especialidades dentro e entre os níveis de atenção; o ajuste dos papéis e do escopo da prática dos profissionais, incluindo a expansão de funções e substituição; a melhoria do intercâmbio de informações por meio de mecanismos de comunicação tais como consultas remotas por e-mail ou telefone; a adoção de plataformas de informação verticais, registros médicos compartilhados, inclusive com os pacientes; e o redesenho de equipe, incluindo gestores do cuidado para coordenarem a transição do cuidado.

O trabalho multiprofissional incentiva a cultura do trabalho em equipe, em contraste com a tradicional hierarquia baseada no trabalho médico (Suter *et al.*, 2009). Exemplos de equipes multiprofissionais em serviços de reabilitação para pacientes geriátricos, na Áustria, e para pacientes oncológicos, na Holanda, expandiram o escopo dos serviços prestados e reduziram as taxas de readmissão hospitalar (WHO Europe, 2016).

O Sistema Nacional de Saúde Inglês (NHS), em seu documento *Primary Care Today and Tomorrow: Adapting to Survive*, apresenta estratégias e boas práticas que melhoraram a integração e a oferta dos serviços. São exemplos, a ampliação da atuação de equipes de enfermagem que trabalham com populações vulneráveis de pacientes com condições crônicas complexas, compondo quatro sessões com enfermeira junto a uma sessão com médico de família, com alta satisfação dos pacientes. Na Inglaterra, está aumentando a proporção de consultas por enfermeiras(os) na APS, e 17% da força de trabalho das enfermeiras está em práticas avançadas.

Outro programa incluiu farmacêuticos na equipe APS. O NHS Pilot Programme of Pharmacists in General Practice ampliou para 658 serviços a presença do farmacêutico clínico, reduzindo significativamente os erros medicamentosos e aumentando a eficiência na prescrição e dispensação de medicamentos. O aumento em torno de 10% na adesão a esse programa por pacientes com asma reduziu em 32% as consultas com GP e as hospitalizações, em 40% (Allen, 2016).

Outra mudança importante são os teleatendimentos que podem incluir assistência clínica, educação de pacientes, informações em saúde e autocuidado via tecnologias de telecomunicações e comunicação digital (Tuckson, Edmunds, Hodgkins, 2017). Um dos aspectos positivos das teleconsultas é o aumento do acesso da população aos serviços de saúde. Podem ser realizadas por vídeo, áudio e mensagens de texto, e têm sido prática comum em muitos países, principalmente dirigidas a pessoas portadoras de condições crônicas.

Na Espanha, por exemplo, 10% dos diabéticos consultam pelo telefone. Teleatendimentos têm sido muito utilizados para autoavaliações clínicas, como, por exemplo, automonitoramento dos níveis de glicemia, níveis pressóricos e saturação de oxigênio, além de acompanhamento clínico e educação do paciente. Problemas como asma, diabetes, DPOC e insuficiência cardíaca são frequentemente abordados nesses formatos pelos profissionais de saúde, com inúmeras evidências de melhoria na adesão e no controle dessas doenças (Dobson *et al.*, 2016; Carallo *et al.*, 2015).

A padronização da prática clínica por meio de diretrizes, protocolos, algoritmos é importante para definir papéis e responsabilidades específicas dos profissionais de saúde para a tomada de decisão compartilhada e para apoiar a ação interdisciplinar na multimorbidade, que exige atendimento personalizado e simultâneo (Suter *et al.*, 2009). Também é um recurso para superar a inércia clínica, deixando claro quando iniciar ou intensificar as ações e evitar erros. A utilização de diretrizes clínicas pelos profissionais, além da adesão dos profissionais, depende também da oferta de infraestrutura adequada em cada um dos pontos da rede.

O fluxo dos usuários entre diferentes serviços, que vem sendo chamado de transição do cuidado, não deve ser considerado como um fluxo linear de um provedor a outro, mas como um trânsito complexo de encaminhamentos e contrarreferências, com utilizações paralelas de serviços. Revisão sistemática demonstrou grandes limitações tanto no referenciamento dos médicos da APS para os especialistas, com informações insuficientes, como em seu retorno, a contrarreferência, atrasada e inadequada (Bodenheimer, 2008).

Quando os pacientes são hospitalizados, os médicos da atenção primária não são notificados no momento da alta, os relatórios de alta contêm informações insuficientes ou não chegam à APS. Num estudo estadunidense, em 66% dos casos de pacientes internados, os médicos da atenção primária contataram ou trataram os pacientes após a alta hospitalar sem acesso a relatório de alta, sem resultados de exames nem proposta de tratamento (Kripalani *et al.*, 2007).

Esse fluxo descoordenado é uma das principais causas de baixa qualidade dos serviços (Bodenheimer, 2008; Øvretveit, 2011) e responsável por danos aos pacientes, ineficiência por duplicação de exames, tratamentos inadequados e, por vezes, serviços conflitantes em lugar de complementares (Bodenheimer, 2008). Além disso, vários estudos sugerem associações positivas entre melhor coordenação do cuidado com redução de hospitalizações (Saultz & Lochner, 2005), melhoria

na detecção de efeitos adversos das intervenções médicas e maior utilização de serviços de prevenção (WHO, 2008).

O papel de regular o sistema de saúde é uma das funções essenciais da gestão, tanto do ponto de vista da macrorregulação – regular, fiscalizar e controlar a produção de bens e serviços em saúde – como da atenção à saúde – quando contrata, paga e regula o acesso à assistência (Schilling, Reis, Moraes, 2006). A regulação do acesso é uma das estratégias para gerenciar as transições de cuidado. É o caso da APS como porta de entrada e na transição para a atenção secundária, assumindo a responsabilidade, além de prestar os cuidados e controlar o acesso a outros serviços especializados por meio de referências direcionadas, evitando o uso desnecessário de cuidados especializados.

Revisão sistemática mostrou que intervenções educacionais ativas no contexto local envolvendo especialistas da atenção secundária com protocolos de encaminhamento estruturados foram das poucas intervenções que mostraram impacto nas taxas de encaminhamento (Akbari *et al.*, 2005). Outra estratégia é a atuação multiprofissional nas transições entre os serviços, para episódios específicos de cuidado. Na Irlanda, a introdução de algoritmos clínicos aplicados em pacientes internados que avaliam o potencial para alta precoce e a possibilidade de o paciente ser cuidado em casa por enfermeiros comunitários resulta na elaboração de procedimentos operacionais padrão. Tais procedimentos são realizados para garantir um encontro presencial entre a equipe hospitalar e a comunitária designada para aquele paciente e seu cuidador e a elaboração conjunta de um plano de cuidados para o paciente voltar para casa (Nicholson, Jackson, Marley, 2013).

No Brasil, a expansão da Saúde da Família ampliou o acesso e incluiu mais de 600 mil trabalhadores no Sistema Único de Saúde. Entretanto, essa força de trabalho representa menos de 20% de toda a força de trabalho do SUS, ainda concentrada na rede hospitalar e nas emergências e pronto-atendimentos. Para a APS estar no centro da engrenagem do SUS, são necessários mecanismos que ampliem a integração vertical. Ou seja, é necessário que a APS coordene a transição do cuidado entre diferentes serviços da rede de atenção, garantindo todas as complexas intervenções que a transição demográfica e epidemiológica dos brasileiros exige e ampliando a confiança dos usuários de que terão o que precisam, já que têm uma referência longitudinal das suas necessidades.

Nesse nível operacional da prestação de serviços clínicos ou não clínicos ofertados pela força de trabalho em saúde, a responsabilidade pela coordenação de cuidados pode ser atribuída a um indivíduo ou equipe específica da atenção primária. A integração pode envolver uma variedade de ferramentas e estratégias tais como gerente de casos, enfermeiras coordenadoras, enfermarias virtuais, em que equipes integradas apoiam pacientes com necessidades complexas na comunidade. Pode envolver, também, dispositivos eletrônicos e outras tecnologias de informação que permitam o acesso às informações de saúde e exames a pacientes e provedores. Da mesma forma, telessaúde e telecuidado podem ajudar os pacientes a viver de forma independente e minimizar os deslocamentos.

Para alcançar integração e coordenação do cuidado em um sistema ordenado pela APS, ademais da necessária ampliação da oferta e financiamento adequado, é necessário rever os mecanismos de regulação assistencial para que, de barreiras de acesso, como frequentemente ocorre, se transformem em procedimentos para a garantia da necessária atenção de forma oportuna. Os serviços de atenção primária como principal porta de entrada aberta e resolutiva precisam estar bem integrados à rede com canais de diálogo e comunicação, sistemas e fluxos de informações adequa-

dos para que haja responsabilidade pelo acesso aos serviços necessários e coordenação do cuidado da maioria dos problemas de saúde.

Uma atenção primária resolutiva, de qualidade e bem integrada na rede integral contribui para conduzir a sociedade na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social. Os cidadãos satisfeitos com os serviços que recebem defenderão o modelo público e aprovarão o financiamento necessário para a manutenção da maior política de inclusão social, que é o Sistema Único de Saúde. Logo, em tempos de pandemia, a APS, mais do que nunca, deve estar orientada pela Saúde da Família.

O SUS, como um sistema universal, precisa promover boa saúde para sua população e ser equânime na distribuição dos seus recursos. Para isso, precisa organizar sua rede assistencial de acordo com as necessidades da sua população, dos valores da sociedade e articular seus diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de sua população.

## 4.6 ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

Em mais de três décadas de história do SUS, as condições crônicas de saúde assumiram papel preponderante na demanda dos serviços de saúde, em especial na APS (Facchini, Thumé, 2021). As condições crônicas se caracterizam por longo curso e necessidade de intervenções proativas, contínuas e integradas pelo sistema de atenção à saúde e por profissionais de saúde e usuários para que haja controle efetivo, eficiente e com qualidade (OMS, 2003).

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de morte, com marcantes iniquidades sociais (Brasil, 2011). Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (Schmidt *et al.*, 2011). No triênio de 2010 a 2012 passou para 328,9 por 100 mil habitantes, reduzindo-se para 314,1 por 100 mil habitantes no triênio de 2015 a 2017 (Cardoso *et al.*, 2021). A redução na mortalidade por DCNT no período coincidiu com a expansão da Estratégia Saúde da Família e a diminuição do consumo de tabaco, dentre outras ações sociais e de saúde com impacto na determinação social.

A taxa de mortalidade prematura por DCNT também apresentou tendência decrescente de 2000 a 2014, com redução média de 4,2% ao ano. Contudo, foram observadas desigualdades, com maiores taxas na Região Nordeste e no sexo masculino. Apesar dessa importante redução, a taxa continua elevada no País, permanecendo desafios específicos como, por exemplo, o enfrentamento às neoplasias e diabetes (Brasil, 2019).

No enfrentamento às condições crônicas de saúde, estudos epidemiológicos sobre fatores de risco apoiaram o investimento em mudanças de comportamento por meio de intervenções; programas preventivos e ensaios comunitários; políticas integradas de atenção e educação voltadas para escolares e população geral, como, por exemplo, redução do consumo de tabaco, do uso abusivo de álcool e inatividade física; e adoção de hábitos saudáveis de alimentação (OMS, 2003). Multipli-



caram-se experiências de reorganização dos serviços, de apoio ao autocuidado e de mudanças no modelo de atenção para o adequado enfrentamento do perfil de demanda das condições crônicas (Silva, Cotta e Rosa, 2013).

Nas últimas duas décadas, políticas de enfrentamento das condições crônicas de saúde se desenvolveram de modo acelerado no SUS. Em 2002, o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus foi uma iniciativa pioneira na organização dos serviços para o atendimento às pessoas com doenças crônicas no Sistema Único de Saúde. O plano tinha como propósito identificar e cadastrar indivíduos com diagnóstico de hipertensão ou diabetes para seu acompanhamento pelos serviços de APS, aí incluídas a oferta de medicamentos e de orientações para promoção da saúde e prevenção de agravos. Essa iniciativa foi reforçada com a criação da Secretaria de Vigilância à Saúde e da Coordenação Nacional para Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde em 2003.

Em 2010, a Política Nacional de Promoção da Saúde destacou aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento, dentre eles a violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou inexistente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e água deteriorada. Um dos destaques na iniciativa foi fomentar formas mais amplas de intervenção em saúde, reconhecendo as conexões do indivíduo com a população e o contexto social (Brasil, 2010).

Um ano mais tarde, foi lançado o Plano de Ações Estratégicas para Enfrentamento das DCNT (2011 - 2022) com o objetivo de preparar o Brasil para enfrentar e reduzir, no período de dez anos, as morbidades crônicas, com destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (Brasil, 2011). O Plano enfatiza o fortalecimento dos serviços de saúde voltados à doença crônica e foi organizado em três grandes eixos: vigilância; informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. O Plano também recomenda a adoção do modelo de cuidados crônicos e reforça o estímulo a mudanças comportamentais relacionadas à redução do tabagismo e do consumo de bebida alcoólica, ao incremento da atividade física e à melhoria nos padrões alimentares, principais fatores de risco potencialmente modificáveis.

Em 2011, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) foi adequado para o sistema de saúde brasileiro e tem sido aplicado no país por meio do projeto 'Planificação da Atenção à Saúde', coordenado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) em colaboração com secretarias estaduais e secretarias municipais de saúde (Conass, 2011). O MACC propõe cinco níveis de intervenções de saúde que incluem ações populacionais e individuais. O modelo valoriza as experiências internacionais e a concepção de determinação social da saúde e do modelo pirâmide de riscos.

No nível 1 do MACC, as intervenções incluem toda a população e ganham destaque as ações de promoção da saúde, com estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida, ações que melhorem as condições de vida e de trabalho, acesso aos serviços de saúde essenciais e a redes sociais e comunitárias. As intervenções são realizadas por projetos executados de forma intersetorial. No nível 2, as intervenções de prevenção das condições de saúde incluem subpopulações com fatores de risco relacionados ao comportamento e estilo de vida. As intervenções assistenciais do campo da clínica têm como foco os fatores de risco existentes, cujas ações incluem a abordagem da

alimentação saudável, o combate ao excesso de peso, à inatividade física, ao uso abusivo de álcool e ao tabagismo.

Nos níveis 3 e 4, valorizam-se as questões relacionadas com a gestão da condição de saúde, com ênfase em indivíduos portadores de condições crônicas 'simples' ou presença de fatores de risco biopsicológicos, como, por exemplo, níveis elevados da pressão arterial, glicemia, colesterol e depressão. Além do autocuidado apoiado, há necessidade de cuidado profissional 'cooperativo' por meio da participação de generalistas e de especialistas. No nível 5, as condições crônicas são complexas; acometem cerca de 5% da população e exigem a gestão de casos por equipe multiprofissional (Mendes *et al.*, 2019)

Em 2013, a publicação do Manual de Diretrizes para o Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritário objetivou reforçar o conhecimento das equipes e superar a fragmentação do cuidado de modo a responder efetivamente às mudanças epidemiológicas e melhorar os indicadores de saúde (Brasil, 2013). A proposta foi baseada em experiências com cuidado integrado em redes de atenção de forma regionalizada, onde os resultados mostraram ser positivos na organização de sistemas de saúde e deram respostas efetivas às necessidades da população (Opas, 2008).

A publicação das Portarias nº 4.279/2010 e nº 483/2014 estabeleceu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) das Pessoas com Doenças Crônicas, contendo seus respectivos componentes, diretrizes e objetivos (Brasil, 2010; Brasil, 2014). A organização da RAS para doenças crônicas foi uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, assegurando ao usuário um conjunto de ações e serviços efetivos e eficientes, com papel de destaque aos atributos da APS - resolutividade, responsabilização e coordenação do cuidado aos cidadãos (Brasil, 2010; Brasil, 2014). Na abordagem de redes, os territórios sanitários incluem desde a visão macro do território nacional até a dos territórios das microáreas de abrangência dos agentes comunitários de saúde (ACS), que representam cerca de 270.000 áreas em 2021.

Portanto, há no SUS um conjunto de iniciativas para a organização do sistema em redes de atenção destinado à abordagem das condições crônicas. Objetivam a superação do cuidado fragmentado e a coordenação do cuidado via APS, com ênfase no cuidado multiprofissional e continuidade do cuidado com participação ativa dos usuários, aspecto fundamental para adesão e êxito no tratamento. O autocuidado apoiado está presente na maioria das iniciativas inovadoras por ser a forma como a população estabelece e mantém a própria saúde e como previne e lida com as doenças (OMS, 2003). No Brasil, o autocuidado está fortemente presente na Estratégia Saúde da Família, principalmente nas ações voltadas às condições crônicas. No Caderno da Atenção Básica nº 35 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, lançado em 2014, as intervenções estão ancoradas no apoio ao autocuidado, destacando a responsabilidade e envolvimento do serviço, do profissional e do usuário.

A operacionalização do cuidado em rede de atenção implica conhecer a população do território sob responsabilidade da equipe de APS, tanto seus riscos individuais como os coletivos, sociais, econômicos e ambientais. Além disso, é fundamental a organização de sistemas de apoio, i.e., diagnóstico, terapêutico, de assistência farmacêutica, tele assistência, bem como de informação em saúde. Na operacionalização dos fluxos das pessoas no sistema de saúde, é preciso organizar a logística

para regular o acesso e garantir cuidado oportuno, investir no registro eletrônico, no monitoramento da situação de saúde e na garantia do transporte eletivo e de urgência para o acesso aos serviços. Os desafios na garantia de cuidado integral de qualidade às condições crônicas tornam-se ainda maiores e mais complexos em usuários com multimorbidade, ou seja, dois ou mais problemas de saúde concomitantes, ou com comorbidade (Facchini, Thumé, 2021).

Resultados dos três ciclos da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) realizados entre 2012 e 2018 permitem conhecer avanços e desafios para o cuidado às pessoas com doenças crônicas. A existência de território definido e população de referência foi referida por 68% (n=25.481) das equipes no ciclo III do PMAQ-AB, cuja população média de referência da equipe era de 3.138 pessoas. Das equipes, 94% (n=35.067) afirmaram ter mapas do território de abrangência – aspectos importantes para uma abordagem coletiva às DCNT.

A disponibilidade de registro de mulheres com exames citopatológicos alterados foi referida por 87% das equipes. No entanto, cerca de 20% das equipes não tinham disponível o registro de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) com maior risco ou gravidade e somente 42% dos usuários com HAS e 39% dos usuários com diagnóstico de diabetes mellitus saíam da consulta com o próximo atendimento agendado (Facchini *et al*, 2021).

A existência de documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal para os atendimentos de usuários do território da equipe foi citada por 89% (n=33.263) das equipes no Ciclo III. A manutenção de registro de usuários de maior risco encaminhados para outros pontos de atenção foi relatada por 69% das equipes no ciclo II. No ciclo III, 38% das equipes informaram que seus profissionais entravam em contato com especialistas para o encaminhamento de usuários (Facchini, Thumé, Tomasi, 2021).

No cuidado aos indivíduos com diagnóstico de HAS, praticamente a totalidade teve a pressão arterial verificada na consulta, enquanto a realização de exames de creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma nos seis meses anteriores à entrevista foi referida por cerca de 50% dos entrevistados, nos três ciclos avaliativos. No período de 2012 a 2018, cerca de 90% dos usuários com diabetes mellitus realizaram o exame de sangue para controle glicêmico nos seis meses anteriores à entrevista, mas apenas um terço teve seus pés examinados por profissionais da equipe de saúde e menos da metade recebeu orientação sobre cuidado com os pés (Facchini, Thumé, Tomasi, 2021).

A importância do apoio a comportamentos saudáveis e à promoção do bem-estar para todos, em todas as idades, é reafirmada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) aprovados pela Assembleia das Nações Unidas – Agenda 2030 – (ODS 3: Saúde e Bem-Estar). O Brasil se comprometeu a assegurar, por meio do SUS, a cobertura universal de saúde, o acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais (meta 3.8) <https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>.

As metas até 2030 preveem a redução de um terço das mortes prematuras em relação a 2015, monitoradas pelos indicadores das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório, tumores malignos, diabetes mellitus e doenças crônicas respiratórias. O alcance dessas metas depende de intervenções múltiplas e requer uma combinação de prevenção, detecção precoce e tratamento

oportuno. No que concerne ao sistema de saúde, para que o Brasil cumpra com esse compromisso é necessário reforçar a qualidade dos serviços de APS e sua integração na rede de atenção, de modo a garantir os princípios e diretrizes do SUS.

As metas propostas precisarão ser revistas em razão das consequências da Covid-19, demandando projeções de acúmulo de condições crônicas não estabilizadas: estima-se que 55% das pessoas com diabetes tiveram deterioração dos níveis glicêmicos e 40% não agendaram consultas de acompanhamento. É necessário absorver, também, o acúmulo de síndromes pós-covid, de cerca de 12 a 14 milhões de casos, e a queda nos procedimentos eletivos, nas consultas médicas e na realização de transplantes (Mendes, 2020).

A efetividade dos serviços de APS depende de um sistema de saúde acessível e equitativo, com capacidade de definição de prioridades e de implantação de atenção integral às condições crônicas desde o pré-natal e a puericultura até os cuidados paliativos, de idosos e de DCNT, passando pela saúde de escolares e adolescentes.

As políticas integradas de promoção da saúde, atenção e educação serão fundamentais na reorganização dos serviços de APS e no apoio ao autocuidado. De modo a atender às demandas do atual perfil de morbimortalidade, será necessário incluir novos profissionais na linha de cuidado às condições crônicas e nas sequelas das infecções por Covid-19. O trabalho articulado de médicos, trabalhadores da enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas será necessário para atender a complexidade dos problemas de saúde e da situação social.

## 4.7 O USO DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E TELESSAÚDE

Na discussão sobre o processo de incorporação de recursos de tecnologias de informação e comunicação (TIC) e telessaúde na APS, é necessário reconhecer que a sociedade brasileira ainda é profundamente desigual. O Brasil situa-se em um grupo intermediário de países para os índices de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e para o processo de utilização de internet, embora com importantes avanços nos últimos anos. Em 2007, ano da implantação do Projeto Nacional de Telessaúde (PNT), 17% das pessoas usavam a internet; em 2019, essa parcela alcançou 74%. A partir de 2005 e em âmbito internacional, a Organização Mundial de Saúde recomendou aos seus países membros a incorporação da e-Saúde como estratégia de fortalecimento de sistemas de saúde e facilitação de acesso (Santos *et al*, 2021).

No Brasil, o PNT não se restringiu à telemedicina. Estabeleceu como escopo as ações de saúde de forma ampliada, tendo como público-alvo todos os profissionais das equipes de saúde, incluídos os agentes comunitários de saúde e trabalhadores de nível técnico. Essa configuração levou ao uso do termo 'telessaúde', entendida como a prestação de serviços de atenção à saúde por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação. Seu objetivo é o de "superar a barreira da distância e aproximar os serviços de saúde, promover acesso e melhorar a qualidade da assistência com apoio à tomada de decisão pelos profissionais, compartilhamento e coordenação de recursos geográfica-

mente distribuídos, otimizando seu uso e garantindo a oferta qualificada de diferentes especialidades em saúde” (Nilson, 2018).

A missão do PNT Brasil Redes foi possibilitar o fortalecimento e a melhoria da qualidade do atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde, integrando Educação Permanente em Saúde e apoio assistencial por meio de ferramentas de TIC. O uso de TIC em saúde no mundo tem ocorrido por meio de serviços de assistência remota a pacientes e profissionais de saúde, gestão administrativa de pacientes, formação e educação à distância em saúde e avaliação e investigação colaborativa em rede. No Brasil, os serviços mais difundidos são a tele consultoria ou tele interconsulta, segunda opinião formativa, telediagnóstico, e tele-educação para profissionais de saúde.

Nas unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil, o processo de incorporação de TIC é desigual. Analisando dados coletados durante a avaliação externa do PMAQ-AB em seus três ciclos (2012, 2014 e 2018), observa-se que ocorreu, ao longo do tempo, uma melhoria na alocação de recursos vinculados às TIC, embora ainda houvesse 25,5% de unidades sem acesso à internet em 2018 e 10,5% das UBS, sem computador. Dentre as equipes de Saúde da Família com acesso, 85% relataram que a internet funciona de forma adequada. Considerando as UBS com computador, observou-se que possuem em média seis computadores por unidade. No período de 2012 a 2018, ocorreu um aumento na implantação do prontuário eletrônico nas UBS, passando de 14% das equipes nos ciclos I e II para 39% (n=14.455) no ciclo III.

Em 2018, o uso de telessaúde nos doze meses anteriores foi informado por 56% (n=20.461) das equipes e a participação em atividades de Ensino a Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, por 48% das equipes. A procura por uma segunda opinião formativa foi referida por 58% das equipes (n=11.728); o uso de apoio para telediagnóstico, por 56% (n=11.324) das equipes; e o uso de tele consultoria, por 67% (n=13.564). O envolvimento com atividades da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) foi relatado por apenas 9% das equipes no Ciclo III (Facchini, Thumé, Tomasi, 2021).

Na análise do processo de incorporação de TIC pelas ESF, quando se comparam municípios rurais remotos com os demais municípios nos distintos ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, observa-se que, em ambos os tipos de municípios, ocorreu uma melhoria dos índices de TIC, com diferenças estatisticamente significativas entre os ciclos. O índice de TIC adotado é composto por número de computadores, impressoras e outros aparelhos, acesso à internet, prontuário eletrônico e telessaúde. Essa capilaridade da estratégia de saúde da família e o esforço de dotá-la de infraestrutura adequada em um país de dimensões continentais como o Brasil evidencia uma bela conquista do processo de construção do SUS (Santos *et al.*, 2021).

Os resultados no uso de telessaúde indicam que o PNT implantado no país a partir de 2007 já está se inserindo na realidade das UBS no país. Apesar de tais resultados indicarem avanços, ainda há um longo caminho para que os prontuários eletrônicos e os recursos de telessaúde sejam efetivamente utilizados pelas Equipes de Saúde da Família.

O Cetic, na análise dos dados relativos à telessaúde em UBS, detalha quais tipos de recursos de telessaúde estão disponíveis para os médicos (Cetic br, 2020). Observa-se que os dados, apesar de percentualmente menores aos dados do PMAQ-AB, já demonstram que existe uma disponibilida-

de de recursos aos quais os médicos das UBS podem ter acesso. O estudo afirma que o percentual de médicos que tiveram disponíveis recursos de telessaúde foi de 47% para a educação a distância; 34% a tele consultorias; 29% a segunda opinião formativa; e 22% ao telediagnóstico. No entanto, somente 7% relataram disponibilidade de recursos para monitoramento à distância de pacientes em UBS (Cetic br, 2020).

Quando os médicos são solicitados a informar com que frequência utilizam esses recursos, observa-se que a utilização já está inserida no processo de trabalho médico. A opção Nunca Utiliza no que se refere à educação em distância corresponde a 5% dos médicos; às tele consultorias, 4% e ao telediagnóstico, 2%. Ou seja, os recursos estão disponíveis, mas, embora não sejam usados sempre, há poucos que nunca utilizam.

Na Avaliação Externa do PMAQ-AB para as ESF que já possuíam telessaúde, foram identificados os motivos pelos quais não utilizavam seus recursos. Aspectos vinculados à infraestrutura somam 47% relativos a problemas no computador, sala inadequada, falta de internet, internet lenta, seguidos de aspectos como falta de tempo e oportunidade para utilização do programa (11%) e de pouca divulgação do programa (12%). Problemas relativos ao treinamento também são relevantes, já que 7% relatam ausência de qualificação na plataforma e 6% se queixam da dificuldade em acessar sistema e ou plataforma.

O PNT foi implantado em 2007 com o objetivo de qualificar as equipes de saúde da família por meio da oferta de tele consultorias, telediagnóstico e teleducação. Havia, até o final de 2016, 25 núcleos de telessaúde articulando Universidades e Estados em quase todo o território nacional, no total de 24 Estados e o Distrito Federal. Somente os Estados do Amapá e Paraíba não receberam recursos do PNT.

De acordo com o Ministério da Saúde, os gastos gerais com o PNT, desde o seu início até dezembro de 2020, totalizaram R\$ 202.190.000,00, distribuídos em 24 Estados brasileiros, além do Distrito Federal. Os Estados do Amapá e Paraíba não receberam recursos. Os Estados que mais receberam recursos financeiros foram os do Rio Grande do Sul, Pernambuco, Minas Gerais e Santa Catarina. Os Estados que menos receberam foram os de Sergipe e Roraima, bem como o Distrito Federal.

Constata-se uma distribuição muito desigual de recursos, medida pela base populacional e pelos indicadores sociais. Em parte, tal realidade pode ser explicada pelo fato de as unidades beneficiárias com recursos do telessaúde de um estado não atenderem exclusivamente à população daquele estado. Alguns núcleos tais como Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Santa Catarina e Goiás receberam recursos para desenvolvimento de ações não somente para a população de seu território como também para serviços de oferta nacional pelos quais são responsáveis. O Rio Grande do Sul ofereceu o serviço de 0800 para dúvidas de profissionais; Minas Gerais, de telediagnóstico em eletrocardiografia; Santa Catarina ofereceu o serviço de telediagnóstico em dermatologia; e Goiás, o de retinografia (Santos *et al.*, 2021).

A cobertura populacional dos serviços também foi variada entre os diferentes núcleos, tendo alguns deles oferecido seus serviços para apenas uma parte da população em seus territórios, uma vez que somente implantaram suas ações em alguns municípios de seus estados. Além disso, alguns núcleos desenvolveram plataformas e aplicativos informatizados.

Estudo descritivo da série histórica das teleconsultorias registradas na plataforma adotada pelo Ministério da Saúde mostrou que os profissionais que mais utilizaram o serviço foram os enfermeiros, seguidos pelos médicos. Houve elevado índice de satisfação de 95,6% (Haddad *et al.*, 2016). Todavia, a taxa de utilização em relação à capacidade instalada mostrou-se muito baixa, mal atingindo, em média, uma teleconsultoria por ponto por mês. Os resultados do estudo sugerem a necessidade de ganho de escala, integração horizontal e fortalecimento da tele regulação e da auditoria das ações de telessaúde pela centralização de recursos e redução do número de núcleos de telessaúde. Além disso, o estudo constatou que era necessário investir em novas tipologias sinérgicas e sistêmicas de oferta de ações de telessaúde, como o apoio ao complexo regulador ambulatorial e à orientação da população.

Em agosto de 2021, o PNT estava presente em apenas onze estados e seus respectivos núcleos: MG (3 núcleos), GO (2), SC, PE (2), AC, AM, CE, MT, PA, PI e SE. Os hospitais privados no âmbito do PROADI-SUS também participam atualmente da oferta de serviços de telessaúde. São oito hospitais de excelência que possuem convênio com o Ministério da Saúde para saúde digital.

De todo modo, constata-se que o Brasil está avançando no processo de infraestrutura das unidades básicas de saúde com incorporação de TIC, por meio de políticas distintas ao longo do tempo. No entanto, apesar da continuidade de investimentos no PNT, observou-se a redução de sua abrangência, com menor número de núcleos de telessaúde envolvidos nessas atividades em 2021. Em ambas as situações, ainda ocorre um processo fragmentado dessas iniciativas que não as vincula ao processo de estruturação do modelo assistencial implantado no âmbito da APS.

No contexto da pandemia de Covid-19, difundiu-se amplamente o uso das TIC na APS com tele monitoramento de casos e tele consultas, contatos por telefone e mensagens de WhatsApp. Tal inovação impôs novos desafios e exigiu melhorias na infraestrutura de TIC tais como ampliar a disponibilidade de celulares institucionais, equipar computadores com câmeras de vídeo e microfone, melhorar o acesso à internet também para usuários. Ademais, questões de privacidade e confidencialidades dos dados e protocolos para consultas online precisam ser consideradas.

Para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, ocorreram alterações no arcabouço institucional normativo das distintas profissões no que se refere à utilização dos recursos de telessaúde, possibilitando a realização de teleconsultas. Destaca-se que o Conselho Federal de Medicina (CFM) aprovou a possibilidade de realização de teleconsultas, por meio da qual os pacientes podem realizar consultas à distância com seu médico. Um divisor de águas é estabelecido com a promulgação da Lei n. 13.989 de 2020, que permite a teleconsulta. Esse processo permitiu a expansão dessas atividades no âmbito da telessaúde durante a pandemia, possibilitando um novo momento para seu desenvolvimento. Em 2018, o Conselho Federal de Medicina chegara a publicar a Resolução n. 2227, que continha normas consistentes, mas que logo foi revogada.

Outra iniciativa durante a pandemia foi a estruturação do TeleSUS em abril de 2020. Trata-se de um serviço de atendimento à distância do Ministério da Saúde para diagnóstico de Covid-19, orientações de prevenção e cuidados para evitar a transmissão do vírus sem que seja necessário sair de casa. O TeleSUS é uma estratégia de tele consulta que facilita o acesso das pessoas a informações de qualidade por meio de quatro canais principais: Site, Aplicativo, Whatsapp e o número telefônico 136.

Nesse processo, em vez de ser utilizada a ampla gama de estruturas de telessaúde no país, optou-se pela contratação de uma empresa privada para a realização das atividades. Em vários estados, municípios e universidades, foram realizadas pesquisas e desenvolvimentos independentes, sem articulação nacional, para implantar plataformas informatizadas ou outros recursos de comunicação com o objetivo de superar as dificuldades impostas pelo isolamento social decorrente da pandemia. Várias iniciativas de teleatendimento por vídeo, telefone, chat ou aplicativos comerciais foram testadas e implantadas. No Nordeste, por exemplo, seus nove estados tiveram serviços de diagnóstico, orientação, educação, monitoração ou consulta à distância; apenas em Sergipe e Pernambuco alguns desses serviços tiveram alguma ligação com o telessaúde local.

Iniciativas de teleducação para Covid-19, ainda que insuficientes, foram realizadas pelos núcleos de telessaúde vinculados ao PNT. Além dos Núcleos de Telessaúde, Universidades da Rede da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) também desenvolveram cursos online de ampla capilaridade que atenderam à demanda de capacitação emergente dos trabalhadores do SUS.



The background is a solid blue color with a subtle, abstract pattern of white and light blue geometric shapes and lines. These include hexagons, triangles, and interconnected nodes, suggesting a network or molecular structure. The overall aesthetic is clean, modern, and technical.

# **5. A APS E A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

O contexto geopolítico e econômico mundial de crise neoliberal e de gestão caótica e descoordenada da pandemia de Covid-19 por parte do governo federal contribui, atualmente, para o cenário de desconstrução das garantias constitucionais do Estado de direito e ameaça o caráter público do SUS. A pandemia se instalou no país em um momento de transição das políticas de APS, gerando reflexos na forma de avaliação de desempenho e do financiamento federal.

O SUS jamais foi tão ameaçado em seus princípios constitucionais de garantir o direito à saúde por meio de um sistema público de saúde, universal, integral e equitativo. Desde a ruptura institucional de 2016, multiplicam-se ameaças e ações contrárias aos princípios fundamentais do SUS. Políticas reducionistas do caráter do Estado afetaram severamente o financiamento do SUS e estimulam o estabelecimento de negócios privados na gestão e na oferta de serviços de saúde, inclusive na APS.

É nesse contexto desfavorável à organização de uma APS abrangente e resolutiva que acontece a pandemia de Covid-19, a maior crise sanitária dos últimos cem anos. O posicionamento negacionista e necropolítico do governo federal contribuiu para a ocorrência de mais de 600.000 mortes até dezembro de 2021. Muitas delas seriam evitadas caso houvesse respeito à ciência e o suporte adequado ao Sistema Único de Saúde (SUS). É importante destacar que não houve a valorização das potencialidades da atenção primária no enfrentamento da pandemia. Não houve coordenação nacional para apoiar a organização das ações de atenção e vigilância da Covid-19 a cargo das equipes de APS.

A análise do caso brasileiro revelou dificuldades operacionais nos sistemas estaduais e municipais ante a resposta tardia e negacionista do governo federal e decisões governamentais na contra-mão da maioria dos demais países que demonstraram êxito mediante a priorização de coordenação e consenso com base nos dados, informações e evidências científicas para orientar as políticas e ações para a gestão de riscos (Dunlop *et al.*, 2020; Prado *et al.*, 2021; Santos, Silva, Cataneli, 2021).

A ausência de uma resposta oportuna e de negociação e diálogo com os demais entes federados configurou atrasos na alocação de recursos, em especial recursos financeiros, para a APS, municípios e estados, relegados a plano secundário das prioridades, o que comprometeu o planejamento de ações estratégicas e, conseqüentemente, dificultou ainda mais a reorganização das ações e serviços de saúde para o enfrentamento da pandemia (Giovanella *et al.*, 2020; Medina *et al.*, 2020; Sarti *et al.*, 2020).

Entretanto, a pandemia deu visibilidade ao SUS, que hoje é reconhecido pela sua ação heroica no enfrentamento da pandemia que vai desde o tratamento dos casos suspeitos e confirmados até a atuação na aplicação das vacinas a milhões de brasileiros e cuidado às pessoas com sequelas e conseqüências a longo prazo provocadas pela Covid-19.

A pandemia ocasionou mudanças nas estruturas e no processo de trabalho das equipes de APS. Inicialmente, ocorreu a interrupção dos serviços devido ao risco aumentado de contágio, à necessidade de adaptações nas estruturas, nos insumos, no processo de trabalho para a retomada das atividades e introdução de novas tecnologias no cuidado em saúde.

O cuidado às condições crônicas foi duramente comprometido, principalmente se considerarmos o caráter sindêmico da Covid-19, que gera risco aumentado de gravidade e óbito, em função

da interação entre doenças e condições crônicas preexistentes e a síndrome respiratória aguda grave provocada pelo SARS-CoV-2. A situação é ainda mais grave quando observamos os padrões de ocorrência entre os grupos sociais. A disparidade social e econômica exacerba os efeitos de cada doença separada e seu enfrentamento requer abordagem multidimensional e multiprofissional para proteção da população.

No processo de trabalho da APS, dada a influência do isolamento social imposto pela pandemia de Covid 19, observou-se o crescimento de inserção de outras modalidades de tecnologias de informação e comunicação em saúde. As alternativas para consulta presencial por meio de telefone, e-mail, chat ou aplicativos foram amplamente utilizadas para triagem de pacientes e esclarecimento de dúvidas administrativas. Para algumas consultas de casos clínicos, utilizaram-se preferencialmente plataformas seguras, em ambientes fechados e controlados, como define a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

Compreender o caráter e a magnitude da pandemia de Covid-19 que acometeu o sistema global em que persistem fortes desigualdades sociais, impactando sua distribuição social seja no mundo ou no território brasileiro, deve considerar a necessidade de uma abordagem ampliada que abarque questões de classe, gênero, etnia, raça e de expropriações de toda ordem, que determinam e condicionam o modo como tal distribuição tem ocorrido e fornecem novos marcadores para a observação e descrição da realidade social (Spadacio, Alves, 2020).

A participação social como um conceito intrínseco ao processo de consolidação do SUS delineia-se como diretriz e princípio estruturante. Sua operação se deu em contextos locais por várias ações que visavam a olhar a Covid-19 por um modelo não somente biomédico, mas também por aquele que se apoia na observação da realidade, no engajamento ativo das pessoas na comunidade, na identificação dos problemas, sua teorização e definição de hipóteses de solução ou proposições no território. O reconhecimento dos saberes prévios da comunidade e a construção conjunta do conhecimento são a base desse processo de valorização do território e do seu ambiente (Carvalho, 1995).

Desde as primeiras impressões sobre essa crise sanitária e seu impacto nos serviços de atenção primária à saúde no SUS, observam-se muitas dimensões de análise que tentam reproduzir o movimento real da saúde em suas múltiplas determinações. A complexidade conceitual e de narrativas que avançam sobre o fenômeno da pandemia, da sindemia e mesmo da infodemia – epidemia de informações e contrainformações –, em verdadeira guerra cultural, traz uma abordagem alargada para o núcleo temático da determinação e sua revisão (Santos, 2021; Frente pela Vida, 2020). Nesse sentido, a pandemia de Covid-19 evidenciou-se como um importante analisador das relações entre o social e o biológico, a partir dos discursos político-sanitários vigentes, no contexto atual do Brasil.

A epidemia configura-se, nessa perspectiva, como evento social, com dimensões ideológicas, políticas e socioeconômicas. Os impactos da Covid-19 não se dão de forma homogênea em indivíduos e grupos, explicitando importantes contradições sociais. Reflexões desenvolvidas a partir dos marcadores sociais tradicionais tais como raça ou etnia, gênero e idade emergem nos discursos político-sanitários para o controle da infecção e o manejo da doença, além de seus efeitos político e econômico. Aliados a essa perspectiva, chamamos atenção ao conceito de sindemia, a partir do qual agrega-se a interação de doenças em um contexto social específico.

Nesse sentido, é preciso refletir acerca do contexto atual da Covid-19 na produção de saberes e práticas permeadas por diferentes vetores, com apropriação de conhecimentos e condutas científicas sanitárias produzidas pelo Norte global, que muitas vezes não reverberam nas práticas socioculturais do Sul, especialmente de um sul brasileiro, muito heterogêneo, com suas potencialidades e desafios para a participação social durante este momento de crise social, econômica e sanitária da pandemia do coronavírus.

No cenário realista de falta de definição de prioridades, ações não pactuadas pelos três níveis de governo e desvalorização da política enquanto processo social, são grandes os desafios enfrentados pela gestão pública e pelo controle social em sinal de resistência contra a epidemia, com APS mais efetiva, vigilância epidemiológica e imunização coordenadas.

Neste contexto, o papel dos conselhos de saúde é fundamental para o exercício democrático. Por um lado, ao protagonismo do CNS se juntam entidades representativas da Saúde Coletiva e outras representações da sociedade civil, que fortalecem as reações para preservar conquistas sociais e fortalecer o SUS ameaçado. De outro, há organicidade entre as entidades públicas descentralizadas, em que o Conselho Estadual de Saúde (CES) atua no âmbito regional e na organização de redes e o Conselho Municipal de Saúde (CMS) está muito mais próximo dos serviços de saúde, faz parte da gestão local da APS, mas não necessariamente do território e das comunidades que nele vivem, as quais demandam outros lugares não oficiais de atuação mais horizontal no espaço público e político.

O enfrentamento da Covid-19 reforçou os desafios para implantação da vigilância à saúde articulada à APS e tem exigido mudanças nos modelos de atenção hegemônicos, que, além do acesso a serviços especializados, de emergência e aos leitos hospitalares, priorizem a ampliação do acesso à APS resolutiva e de qualidade, com expansão do número de unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família e de núcleos de apoio à saúde da família (NASF), bem como a construção de redes regionalizadas de serviços com novos arranjos federativos de organização e gestão (Paim, 2021).

Tais proposições não só reforçam a necessidade de reavaliarmos os percursos para encontrar caminhos de legitimação da perspectiva de integração da APS e vigilância como, sobretudo, a de resgatarmos os propósitos relativos à reorientação do modelo de atenção brasileiro.

Em um cenário político nacional de crise sanitária, política e social, o esforço das universidades e centros de pesquisa na sistematização de evidências científicas acumuladas e produção de materiais técnicos e operacionais tem sido fundamental, em especial, para o apoio aos sistemas locais de saúde no planejamento das etapas de gestão da crise, i.e., prevenção, preparação, manejo e reconstrução (Nicoletis, 2020). Na esteira da tentativa por respostas coletivas à pandemia, algumas estratégias derivadas das sínteses de evidências foram adotadas por alguns governos subnacionais e permitiram, em certa medida, o delineamento de iniciativas que subsidiaram a tomada de decisão pelos gestores.

No escopo de ações organizacionais, em geral, as respostas implicaram a elaboração do desenvolvimento de normas técnicas com foco na integração da Assistência e Vigilância e implantação de Grupo de Trabalho (GT) para o planejamento das ações das equipes locais (Guimarães *et al.*, 2020). Implicaram, ainda, a capacitação sobre o manejo clínico da Covid-19 e sobre o uso de EPIs para proteção dos trabalhadores da saúde.

Por regra, a maioria dos estudos identificados descreveu a implantação de medidas de vigilância Covid-19 voltadas à interrupção da cadeia de transmissão na população por meio de adaptações de estratégias para a busca ativa de novos casos, seguimento de casos confirmados e para notificação e acompanhamento dos casos suspeitos (Sales, Silva, Maciel, 2020). As medidas objetivaram também o manejo clínico, reabilitação e apoio psicossocial aos casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, segundo níveis de gravidade, além dos respectivos contatos (Vale *et al.*, 2020).

Experiências de implantação de vigilância precoce e monitoramento clínico remoto dos sintomas respiratórios nas unidades de saúde (Silveira, Zonta, 2020), inclusão de Tecnologias digitais de Informação e Comunicação em Saúde (TICs) para viabilizar as tele consultas, tele consultorias e o tele monitoramento dos usuários (Cardona Júnior, Andrade, Caldas, 2020), bem como a ampliação da capacidade de resolução da APS foram, também, relatadas em estudos locais.

Ademais, as profundas diferenças organizacionais dos sistemas locais de saúde reverberaram uma preocupação referente à desvinculação das atribuições dos ACS, que, nos meses iniciais da pandemia, tiveram o processo de trabalho direcionado à recepção de sintomáticos respiratórios na UBS e USF de forma presencial ou por chamadas telefônicas ou por redes sociais online, à exemplo de chamada por vídeo ou por WhatsApp, dentre outras ações que configuraram expressivo afastamento das atividades territorializadas e com maior vínculo com a comunidade, como visitas peridomiciliares recomendadas especialmente para o período da pandemia (Maciel *et al.*, 2020; Bousquat *et al.*, 2020).

Ademais, houve evidências de engajamento comunitário, ainda que localizadas, como práticas multidisciplinares desenvolvidas pelo núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia Covid-19. Tal engajamento priorizou a abordagem matricial de temáticas para implantar ações de educação em saúde nos territórios, em articulação com redes de apoio comunitárias e de ações ou programas sociais (Oliveira *et al.*, 2020). Houve, também, abordagem comunicativa territorial utilizando dispositivos tais como rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som, entre outros, e articulações com lideranças locais (Cardona, Andrade, Caldas, 2020). Houve, ainda, algumas iniciativas em comunidades, à exemplo do projeto intitulado Periferia Viva, espalhado por todo o Brasil, que possui como premissa o desenvolvimento de ações para o combate às carências exacerbadas pela Covid-19 (Periferia viva, 2020), e da elaboração de cartilhas em português e na língua nativa de tribos indígenas da Associação das Mulheres Munduruku Wakoborun (Articulation Feminista Marcosur, 2020).

Tais iniciativas se associam a outras que revelam o potencial do engajamento comunitário articulado aos serviços de APS nas comunidades para reduzir os riscos e o impacto das emergências em saúde pública (Santos *et al.*, 2021). O enfoque na integração da APS e na vigilância com triagem ativa e engajamento comunitário constituiu importantes estratégias no enfrentamento da Covid-19. Todavia, embora se reconheça o esforço das equipes de APS em vários locais do Brasil, as experiências não evidenciaram resultados robustos capazes de correlacionar medidas de vigilância à saúde visando à integração efetiva com a APS e ao controle da disseminação comunitária da Covid-19.

O exemplo do enfrentamento da Covid-19 permitiu verificar que, mesmo havendo portarias e resoluções que indicam a necessária integração entre a APS e a vigilância em saúde desde a criação do SUS, essa proposição não se consolidou na práxis. Embora os estudos a respeito ainda sejam

incipientes, a evolução da pandemia em um contexto de desmonte da APS brasileira tem resultado em intervenções descoordenadas entre as esferas do SUS, em especial na articulação com setores da vigilância, com limitada resposta da APS, ainda restrita a algumas experiências estaduais e municipais que não abrangeram todo território nacional.

Todas as questões comportamentais previstas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (2011 - 2022) e reforçadas para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (<https://www.ipea.gov.br/ods/ods3.html>) foram influenciadas pelo distanciamento social e pelas modificações nas atividades da vida diária impostas pela necessidade de redução da transmissão da circulação do novo coronavírus no país.

Com o aumento da cobertura vacinal contra a Covid-19 e a conseqüente redução de casos, internações e óbitos pela doença no país, emerge a pergunta sobre o que é preciso fazer para garantir contato regular e efetivo com os serviços de saúde às pessoas com condições crônicas. A questão ganha relevância frente às ameaças e iniciativas de desorganização do SUS e privatização da APS. As sequelas clínicas e sociais decorrentes da pandemia encontram um cenário de mudanças no financiamento, na gestão e na avaliação do desempenho dos serviços de APS. As mudanças geram incertezas dos gestores sobre a disponibilidade de recursos, conformação das equipes de saúde e no modelo de atenção.

O desenvolvimento da pandemia expôs a indissociabilidade entre as dimensões biológica, cultural e social da Covid-19. O Agente Comunitário de Saúde é o profissional cujo trabalho remete diretamente a essa múltipla determinação e ações com maior probabilidade de obter resultados favoráveis, razão da aposta feita no trabalho do ACS na ESF. Durante a pandemia, algumas linhas de ação nortearam seu trabalho via acolhimento aos usuários nas unidades; vigilância comunitária ativa por meio do monitoramento de casos, contatos e suspeitos de Covid-19; apoio à campanha de vacinação contra Covid-19; continuidade do cuidado aos usuários; e articulação e apoio aos movimentos sociais comunitários.

A expansão do trabalho em saúde por meio de tecnologias digitais de informação e comunicação foi um legado indiscutível do contexto pandêmico. Entretanto, cabem aqui reflexões críticas sobre possíveis repercussões que a generalização desse modo de praticar o cuidado pode trazer para a APS e, em particular, para o trabalho do ACS.

A primeira é destituir de importância a territorialização, entendida como modo de organização dos serviços e das práticas de saúde, com centralidade no território e responsabilidade sanitária, que requer a compreensão dos processos que condicionam a vida e as relações sociais num espaço determinado, considerando as especificidades das situações ambientais, populacionais e as necessidades de saúde (Gondim, Monken, 2018). Outra questão observada é a substituição da 'atenção à saúde' por 'assistência individual'. Diante da tarefa de indicar possíveis desdobramentos, caso o teletendimento se generalize e ganhe centralidade na organização do cuidado na APS, endereçamos duas preocupações acerca do trabalho do ACS.

A primeira diz respeito a mais uma vertente da instrumentalização de suas atividades pela subordinação da finalidade e do conteúdo do seu trabalho a uma perspectiva utilitarista. A segunda é sobre o sentido que será dado à produção de informações no caso da ausência de contextos favo-

ráveis de encontro, pois essa produção pode ficar reduzida à coleta de dados.

Indagamos, então, quais seriam os espaços onde as informações seriam compartilhadas em equipe, alimentando a construção de pontos de vista sobre as melhores formas de produzir atenção à saúde? Caso o teleatendimento se torne prática corrente também para o ACS, quais razões sustentariam a visita domiciliar, atividade estruturante do seu trabalho? Nesse sentido, recomendações dirigidas para compor uma agenda de fortalecimento do trabalho do ACS devem dialogar com o plano mais geral de formulação da política, entendendo suas repercussões sobre o plano mais específico da atuação dos ACS.

No curso da pandemia de Covid-19, em experiências locais, o ACS continuou ativo e manteve ações de acolhimento, vigilância comunitária na comunidade no território, apoiou a campanha de vacinação, promoveu articulação com movimentos sociais. O ACS representa o SUS mais próximo das comunidades e do território. E o trabalhador que está no território de maneira mais rotineira e essa atividade é a base do seu trabalho.

Quanto à atuação da enfermagem no enfrentamento da Covid-19 na APS, podem-se destacar a elaboração e implantação de novos fluxos e rotinas na unidade; a reorganização da gestão do cuidado para a atenção aos sintomáticos respiratórios e monitoramento dos casos; a reprogramação das demandas das agendas do monitoramento das condições crônicas e agudas de saúde; e a abordagem à porta de entrada e gerenciamento de conflitos. Destacam-se também a vacinação contra a Covid-19 e manutenção do calendário vacinal de rotina e outras campanhas; a composição de comitês de contingenciamento da Covid-19; a educação permanente para atualizações constantes e em tempo oportuno; a utilização de diferentes ferramentas de cuidado e o monitoramento por meio de tele monitoramento, grupos de WhatsApp com gestantes, materiais educativos e informacionais etc. Vale ressaltar ainda a realização de práticas integrativas e complementares.

Em suma, a resposta à pandemia Covid-19, além da garantia do cuidado individual, requereria a ativação de todos os serviços de atenção primária em uma abordagem comunitária de vigilância à saúde. Os serviços de atenção primária do SUS, especialmente as equipes da Estratégia Saúde da Família, são os mais adequados para tal abordagem por seus atributos de responsabilidade territorial, orientação comunitária e forte capilaridade em todo o território nacional. Mais que nunca, fez-se necessária a articulação do individual com o coletivo e a atuação integrada no âmbito das unidades de saúde com os territórios, a comunidade e seus equipamentos sociais.

A reorganização do processo de trabalho na APS durante a epidemia deveria orientar-se de modo a preservar seus atributos de acesso, caráter longitudinal, coordenação do cuidado, abordagem familiar e abordagem comunitária. É necessário manter o contato das pessoas com os profissionais de saúde que cuidam delas diariamente, seja para detectar precocemente a infecção por Covid-19 e monitorá-la seja para garantir a continuidade dos cuidados, especialmente dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis e daqueles acometidos das síndromes pós Covid, a Covid longa. Ademais é necessário apoio social aos grupos vulneráveis, ao mesmo tempo em que se garantem as condições de proteção dos trabalhadores de saúde e da população.

Se as equipes ESF tivessem sido mais bem ativadas, poderiam ter contribuído de forma mais efetiva na vigilância em saúde, no cuidado de casos leves, na continuidade do cuidado e no neces-

sário apoio social. Infelizmente, sem coordenação nacional, o potencial da ESF não foi plenamente acionado e o sucesso da atuação das equipes em muitas localidades dependeu exclusivamente dos esforços locais e dos valorosos e dedicados profissionais.



# **6. PROPOSIÇÕES PARA UMA AGENDA POLÍTICA ESTRATÉGICA E DE PESQUISA PARA A APS NO SUS**

As recomendações e proposições que conformam a Agenda Política Estratégica da Rede APS orientam-se pela defesa da saúde, da vida, da democracia, do fortalecimento da atenção primária abrangente, resolutiva, de orientação comunitária, base territorial - integrada e rede -, e pela recusa ao desmonte do SUS. A Rede reafirma seu compromisso com a produção de conhecimento científico rigoroso e implicado com a defesa da APS no SUS.

As recomendações e proposições da Agenda da Rede APS/ABRASCO estão reunidas em dois eixos: o primeiro congrega seu posicionamento sobre aspectos críticos da implantação da APS no SUS e o segundo, apresenta os temas prioritários da pesquisa em APS.

A Rede APS reafirma seu compromisso com a defesa constitucional da saúde e da Estratégia Saúde da Família como modelo exitoso de APS no SUS. Apresenta recomendações e proposições acerca de aspectos críticos que modulam o processo de implantação da política de APS no Brasil.

## 6.1 AGENDA POLÍTICA ESTRATÉGICA PARA A APS NO SUS

- **Fortalecimento da ESF como modelo de Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial, comunitária, integrada na rede SUS**
- Universalização e fortalecimento da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo tecno-assistencial prioritário no município, garantindo pleno acesso às ações individuais e coletivas com base nas demandas e necessidades do território;
- Fortalecimento das ações de promoção à saúde visando atuar frente aos determinantes sociais de saúde e a consequente melhoria da qualidade de vida;
- Investimento na implementação de políticas intersetoriais necessárias para fazer frente às necessidades em saúde da população;
- Definição das responsabilidades e fortalecimento da gestão tripartite do SUS;
- Ampliação e fortalecimento da participação popular e o controle social na gestão pública;
- Fortalecimento da gestão descentralizada, participativa e democrática no SUS;
- Garantia dos mecanismos existentes de controle social;
- Aprimoramento das ações de vigilância em saúde, por meio da melhoria do diagnóstico, do aperfeiçoamento do monitoramento e controle de doenças transmissíveis, agravos e doenças crônicas não transmissíveis, gerando informação qualificada para a tomada de decisão, prevenção de doenças e promoção de saúde;
- Garantir e fortalecer a gestão pública do SUS e prover serviços de APS em centros de saúde públicos com gestão pública;
- Provisão de capacitação da gestão do SUS, visando a eficiência e efetividade das ações de governo na perspectiva de modelo de gestão participativo que assegure a diversidade e valo-

rize o trabalhador da saúde;

### ➤ **Financiamento público adequado para o SUS e para a APS**

- Consolidação de uma frente ampla e suprapartidária em defesa do financiamento público adequado para o SUS e para a APS, sempre alinhado ao bem-estar social e econômico da sociedade, assegurado por uma gestão pública transparente, democrática, participativa e eficiente.
- Revogação das medidas de austeridade fiscal, como a Emenda Constitucional nº. 95, que congela o teto dos gastos públicos e de outras medidas restritivas ao investimento público e programas bem-estar social bem-sucedidos; e
- Fomento a uma ampla discussão sobre uma reforma tributária com justiça fiscal e progressividade da arrecadação;
- Revogação do Programa Previde Brasil e fortalecimento dos mecanismos de redistribuição de recursos de acordo com as necessidades de saúde e de redução das desigualdades;
- Proposição de aumento progressivo dos recursos federais destinados à atenção primária até a duplicação do montante de cerca de R\$ 20 bilhões, disponíveis no orçamento da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), de modo a universalizar a cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no país. Essa iniciativa é essencial em um cenário de acirramento das desigualdades sociais, da crise do setor saúde, do incremento das condições crônicas não transmissíveis e do caos na gestão da saúde no Brasil;
- Ampliação de mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais voltados para a atenção primária, considerando a capacidade diferenciada de auto-financiamento dos gestores municipais, as especificidades regionais, a prioridade e a necessidade de reforço da Estratégia Saúde da Família, e a promoção da equidade na distribuição de recursos para áreas remotas e desassistidas;
- Instituição de mecanismos de regulação da oferta de serviços não públicos, notadamente nos contratos e modelos de gestão, com o objetivo de garantir a assistência integral à população e evitar fraudes; e
- Fortalecimento do uso de ferramentas voltadas à eficiência na alocação de recursos na APS, apoiando iniciativas que estabeleçam o entendimento das especificidades dos serviços vis-à-vis os princípios norteadores da APS, tendo como pressupostos que os desfechos devem ter relevância na saúde e na qualidade de vida das pessoas, além de consonância com as necessidades e demandas dos usuários.

### ➤ **Estratégias para fortalecer a orientação comunitária de base territorial na ESF**

- Proposição de ações que objetivem potencializar o trabalho em saúde na perspectiva da aproximação com o território;
- Valorização e apoio à definição de território e de população sob responsabilidade das equipes da ESF com apoio ao planejamento local em saúde com base nas características do território,

nas necessidades de saúde e no perfil de morbidade da população adscrita por meio do uso de ferramentas diagnósticas, como Estimativa Rápida Participativa, uso de mapas inteligentes, dashboards e planilhas automatizadas com características demográficas e epidemiológicas da população e de sua distribuição no território;

- Reconhecimento do território para cadastro e atualização de toda a população residente como alternativa ao cadastro burocrático e seletivo do PreVine Brasil;
- Aperfeiçoamento do processo de territorialização por meio da adequação da equipe de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e equipes NASF segundo o grau de vulnerabilidade e complexidade da população adscrita, considerando um máximo de 2.500 pessoas em áreas de elevada complexidade e até 3.500 nas demais áreas;
- Alcance de 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família no prazo de oito anos e de 80% nos próximos quatro anos, partindo de uma cobertura atual de 60% da população;
- Valorização e apoio ao desenvolvimento das reuniões de equipe como elementos centrais para o aperfeiçoamento da gestão local em saúde; e
- Retomada da divulgação e da evolução da cobertura da ESF por estados e municípios, no site e-gestor.

#### ➤ **Fortalecimento de ações de educação em saúde e participação social das equipes de Saúde da Família nos territórios**

- Fortalecimento dos espaços de participação social tais como conselhos locais nos territórios de APS, com inclusão da comunidade na análise dos problemas de saúde e sociais e do planejamento de intervenções no território juntamente com as equipes de saúde;
- Fomento à participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais;
- Fortalecimento das parcerias intersetoriais e intrasetoriais para desenvolvimento de ações voltadas à informação, mobilização, participação e efetivo controle social com vistas a garantir os direitos à saúde de toda a população;
- Reforço à atuação dos grupos educativos potencializando a participação da população que deve ser vislumbrada como coautora e cogestora dessas práticas, ou seja, os verdadeiros protagonistas desse processo; e
- Valorização da educação popular em saúde e sua incorporação na APS por meio de ações compartilhadas entre os profissionais de saúde, usuários e comunidade, produzindo vínculos, fortalecendo relações e potencializando ações transformadoras visando à emancipação cidadã.

#### ➤ **Afirmação das ações intersetoriais e de promoção da saúde como essenciais da APS**

- Reforço do papel da APS como espaço privilegiado da articulação entre o setor de saúde e demais setores sociais na implantação de políticas de promoção da vida e redução das desigualdades sociais na melhoria das condições de saúde da população. Destacam-se as evidências do efeito sinérgico da ESF e de programas sociais de transferência de renda tais como, por exemplo, o Programa Bolsa Família;
- Reconhecimento e ampliação dos investimentos na implantação de ações e programas na APS alinhados à Política Nacional de Promoção da Saúde abrangendo: a alimentação saudável, a prática corporal ou atividade física, a prevenção e controle do tabagismo, a redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e por acidentes de trânsito, a prevenção à violência e estímulo à cultura de paz e da promoção do desenvolvimento sustentável;
- Fortalecimento da promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal para conferir maior visibilidade aos diferentes grupos sociais e às diferentes necessidades em saúde, sociais e culturais nos territórios; e
- Garantia de meios e recursos para o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais articuladas e integradas entre os diferentes setores e níveis governamentais, com respeito às especificidades locais e regionais e às necessidades da população.

➤ **Reorganização do processo de trabalho das equipes da ESF com base na atuação multiprofissional**

- Promoção de ações que potencializam o trabalho em saúde na perspectiva da aproximação com o território, visando a fomentar concretamente a integração ensino-serviço com vistas ao apoio social;
- Ações de educação permanente das equipes de saúde para a realização de intervenções culturalmente adaptadas ao contexto e às necessidades e demandas em saúde das populações por meio da incorporação dos determinantes do processo saúde-doença tanto no ensino dos profissionais de saúde como no exercício da prática profissional;
- Atenção a problemas e necessidades de saúde; senso crítico quanto à efetividade e ética das intervenções propostas ou realizadas; e permanente questionamento sobre o processo de trabalho vinculado às necessidades e demandas do território;
- Fortalecimento da abordagem integral dos indivíduos e famílias pelas equipes de Saúde da Família por meio do fomento ao desenvolvimento de ações de reorganização do trabalho;
- Reformulação do processo de trabalho das equipes da ESF, superando o atendimento a casos agudos centrado em um profissional, em favor de um fluxo contínuo de interação do usuário com a equipe multiprofissional;
- Ampliação de estratégias de diálogo interdisciplinar entre os núcleos de cada prática profissional e o caráter multiprofissional, com destaque para a importância dos agentes comunitários;

rios de saúde para a orientação comunitária, territorial e cultural; e,

- Desenvolvimento e revisão de métodos e instrumentos de trabalho para reforçar a prática comunicativa por meio da qual os envolvidos objetivam o consenso para viabilizar ações e estratégias efetivas em cada território.

➤ **Fortalecimento das ações de acompanhamento e avaliação das práticas de APS**

- Fomento à implantação de políticas de monitoramento e avaliação que orientem a formação dos profissionais de saúde e gestores para o planejamento local e execução de ações conjuntas do SUS no território de abrangência das equipes de Saúde da Família;
- Qualificação e institucionalização da avaliação nos diversos níveis de governo comprometidos com a expansão da ESF como modelo assistencial prioritário da APS no SUS;
- Retorno da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
- Manutenção das estratégias de atualização das informações nos territórios e acompanhamento sistemático das características sócio sanitárias como importantes instrumentos para a reorganização do trabalho das equipes de Saúde da Família;
- Fortalecimento do debate em âmbito nacional sobre a necessidade de manter sistemas de informação em saúde atualizados e fidedignos à situação de saúde dos territórios a fim garantir o planejamento, a implantação, a monitorização e a avaliação apropriados das intervenções de saúde baseadas em evidência e concentradas na família;

➤ **Fomento a estratégias de incorporação de práticas de vigilância ao processo de trabalho das equipes de Saúde da Família**

- Fortalecimento da articulação dos diversos níveis de atenção e setores da vigilância na implantação de ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde, tendo o território, a população e os problemas de saúde como pilares estratégicos do planejamento local;
- Apoio técnico aos municípios com vistas a promover mecanismos de integração institucional entre a APS e as práticas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental no âmbito da gestão e nos territórios de atuação das equipes multiprofissionais;
- Desenvolvimento de processos de educação permanente aliados a estratégias de monitoramento e avaliação da situação de saúde para a formação dos profissionais de saúde e gestores com o objetivo de realizar o planejamento local a partir da análise dos problemas de saúde e sociais, em conjunto com a comunidade, para identificação de necessidades, riscos e vulnerabilidade e desenvolvimento de ações de vigilância conjuntas e articuladas nos territórios de abrangência das equipes de saúde da família;
- Ampliação e fortalecimento das ações de identificação, rastreamento, notificação, tratamen-

to e acompanhamento de casos e contatos de doenças infecciosas; bem como de casos de doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências, relevantes para a saúde coletiva no território da ESF;

- Investimentos na integração dos sistemas de informação em saúde e dos prontuários eletrônicos de todos os usuários do território, devidamente cadastrados e vinculados à equipe de ESF; ampliação do acesso à internet para as unidades de saúde; e desenvolvimento de ferramentas informacionais que apoiem a organização dos processos de trabalho das equipes para desenvolvimento das ações de vigilância em saúde e de assistência junto às comunidades que favoreçam a participação e otimização do uso dos equipamentos sociais.

### ➤ **Implantação de plano de carreira nacional para profissionais da APS no SUS**

- Revogação do Decreto nº 9.759/2019, que extinguiu a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS com o retorno efetivo desse espaço de negociação e deliberação e a finalidade de fortalecer as políticas de gestão do trabalho e educação na saúde, especialmente para o enfrentamento da precarização do trabalho;
- Permanente interação com o movimento organizado dos trabalhadores de saúde, de modo a garantir o debate e a articulação de propostas participativas que contemplem tanto os direitos trabalhistas como os atributos da APS integral e os princípios do SUS;
- Adoção de planejamento da força de trabalho da APS;
- Instituição de processos regulares de educação permanente para os trabalhadores da APS no SUS, i.e., agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, odontólogos e profissionais do NASF;
- Prioridade para modalidades de contratação dos profissionais de APS via concurso público no intuito de garantir estabilidade e progressão na carreira;
- Apoio ao desenvolvimento da Política Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS (DesprecarizaSUS) com a instituição de Comitês Estaduais e Municipais com a valorização salarial para os trabalhadores da saúde;
- Instituição de Grupos de Trabalho (GTs) estadual e municipal para desenvolver o plano de carreira no SUS;
- Fomento ao lançamento de editais para concurso público no SUS nos âmbitos estadual e municipal; e,
- Retomada do Programa Mais Médicos em seus componentes de provimento, infraestrutura e formação.

### ➤ **O Agente Comunitário de Saúde e seu papel insubstituível na APS**

- Afirmação do ACS como um trabalhador da saúde, portador de direitos e protagonista do

cuidado promovido na APS;

- Reforço ao papel que os ACS podem desempenhar no acompanhamento de usuários cujo cuidado integral requer articulações com outros serviços;
- Apoio ao ACS como sujeito com possibilidades de contribuir para a promoção da participação popular e a ativação de redes de apoio local;
- Recuperação da definição de parâmetros quantitativos para a presença dos ACS nas equipes de Saúde da Família orientados pela perspectiva da universalização e integralidade da atenção à saúde;
- Priorização da presença e atuação dos ACS no território;
- Revisão da organização do processo de trabalho na ESF de modo a diminuir a participação dos ACS nas atividades administrativas;
- Revisão do escopo de práticas dos ACS, garantindo a articulação entre as atribuições de caráter clínico e a centralidade do seu papel na interface entre serviço e território;
- Fortalecimento do papel do ACS na promoção da imunização;
- Formação técnica dos ACS como política pública, coerente com a complexidade requerida pelo seu trabalho; e
- Participação ativa dos ACS nas atividades de educação permanente e na interlocução com a população e profissionais de saúde para auxiliar no uso de estratégias de comunicação efetivas.

### ➤ **Protagonismo da Enfermagem no fortalecimento da APS**

- Adoção de planejamento da força de trabalho da enfermagem por meio do adequado dimensionamento, conforme as necessidades territoriais e populacionais, fortalecendo, assim, o trabalho coletivo e qualificando o cuidado ofertado pela equipe de Saúde da Família;
- Implantação de mudanças curriculares para uma formação ampliada e adequada ao escopo de práticas de enfermagem na APS, oportunizando estratégias para a adoção do interprofissionalismo;
- Reconhecimento e fortalecimento da especialidade da Enfermagem em APS/ESF por meio de estratégias conjuntas entre instituições de ensino, conselhos e associações profissionais e entidades sindicais;
- Fortalecimento de iniciativas de educação permanente para o desenvolvimento do escopo de práticas dos profissionais de enfermagem e das competências clínicas, comunitárias e gerenciais dos enfermeiros para atuação na ESF;
- Aprimoramento dos instrumentos de registro clínico comuns a todos os integrantes das equipes de Saúde da Família, como prontuário eletrônico e outros, com a inclusão do Sistema de Linguagem Padronizado para a Enfermagem, visando à integração e qualificação da atuação



clínica dos enfermeiros no cuidado compartilhado;

- Fomento à ampliação da participação da enfermagem nos colegiados gestores e conselhos de saúde como estratégia para o fortalecimento do controle social; e,
- Fortalecimento da inserção e do reconhecimento do papel do enfermeiro nas instâncias de gestão da APS no SUS.

➤ **Fortalecimento da Política Nacional de Saúde Bucal e da equipe de saúde bucal na ESF**

- Fortalecimento do processo de mudança do modelo de atenção, com garantia de uma equipe de saúde bucal (ESB) para cada equipe da ESF;
- Recuperação do parâmetro de carga horária para todos os profissionais da ESB, juntamente com os demais profissionais da ESF;
- Defesa da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) como política de Estado;
- Financiamento adequado da PNSB, incluindo a pesquisa na área;
- Organização da IV Conferência Nacional de Saúde Bucal;
- Realização da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, denominada SB Brasil 2020;
- Ampliação da fluoretação da água;
- Reestruturação do programa de avaliação e monitoramento da APS-ESF mediante indicadores de saúde bucal consoantes com a PNSB;
- Fortalecimento da coordenação nacional da área de saúde bucal;
- Ampliação da rede de atenção em saúde bucal, i.e., ESB, CEO, Odontologia Hospitalar, UPA e Laboratórios de Próteses, e sua articulação com as demais redes temáticas;
- Resignificação do trabalho em saúde bucal em tempos de pandemia com base nos quatro eixos de intervenção da APS: (i) Vigilância em saúde nos territórios; (ii) Atenção aos usuários com COVID-19; (iii) Suporte social a grupos vulneráveis; e (iv) Continuidade das ações próprias da APS;
- Incorporação de inovações no processo de trabalho por meio das TICs; e
- Garantia de espaços para educação permanente e formação das ESB para o SUS.

➤ **Valorização da Medicina de Família e Comunidade na APS**

- Reconhecimento e valorização da Medicina de Família e Comunidade como especialidade médica central para o estabelecimento de uma equipe ESF multiprofissional qualificada;
- Valorização da Medicina de Família e Comunidade na formação médica, na gestão do SUS e na produção de pesquisas;

- Superação das limitações do modelo cartesiano com valorização do paradigma sistêmico na formação e na prática da Medicina de Família e Comunidade;
- Valorização da abordagem centrada na pessoa, abordagem familiar, abordagem comunitária e colaboração interprofissional na formação de médicos e médicas de família e comunidade;
- Valorização das políticas de provimento no âmbito da APS, com médicos de família e comunidade;
- Ampliação progressiva do número de médicos de família e comunidade por meio da formulação e manutenção de políticas de Estado nas esferas federal, estadual e municipal para responder às necessidades de atenção do país;
- Expansão e valorização dos programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade como padrão-ouro da formação na área;
- Estabelecimento de um plano de cargos, carreira e salários com estabilidade financeira e salários dignos para fixar os MFC nas equipes de saúde da família;
- Valorização dos médicos que atuam na APS há mais de quatro anos com apoio para titulação como especialistas em MFC por meio de Prova de Títulos; e
- Valorização do desenvolvimento profissional contínuo dos MFC por meio da educação permanente e da educação continuada, de forma presencial e/ou à distância.

➤ **Valorização dos NASF no apoio às equipes da ESF**

- Reconhecimento do papel fundamental do NASF no fortalecimento das equipes multiprofissionais na APS e da ESF;
- Retomada do financiamento e ampliação dos NASF;
- Fortalecimento das ações dos NASF no apoio matricial, educação permanente e gestão clínica do cuidado; e
- Definição com especificações técnicas da conformação das equipes multiprofissionais do NASF em conformidade com as necessidades territoriais locais.

➤ **Fortalecimento da educação permanente no âmbito do território das equipes de Saúde da Família**

- Desenvolvimento de ações de educação permanente dos profissionais de saúde, gestores e usuários para o fortalecimento da gestão participativa dos serviços de saúde envolvendo a população e suas organizações na condição de sujeitos ativos da definição das ações de saúde;
- Desenvolvimento de processo de formação e educação permanente para priorização do trabalho do agente comunitário em saúde com ênfase na orientação comunitária, territorial e cultural;

- Educação permanente de gestores e profissionais da APS para o desenvolvimento da atenção a condições crônicas com ênfase em uma concepção de organização da rede de serviços que permita o cuidado integral à saúde, melhoria da prática clínica, vigilância em saúde, gestão de casos complexos, ações intersetoriais e inclusão do autocuidado apoiado; e,
- Desenvolvimento de ações de educação permanente dos profissionais de saúde para o desenvolvimento do planejamento situacional, que atualmente é pouco utilizado no âmbito da APS, mesmo sendo uma importante ferramenta de gestão e organização da APS.

➤ **Coordenação do cuidado: atributo da APS com garantia de acesso na rede integrada e integral conforme necessidade**

- Estabelecimento das equipes ESF/APS como serviços de primeiro contato, porta aberta e resolutive, com função de filtro, gatekeeper, para acesso e garantia de cuidado nos demais serviços conforme necessidades;
- Construção de viabilidade operacional com desenvolvimento de estratégias para efetivar a equipe ESF/APS, coordenadora do cuidado nas redes regionalizadas do SUS;
- Organização das redes de cuidado para evitar a fragmentação, garantir a completude do cuidado e potencializar a capacidade de resolver os problemas com funções de coordenação bem atribuídas, de modo a que pacientes não sejam obrigados a fazer percursos circulares não resolutivos, enfrentar barreiras burocráticas que ocasionam perda de oportunidade e agravamento da enfermidade, colocando em risco a vida dos pacientes;
- Coordenação do cuidado multiprofissional na equipe da ESF e na rede de saúde, estabelecendo as atribuições de cada profissional no atendimento compartilhado de cada condição de saúde;
- Articulação da equipe da ESF com as centrais de regulação para agilizar fluxos e tempos de espera nos encaminhamentos aos serviços especializados e assegurar que o cuidado ao usuário prestado pela APS seja complementado em seu trânsito pelo SUS, promovendo a integralidade das intervenções e, sobretudo, acesso seguro aos demais níveis de atenção;
- Fomento ao desenvolvimento de estratégias informadas por experiências exitosas para redução da fragmentação e melhoria da coordenação do cuidado a partir da atenção primária e de sua comunicação com os demais pontos da rede de atenção;
- Redução das barreiras de colaboração interorganizacional na prestação de serviços e da prática clínica;
- Promoção de estratégias de diálogo rotineiro entre profissionais e serviços responsáveis pelo cuidado de usuários com necessidade de cuidado por diversos profissionais e serviços; e
- Elaboração de diretrizes, normas e protocolos de cuidado segundo riscos, vulnerabilidades e agravos com garantia de acesso a uma rede assistencial orientada e coordenada pela APS.

### ➤ **Atenção resolutiva às condições crônicas de saúde na Atenção Primária à Saúde**

- Valorização do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) de modo a ampliar a capacidade institucional no cuidado dispensado pelas equipes e consolidar a rede de atenção de forma efetiva e eficiente;
- Fomento à atuação das equipes de Saúde da Família no enfrentamento às condições crônicas, com investimento no desenvolvimento de ações de vigilância e de promoção da saúde e estímulo aos hábitos de vida saudáveis em todos os ambientes, incluindo a escola, o trabalho e a comunidade;
- Realização de ações com enfoque nos principais fatores de risco para a ocorrência de doença crônica, com ênfase em cessação do tabagismo, adoção da alimentação saudável, prática de atividade física regular, redução da ingestão de bebidas alcoólicas, realização de rastreamento para problemas de saúde relevantes e associados à história familiar e promoção da qualidade do sono; e
- Incentivo ao autocuidado apoiado com a colaboração entre a equipe de saúde, especialistas, familiares e usuários, valorizando os aspectos culturais na tomada de decisão sobre seus problemas de saúde de modo a garantir a qualidade do cuidado.

### ➤ **Incorporação crítica de recursos de telessaúde na APS**

- Integração das ações de telessaúde no âmbito da APS de forma ascendente desde a unidade básica até a esfera federal;
- Articulação das ações do telessaúde às práticas e saberes da APS existente em cada território, condicionada às necessidades da comunidade;
- Organização de um modelo de gestão das ações de telessaúde vinculado à estruturação das redes assistenciais de saúde, viabilizando acesso à atenção especializada, telediagnóstico e segunda opinião;
- Estabilidade do financiamento das ações de telessaúde no âmbito do SUS;
- Estruturação de amplo processo de capacitação das equipes de Saúde da Família para a realização de teleconsultas em APS, garantindo privacidade e qualidade sem substituir o necessário contato presencial;
- Adensamento da estrutura tecnológica com equipamentos tais como celulares, computadores com câmera e microfones e redes de conectividade, que permitam aperfeiçoar diagnósticos e atividades de telessaúde na APS;
- Fomento à implantação das ações de telessaúde de modo integrado ao processo de informatização das UBS; e
- Construção de parâmetros de avaliação da qualidade dos serviços de telessaúde no âmbito da APS.

➤ **Organização do sistema de assistência farmacêutica na APS com garantia de acesso aos medicamentos necessários**

- Garantia de acesso aos medicamentos necessários melhorando a resolutividade dos serviços de atenção primária;
- Organização e planejamento de compra de medicamentos para dispensação nas UBS e Farmácias Municipais conforme necessidades populacionais;
- Educação permanente para o uso racional e seguro de medicamentos, principalmente para populações envelhecidas e com multimorbidade para as quais a interação de medicamentos aumenta com risco elevado de iatrogenia ; e
- Expansão do Programa Farmácia Popular, visando a facilitar o acesso da população com condições crônicas de saúde, inclusive as associadas à Covid Longa.

➤ **Atenção aos problemas de saúde mental e abordagem das diferentes formas de violência na APS**

- Apoio à capacitação e educação permanente dos profissionais à assistência aos problemas relacionados à saúde mental e violência;
- Garantia de apoio matricial para o cuidado em saúde mental na APS
- Fortalecimento da rede integrada de assistência em saúde mental;
- Incentivo às ações de prevenção da violência no território e promoção da cultura de paz;
- Implementação da Reforma Psiquiátrica e de uma Política de Drogas que garanta a inclusão social, a ressocialização e o cuidado em liberdade;
- Fortalecimento do rastreio, vigilância e encaminhamento dos indivíduos em situação de violência e vulnerabilidade pela APS no SUS; e,
- Identificação de todas as formas de discriminação de etnia, raça/cor, gênero, e desenvolvimento de estratégias para enfrentar o racismo estrutural e suas expressões em desigualdades de acesso à saúde e direito à vida.

➤ **A APS e a pandemia de Covid-19 no Brasil**

- Fortalecimento da vacinação contra a Covid-19 simultânea à manutenção do calendário vacinal de rotina e recuperação da cobertura vacinal;
- Garantia de oferta continuada de EPI para os trabalhadores das UBS;
- Garantia de equipamentos e conectividade nas UBS que assegurem a inclusão de Tecnologias digitais de Informação e Comunicação em Saúde (TICs) para viabilizar as tele consultas,

tele consultorias e o tele monitoramento dos usuários;

- Fortalecimento e expansão do teleatendimento e do desenvolvimento de planilhas eletrônicas para apoiar as ações de vigilância em saúde de modo a identificar os indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e propiciar respostas efetivas no cuidado integral de saúde;
- Combate à disseminação de notícias falsas e infodemia;
- Priorização da abordagem matricial de temáticas para implantar ações de educação em saúde nos territórios, em articulação com redes de apoio comunitárias e de ações ou programas sociais, utilizando abordagem comunicativa territorial e dispositivos tais como rádios comunitárias, grupos de mensagens, carro de som, entre outros, bem como articulações com lideranças locais;
- Incentivo à vigilância epidemiológica e fortalecimento do rastreamento genômico com investimento em capacitações e tecnologias;
- Elaboração e implantação de novos fluxos e rotinas na unidade visando à prevenção de doenças como a Covid-19;
- Reorganização da gestão do cuidado para a atenção aos sintomáticos respiratórios e monitoramento dos casos;
- Reprogramação das demandas das agendas do monitoramento das condições crônicas e agudas de saúde com garantia de acesso;
- Elaboração de protocolos para o atendimento aos casos de Covid longa; e
- Intensificação das ações conjuntas com a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência para atendimento aos usuários com sequelas de Covid-19.

## 6.2 AGENDA DE PESQUISA EM APS NO SUS

### **Fomento ao desenvolvimento e divulgação de resultados de pesquisas sobre a implantação da APS com prioridade para as seguintes temáticas:**

- Análise da integração da vigilância em saúde na APS por meio de aprendizados gerados a partir da experiência durante a pandemia, de forma a orientar a formulação de diretrizes e desenhar novos modelos para ação integrada;
- Impactos da nova modalidade de financiamento do Previner Brasil no financiamento municipal, nos processos de trabalho, na conformação de equipe ESF e nos NASF;
- Avaliação de novas formas de cuidado com aceleração no uso de TICs, i.e., contatos por celular, internet, tele cuidado, considerando a facilitação do acesso e comunicação, as questões de privacidade e qualidade e os interesses comerciais envolvidos;
- Ampliação de ações de atenção integral e fortalecimento da coordenação do cuidado em re-

des integradas;

- Avaliação da efetividade de ações e programas de educação permanente dos profissionais e gestores para compreensão dos problemas e das necessidades em saúde individuais e coletivas e para o planejamento local das ações de saúde;
- Análise do protagonismo das organizações comunitárias para fortalecimento da consciência sanitária coletiva, orientada pela determinação social do processo saúde-doença, pela concepção ampliada de saúde, pelo cuidado territorializado e pelo enfoque comunitário com maior participação no planejamento de ações em saúde;
- Desenvolvimento de inovações tecnológicas relativas à estrutura dos serviços de APS, com ênfase no acesso à internet, celulares, computadores e ferramentas informacionais;
- Desenvolvimento de inovações relacionadas à organização dos processos de trabalho e aos modos de operação das ações de vigilância em saúde e de assistência no âmbito da APS junto às comunidades, favorecendo a participação e otimização do uso dos equipamentos sociais;
- Sistematização de experiências de participação do ACS na promoção à saúde, com particular atenção àquelas postas em curso no contexto da COVID-19;
- Avaliação do trabalho do ACS tendo como parâmetros de referência a continuidade da atenção, o enfoque comunitário e a integralidade;
- Documentação de iniciativas locais frente à Covid-19 e lições aprendidas sobre organização processo de trabalho, mobilização, apoio social;
- Impactos da Covid-19 na continuidade dos cuidados;
- Estudos de demanda por Covid-19 Longa para orientar processos de trabalho interprofissional na APS;
- Coordenação e integração da APS na rede por meio da comparação de experiências, modelos e estratégias de integração da APS com a atenção especializada, incluindo transporte sanitário;
- Orientação comunitária das equipes: desafios e aprendizados na pandemia;
- Impactos da abolição dos NASF no trabalho interprofissional;
- Práticas avançadas de enfermagem na APS;
- Provimento de médicos em áreas remotas e desfavorecidas, incluindo a comparação entre o Programa Mais Médicos e o Programa Médicos Pelo Brasil;
- Investigação dos efeitos da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) na constituição de redes de atores e interesses envolvendo gestores municipais, corporação médica, empresas médicas; relações público-privadas;
- Avaliação de diferentes modalidades de gestão pública em saúde, em comparação a modelos de terceirização e privatização;

- Estudos e pesquisas em diferentes perspectivas metodológicas que possam produzir indicadores comparativos para avaliar a eficiência dos modelos de gestão da APS;
- Estudos sobre indicadores de saúde bucal consoantes com a Política Nacional de Saúde Bucal com ênfase na APS-ESF;
- Análise da proporção do número de equipes de saúde bucal (ESB) em relação ao número de equipes de saúde da família (ESF) sobre a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde bucal na APS-ESF;
- Pesquisas sobre a integração ensino-serviço-comunidade na formação de cirurgiões-dentistas com ênfase nos estágios supervisionados curriculares na ESF e na educação permanente;
- Estudos sobre a APS-ESF como coordenadora do cuidado na rede de atenção à saúde bucal;
- Ações de promoção da saúde, de controle do tabaco e do abuso de álcool, da redução da inatividade física, de adoção de alimentação e hábitos saudáveis de vida.



## REFERÊNCIAS

AKBARI, A.; MAYHEW, A.; AL-ALAWI, M. A.; GRIMSHAW, J.; WINKENS, R.; GLIDEWELL, E. *et al.* Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 3, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005472>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005471/abstract> . Acesso em: 30 de março de 2022.

ALLEN, S. 2019 Global health care outlook: Shapping the future. **Deloitte**, 9 jan. 2019. Disponível em: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf> . Acesso em: 31 de março de 2022.

ALMEIDA, E. R.; MEDINA, M. G. A gênese do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na agenda da atenção primária brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. e00310820, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005472>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/1678-4464-csp-37-10-e00310820.pdf> . Acesso em: 29 de março de 2022.

ANDERS, R. L. Engaging nurses in health policy in the era of COVID-19. **Nursing fórum**, v. 56, n. 1, p. 89-94, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/nuf.12514>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nuf.12514> . Acesso em: 29 de março de 2022.

ANDERSSON, J.; BENGT, A.; AXELSSON, S. B.; ERIKSSON, A.; AXELSSON, R. Organizational approaches to collaboration in vocational rehabilitation – An international literature review. **International Journal of Integrated Care**, v. 11, n. 11, p. 1-10, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.670>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3225240/> . Acesso em: 27 de março de 2022.

ANDERSON, M.I.P.; RODRIGUES R. D. Medicina de Família e Comunidade, Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família: Relações, Desafios e Potencialidades. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_MedicinaFamiliaComunidade.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_MedicinaFamiliaComunidade.pdf) . Acesso em: 16 mar. 2022.

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A.; SOUSA, M. F. Estratégia de Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: **MedBook**; 2014. p. 353-71.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health** (1971), v. 99, p. 87-93, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19008516/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciênc. saúde colet**, v. 22, n. 3, p. 953-963, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.15542016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y6h-5vh89YT3zGHwwqMBLrvj/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 29 de março de 2022.

ARTICULATION FEMINISTA MARCOSUR. Movimentos sociais e populares formam redes de solidariedade para enfrentar o coronavírus, 2020. Disponível em: <https://www.mujaeresdelsur-afm.org/movimentos-sociais-populares-redes-solidariedade-coronavirus-covid19/> . Acesso em: 30 mar. 2022.

ASSIS, W.D.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; SÁ, L. D. Work process of the nurse who works in child care in family health units. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 38-46, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5KgWgYyJQ9L8y-5QvgDNkWsH/?lang=pt> . Acesso em: 29 de março de 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-SEÇÃO RS [ABEn]. **Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS) da ABEn-Seção RS. Reflexões sobre o escopo do trabalho da enfermeira na atenção primária à saúde: contribuições do grupo de estudo do DAPS-ABEnRS**. In: Ferreira, S. R. S.;

Mai, S.; Périco, L. A. D.; Micheletti, V. C. D.; Rosa, J.S. (Orgs.). Porto Alegre: Associação Brasileira de Enfermagem, 2020. Disponível em: [https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/E-book\\_DAPS-ABEn-RS.pdf](https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/E-book_DAPS-ABEn-RS.pdf) . Acesso em: 30 mar. 2022.

AUSCHRA, C. Barriers to the Integration of Care in Inter-Organisational Settings: A Literature Review. *International Journal of Integrated Care*, v. 18, n. 1, p. 1-14, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.3068>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5887071/> . Acesso em: 27 de março de 2022.

BARATIERI, T. & MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n. 3, p.549-57, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/9f4XnwPdFPqxmcTwjxHfkyQ/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 29 de março de 2022.

BARBIANI, R.; DALLA NORA, C. R.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: scoping review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p. 1-12, 2016. DOI: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/DC6TjSkqn-j7KhMQL4pkMS9f/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

BARBOSA, A. C. Q.; SILVA JUNIOR, A. G. S.; TURCI, M.A.; MENDES, P. S. Eficiência e Gestão Pública em Saúde na APS. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_EficienciaGestao\\_APSdocx.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_EficienciaGestao_APSdocx.pdf) . Acesso em: 15 mar. 2022.

BARBOSA, A. C. Q. (Coordenação Geral) Saúde da família no Brasil: situação atual e perspectivas – Estudo Amostral 2008 / Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento da Implantação das Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília: DAB/UFMG, 2008 (relatório final).

BARBOSA, A. C. Q. Proposição de Metodologia de Avaliação de Resultados e Desempenho das Unidades Básicas e Satisfação dos Usuários de Atenção Primária à Saúde. Um desenho elaborado a partir de Cidades de Minas Gerais. Belo Horizonte: UFMG/CNPq, 2006. ISBN 978-85-60500-03-1 (estudo realizado através do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT nº 023/2006).

BARBOSA, A. C. Q. Recursos Humanos e Vínculos Profissionais Análise Descritiva em Hospitais de Pequeno Porte do Brasil. Belo Horizonte: UFMG, 2015 (tese de professor titular).

BARBOSA, A. C. Q.; KEMPER, E.; MENDES, P. S.; REHEM, R.; TASCA, R. Eficiência na produção de serviços em saúde e a escolha do método de avaliação – Um estudo em hospitais materno-infantis brasileiros. Brasília: OPAS, 2020.

BARROS, SG; MEDINA, MG; CARCERERI, D. L. *et al.* **Atenção primária e saúde bucal: as evidências de sua implementação no Brasil**. In: CHAVES SCL. (Org.). Política de saúde bucal no Brasil: teoria e prática. Salvador: EDUFBA; 2016, p. 173-201. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/5smtc/07> . Acesso em: 30 de março de 2022.

BODENHEIMER, T. Coordinating care - a perilous journey through the health care system. **N Engl J Med**, v. 358, p. 1064-71, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMhpr0706165>. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmhpr070616> . Acesso em: 27 de março de 2022.

BONFIM, D; GAIDZINSKI, R. R.; SANTOS, F. M.; GONÇALES, C. S. *et al.* Identificação das intervenções de enfermagem na Atenção Primária à Saúde: parâmetro para o dimensionamento de trabalhadores. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1462-70, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reesp/a/FdXg8v7FfJ9B-JpstYMZPvyK/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

BOOTHROYD, R. A.; EVANS, M. E.; CHEN, H.J.; BOUSTEAD, R.; BLANCH, A. K. An exploratory study of conflict and its management in systems of care for children with mental, emotional, or behavioral problems and their families. **Journal of Behavioral Health Services & Research**, v. 42, n. 3, p. 310-23,

2015. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11414-014-9448-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11414-014-9448-1>. Acesso em: 27 de março de 2022.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; MEDINA, M.G.; MENDONÇA, M.H.M.; FACCHINI, L.A.; TASCA, R.; NEDEL, F.; LIMA, J. G.; MOTA, P. H. S.; AQUINO, R. Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: **Rede de Pesquisa em APS Abrasco**. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/08/30/relatorio-completo-da-pesquisa-desafios-da-ab-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/>. Acesso em: 12.01 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto de apoio à implantação e consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil. Brasília, 2001. Mimeo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 72 p.: il.– (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Roteiros.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao\\_normativa\\_programa\\_saude\\_familia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_normativa_programa_saude_familia.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, (DF): Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. Disponível em: [http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio\\_ObservaRH/ENSPSAFIOCRUZ/dinamica\\_graduacoes.pdf](http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/ENSPSAFIOCRUZ/dinamica_graduacoes.pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ\\_2010.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/MCQ_2010.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dez, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de

Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) . Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 436 p. – (CONASS Documenta, 23) ISBN 978-85-8071-004-5 Sistema de Saúde I. Planificação da A. Disponível em: [https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd\\_23.pdf](https://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_23.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_acoes\\_enfrent\\_dcnt\\_2011.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 3.124, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012: Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124\\_28\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html) . Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.654, DE 19 DE JULHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília; 2012a. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília; 2012(b). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq> . Acesso em: 30 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado\\_pessoas%20doencas\\_cronicas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 de abril de 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483\\_01\\_04\\_2014.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm) . Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde - Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) . Acesso em: 22 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica,

no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2017; 22 set. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil. Diário Oficial da União 2019; 1º ago. Disponível em: <https://www.congressonacional.leg.br/materias/medidas-provisorias/-/mpv/137836>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 13 nov. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2018\\_analise\\_situacao\\_saude\\_doencas\\_agravos\\_cronicos\\_desafios\\_perspectivas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Versão profissionais de saúde e gestores - completa. Brasília: 2020. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps\\_versao\\_profissionais\\_saude\\_gestores\\_completa.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública da Política Nacional de Saúde Suplementar para o Enfrentamento da Covid-19, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/consulta-publica-da-politica-nacional-de-saude-suplementar-para-o-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: 8 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Painéis de Indicadores: Atenção Primária à Saúde. 2021. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/painelsaps/saude-familia>. Acesso em: 20 mar. 2022.

BROCARDI, D. *et al.* Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 130-144, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JTpnpn9rLv-7QyLYwTsc8pDQ/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

CAÇADOR, B. S.; BRITO, M. J. M.; MOREIRA, D. A.; REZENDE, L. C.; VILELA, G. S. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 3, p. 612-26, 2015. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CARALLO, C.; SCAVELLI, F. B.; CIPOLLA, M.; MERANTE, V.; MEDAGLIA, V.; IRACE, C. *et al.* Management of Type 2 Diabetes Mellitus through Telemedicine. **PLOS ONE**, v. 10, n. 5, p. 1-9, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126858>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126858>. Acesso em: 27 de março de 2022.

CARCERERI, D. *et al.* Formação de profissionais de saúde na APS no contexto de crise sanitária e humanitária. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_Formacao.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Formacao.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

CARDONA JÚNIOR, A.; ANDRADE, C.; CALDAS, L. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 137-141, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.92>.

Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/92>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CARDOSO, L. S. M.; TEIXEIRA, R. A.; RIBEIRO, A. L. P.; MALTA, D. C. Premature mortality due to non-communicable diseases in Brazilian municipalities estimated for the three-year periods of 2010 to 2012 and 2015 to 2017. **Rev Bras Epidemiol**, v. 24, n. suppl 1, p. e210005, 2021. DOI: 10.1590/1980-549720210005.supl.1. PMID: 33886878. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rbepid/2021.v24suppl1/e210005/en/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CARLETTO, A. F.; SANTOS, F. F. A atuação do dentista de família na pandemia do covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. **Physis (Rio J.)**, v. 30, n. 3, p. e300310, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300310>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Kx69PrD3wbpT686zCF56px-p/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CARLONI, P. R.; BORGES, F. A.; STOFEL, N. S.; OGATA, M. N.; RÉZIO, L. A.; PAIVA, A. T. Percepções de estudantes sobre o trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev RENE**, v. 22, n. e61209, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/56713>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CARVALHO, A. L. B.; OUVENEY, A. L. M.; CARVALHO, M. G. O.; MACHADO, N. M. S. Enfermeiros (as) gestores (as) no Sistema Único de Saúde: perfil e perspectivas com ênfase no Ciclo de Gestão 2017- 2020. **Cien Saude Colet**, v. 25, n. 1, pp. 211-222, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29312019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HJyg7VbQhQ3WGn-RYYHYnBwy/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: IBAM/FASE, 1995.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILLI, P.R.N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 968- 977, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/m5DmjwxQpJwCwbDVWDpGd6P/?lang=en>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CETIC BR. 2020 Annual Report Cetic.br. Regional Center for Studies on the Development of the Information Society (Cetic.br). Brasil, São Paulo, 2020. 76 pg. Disponível em: [https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/9/20210531120833/Annual\\_Report\\_Cetic2020.pdf](https://www.cetic.br/media/docs/publicacoes/9/20210531120833/Annual_Report_Cetic2020.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

CHRISTENSEN, J. K. Does telecare improve interorganizational collaboration? **International Journal of Integrated Care**, v. 16, n. 4, p. 1-10, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2462>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5354204/>. Acesso em: 27 de março de 2022.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 24, Sup 1, p. S7-S27, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3gfC4HQzBnfprcdP8793hJf/?lang=pt>. Acesso em: 30 de março de 2022.

COOPER, M.; EVANS, Y.; PYBIS, J. Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. **Child: Care, Health & Development**, v. 42, n.3, p. 325-42. DOI: <https://doi.org/10.1111/cch.12322>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cch.12322>. Acesso em: 27 de março de 2022.

COSTA, R. H. S.; COUTO, C. R. O.; SILVA, R. A. R. Prática clínica do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 9-18, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583410841>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/10841>. Acesso em: 30 mar. 2022.

CRUZ, P. J. S. C.; SILVA, M. R. F.; ACIOLI, S. Educação Popular em Saúde na construção da Abordagem Comunitária na Atenção Primária à Saúde: aspectos conceituais e desafios diante da pandemia de

COVID-19. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/02/NT\\_EducacaoPopular.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/02/NT_EducacaoPopular.pdf) . Acessado em 16/03/2022.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S.; SEIDL, H. M.; BRANDÃO, P. S. O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: Mendonça, M. H. M.; MOTTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 337-368. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/atencao-primaria-saude-no-brasil-conceitos-praticas-e-pesquisa> . Acesso em: 30 mar. 2022.

DAVID, G. C. **Atenção primária nos municípios brasileiros entre 2007-2010: desempenho, gasto, eficiência e disparidades**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: Universidade de Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/18836> . Acesso em: 30 mar. 2022.

DELAMAIRE, M. L. & LAFORTUNE, G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. **OECD Health Working Papers**, n. 54, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en>. Disponível em: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles\\_5kmbrcfms5g7-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/nurses-in-advanced-roles_5kmbrcfms5g7-en) . Acesso em: 30 mar. 2022.

DIAS, R. H. Eficiência da atenção primária à saúde nos municípios brasileiros. 2010. 50f. Dissertação (Mestrado em Economia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/8364> . Acesso em: 30 mar. 2022.

DOBSON, R.; WHITTAKER, R.; JIANG, Y.; SHEPHERD, M.; MADDISON, R.; CARTER, K.; CUTFIELD, R.; MCNAMARA, C.; KHANOLKAR, M.; MURPHY, R. Text message-based diabetes selfmanagement support (SMS4BG): study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 17, n. 179, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1185/s13063-016-1305-5>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s13063-016-1305-5> . Acesso em: 27 de março de 2022.

DOURADO, I.; OLIVEIRA, V. B.; AQUINO, R.; BONOLO, P. *et al.* Trends in primary health care-sensitive conditions in Brazil: the role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). **Medical Care**, v. 49, n. 6, p. 577-584, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fc39f>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21430576/> . Acesso em: 30 mar. 2022.

DUNLOP, C.; HOWE, A.; LI, D.; ALLEN, L. N. *et al.* The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open**, v. 4, n. 1, p. 1-3, 2020. DOI:10.3399/bjgpopen20X101041. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31992543/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: TRINDADE, N.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (Orgs.) **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Ed Fiocruz, 2005.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. *et al.* Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 669-681, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/F4669QDPYxF5gx474wD-fr6v/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate | Rio De Janeiro**, v. 42, número Especial 1, p. 208-223, setembro, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E. Desafios e Perspectivas no Cuidado às Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_AtenCondicoesCronicas.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_AtenCondicoesCronicas.pdf) . Acesso em: 30 mar. 2022.

FACCHINI, L. A.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Acesso e Qualidade na Atenção Básica Brasileira: Análise

comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo: **Oikos**, 2021. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/site/wp-content/uploads/2021/11/FINAL-Acesso-e-qualidade-na-atenção-básica-E-book.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.

FERREIRA, S. R. S.; MAI, S.; PÉRICO, L. A. D.; MICHELETTI, V. C. D. O processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia do novo coronavírus- SARS-Cov-2. In: TEODÓSIO, S. S. S. & LEANDRO, S. S. (Orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. Brasília, DF: ABEn/DEAB, 2020. p.19-26. DOI: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c03>. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e3-atencaobasica-cap3.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet], v. 71, n. (Suppl. 1), p. 704-709, 2018.

FONSECA, A. F.; MOROSINI, M. V. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_ACS-.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_ACS-.pdf) . Acesso em: 30 mar. 2022.

FRANCO, T. A. V.; DAL POZ, M. R. A participação de instituições de ensino superior privadas na formação em saúde no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, p. 1017-1037, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00163>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/59Nm46SG-6JSyLQTrN8P6tpl/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

FREITAS, C. M. **A vigilância da saúde para a promoção da saúde**. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (ORGS). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 141-159.

FRENTE PELA VIDA. **Plano de Enfrentamento à Covid-19**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://frentepelavida.org.br> . Acesso em: 30 mar. 2021

GALAVOTE, H.S.; ZANDONADE, E.; GARCIA, A. C. P.; FREITAS, P. S. S.; SEIDL, H.; CONTARATO, P.C. *et al.* O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.

GARCIA, P.A. Análise crítica do ano de 2016 e as consequências para a saúde pública do Brasil. **UNIESP Revista**, 2019. Disponível em: <https://uniesp.edu.br/sites/biblioteca/revistas/20190718164740.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; ALMEIDA, P. F.; MELO, E. A. *et al.* Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 10, p. e00178619, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00178619. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jksZTLfMgttwRhjLbgVxzkk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; LIMA, J. G.; MOTA, P. H. S.; NEDEL, F.; MEDINA, M. G.; MENDONÇA, M. H. M.; FACCHINI, L. A.; AQUINO, R. Relatório Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco**. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Outubro de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/08/30/relatorio-completo-da-pesquisa-desafios-da-ab-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus/> . Acesso em: 30 mar. 2022.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? In: GIOVANELLA, L. & MENDONÇA, M. H. M. Rio de Janeiro: **CEBES**, 2012. 96 f. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATENÇÃO-PRIMÁRIA-À-SAÚDE.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.

GIOVANELLA L.; MENDONÇA M. H. M. de et. al. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella, L. (org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/04/cap16-APS-Giovanella-Mendonca.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.



GIOVANELLA, L. *et al.* Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 126, p. 895-901, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012623>>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GODOI, H.; MELLO, A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 318-332, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084513>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hRKRwDRnq3cyqYKSMvTPmRv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GONDIM, G.M.M. & MONKEN, M. O uso do território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M.H.M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (orgs). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/atencao-primaria-saude-no-brasil-conceitos-praticas-e-pesquisa>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GUAN, I.; KIRWAN, N.; BEDER, M.; LEVY, M.; LAW, S. Adaptations and Innovations to Minimize Service Disruption for Patients with Severe Mental Illness during COVID-19: Perspectives and Reflections from an Assertive Community Psychiatry Program. **Community Mental Health Journal**, v. 57, n. 1, p. 10-17, 2021. DOI: 10.1007/s10597-020-00710-8. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32930903/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GUANAIS, F. C. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998-2010. **Am J Public Health**, v. 103, n. 11, p. 2000-6, 2013. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301452r. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3828713/pdf/AJPH.2013.301452.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

GUIMARÃES, F.G.; CARVALHO, T. M. L.; BERNARDES, R. M.; PINTO, J. M. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.128>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128>. Acesso em: 30 mar. 2022.

HADDAD A.; SILVA, D.; MONTEIRO, A.; GUEDES, T.; FIGUEIREDO, A. Follow up of the Legislation Advancement Along the Implementation of the Brazilian Telehealth Programme. **Journal of the International Society for Telemedicine and EHealth**, v. 4, n. e11, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://journals.ukzn.ac.za/index.php/JISfTeH/article/view/141>. Acesso em: 30 mar. 2022.

HADDAD, A.E.; FREITAS, A. S.; SANTOS, A. A.; MARTINS NETTO, C. A.; ANDRADE, L. R.; COUTO, L. C. D.; ARRUDA, M. M.; FONTELES, R. R.; LOPES, S. R. S. (Org.). Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. 1ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

HANSSON, J.; ØVRETVEIT, J.; ASKERSTAM, M.; GUSTAFSSON, C.; BROMMELS, M. Coordination in networks for improved mental health service. **International Journal Integrated Care**, v. 10, n. 3, p. 1-9, 2010. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.511>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc2948678/>. Acesso em: 27 de março de 2022.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCA Tool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública [ENSP Impresso]**, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DkgkBVrBmTvfJ4VjGbxNxtN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; SILVA, L.M.V. Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro. **Editores FIOCRUZ**. 410 p. ISBN: 978-85-7541-162-9. 2008. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/meta-avaliacao-da-atencao-basica-saude-teoria-e-pratica>. Acesso em: 30 mar. 2022.

KLOETZEL, K.; BERTONI, A. M.; IRAZOQUI, M. C.; CAMPOS, V. P. G. *et al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde I - A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 623-628, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZWHPf6Ww5h4BrFnTNhCN5hm/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

KOSTER, I. O exercício profissional da enfermagem no âmbito da atenção primária à saúde no Brasil. 2019. 288f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/48874> . Acesso em: 30 mar. 2022.

KREIN, J.D. & COLOMBI, A. P. F. A reforma trabalhista em foco: desconstrução da proteção social em tempos de neoliberalismo autoritário. **Educação & Sociedade**, v. 40, p. 1-18, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302019223441>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/X9zPP8bXj-jvTHTXK4wYqszk/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

KRIPALANI, S.; LEFEVRE, F.; PHILLIPS, C. O.; WILLIAMS, M. V.; BASAVIAH, P.; BAKER, D. W. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. **JAMA**, v. 297, p. 831-41, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17327525/> . Acesso em: 30 mar. 2022.

KROEGER, A. & LUNA, R. 1987. **Atención primaria de salud: principios y métodos**. Opas: Organización Panamericana de la Salud, 1987. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3101> . Acesso em: 30 mar. 2022.

KEMPER, E. S.; TASCA, R.; HARZHEIM E.; JIMÉNEZ, J. M. S.; HADAD, J.; SOUSA, M. F. Cobertura universal de saúde e o Programa Mais Médicos no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, v. 42, n. 07, p. 1-5. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e1/pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

LAURANT, M.; REEVES, D.; HERMENS, R.; BRASPENNING, J.; GROU, R.; SIBBALD, B. Substitution of doctors by nurses in primary care. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 18, n. 2, 2005. DOI: 10.1002/14651858.CD001271.pub2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15846614/> . Acesso em: 30 mar. 2022.

LING, T.; BRERETON, L.; CONKLIN, A.; NEWBOULD, J.; ROLAND, M. Barriers and facilitators to integrating care: Experiences from the English integrated care pilots. *International Journal of Integrated Care*, v.12, n. 15, p. 1-12, 2012. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.982>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3601528/> . Acesso em: 27 de março de 2022.

LUCENA, E. H. G.; LUCENA, C. D. R. X.; ALEMÁN, J. A. S.; PUCCA JÚNIOR, G. A. *et al.* Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Rev. Saúde Pública**, v.54, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002075>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Dn9JqCkMGc4bPxPCPGGrkhLC/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 30 mar. 2022.

LUCENA, E. H. G.; JÚNIOR, G. A. P. & SOUSA, M. F. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil no contexto do Sistema Único de Saúde. **Tempus – Actas De Saúde Coletiva**, v. 5, n. 3, p. 53-63, 2011. DOI: <https://doi.org/10.18569/tempus.v5i3.1042>. Disponível em: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1042> . Acesso em: 30 mar. 2022.

LYNGSØ, A. M.; GODTFREDSSEN, N. S.; FRØLICH, A. Interorganisational integration: Healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the Danish healthcare system. *International Journal of Integrated Care*, v. 16, n. 1, p. 1-10, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5334/ijic.2449>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015550/> . Acesso em: 27 de março de 2022.

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. L. P. C.; CARNEIRO, R. A. S.; SOUZA, E. A. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, n. suppl. 2, p. 4185-4195, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413->

812320202510.2.28102020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tg-fYppqBb/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MACINKO, J.; SOUZA, M. F. M.; GUANAIS, F. C.; SIMÕES, C. C. S. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the Family Health Program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social Science & Medicine**, v. 65, n. 10, p. 2.070-2.080, 2007. DOI: 10.1016/j.socscimed.2007.06.028. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17689847/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MACINKO, J.; OLIVEIRA, V. B.; TURCI, M. A.; GUANAIS, F. C. *et al.* The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care-Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999-2007. **American Journal of Public Health (1971)**, v. 101, n. 10, p. e1-e8, 2011. DOI: 10.2105/AJPH.2010.198887. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21330584/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MACINKO, J. & MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, número Especial 1, p. 18-37, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kr7jdgR-FHmdqnMcP3GG8JTB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MACINKO, J.; GUANAIS, F.C. & SOUZA, M.F. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16361449/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MAGNAGO, C. & PIERANTONI, C. Situation analysis and reflections on the introduction of advanced practice nurses in Brazilian primary healthcare. **Hum Resour Health**, v. 19, n. 90, p.1-13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00632-w>. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-021-00632-w>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M. J. B. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 1, p.123-30, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000100017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/cMqtYP4XYqDCyDw94qD4Bhb/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H.M. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. 1-5, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00149720. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MEDINA, M. G & HARTZ, Z. M. A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p.1153-1167, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000500022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q7bynGHq3DbnrDmxgYBDBvc/abstract/?lang=en>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MEDINA, M. G. *et al.* A pesquisa em atenção primária à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L. (orgs). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/atencao-primaria-saude-no-brasil-conceitos-praticas-e-pesquisa>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MELLO, A. L. S. F.; ANDRADE, S. R.; MOYSÉS, S. J.; ERDMANN, A. L. Saúde bucal na rede de atenção e processo de regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 01, p. 205-214, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.1748>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BXxCRHVzt4psGjN65BHDMYM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MELO, E.A.; MENDONÇA, M. H. M.; OLIVEIRA, J. R.; ANDRADE, G. C. L. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde Debate**, n. 42, número especial 1, p. 38-51, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S103. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dL-Sn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 30 mar. 2022.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. OPAS, 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49107>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MENDES, E. V. Os desafios do SUS. Brasília, DF: **CONASS**, 2019. 869p. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1104190/desafios-do-sus.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2022.

MENDES, E. V.; MATOS, M. A. B.; EVANGELISTA, M. J. O.; BARRA, R. P. A construção social da atenção primária à saúde. 2ª ed. Brasília, DF: CONASS, dez. 2019, 192 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MENDES, E. V. **O lado oculto da uma pandemia: a terceira onda ou o paciente invisível** [e-book], 2020. 91 p. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/03/Livro-Terceira-Onda-por-Euge%CC%82nio-Vilac%CC%A7a-Mendes.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MENDONÇA, C. S. APS na Rede Assistencial e Coordenação do Cuidado. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_CoordenacaoRedes.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_CoordenacaoRedes.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

MENDONÇA, M. H. M.; ALVES, M. G. M.; SPADACIO, C. Determinação Social da Saúde e participação social na APS. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/NT\\_DeterminacaoSocial.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/NT_DeterminacaoSocial.pdf). Acessado: 30 mar. 2022.

MICLOS, P. V.; CALVO, M. C. M.; COLUSSI, C. F. Avaliação do desempenho da atenção primária em saúde através da análise envoltória de dados. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1749-63, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3009>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MONEZI, N. S.; JESUS, M. V. N.; OLIVEIRA, L.; SILVA, E. M.; VILELA, M. F. G.; SANTOS, D.S. *et al.* Historical and social construction of the practices of auxiliary nurses and nurse technicians in Primary Care. **Rev Bras de Enferm**, v. 74, n. 2, p. 1-6, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/cNDYhHxyvSz7nfp534mDfCn/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; CHINELLI, F.; CARNEIRO, C. C. G. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA, L.V. & DANTAS, A. V. (Orgs). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fundação Oswaldo Cruz. 2020. p. 93-112. Disponível em: [https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise\\_e\\_pandemia.pdf](https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F. B.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, p. 1-17, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxk-cx3Bd6tGzq6p/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MOROSINI, M. V. G. C. Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33269>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MOURA, B.L.A.; CUNHA, R. C.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 10, n. suppl. 1, p. 83-91, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292010000500008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/z4ntx-gc5MZPF7p9n36pm94z/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

MOYSÉS, S J; SÁ, R F. Planos locais de promoção da Saúde: intersetorialidade(s) construída(s) no território. In: PELICIONI, M C F; MIALHE, F L. **Educação e Promoção da Saúde – Teoria e Prática**. Editora Santos, SP, 2009.

MREJEN, M., ROCHA, R., MILLETT, C.; HONE, T. The quality of alternative models of primary health

care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 4, p. 1-9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100034>. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2667-193X%2821%2900026-0> . Acesso em: 30 mar. 2022.

NARVAI, P.C. Ocaso do 'Brasil Sorridente' e perspectivas da Política Nacional de Saúde Bucal em meados do século XXI. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 175-87, 2020. DOI: 10.18569/tempus.v14i12622. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2622> . Acesso em: 30 mar. 2022.

NAUDERER, T. M. & LIMA, M. A. D. S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 16, n. 5, p. 889-94, 2008. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000500015>. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94779/000667677.pdf?sequence=1&locale-attribute=en> . Acesso em: 30 mar. 2022.

NERY, J. S.; PEREIRA, S. M.; RASELLA, D.; PENNA, M. L. F.; AQUINO, R.; RODRIGUES, L.C.; BARRETO, M. L.; PENNA, G.O. Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. **PLoS Neglected Tropical Diseases (Online)**, v. 8, n. 11, p. 1-7, 2014. DOI: 10.1371/journal.pntd.0003357. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0003357> . Acesso em: 30 mar. 2022.

NERY, J. S.; RODRIGUES, L. C.; RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARREIRA, D.; TORRENS, A.W.; BOCCIA, D.; PENNA, G. O.; PENNA, M. L. F.; BARRETO, M. L.; PEREIRA, S. M. Effect of Brazil's conditional cash transfer programme on tuberculosis incidence. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 21, n. 7, p. 790-796, 2017. DOI: 10.5588/ijtld.16.0599. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28633704/> . Acesso em: 30 mar. 2022.

NICHOLSON, C.; JACKSON, C.; MARLEY, J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world – results of a systematic review. **BMC Health Serv Res**, v. 13, n. 528, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-528>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-13-528#citeas> . Acesso em: 30 de março de 2022.

NICOLELIS, M. A. L. O Comitê Científico de Combate ao coronavírus (C4) do Consórcio Nordeste e a pandemia de COVID-19 no Brasil. In: Planejamento e gestão (coleção covid-19, volume 2). **Conass**, 2020. p. 126-145.

NILSON, L. G. Avaliação de telessaúde para apoio assistencial na Atenção Primária à Saúde [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Florianópolis, SC; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/190251/PGSC0215-T.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 20 fev. 2022.

NUNCIARONI, A. T.; CUNHA, C. L. F.; BORGES, F. A.; SOUZA, I. L. *et al.* Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/NT\\_Enfemagem.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2021/12/NT_Enfemagem.pdf) . Acesso em: 30 mar. 2022.

OLIVEIRA, M. A. *et al.* A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 142-150, 2020.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. OMS - Brasília, 2003. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados\\_inovadores.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidados_inovadores.pdf) . Acesso em: 20 mar. 2022.

OPAS: Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS): Washington:OPAS/OMS, 2007. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31085>

OPAS. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Redes Integradas de Servi-

cios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas, out. 2008.

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. Health at a Glance 2019: OECD Indicators [livro na Internet]. Paris: OECD Publishing; 2019. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Health-at-a-Glance-2019-Chartset.pdf>. Acesso em: 30 de março de 2022.

Organização Pan-Americana de Saúde [OPAS]. Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primária à saúde. Washington, D.C.: OPAS; 2018. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035\\_por.pdf?sequence=6](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34960/9789275720035_por.pdf?sequence=6). Acesso em: 30 mar. 2022.

ØVRETVEIT, J. Does clinical coordination quality and save Money? Volume 1: A summary review of the evidence. **London: The Health Foundation Inspiring Improvement**; jun. 2011. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>. Acesso em: 30 de março de 2022.

PAIM, J. S. Desafios para a saúde coletiva no século XXI Salvador: EDUFBA; 2006. 158 p.

PAIM, J. S. A COVID-19, a Atualidade da Reforma Sanitária e as Possibilidades do SUS. In: Reflexões e Futuro. CONASS: Brasília 2021. (coleção COVID -19, Volume 6) p.310-324.

PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão crítica. Salvador: Editora UFBA; Rio de Janeiro (Editora Fiocruz), 2008.

PATE, J.; FISCHBACHER, M.; MACKINNON, J. Health improvement: Countervailing pillars of partnership and profession. **Journal of Health Organization and Management**, v. 24, n. 2, p. 200-17, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1108/14777261011047354>. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/14777261011047354/full/html>. Acesso em: 27 de março de 2022.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9s-NLHknn6hLBQvr/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PEÑA, C. R. Um modelo de avaliação da eficiência da administração pública através do Método Análise Envoltória de Dados (DEA). **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.12, n.1, p.83-106, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-65552008000100005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rac/a/TdB6TqzwQyBXhB7qQgptsTf/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

PERIFERIA VIVA. Força Tarefa Covid-19 [Internet]. Disponível em: <http://periferiaviva.org.br/>. Acesso em: 01 jul. 2021.

PINTO, L. F. GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWP-JFt6LFk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

PIOLA, S. F.; BENEVIDES, R. P. S.; VIEIRA, F. S. Consolidação do gasto com ações e serviços públicos de saúde: trajetória e percalços no período de 2003 a 2017. IPEA. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/211390/1/1046128132.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

PRADO, N. M. B. L. *et al.* The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, e00183820, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7ws7t-VbWLS7LYk559MBJfLL/?lang=en>. Acesso em: 20 mar. 2022.

RADA, G. M. A.; CHAQUIR, M. S.; VILLEGAS, M. E. L.; MALAVER, L. A. B. La práctica avanzada en enfermería: una oportunidad para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en Colombia. **Revista Cultura del cuidado**, v. 11, n. 1, p. 60–69, 2014. Disponível em: <https://revistas.unilibre>.

[edu.co/index.php/cultura/article/view/3809/3194](http://edu.co/index.php/cultura/article/view/3809/3194) . Acesso em: 30 mar. 2022.

RAMOS, A. L. P., DE SETA, M. H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 4, e00089118, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Gj5gLTGMCMpFvbckxT9J3rG/?lang=pt> . DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00089118>. Acesso em: 30 mar. 2022.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C. A. T.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M. L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet (British edition)**, v. 381, p. 1-9, 2013. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Bolsa%20Familia%20-%20Mortalidade%20Crianças%20Lancet%20Online%20\(1\).pdf](http://www.abrasco.org.br/UserFiles/Image/Bolsa%20Familia%20-%20Mortalidade%20Crianças%20Lancet%20Online%20(1).pdf) . Acesso em: 30 mar. 2022.

RASELLA, D. *et al.* Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. **BMJ**, v. 349, p. g4014-g4014, 2014. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g4014> . Acesso em: 20 mar. 2022.

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 debate**, v. 42, n. spe1, set 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S128>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/KgSv54q6Sj6874xBjR7BL9P/?lang=pt> . Acesso em: 20 mar. 2022.

REEVES, S. *et al.* Interprofessional teamwork for health and social care. **Chichester: Wiley-Blackwell**, 2010.

RIQUINHO, D. L.; PELLINE, T. V.; RAMOS, D. T.; SILVEIRA, M. R. *et al.* O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dificuldade e a potência. **Trab. educ. saúde**, v. 16, p. 163-182, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00086>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/pSkqkSzg9bG39YmZyMzdtwR/abstract/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

ROSA, L.; RIBEIRO, AE; SILVA JUNIOR, MF; PINTO, MHB. Desigualdades regionais nas relações de trabalho e qualificação profissional de cirurgiões dentistas atuantes na Atenção Básica. **Revista Da ABENO**, v. 21, n. 1, p. 1130. 2021. DOI: <https://doi.org/10.30979/revabeno.v21i1.1130>. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1130> . Acesso em: 30 mar. 2022.

ROSSI, T. R. A. *et al.* Crise econômica, austeridade e seus efeitos sobre o financiamento e acesso a serviços públicos e privados de saúde bucal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4427-4436, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25582019>. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/KhWhRCfLcStkZ7j987wcgLs/?lang=pt> . Acesso em: 30 mar. 2022.

RUIZ, D. C.; MARTUFI, V. Posicionamentos sobre a Carteira de Serviços da APS. **Rede APS**, 2019. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2019/09/09/posicionamentos-sobre-a-carteira-de-servicos-da-aps/> . Acesso em: 30 mar. 2022.

RUIZ, D. C.; PERES, A. C. O.; CARCERERI, D. L. Saúde bucal no SUS: reflexões sobre as fortalezas e ameaças à Política Nacional de Saúde Bucal. Nota técnica. Rede APS, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_SaudeBucal.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_SaudeBucal.pdf) . Acesso em: 30 mar. 2022.

SALES, C. M. M.; SILVA, A. I.; MACIEL, E. L. N. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 4, p.1-6, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742020000400011>. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n4/2237-9622-ess-29-04-e2020373.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.

SANTOS, A. F.; MACHADO, A. T. M.; BOUSQUAT, A.; FAUSTO, M.; CURY, G.; ABREU, D. X. Infraestrutura da Atenção Primária à Saúde em municípios brasileiros e municípios rurais remotos: caracterização das condições físicas, assistenciais e de incorporação de tecnologias de informação. Universidade de Minas Gerais, 2021. No prelo.

SANTOS AF. Uma visão do processo de incorporação de tecnologias na rede primária de atenção à saúde no Brasil. **Revista Latinoamericana de Telesalud**, v. 6, p. 112-125, 2019. DOI: 10.32443/2175-2990(2019)309. Disponível em: <http://cetes.medicina.ufmg.br/revista/index.php/rlat/article/view/309>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SANTOS, A. O.; SILVA, J. F.; CATANELI, R. C. B. COVID-19: Respostas em Construção. In: Reflexões e Futuro. VoCONASS: Brasília, 2021. (coleção COVID -19, Volume 6) P.248-268.

SANTOS, A. F.; MONTEIRO, A.; HADDAD, A. E.; SILVA, A. B. *et al.* Incorporação de recursos de telessaúde na Atenção primária no Brasil. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_Telessaude.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Telessaude.pdf). Acesso em: 30 mar. 2022.

SANTOS, B S. O futuro começa agora: da pandemia a utopia. São Paulo: **Boitempo**, 2021. Disponível em: <https://www.boitempoeditorial.com.br/produto/o-futuro-comeca-agora-da-pandemia-a-utopia-1040>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SANTOS, L. T.; SOUZA, F. O.; FREITAS, P. S. P. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - uma revisão de literatura. **Aten. Saúde**, v. 17, n. 61, p. 105-113, 2019. Disponível em: [https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista\\_ciencias\\_saude/article/view/5600](https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/5600). Acesso em: 30 mar. 2022.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?format=html>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SAULTZ, J. W., Lochner Jennifer. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. **The Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 2, p. 159-66, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.285>. Disponível em: <https://www.annfammed.org/content/3/2/159.short>. Acesso em: 30 de março de 2022.

SCHERER, C. I.; SCHERER, M. D. A. Advances and challenges in oral health after a decade of the Smiling Brazil Program. **REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA (ON-LINE)**, v. 49, p. 49-98, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005961>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bH5MT6TgT8NjTmcSxBVs8RM/?lang=en>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SCHILLING, C. M.; REIS, A. T.; MORAES, J. C. (Orgs). A Política de Regulação do Brasil. Brasília: OPAS, 2006. 116 p.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M. *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21561658/>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 34, n. 5, p. 343-50, 2013. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v34n5/343-350/pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

SILVA, C. R.; SOUZA, T. C.; LIMA, C. M. B. L.; FILHO, L. B. S. Fatores associados à eficiência na Atenção Básica em saúde, nos municípios brasileiros. **Saúde debate**, v. 42, n. 117, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811703>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3vRbK9t-DgWzVGKf4BRYcKKQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2022.

SILVA, J. A.; RIBEIRO, L. C.; SILVEIRA, M. Avaliação do nível de satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família no Bairro Furtado de Menezes – Juiz de Fora: [s.l.], 2004.

SILVEIRA, J. P. & ZONTA, R. Experiência de reorganização da APS para o enfrentamento da COVID-19 em Florianópolis. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 2, p. 91-96, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.122. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/122>. Acesso em: 30 mar. 2022.



- SPADACIO, C.; ALVES, M G M. Nos entremeios: o biológico e o social no Brasil no contexto da Covid-19 e o papel da Atenção Primária à Saúde. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 61-65, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i1.67. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/67> . Acesso em: 30 mar. 2022.
- STAHL, C.; SVENSSON, T.; EKBERG, K. From cooperation to conflict? Swedish rehabilitation professionals' experiences of interorganizational cooperation. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 21, n. 3, p. 441-8, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10926-010-9281-1>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-010-9281-1> . Acesso em: 27 de março de 2022.
- STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia / Bárbara Starfield. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.
- SUTER, E.; OELKE, N. D.; ADAIR, C. E.; ARMITAGE, G. D. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. **Healthc Q Tor Ont**, v. 13, spec. no, p. 16-23, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3004930/> . Acesso em: 27 de março de 2022.
- TASCA, R.; MENDONÇA, C. S.; MENDES, P.; BARBOSA, A. C. Q. Financiamento do SUS e APS: ameaças aos avanços de três décadas. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_Financiamento\\_APS.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Financiamento_APS.pdf). Acesso em: 20 mar. 2022.
- TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, 44, p. 1-8, 2020. DOI: [doi.org/10.26633/RPSP.2020.4](https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4). Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51793>. Acesso em: 30 mar. 2022.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. 1998; (2) CENEPI/MS. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. Q. Promoção e Vigilância da Saúde. Salvador: **CEPS-ISC**, 2002. 128 p.
- TEIXEIRA, M.; MATTA, G. C.; SILVA-JUNIOR, A. G. Modelos de gestão na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R.; GIOVANELLA, L (Orgs.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p.117-142. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/atencao-primaria-saude-no-brasil-conceitos-praticas-e-pesquisa> . Acesso em: 30 mar. 2022.
- TOASSI, R. F. C. (Org.). Interprofissionalidade e formação em saúde: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: **Rede UNIDA**, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf> . Acesso em: 30 mar. 2022.
- TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. Nota técnica. **Rede APS**, 2021. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT\\_AvaliacaoeMonitoramento.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_AvaliacaoeMonitoramento.pdf) . Acesso em: 30 mar. 2022.
- TOSO, B. R. G. O. Prática Avançada de Enfermagem em Atenção Primária: Estratégias para implantação no Brasil. **Enfermagem em Foco** [Internet], v. 7, n. 3/4, p. 36–40, 2017. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913> . Acesso em: 30 mar. 2022.
- TUCKSON, R. V.; EDMUNDS, M.; HODGKINS, M. L. Telehealth. Special Report. **N Engl J Med**, v. 377, n. 19, p. 1586-1592, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsr1503323>. Acesso em: 27 de março de 2022.
- VALE, E. P.; RODRIGUES, G. M.; COSTA, D. P.; QUEIROZ, J. M. *et al.* Reorganização da Rede de Atenção à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 no município de Canaã dos Carajás, Pará. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 83-90, 2020. DOI: 10.14295/aps.v2i2.101. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/101> . Acesso em: 30 mar. 2022.

WHO Europe. Health Services Delivery Programme Division of Health Systems and Public Health Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Jun. 2016. Disponível em: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0014/303026/Compendium-of-initiatives-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/303026/Compendium-of-initiatives-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf) . Acesso em: 30 de março de 2022.

WHO. The World Health Report 2008 – Primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008.

**Sistematização do documento:** Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

**Revisão técnica:** Lígia Giovanella, Luiz Augusto Facchini, Rosana Aquino, Maria Inez Padula Anderson, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Cristiane Spadacio, Isabella Koster, Geraldo Cunha Cury e Bruna Venturin.

### **Autores das Notas Técnicas**

Alaneir de Fátima dos Santos, Alexandra Monteiro, Allan Claudius Queiroz Barbosa, Aluísio Gomes da Silva Junior, Ana Carolina Oliveira Peres, Ana Estela Haddad, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Andressa Teoli Nunciaroni, Angélica Batista Silva, Angélica Ferreira Fonseca, Aylene Bousquat, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha, Chao Lung Wen, Claunara Schilling Mendonça, Cristiane Spadacio, Daniela Lemos Carcereri, Diana Carolina Ruiz, Édlamar Kátia Adamy, Elaine Tomasi, Elaine Thumé, Flávio Adriano Borges, Fúlvio Borges Nedel, Geraldo Cunha Cury, Heider Aurélio Pinto, Ilara Hämmerli Sozzi de Moraes, Inês Leoneza de Souza, Isabella Koster, Isadora Siqueira de Souza, Jeanne Maria Lacerda de Araujo Couto, Lenilma Bento de Araújo Meneses, Lucélia dos Santos Silva, Luiz Ary Messina, Luiz Augusto Facchini, Magdala de Araujo Novaes, Márcia Guimarães de Mello Alves, Márcia Valéria Morosini, Maria Aparecida Turci, Maria Beatriz Alkmim, Maria Cristina Marino Calvo, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Maria Inez Padula Anderson, Maria Rocineide Ferreira da Silva, Nilia Maria de Brito Lima Prado, Paulo Roberto de Lima Lopes, Pedro José Santos Carneiro Cruz, Philipe Scherrer Mendes, Renato Tasca, Rosana Aquino, Sandra Rejane Soares Ferreira, Sonia Acioli. A elaboração desta publicação contou com o apoio da OPAS/OMS no Brasil. O conteúdo e opiniões expressas são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo exatamente as opiniões e posicionamentos da Organização.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ABENO – Associação Brasileira de Ensino Odontológico

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

ADAPS – Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CD – Cirurgião Dentista

CEO – Centros de Especialidades Odontológicas

CES – Conselho Estadual de Saúde

CGAA – Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CONACS – Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde

COSEMS – Conselho de Secretaria Municipal de Saúde

DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNT – Doença Crônica Não Transmissível

DEA – Data Envelopment Analysis

DEGES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

EAD – Educação a Distância

EC – Emenda Constitucional

ELB – Estudos de Linha de Base

EPS – Educação Popular em Saúde

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia Saúde da Família

eSF – Equipe Saúde da Família

FEDP – Fundações Estatais de Direito Privado

FENASCE – Federação Nacional dos Agentes de Saúde e Endemias

FPM – Fundo de Participação dos Municípios

GT – Grupo Temático

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IES – Instituições de Ensino Superior

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

LRPD – Laboratórios Regionais de Prótese Dentária

MAC – Média e Alta Complexidade

MACC – Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MEC – Ministério da Educação

MFC – Medicina de Família e Comunidade

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NHS – National Health Service

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS – Organizações Sociais

OSCIP – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

PAB – Piso da Atenção Básica

PBF – Programa Bolsa Família

PCATool – Primary Care Assessment Tool

PET – Programa de Educação no Trabalho

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMB – Programa Médicos pelo Brasil

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal

PNT – Projeto Nacional de Telessaúde

PPC – Projetos Político–Pedagógicos

PROADI-SUS – Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROFSAUDE – Mestrado Profissional em Saúde da Família

Pró-Saúde – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSE – Programa de Saúde na Escola

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

Rede APS – Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde

RUTE – Rede Universitária de Telemedicina

SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde

SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SESu – Secretaria de Educação Superior

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SSA – Serviço Social Autônomo

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação

TSB – Técnico em Saúde Bucal

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNASUS – Universidade Aberta do SUS

USF – Unidade de Saúde da Família



**ABRASCO**  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA

