

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Andressa Daiana Nascimento do Carmo

**Estudo de Análises Temporais da Implementação da Estratégia de Saúde da
Família (ESF) sob o Olhar da Política Nacional da Atenção Básica**

Juiz de Fora
2022

Andressa Daiana Nascimento do Carmo

Estudo de Análises Temporais da Implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sob o Olhar da Política Nacional da Atenção Básica

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dra. Estela Márcia Saraiva Campos.

Coorientadora: Prof. Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva.

Juiz de Fora
2022

Ficha catalográfica elaborada através do programa de
geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Carmo, Andressa Daiana Nascimento do .
Estudo de Análises Temporais da Implementação da
Estratégia de Saúde da Família (ESF) sob o Olhar da Política
Nacional da Atenção Básica/Andressa Daiana Nascimento do Carmo.--
2022.

117f.

Orientador: Estela Márcia

Saraiva Campos
Coorientador: Sílvia Lanziotti Azevedo da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de
Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva, 2022.

1. Estratégia de Saúde da Família. 2. Atenção Básica. 3.
Política Nacional de Atenção Básica. I. Campos, Estela Márcia
Saraiva, orient. II. Silva, Sílvia Lanziotti Azevedo da, coorient.
III. Título.

Andressa Daiana Nascimento do Carmo

Estudo de Análises Temporais da Implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sob o Olhar da Política Nacional da Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 12 de agosto de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Estela Márcia Saraiva Campos - Orientadora

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Sérgio Xavier de Camargo

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Mário Círio Nogueira

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Universidade Federal da Paraíba

Juiz de Fora, 15/07/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Estela Marcia Saraiva Campos, Professor(a)**, em 15/08/2022, às 12:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **ANA LUIZA QUEIROZ VILASBOAS, Usuário Externo**, em 15/08/2022, às 12:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 15/08/2022, às 13:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mario Cirio Nogueira, Professor(a)**, em 15/08/2022, às 16:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sergio Xavier de Camargo, Professor(a)**, em 30/08/2022, às 10:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **0871454** e o código CRC **9BE3E7C1**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido vencer mais esta etapa em minha vida, por todos os momentos de dificuldades em que Ele me sustentou e me conduziu.

Agradeço as minhas professoras e orientadoras, Prof. Dra. Estela Marcia Saraiva Campos e Prof. Dra. Silvia Lanzotti Azevedo da Silva, por todo ensinamento e paciência.

Agradeço ao PPG em Saúde Coletiva pela oportunidade de evoluir como profissional e como pessoa, a UFJF por todo trabalho desenvolvido com os alunos e com a comunidade juizforana e de Minas Gerais.

Aos alunos da turma de mestrado 2020/2021, que mesmo a distância foram amigos incríveis.

Ao meu esposo Alfredo Jose Rodrigues, pelo carinho e apoio, aos meus filhos Arthur e Izabely, por eles luto todos os dias.

A minha amiga e incentivadora, Dra. Nathalia Cruz da Costa, por toda parceria e incentivo desde a faculdade, a minha prima Edlene Vânia Justino Moraes por me apoiar e ajudar em meio a tantas adversidades e a minha mãe, Silvânia de Fátima do Nascimento pelo amor e apoio.

Agradeço ao PPG em Saúde Coletiva e a CAPES pela bolsa de mestrado recebida durante o curso, obrigada por incentivarem e financiarem a ciência em nosso país.

Obrigada a todos vocês, sem a presença e o apoio de todos nada seria possível.

RESUMO

Introdução: Após mais de 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas foram as mudanças nos serviços de saúde prestados à população, em especial no âmbito da Atenção Básica (AB). Em 1994, houve a criação do Programa Saúde da Família (PSF), mudanças na forma de atenção à saúde foram implantadas o que propiciou a organização das unidades de atenção básica (UBS) sob lógica dos atributos da atenção primária à saúde, com resultados de ampliação do acesso à saúde pela população, em especial nas regiões Norte e Nordeste. Após 12 anos, com a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006), o PSF passou a ser considerado estratégia prioritária na reorganização da AB do Brasil, mudando seu nome para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com a publicação de outras versões da PNAB, em 2011 e 2017, alterações foram sendo feitas na ESF, na organização de trabalho das equipes, na sua composição e na estrutura organizacional deste nível de atenção. **Objetivo:** O presente estudo objetivou analisar o processo de implementação da ESF, sob o olhar das três versões das PNABs, buscando evidenciar os impactos da referida política por meio de indicadores de resultados da implementação da ESF na AB do SUS. **Métodos:** Estudo descritivo de série temporal dos indicadores selecionados para aferir a implementação da ESF sob o olhar das PNABs de 2006, 2011 e 2017, a partir da comparação do desempenho de indicadores selecionados para avaliação em linha do tempo entre os anos de 2007 e 2020, utilizando o programa de análise de tendência Joinpoint. **Principais resultados:** Foram observadas tendência de queda no número de ACS nas regiões do país, estabilidade na adesão no Brasil e na maioria das regiões foram observadas. O número de NASF-AB teve crescimento até a última PNAB, mesmo ocorrido com o número de eSB, que após se estabilizou. O número de VD apresentou crescimento em toda série temporal, sendo maior nos anos iniciais do registro, e com tendência de queda no final em algumas regiões. A educação em saúde, teve um crescimento expressivo em quase todas as regiões do país, e, após se estabilizarem dados ela se estabiliza. O número de gestantes acompanhadas, apresentaram tendência de queda na maioria das regiões. Os hipertensos acompanhados se mantiveram estáveis. **Considerações finais:** a última reedição da PNAB, em 2017, pode ter proporcionado um desestímulo à continuidade

da ampliação da Estratégia Saúde da Família(ESF) como modelo prioritário da AB no Brasil, ao permitir e financiar novos arranjos de equipes na AB, suprimir a presença do ACS e mudar a organização do trabalho das equipes da AB já existentes. Todas estas mudanças podem acarretar retrocessos e perdas dentro da AB e da ESF no Brasil.

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

ABSTRACT

Introduction: After more than 30 years of the creation of the Unified Health System (SUS), there have been many changes in the health services provided to the population, especially within the scope of Primary Care (AB). In 1994, the Family Health Program (PSF) was created, changes in the form of health care were implemented, which allowed for the organization of primary care units (UBS) under the logic of the attributes of primary health care, with results of expansion of access to health by the population, especially in the North and Northeast regions. After 12 years, with the publication of the first National Primary Care Policy (PNAB 2006), the PSF became a priority strategy in the reorganization of AB in Brazil, changing its name to the Family Health Strategy (ESF). With the publication of other versions of the PNAB, in 2011 and 2017, changes were made to the ESF, in the work organization of the teams, in its composition and in the organizational structure of this level of care. **Objective:** The present study aimed to analyze the implementation process of the ESF, from the perspective of the three versions of the PNABs, seeking to highlight the impacts of the aforementioned policy through indicators of results of the implementation of the ESF in AB of the SUS. **Methods:** Descriptive study of a time series of selected indicators to assess the implementation of the ESF from the perspective of the PNABs of 2006, 2011 and 2017, based on the comparison of the performance of selected indicators for evaluation in a timeline between the years 2007 and 2020, using the Joinpoint trend analysis program. **Main results:** A downward trend in the number of CHAs was observed in the regions of the country, stability in the ascription in Brazil and in most regions were observed. The number of NASF-AB grew until the last PNAB, even with the number of eSB, which then stabilized. The number of DV showed growth throughout the time series, being higher in the initial years of the record, and with a downward trend at the end in some regions. Health education had an expressive growth in almost all regions of the country, and, after stabilizing the data, it stabilizes. The number of monitored pregnant women showed a downward trend in most regions. The hypertensive patients followed up remained stable. **Final considerations:** the last re-edition of the PNAB, in 2017, may have provided a disincentive to the continuity of the expansion of the Family Health Strategy (ESF) as a priority model of AB in Brazil, by allowing and financing new arrangements of teams in AB, suppressing the presence of the

ACS and change the work organization of the existing AB teams. All these changes can lead to setbacks and losses within AB and ESF in Brazil.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	-	Benefícios associados à adoção de modelos lógicos	41
Figura 2	-	Mapa conceitual sobre as mudanças da ESF sob o olhar das PNABs	44
Figura 3	-	Modelo lógico de análise da Implantação da ESF sob o olhar da PNAB 2006,2011 e 2017	45
Figura 4	-	Principais diferenças entre as três modalidades do NASF-AB	54
Figura 1	-	Modelo lógico de análise da implantação da ESF sob o olhar da PNAB 2006,2011 e 2017	72

LISTA DE TABELAS E QUADROS

- Tabela 1** - Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados 40
- Quadro 1** - Indicadores de resultados da implantação da ESF dentro da AB no Brasil 47/73
- Tabela 1** - Tendência temporal dos indicadores selecionados por componentes do modelo lógico de análise das PNABs – Brasil – 2007 a 2020 74
- Tabela 2** - Tendência temporal dos indicadores selecionados por componentes do modelo lógico de análise das PNABs – Regiões Geográficas – Brasil – 2007 a 2020 77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Assistente de Saúde Bucal
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Coap	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DF	Distrito Federal
eAB	Equipe de Atenção Básica
e-CAR	Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados
eSB	Equipe de Saúde Bucal
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSFF	Equipe de Saúde da Família Fluvial
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FNS	Fundo Nacional de Saúde
GP	General Practitioners

IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
INE	Identificador Nacional de Equipes
ISF	Indicador Sintético Final
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atención à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atención Básica
NHS	National Health System
NOB	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso de Atención Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atención Básica
PNAB	Política Nacional de Atención Básica
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
SHI	Social Health Insurance
SNS	Serviço Nacional de Saúde de Portugal
SNS	Sistema Nacional de Saúde Cubano

SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico de Saúde Bucal
UHC	Universal Health Coverage
UHS	Universal Health System
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRIA DA APS	19
2.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ÂMBITO GLOBAL	19
3	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DE SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE	25
3.1	SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA APS	25
3.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: COMO O BRASIL ADOTOU OS PRINCÍPIOS E ATRIBUTOS DA APS	28
3.3	SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE APS.....	31
4	ASPECTOS NORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	35
	
5	AVALIAÇÃO EM SAÚDE	38
6	OBJETIVOS	42
6.1	OBJETIVO GERAL.....	42
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
7	METODOLOGIA	43
7.1	ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO	43
7.2	SELEÇÃO DE INDICADORES.....	46
7.2.1	Metodologia de pesquisa no site do e-Gestor-AB	49
7.2.2.1	<i>Componente Território e Adscrição</i>	49

7.2.2.2	<i>Componente Equipes</i>	51
7.2.2.3	<i>Diferenças entre ESB Modalidade I e II</i>	53
7.2.2.4	<i>Diferenças entre NASF-AB Tipo I, II e III</i>	53
7.2.2.5	<i>Componente Processo de Trabalho</i>	54
7.2.2.6	<i>Componente Planejamento e Gestão do Território</i>	58
7.2.2.7	<i>Componente Avaliação e Monitoramento dos Resultados da ESF</i>	60
7.2.2.8	<i>Dados coletados no site do DATASUS</i>	62
7.2.2.9	<i>Cálculo dos dados retirados e-Gestor</i>	63
7.3	PLANO DE ANÁLISE	63
8	ASPECTOS ÉTICOS	65
9	RESULTADOS	65
9.1	ARTIGO	67
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	103

1 INTRODUÇÃO

Após mais de 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, muitos foram os avanços e ganhos na qualidade da assistência à saúde de toda a população brasileira. Dentre todos os benefícios que a criação dos SUS trouxe para o país, com base nos seus princípios básicos de universalidade, integralidade, equidade e participação popular, a Atenção Básica (AB) no SUS trouxe mudanças significativas no modo de ser fazer saúde no Brasil, saindo de um modelo centrado na doença e migrando para um modelo que atende as necessidades do indivíduo e da comunidade onde eles estão inserindo, tendo grande relevância para toda a população.

Em 1990, a partir do Art. 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), que declarou no artigo 126, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a implementação do SUS se inicia, com a publicação da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990) e sua complementação, com a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro do mesmo ano. Com a criação do SUS, a saúde passou a ser direito de todos os cidadãos e dever do Estado, e todo o processo de luta que nasce com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira começa a se concretizar.

Para que o SUS se estruturasse, várias Normas Operacionais Básicas (NOB) foram publicadas a partir da década de 1990. De acordo com Viana et al. (2002), as NOBs, tinham como finalidade instruir e regular a organização do sistema de saúde, abrangendo desde as questões orçamentárias, o processo de descentralização, a construção de redes de serviços e a definição dos tipos de assistências prestados pelo SUS. A descentralização ocorre de maneira mais forte a partir das NOB 93 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993) e NOB 96 (Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996).

No ano de 1994, a AB ganha maior importância no âmbito nacional, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997), considerado um divisor de águas no modo de se fazer o cuidado em saúde no primeiro nível de atenção, saindo de uma assistência focada na doença e direcionando para o cuidado do indivíduo com um todo. Baseado em um cuidado centrado no indivíduo, sua família e comunidade, o PSF ganha notória importância em todo o território nacional. Formado por equipes multidisciplinares e trabalhando de forma

interdisciplinar, estas equipes eram compostas por um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 1997). Em junho de 2004, o PSF já estava presente em 84% dos municípios brasileiros (ESCOREL et al., 2007).

De acordo com Barros (2014), após analisar os documentos oficiais do MS, identificou que o PSF, quando surgiu em 1994, ainda era carregado ideologicamente como denuncia das mazelas vigentes no sistema de saúde, mostrando a urgência da separação do modelo clínico. Com o passar dos anos, estes textos assumem características técnicas, com orientações objetivas e com a orientação para a articulação entre os programas da rede. Ainda de acordo com a autora, partir de 1997 após a publicação do texto intitulado Saúde da Família, uma estratégia para a orientação do modelo (BRASIL, 1997), a saúde da família passa a ser vista como um modelo de substituição, com toda as orientações para a reorganização e implantação do programa no país, combatendo do estigma de que a saúde da família era uma política de saúde voltada para pobres. Outro dado importante, é que a partir de 1994, o PSF salta de 328 equipes e 55 municípios com o programa, para 11.285 equipes e 3.233 municípios cobertos 2011 (BARROS, 2014).

De acordo com Pimentel (2015), em municípios de menor porte (menos de 10 mil habitantes), o incentivo financeiro destinado ao PSF resultou em um grande incentivo para que estes municípios aderissem ao programa, em especial os que sofriam com escassez de serviços e profissionais, resultando em melhoras nos indicadores de saúde, como mortalidade infantil. Porém, o autor destaca que o mesmo não ocorreu em municípios de grande porte, apresentado eles um crescimento menor quando comparado aos municípios de menor porte. Além de um crescimento menor, estes municípios maiores continuavam atuando com ênfase nas práticas de saúde hospitalocêntricas. Outro ponto importante destacado pelo autor é a concentração dos profissionais médicos nos grandes centros urbanos, deixando lugares longínquos sem esta assistência (PIMENTEL, 2015).

Após 12 anos de sua criação, em 2006, O PSF passa a ser considerado estratégia fundamental para o fortalecimento da AB no país, mudando sua nomenclatura para Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006), após a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006). A partir da PNAB 2006, a ESF passa a desempenhar um papel fundamental na reorientação da AB e para o alcance de um modelo de atenção resolutivo e com base nos princípios

da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006). Buscando atualizações e o acompanhamento das demandas do país dos contornos políticos, a PNAB 2006 foi reeditada pela primeira vez em 2011 trazendo ganhos para a ESF e para a atenção primária no Brasil. No ano de 2017 ocorre uma nova revisão da política onde novos arranjos de equipes são permitidos, desestimulando a ESF, além de mudanças no processo de trabalho das equipes. A PNAB 2017 é a configuração vigente para o funcionamento da AB no país.

O presente estudo permitiu a análise temporal dos indicadores da PNAB. O estudo de séries temporais dos indicadores selecionados na implementação da ESF permitiu a verificação de tendências atribuíveis à publicação das PNABs. A estratégia utilizada para esta avaliação foi a sistematização do conteúdo específicas da ESF dentro das políticas em modelos lógicos e sua avaliação quantitativa em matrizes de medidas, utilizando componentes e indicadores para mensuração. A análise realizada, com a utilização do software estatístico Jointpoint, permitiu acompanhar se houve mudanças na evolução dos indicadores de cada componente ao longo de cada ano da série temporal, e se as PNABs interferiram neste processo de implantação da ESF.

Durante o ano de 2020, 2021 e meados de 2022, atravessamos uma pandemia mundial. A COVID-19 assolou e destruiu milhares de vidas e famílias em todo o globo. Nosso país enfrentou números alarmantes de contágio e mortalidade e durante este momento tão difícil a AB, juntamente com a ESF, desempenhou um papel fundamental, tanto do primeiro contato deste paciente, como no processo de conscientização e educação da população adscrita a ela. Devido ao texto acima exposto, e da importância da AB e ESF em todo o Brasil, é de grande importância a realização deste estudo, para que possamos identificar estímulos e/ou desestímulos a este modelo de atenção tão importante e considerado prioritário para a atenção primária à saúde (APS) no Brasil.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: HISTÓRIA DA APS

2.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO ÂMBITO GLOBAL

A evolução histórica dos sistemas de saúde no mundo tem como destaque o Relatório Dawson de 1920 (MINISTRY OF HEALTH, 1920). Ele é considerado uma referência para organização da APS em todo mundo. Segundo Portela (2017), este documento propôs a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Em 1920, com a sua publicação, foi mencionado pela primeira vez o sistema organizado em Rede de Atenção e população adscrita. Ainda segundo Portela (2017), o sistema de saúde inglês, o National Health System –NHS, teve como base da sua criação o relatório Dawson. A partir do relatório, se deu início a um conjunto de dimensões, ainda centrais nas discussões contemporâneas, acerca da organização de sistemas de saúde com ênfase na APS. Estas dimensões (a atenção ao primeiro contato, a hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais), são essenciais para o funcionamento do NHS inglês (PORTELA, 2017).

A Conferência Internacional em Cuidados Primários de Saúde, realizada em doze de setembro de 1978, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), teve como principais objetivos o fortalecimento da APS no mundo, principalmente nos países em desenvolvimento. Teve como premissa alcançar uma melhora na qualidade de vida da população de uma maneira integral, ao assumir o conceito de saúde não apenas como a ausência de doença ou enfermidades, mas como um estado de completo bem estar físico, mental e social. Para tanto, deveria assegurar que todos os povos do mundo atingissem um nível de saúde que lhes permitissem uma vida social e economicamente produtiva até o ano de 2000, resultando em ganhos tanto no campo da saúde como no espírito da justiça social (OMS, 2002).

A declaração de Alma-Ata também estabelece a definição de Cuidados Primários em Saúde como sendo essenciais, baseados em métodos e tecnologias

práticas, cientificamente bem comprovadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que, tanto a comunidade com o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação(OMS, 2002).

Deve fazer parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 2002).

No dia 26 de novembro de 1986, em Ottawa, no Canadá, aconteceu a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, com o objetivo de se atingir Saúde para Todos nos Anos 2000 e subsequentes (OMS, 1986). Durante a conferência, foram considerados os avanços alcançados com a valorização dos Cuidados Primários em Saúde, defendidos em Alma-Ata. Segundo Heidmann et al. (2006), dentre as medidas abordadas na conferência de Ottawa, para que estes objetivos fossem atingidos, destaca-se a implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. Essas estratégias defendidas pela Carta de Ottawa foram reconhecidas mundialmente, e reforçadas em outras conferências de saúde que ocorreram em seguida (HEIDMANN et al., 2006).

Outro marco importante para a APS em todo mundo foi a Carta de Lubiana de 1996 (CONFERENZA EUROPEA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ SULLE RIFORME DELLA SANITÀ, 1996). Neste documento a OMS adota medidas discutidas nesta conferência, para diminuir a crescente desigualdade social e de saúde, que assolava quase todo o globo (STARFIELD, 2002). Países que pertenciam a União Europeia realizaram reformas em seus sistemas de saúde durante a década de 1990, como foco especial na atenção primária (GIOVANELLA, 2006).

Dentre os países que realizaram reformas em seus sistemas de saúde, sete eram países com o modelo Bismarkiano, sendo eles: Alemanha, Áustria, Bélgica,

França, Holanda, Irlanda e Luxemburgo, os quais tinham como base os Seguros Sociais de Saúde (“Social Health Insurance” – SHI). Outros países da União Europeia que realizaram reformas, adotavam o modelo Beveridgiano de Serviços Nacionais de Saúde (National Health Service – NHS), dentre eles: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Itália, Portugal, Reino Unido e Suécia (GIOVANELLA, 2006).

Tais reformas visavam à reorganização dos serviços de atenção primária, promovendo a coordenação dos serviços prestados entre os diferentes níveis de atenção, o que possibilitou novos arranjos organizacionais e novas ofertas de serviços prestados. Simultaneamente com estas mudanças houve a contenção de gastos em saúde, principalmente devido à inserção de novas tecnologias nos sistemas de saúde sem um prévio estudo. Esses remodelamentos agregaram maior poder à atenção primária em relação a outros níveis de cuidado. Três mecanismos foram fundamentais: o mercado ou compra, os arranjos cooperativos, os quais atuavam na interface entre serviços primários e especializados, e a definição de porta de entrada obrigatória (“gatekeeping”) pelo clínico geral (GIOVANELLA, 2006).

Mais recentemente, em outubro de 2018, foi realizada em Astana no Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde, trazendo como objetivo a renovação do compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage – UHC) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). (GIOVANELLA, 2019)

Diferentemente de Alma Ata, a conferência de Astana ocorreu em um contexto global de crise humanitária e financeira, com crescentes conflitos que aumentaram a imigração e uma limitação para a construção da APS integral, que foi proposta em Alma Ata ao submetê-la a UHC. De acordo com Giovanella et al. (2019) a UHC, moldada na última década com forte influência da Fundação Rockefeller e do Banco Mundial, congrega diretrizes das reformas pró-mercado como a redução da intervenção estatal, subsídios à demanda, seletividade e focalização nas políticas de saúde.

Após receber muitas críticas, a primeira versão da proposta da Declaração de Astana passou por consultas públicas, consultas estas que contavam com países membros da OMS. O Brasil colaborou com sua elaboração, através de sua diplomacia em Genebra na Suíça juntamente com o suporte técnico de entidades

brasileiras, como Ministério da Saúde (MS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Conselho Nacional de Saúde (CNS) (GIOVANELLA, 2019).

As principais contribuições brasileiras foram a reafirmação dos princípios da Declaração de Alma-Ata, a defesa do direito universal à saúde, o fortalecimento dos sistemas públicos universais de saúde, a responsabilidade primordial dos governos na garantia do direito à saúde, justiça social, equidade, a não comercialização da saúde, o financiamento adequado e sustentável, a determinação econômica, social e ambiental da saúde. Além destas importantes reafirmações, foi elaborado um documento concebido por pesquisadores da Fiocruz e pela Câmara Técnica de Atenção Básica do Ministério da Saúde, documento esse chancelado pelo CNS onde a APS foi posta como núcleo estruturante de sistemas públicos universais de qualidade, modelo eficaz e eficiente para garantia da saúde como direito humano, condição para a efetivação da diretriz da Agenda 2030, “sem deixar ninguém para trás” ((FIOCRUZ); (CNS)2, 2018).

Segundo Organização Panamericana de Saúde (OPAS), líder da Conferência de Astana, foi subscrito os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, os quais renovaram o compromisso com a saúde e bem-estar para todos tendo como base a cobertura universal de saúde (OPAS, 2015). A cobertura universal de saúde tem por conceito que todas as pessoas, inclusive as marginalizadas e/ou vulneráveis, devem ter acesso a serviços de saúde de qualidade e centrados nas suas necessidades, sem fins lucrativos. A APS é o enfoque mais eficaz, eficiente e equitativo para melhorar a saúde, atuando como um pilar necessário para alcance da cobertura universal de saúde (OPAS, 2015).

Para o enfrentamento dos desafios na saúde e desenvolvimento da era moderna, foi determinado pelos líderes da Conferência de Astana (2018) que para que estas evoluções ocorresse seria necessária uma APS que empoderasse os indivíduos e as comunidades, os responsabilizando por sua própria saúde, defendendo as políticas promotoras de serviços sociais e de saúde. A APS deve abordar os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde através de políticas com base em evidências e ações em todos os setores assegurando uma saúde pública e uma atenção primária forte ao longo de toda a vida da população, como núcleo fundamental da prestação integrada de serviços (OPAS, 2015). Esta visão da APS deve ser resolutiva em pelo menos 80% das necessidades de saúde, entretanto as sociedades não gravitam automaticamente

para a saúde e para a equidade em saúde. Para ter êxito, é preciso agir deliberadamente para reforçar os componentes da APS, especialmente equidade, qualidade e eficiência (OPAS, 2015).

Segundouma das maiores autoras sobre o tema no mundo, Barbara Starfield (2002), a APS possui quatro atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. O primeiro contato permite aos usuários acessibilidade e utilização do serviço de saúde oferecidos pela APS como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, sendo considerado como porta de entrada preferencial do serviço pela população e pela equipe de saúde. A longitudinalidade permite ao usuário um atendimento contínuo e resolutivo em todos os ciclos da vida, independente da presença de patologias. A integralidade assegura ao usuário uma gama de serviços, garantindo-oum cuidado biopsicossocial do processo saúde doença e ações direcionadas à prevenção de agravos, promoção de saúde, tratamento, diagnóstico e reabilitação. A coordenação do cuidado confere à APS a responsabilidade pelo cuidado do usuário, sua continuidade, independentemente do nível de atenção e profissional, além do reconhecimento de todos os problemas pela equipe da APS (OLIVEIRA et al., 2013)

Apesar de muitos esforços mundiais para a melhoria da qualidade da atenção primária, o objetivo central de Alma-Ata, “Saúde para Todos nos Anos 2000” não alcançou sucesso esperado. Segundo Rivero et al. (2018), a tradução de “Atenção Primária a Saúde” sofreu deturpações, no qual o termo original era “Cuidado”, mas em consequência da tradução deste para diversos idiomas ficou prejudicado e mal interpretado. O termo “APS” ficou estigmatizado como uma atenção à saúde “barata e voltada para cuidar de pessoas pobres”. (RIVERO et al., 2018). Ainda conforme o autor, está muito bem explícito no relatório final da conferência, que o cuidado essencial se refere a “cuidados de saúde” e não a “cuidados médicos reparadores voltados para a doença” (RIVERO et al., 2018).

Um dos fatores primordiais para que o objetivo principal de Alma-Ata não fosse implementado com êxito total, foi o crescimento de governos neoliberais e conservadores, que deram apoio a entrada do setor privado no campo da saúde paralelamente enfraquecendo a participação Estatal no setor (CUETO, 2018). Juntamente ao crescimento neoliberal, houveo crescimento das desigualdades

sociais em todo mundo, impossibilitando ainda mais o sucesso dos objetivos de Alma-Ata (RIVERO et al., 2018).

Para agravar a situação de países pobres e em desenvolvimento, a crise econômica mundial de 2008, enfatizou ainda mais as diferenças sociais entre as populações. Uma grande polarização vem acontecendo em relação ao sistema universal (Universal Health System-UHS) versus cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage-UHC). Nos países Europeus, o conceito de cobertura universal (UHC) é bem definido, cabendo ao Estado garantir a população uma cobertura pública de sistemas nacionais de saúde, como o NHS. Já em países em desenvolvimento este conceito é desvirtuado, entende-se com um seguro que oferta serviços de saúde considerados básicos, ou por coberturas de seguros de saúde públicos e privados (GIOVANELLA et al., 2018). Ainda segundo a mesma autora, este modelo de serviço de saúde dá ênfase ao subsídio à demanda, em detrimento da estruturação de um sistema público universal, sendo estes entregues pelos setores de saúde públicos ou privados.

As principais diferenças entre os dois modelos (cobertura universal e sistema universal), estão no seu financiamento. O UHS é financiado majoritariamente pelo Estado, que é o gerenciador, subsidiado por impostos e prestação de serviços o que garante o bem-estar social e tem a saúde como direito universal. Já o modelo do UHC, vê a saúde como mercadoria, tendo mínima participação estatal, restrita a regulação do sistema de saúde e tem a segmentação bem definida de funções de financiamento, compra e prestação de serviços (GIOVANELLA et al., 2018)

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ORDENADORA DE SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE

3.1 SISTEMAS NACIONAIS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA APS

A partir do pós-segunda-grande guerra, países devastados pelos conflitos armados do século XX iniciaram planos para sua recuperação, não apenas física e estrutural de seus territórios, mas também de sua população. A Inglaterra foi pioneira nesta reestruturação social, criando em 1948 o *National Health Service* (NHS- Serviço Nacional de Saúde). Com financiamento estatal e recursos fiscais, o NHS é considerado um dos sistemas de saúde mais eficientes do mundo, sendo gratuito e baseado nos princípios da universalização e hierarquização dos serviços (FILIPPON et al., 2016).

A organização dos serviços de saúde britânicos sofreu grandes alterações ao longo dos seus 70 anos, onde a APS britânica não ficou fora destas mudanças, em especial no governo de Margaret Thatcher. Inicialmente os britânicos registravam-se com um médico clínico geral (General Practitioners - GPs), em 1966 ficou estabelecido que cada GP poderia cadastrar no máximo 2000 pessoas, tendo como obrigação o cuidado integral destas pessoas (24 horas/7 dias por semana), como contrapartida o governo investiu dinheiro e permitiu a união de médicos e contratação de mais pessoal para as clínicas da APS inglesa (NORMAN, 2019).

Ainda de acordo com Norman, (2019), Margaret Thatcher introduziu no NHS a lógica do mercado interno e seus ideais de metas, resultados e de custo-efetividade, causando a fragmentação do setor saúde entre provedores e compradores de serviço. Os GPs e as autoridades distritais (District Health Authorities) passaram a comprar serviços e recebiam recursos financeiros diretamente do Departamento de Saúde, sendo obrigados a competir por recursos por meio de prestação de serviço com base em contratos comerciais. Hospitais públicos foram transformados em

fundações e passaram a receber por serviços prestados. O governo acreditava que esta disputa aliada ao gerencialismo, reduziria os custos e melhoraria a qualidade do serviço, entretanto ocorreu o contrário.

A APS britânica se organiza por meio de clínicas, trabalham por base territorial e possuem uma área de abrangência sob sua responsabilidade. A partir de 2004 os GPs não são mais obrigados a terem pacientes cadastrados e fornecerem assistência em tempo integral (24 horas/7 dias por semana), os cidadãos com essas mudanças, vincularam-se às clínicas, que passam a contar com uma população cadastrada a ela, responsabilizando-se por seu cuidado e atendimento (NORMAM, 2019).

Ainda no continente europeu contamos com outro exemplo de sistema de saúde público, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal. O SNS é um sistema de saúde voltado para os médicos de família e a Atenção Primária à Saúde, sendo implantado parcialmente no ano de 1974 após a Revolução de 25 de abril, que cessa com anos de ditadura marcando o início da luta pelo "Saúde para Todos". Com foco inicial na saúde materno-infantil, o SNS conseguiu resultados excelentes como a redução na mortalidade infantil, que passou de 55,5/1000 nascidos vivos na década de 1970 para 19,3/1000 nascidos vivos no ano de 1983 (BISCAIA et al., 2019).

Simultaneamente houve a redução da mortalidade materna e aumento da expectativa de vida, a qual passou de 64,2 para 69,3 anos. Houve também um aumento significativo no número de consultas anuais de 174,4 por mil habitantes para 242,8 entre 1970 e 1982. O número de habitantes coberto pelo sistema também teve aumento e a criação de um plano de carreira estatal para médicos de família com foco na equidade e no aumento da população coberta favoreceu este importante crescimento (BISCAIA et al., 2019).

Os sistemas de saúde pública também foram fortemente encorajados no continente americano, no Chile a saúde pública tem suas raízes na filantropia. Após a criação da lei do *Seguro Obligatório* em 1924, trabalhadores e empregados passam a nutrir o fundo de solidariedade com contribuições mensais. Posteriormente então presidente do país Salvador Allende, baseado no *Seguro Obligatório*, criou o Serviço Nacional de Saúde promovendo assim o desenvolvimento social e melhorando os indicadores de saúde da população (ROMERO, 2019).

No período da ditadura militar no Chile, houve a fragmentação do sistema de saúde, renomeado de Sistema Nacional de Serviços de Saúde, ofertando 27 serviços distribuídos por territórios. Com estas mudanças os médicos chilenos consideravam a atenção secundária com prioridade, deixando a atenção primária desassistida, juntamente com a população que morava mais afastada dos grandes centros. A criação em 1955, de políticas que asseguravam a estas populações com maior vulnerabilidade, garantiu a presença de um clínico geral para essas comunidades. Esta configuração existe ainda nos dias atuais com o nome de “estágio de destino e formação”, onde médicos tem treinamento em APS e recebem bolsas de estudo (ROMERO, 2019).

A reforma do sistema de saúde chileno nos anos de 1980 baseou-se fortemente no fortalecimento da APS, tendo como norte princípios inegociáveis. O Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) conta como princípios norteadores para o trabalho das equipes de saúde o foco nas pessoas, o atendimento integral e a continuidade do cuidado. O usuário é colocado como centro do seu cuidado e totalmente incorporado nas tomadas de decisões sobre sua saúde (DOIS et al., 2018).

O Canada possui um sistema de saúde pública dividido por Províncias, e cada uma possui suas especificidades. Apesar de ser considerado um sistema de saúde universal, ele não abrange todos os aspectos relacionados à saúde como: saúde bucal, fisioterapia, atendimento com psicólogos e medicamentos extra hospitalar, exceto em casos específicos. Apesar de não contemplar alguns serviços de saúde, ele é um sistema cobertura universal, completo e eficiente, não existindo no país um sistema de saúde suplementar. A APS no Canada é muito desenvolvida, ela é considerada a base do seu sistema e tem o profissional médico de família como figura central, sem desconsiderar o trabalho do enfermeiro. Não há obrigatoriedade de “equipes”, mas essa configuração de atenção à saúde, em especial na APS, é muito almejada por seus diretores (BRANDÃO, 2019).

Outro exemplo no continente americano é o Sistema Nacional de Saúde Cubano (SNS), que inspirou a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro em grande parte. Ele passou por várias transformações desde a Revolução Socialista Cubana (1959), quando a saúde foi reconhecida como direito do cidadão e dever e responsabilidade do estado. Ele passou por três momentos e arranjos, acompanhando a situação epidemiológica do país em cada momento. O

primeiro foi o policlínico integral, entre o período de 1964 a 1974, depois o policlínico comunitário, entre os anos de 1974 a 1984, e por último o modelo cubano de medicina familiar em vigor desde 1984 (SANTOS et al., 2018).

O SNS cubano é um modelo de sistema de saúde único, descentralizado, com financiamento total pelo Estado e baseia-se em sete princípios fundamentais: caráter estatal e social da medicina, orientação profilática, acessibilidade e gratuidade geral, integralidade e desenvolvimento planejado, unidade entre ciência, docência e prática médicas, participação da população e por último – internacionalismo. Assim como o SUS, o SNS está dividido nos três níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário, e ele se submete ao Ministério da Saúde Pública de Cuba (MINSAP) (SANTOS et al., 2018).

3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: COMO O BRASIL ADOTOU OS PRINCÍPIOS E ATRIBUTOS DA APS

Na APS do Brasil vários marcos são considerados cruciais no desenvolvimento do primeiro nível de atenção do SUS, que concede promoção de saúde e cidadania a todos. Dentro do contexto de redemocratização no país, após o fim da Ditadura Militar, aconteceu em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, afirmando os princípios da reforma sanitária e avançando no desenho ideológico de um sistema de saúde universal, equânime e de assistência integral a toda população. (SAÚDE, 1986). O movimento da Reforma Sanitária brasileira ocorreu por aproximadamente vinte anos. Vários foram os atores envolvidos neste movimento, dentre eles trabalhadores da saúde, estudantes, docentes e uma grande participação da sociedade civil organizada. Grandes nomes foram responsáveis por fazer deste movimento algo transformador na saúde no Brasil, dentre eles Sérgio Arouca. Neste período instituições de relevância nacional foram criadas, como o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1976 e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) em 1979 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ainda de acordo com Paiva e Teixeira (2014), os princípios norteadores do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, vem após a aprovação do documento elaborado no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde. Estes princípios são: o direito universal à saúde; o caráter intersetorial dos determinantes da saúde; o

papel regulador do Estado em relação ao mercado de saúde; a descentralização, regionalização e hierarquização do sistema; a participação popular; o controle democrático e, fundamentalmente, a necessidade de integração entre saúde previdenciária e saúde pública

Dentro dos princípios organizativos propostos para o sistema de saúde brasileiro segundo o ideário da Reforma Sanitária, destacam-se: integração institucional, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, distritalização, uma proposta de regionalização da saúde, a atenção básica, um dos níveis do sistema de saúde, e a gestão colegiada. Além dos princípios organizativos do sistema de saúde baseados no ideário da Reforma Sanitária, existem também os chamados princípios finalísticos da Reforma Sanitária, sendo eles a universalização, a equidade, a integralidade das ações, a descentralização e a participação social (SANITÁRIA, 1988).

Posteriormente, com promulgação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde N° 8080/90 e N° 8142/90. Os princípios e diretrizes do SUS, universalidade, integralidade, equidade e participação popular, são bases para o desenvolvimento da APS no Brasil (BRASIL, 1990). Segundo o Ministério da Saúde (MS) a APS é o primeiro nível de cuidado das Redes de Atenção à Saúde, atuando com um conjunto de ações, tanto no âmbito individual como no âmbito coletivo. Ela é a porta de entrada do SUS e desempenha o papel de promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (BRASIL, 2017).

Segundo Starfield (2002), a APS é constituída de quatro atributos essenciais já previamente estabelecidos: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção. Além destes quatro atributos principais, três atributos derivados também são considerados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural (FRACOLLI et al., 2015).

A partir da Lei 8080/1990 que instituiu o SUS e assim ordenou a organização e funcionamento do sistema, a saúde passa a ser direito fundamental do ser humano, tendo o Estado o dever de prover as condições adequadas para que ela ocorra.

Com a diretriz da descentralização do comando da saúde no SUS, há a saída da gestão de exclusividade do MS com a passagem de mais poder para estados e municípios. Estes entes federativos puderam ter mais autonomia e recursos para administrar os seus diferentes níveis de atenção, dentre eles a APS, ganhando notória relevância em todo país.

Ao longo dos anos 1990, foram publicadas várias Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS), que impulsionaram o processo de descentralização. A NOB 01/91 (NOB/ SUS 01/91), nº 258, de 7 de janeiro de 1991, a NOB 01/92, editada pelo Inamps (PT 234/02), segue, em linhas gerais, a NOB 01/01. A NOB DE 1993 (NOB/SUS 01/93), editada pela Portaria GM/MS nº 545/93, segundo Saute et al. (2012), formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, que teve como tema “A municipalização é o caminho” e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão ao instituir formas de gestão municipal e estadual: Incipiente, Parcial e Semiplena (SAUTE et al., 2012)

A NOB, editada em 05 de novembro de 1996 por meio da portaria GM/MS nº 2.203 (BRASIL, 1996), propiciou um grande avanço no processo de descentralização do SUS. De acordo com Preuss (2018) as Comissões Intergestoras Tripartite (CIT) e Intergestora Bipartite (CIB), promoveram o processo de descentralização, determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios e fortalecendo os processos de gestão compartilhada entre as três esferas. A NOB 96 propôs a criação de um modelo de gestão dividido entre os três níveis de governo, permitindo a integração das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, construindo um novo modelo de atenção com ênfase à promoção da saúde e à atenção básica (PREUSS, 2018).

O nível de atenção primária ganha força no processo de descentralização ao ampliar o acesso, gerando maior capilaridade de sua principal estrutura de serviço, as Unidades Básicas de Saúde (UBS). No Brasil no âmbito do SUS, a APS adota a designação Atenção Básica à Saúde (AB), enfatizando a reorientação do modelo assistencial, fundamentado em um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

A NOB 96 tem com uma de suas finalidades primordiais promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus munícipes (Artigo 30,

incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996).

A AB tem a proposta de atendimento resolutivo, voltada para a promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação do usuário, sua família ou comunidade onde ele está inserido. Possui um conjunto de ações pautadas para atender as necessidades da população adscrita a ela, sem nenhum tipo de preconceito ou discriminação com aqueles que por ela buscam. A AB no Brasil possui os mesmos princípios e diretrizes do SUS, como: saúde como direito, integralidade da assistência, universalidade, equidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização do atendimento e estímulo a participação da sociedade (BRASIL, 2006).

3.3 SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE APS

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), iniciou-se no início da década de 1990, sendo instituído e regulamentado em 1997 (BRASIL, 2001). Considerado um marco para o aprimoramento e melhoramento do acesso dos profissionais às populações que mais necessitavam de cuidados oferecidos pela atenção primária naquele momento. Inicialmente o foco principal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) era a diminuição de agravos que acometiam aquela região, em especial a mortalidade materno-infantil. O PACS foi considerado o precursor do Programa de Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997), que em 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde e implantado como modelo preferencial de atenção na configuração da Atenção Básica (AB) do Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELLA et al., 2020).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) foi inspirada no desempenho dos ACS, em especial no estado de Ceará, onde seu objetivo principal era buscar a mudança de uma assistência médica tecnicista/hospitalocêntrica, o qual visava a cura de doenças e seus agravos, para uma assistência médica social, tratando o indivíduo como um todo, inserindo-o em sua família e em sua comunidade, buscando não apenas a cura de doenças, mas também a prevenção das mesmas, além da promoção e recuperação da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Em dezembro de 1993, o então ministro da saúde, Henrique Santillo, com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), convocou uma reunião em seu gabinete, com o objetivo de elaborar um programa que fosse em concordância com o êxito do PACS. Este novo programa incorporaria novos profissionais de saúde nas equipes já existentes, buscando assim um atendimento completo e resolutivo de acordo com as normas do SUS e da APS (ROSA; LABATE, 2005). Após sua implantação, em 1994 (BRASIL, 1997), inicialmente nos estados da região norte e nordeste, foi posteriormente expandido para todo território nacional, buscando uma melhor cobertura do estado de saúde e da situação social da população atendida pelas equipes do PSF de cada região do território que era coberta por ele (FACCHINI et al., 2006).

Com a sua criação em 1994, o PSF se tornou referência para os cuidados primários no SUS, sendo considerado modelo de reorganização da assistência à saúde no SUS. Depois de mais de uma década de sua implantação no SUS, ele ganha sua merecida notoriedade, renomeado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a partir da publicação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), em 2006 (Portaria nº GM/648 de 28 de março de 2006), pelo então ministro da saúde José Gomes Temporão. A PNAB 2006 é considerada um marco histórico no âmbito da saúde pública, ela reconhece a ESF como modelo prioritário da atenção básica, fortalecendo-a e expandindo-a em todo território nacional (PINTO et al., 2018).

O Piso de Atenção Básica (PAB), foi instituído na NOB 96, com o objetivo de regulamentar a transferência de recursos financeiros vindos do MS e destinados aos municípios e Distrito Federal (DF). O PAB se dividia em duas categorias: o PAB Fixo, destinado a todos os municípios e ao DF, destinado ao custeio de ações de atenção básica à saúde, recursos estes transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal e o PAB variável, tendo como objetivo principal estimular os governantes municipais a implantarem programas de saúde de interesse do MS para a reorganização do modelo de atenção à saúde, como: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI). Os recursos do PAB variável eram depositados mediante adesão e implementação das ações para as quais se destinam, saindo do FNS, desde que constantes nos

respectivos planos de saúde, tais recursos eram depositados em contas abertas especificamente para esta finalidade (CNSMS, 2009).

Com a criação da ESF e o incentivo, principalmente financeiro, para que os municípios empregassem o ESF como seu modelo prioritário de atenção básica, gerou-se um aumento da formação de equipes que aderiram ao ESF. Estes recursos financeiros eram transferidos de forma direta para as contas dos municípios, com destinação exclusiva para a AB e ESF (GOMES et al., 2020). No início do PSF, em 1994, os municípios de pequeno porte, com menos de 20 mil habitantes, tinha uma cobertura de equipes do PSF de menos de 10% da população. no ano de 2002, essa cobertura atinge quase 60 %, e em 2006, com a publicação da PNAB, a cobertura atinge quase 76%. Este aumento também é notável em municípios de médios porte (de 20 mil a 80 mil habitantes), passando de menos de 10% de cobertura em 1998, para 55% de cobertura no ano 2006 (BRASIL, 2008). Os municípios de grande porte com mais de 80 mil habitantes, onde se concentra a maioria da população brasileira, também contou um aumento de cobertura do PSF, porém, menor quando comparado aos municípios de pequeno e médio porte. Em 1999 estes municípios tinham uma cobertura de equipes do PSF de 10%, passando para 34% de cobertura no ano 2006 (BRASIL, 2008). Em um estudo realizado por Silva et al. (2015), no município de Montes Claros/MG, foi analisado a evolução das equipes de PSF/ESF de 1994 a 2008, segundo o autorem 1995 Minas Gerais contava com um total de 22 municípios com PSF, com quantitativo de 42 equipes. Entre 1995 e 1996 a adesão ao PSF ocorreu de forma lenta. A partir de 1996, houve um grande aumento do número de municípios que aderiram ao PSF, graças ao incentivo estadual implantado em Minas Gerais através do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação (ICMS). No ano de 2008 o número de equipes de SF já chegava a 3.799 equipes em Minas Gerais, superando a meta estipulada para o período, de 3.700 equipes (SILVA et al., 2015).

A evolução da ESF também aumentou sua cobertura no país, segundo um estudo realizado por Neves et al. (2018), as regiões do país onde o ESF mais cresceu, entre os anos de 2006 a 2016 foram: Norte (22,7 %), Sul (22,4 %) e Sudeste (19,8 %). A maioria dos estados apresentaram crescimento de cobertura da ESF no período analisado. Os estados de Roraima, Amapá, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba, não apresentaram crescimento, porém, se mantiveram estáveis nos níveis de cobertura. A região Sudeste foi a que apresentou maior variação anual

(11,8%). Entre as Unidades Federativas, destacaram-se, com maiores variações anuais, nesta ordem, o Distrito Federal (53,8%), Rondônia (18,3%), Rio de Janeiro (16,7%) e Rio Grande do Sul (16,4%) (NEVES et al., 2018).

No ano de 2019, o PAB foi extinto e foi implantado o Previne Brasil através da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Com esta mudança, o financiamento da AB sofreu alterações, deixando de ser fundo a fundo, e passando a ser pago com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. A capitação ponderada se baseia no número de pessoas cadastradas pelas equipes da AB, o pagamento por desempenho define qual o valor será transferido para cada município e o DF, de acordo com o desempenho das equipes baseado nos indicadores monitorados e avaliados por elas. O incentivo para ações estratégicas dependerá da implementação de programas, estratégias e ações, que sejam de interesse do MS em cada município, respeitando as regras de cada uma das ações estratégicas (BRASIL, 2019).

4ASPECTOS NORMATIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (PNAB)

A primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006), em 2006, (Portaria nº GM/648), é promulgada e divulgada pelo então ministro da saúde José Gomes Temporão, e é considerada um marco para o desenvolvimento da AB no Brasil (PINTO; GIOVANELLA, 2018). A PNAB 2006 torna explícita a reorganização da AB, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo estratégico e prioritário para a reorganização sua consolidação no país, seguindo os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

A ESF engloba os princípios gerais da AB, dentre eles: a característica de porta de entrada do sistema de saúde, o desenvolvimento de relações de vínculos entre equipes e a população, possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, ter um território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada em consonância com o princípio da equidade, efetivar a integralidade em seus vários aspectos e incentivar a participação popular (BRASIL, 2006).

A ESF também têm seus próprios preceitos, como: ter caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional nos territórios em que as equipes atuam: atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade, buscar o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, manter postura proativa frente aos problemas da população, desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional: ter como foco a família e a comunidade, buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006).

A PNAB 2006 estabelece o modelo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF), sendo obrigatório a formação de equipes multidisciplinares, como número máximo de 4000 pessoas por equipe, sendo recomendado 3000 e define a jornada de trabalho de 40 horas/semanais de cada membro da equipe. Também estabelece que o número de ACS seja suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, não ultrapassando 750 pessoas por ACS. A população atendida pela equipe deve ter uma Unidade Básica de Saúde de referência de atuação da equipe, e esta equipe é responsável pelo processo de referência e contrarreferência para serviços especializados (BRASIL, 2006).

Em 2011, é promulgada nova versão da Política Nacional de Atenção Básica, (PNAB 2011), publicada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Esta nova versão reafirma a ESF como modelo substitutivo em relação a AB tradicional, incentivando sua adoção pelos estados e municípios. Além desta reafirmação a PNAB 2011 traz diferenciais em relação a PNAB 2006. Ela amplia e melhora o processo de trabalho das eSF, trazendo uma carga horária definida para cada membro da equipe, os profissionais médicos passam a ter uma carga horária de vinte horas semanais, permitindo com que eles pudessem atuar em duas equipes da ESF, gerando um melhor custo-efetividade, ampliando a resolutibilidade e melhorando o impacto na situação de saúde das pessoas e comunidades (BRASIL, 2011). Fazendo uma análise de custo-efetividade, de acordo com Moraz et al. (2015), para se incorporar novas tecnologias e intervenções preventivas, faz-se uma avaliação econômica completa, levando-se em consideração que os fatores humanos e físicos são finitos. A avaliação de custo-efetividade, ainda de acordo com

o autor, é um processo que visa determinar, de forma sistemática e objetiva, a relação entre os custos e os benefícios decorrentes de intervenções preventivas.

Além das mudanças acima descritas, com a PNAB 2011 é criando o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tinha como principal objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua resolutividade. Nas equipes de Saúde da Família Ribeirinha e Fluviais, novos critérios são definidos para o planejamento das ações destas equipes. Elas foram criadas em 2010 (Portaria nº 2.191, de 3 de agosto de 2010), mas é após a PNAB 2011, que foram incorporadas na política, melhorando o processo de trabalho e o cuidado, garantindo a estas populações antes marginalizadas, acesso as ações de saúde (LIMA et al., 2021). Também na PNAB 2011 são criadas as equipes do consultório de rua para populações em situação de vulnerabilidade social e são incluídas, em definitiva, as equipes de saúde bucal dentro da ESF. Vale ressaltar que estas equipes de saúde bucal foram criadas no ano de 2000, por meio da Portaria nº 1.444 de 28 de dezembro de 2000, aumentando o escopo das equipes, e teve uma política específica para elas em 2003, através do programa Brasil Sorridente (Política Nacional de Saúde Bucal) (BRASIL, 2004). Dentro da ESF, as eSB são compostas por profissional dentista, técnico de saúde bucal (TSB) e assistente de saúde bucal (ASB) (BRASIL, 2011).

A última e mais atual versão da Política Nacional de Atenção Básica foi promulgada em 2017 (PNAB 2017). A PNAB 2017, Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, mantendo as principais estratégias da PNAB 2011, como a ESF como estratégia prioritária para a AB e a presença dos ACS. Porém, ela permite outros arranjos de equipes, chamados equipe de Atenção Básica (eAB), trata-se de uma configuração de profissionais atuantes nas UBS sem composição mínima de profissionais na equipe, sem necessidade mínima de carga horária e sem foco do trabalho na adscrição da população do território. Além desta nova possibilidade de equipe para atuar na AB, ela incorpora na eSF o Agente Comunitário de Endemias (ACE), fazendo a junção entre vigilância epidemiológica e a AB, ficando o NASF renomeado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e pode apoiar equipes que não sejam eSF. Outra mudança importante na PNAB 2017 é a diminuição do número de pessoas cadastradas por eSF, passando de 4000 para máximo 3500 pessoas (BRASIL, 2017).

5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde nasce nos Estados Unidos na década de 1970 com o nome de Estudos de Avaliabilidade, possuía como principal objetivo a realização de uma análise de processos avaliativos e se eles seriam pertinentes evitando avaliações desnecessárias e que seriam maçantes (TANAKA, 2017).

No Brasil, a avaliação em saúde acontece mais fortemente, e de uma maneira mais democrática e resolutiva, no início nos anos 1980. Após o término do período ditatorial onde ocorreu de aumento da pobreza, crescimento urbano desordenado e redução dos direitos dos trabalhadores, emerge uma demanda por políticas públicas que abrangessem as áreas da saúde, social, segurança, alimentação e moradia. É importante um programa de gestão, não apenas dos recursos públicos, mas também das demandas que seriam necessárias para cada cenário (TANAKA, 2017).

A avaliação em saúde consiste em uma ferramenta técnico-política, de suma importância, para a preservação dos direitos dos cidadãos, ao possibilitar e garantir que um serviço prestado, possa ser mensurado em relação à qualidade e

acessibilidade a todos, especialmente no contexto do SUS (TANAKA, 2017). Com a descentralização da gestão da saúde e o fortalecimento dos estados e municípios após a criação do SUS, surgiram nos últimos 30 anos novas tecnologias de se realizar avaliação em saúde, de modo a orientar a tomada de decisão. A avaliação em saúde também tem grande importância para assegurar uma gestão dos recursos públicos de maneira transparente e eficiente (TANAKA, 2017).

No Brasil, o campo da avaliação da atenção básica em saúde teve um momento de grande crescimento entre os anos de 2003 a 2008. O Ministério da Saúde (MS), representado pela criação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), (BRASIL, 2003), juntamente com a institucionalização da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2006). Esta política tinha como objetivo a solidificação do processo de institucionalização da avaliação, sob o horizonte do processo de descentralização da saúde, que ocorre no país, desde a criação do SUS (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Com o crescimento da importância em se fazer avaliação em saúde, com a participação dos atores sociais envolvidos na realidade a ser avaliada, programas direcionados a processos de avaliação foram desenvolvidos. Em 2011 o MS criou o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), possibilitando a criação de sistemas que pudessem auxiliar neste processo objetivando as respostas às demandas da sociedade (BRASIL, 2013).

O Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS é um grande exemplo (BRASIL, 2017). Ele é composto por instrumentos de avaliação como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2015). O PMAQ-AB tinha como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e melhorar a qualidade da AB, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB (BRASIL, 2017). O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), que também pertence ao programa supracitado, tem como objetivo a produção, por meio da avaliação, de um conjunto de informações necessárias e estratégicas para o desenvolvimento e qualificação do SUS (CONASS, 2011).

Ainda no ano de 2011, o MS criou a Agenda Pactuada por Resultados, alinhando o Plano Plurianual ao Plano Nacional de Saúde. Em 2012, adotou o Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e-Car),

elaborado a partir de um software livre, que poderia ser personalizado de acordo com as necessidades de cada governo. A alimentação dos dados, que seriam em sua grande maioria de natureza qualitativa, contendo informações sobre a evolução das metas, resultados pactuados no planejamento, destacando o cenário atual, pontos a serem melhorados e as recomendações, deveria ser realizada mensalmente, pelas secretarias de saúde, e a utilização destes dados, seria uma ferramenta do monitoramento governamental (UBARANA et al., 2019).

Segundo Akerman *et al.* (2016), podem ser citadas quatro metodologias principais de avaliação econômica completa de programas de saúde: a análise de custo-minimização (ACM), a análise de custo-efetividade (ACE), a análise de custo-utilidade (ACU) e a análise de custo-benefício (ACB), tendo em comum entre elas a possibilidade da avaliação da oportunidade e da adequação da intervenção ou programa, tendo como norte a comparação entre os custos de sua implementação e os benefícios derivados da mesma, além de permitir que estes programas e intervenções possam ter seus custos avaliados.

Segundo Novaes (2000), ao abordar o tema da avaliação em saúde, são consideradas as três grandes áreas da pesquisa de avaliação: investigação avaliativa, avaliação para gestão e avaliação para decisão, através deles é possível ter uma melhor compreensão dos tipos de avaliação e suas empregabilidades, a depender do objetivo final da avaliação (NOVAES, 2000).

Tabela 1- Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados

Critérios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramento

Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ Quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo e (qualitativo) experimental/ quasi- situacional	Quantitativo e Qualitativo Situacional	Quantitativo e Qualitativo Situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da Informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à Temporalidade	Hipótese Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

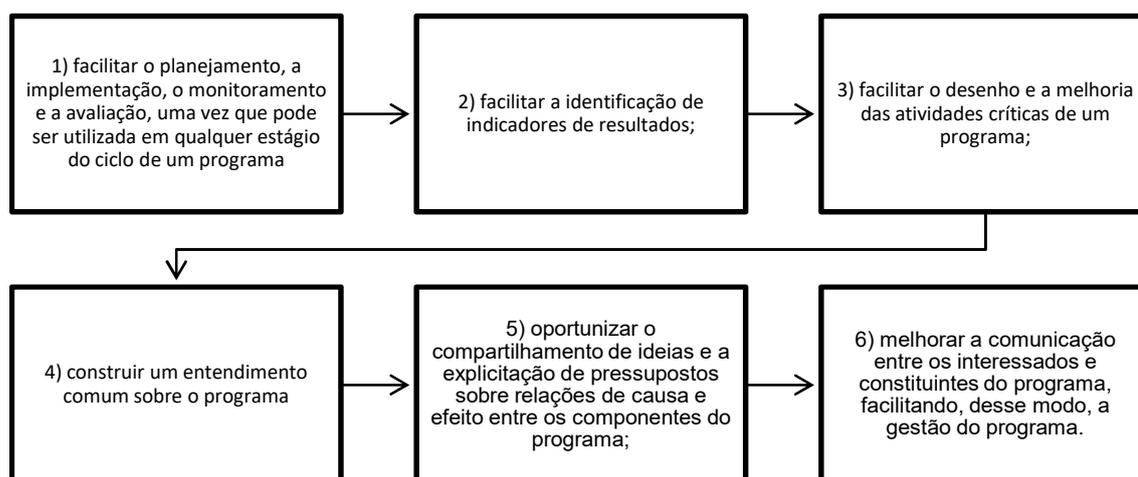
Fonte: Tabela desenvolvida por Novaes (2000).

As avaliações de programas em saúde com foco a análise dos programas, são consideradas processos complexos voltados para objetivos específicos, como a implantação de programas que irão atender a populações específicas. Dentro da avaliação de programas em saúde, pode-se inserir a avaliação tecnológica em saúde, que consiste em avaliar uma tecnologia, podendo ser de um produto ou um processo, a qual é possível de ser dimensionada na sua unidade de tempo e espaço (que, como, onde, quando, para quem, para quê (NOVAES, 2000).

Uma das ferramentas para avaliação em saúde, o uso da metodologia de modelo lógico, tem sido empregado nos estudos de avaliação. O modelo lógico é uma forma esquemática da abordagem baseada na teoria do programa ou política de saúde avaliados, descrevendo os principais elementos do mesmo e foi desenvolvido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em 1997 (ABBAD, 2012). Os modelos lógicos são ferramentas que facilitam a quantificação das atividades e resultados de um programa. A teoria do programa, além destas atribuições, possui outros elementos mais abrangentes, relacionados a compreensão detalhada do funcionamento do próprio programa (MENEZES, 2007).

Os benefícios associados à adoção de modelos lógicos segundo Mc Laughlin e Jordan (2010), estão demonstrados na figura 1 (ABBAD, 2012).

Figura 1 - Benefícios associados à adoção de modelos lógicos



Fonte: Próprio autor.

Além dos benefícios demonstrados na figura 1, outra característica do modelo lógico é a utilização de figuras para a sua representação. Elas facilitam a visualização da informação e do relacionamento causal entre elas, podem ser vistas como organizadores gráficos avançados, que facilitam a apreensão e a síntese de grandes quantidades de informações, auxiliando o pesquisador a validar o modelo e os resultados de avaliação do programa ou sistema de atividades com os stakeholders (ABBAD, 2012).

Entre os usos da avaliação de programas ou intervenções em saúde pode-se destacar sua contribuição para a melhoria da gestão de políticas públicas. No presente estudo, buscou-se analisar o processo de implementação da ESF pela evolução temporal de indicadores de resultados ao longo das três PNABs, entre 2007 e 2020.

A avaliação em saúde vai muito além de obter indicadores de determinadas patologias ou agravos de saúde, implica na melhor gestão de recursos públicos, criação de programas e projetos de acordo com a realidade de cada região/população avaliada e mostrar se políticas públicas anteriormente adotadas

estão ou não sendo eficientes para aqueles objetivos em que elas foram empregadas (ALBUQUERQUE; MARTINS, 2017).

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e em suas regiões, no período de 2007 a 2020, tomando como referência as edições da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do SUS de 2006, 2011 e 2017.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos da pesquisa são os seguintes:

- Descrever a evolução da série temporal de indicadores de implementação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e em suas regiões;

- Comparar o desempenho dos indicadores de resultado selecionados na série temporal entre os anos 2007 a 2020, tendo como referência o mês de agosto de cada ano;
- Analisar os resultados dos indicadores segundo as normas de cada edição da PBAB.

7 METODOLOGIA

Estudo quantitativo de serie temporal baseada na comparação do desempenho de indicadores de resultados da Estratégia Saúde da Família a partir das PNABs de 2006, 2011 e 2017. Considerou-se estudo quantitativo de serie temporal a comparação do desempenho nos indicadores selecionados para avaliação, dentro da série temporal, tendo como mês de referência para análise agosto de cada ano. Os indicadores foram selecionados como aqueles capazes de refletir cinco componentes que possibilitarão a análise de implantação da ESF. Este estudo teve como abjetivo analisar o processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil e em suas regiões, no período de 2007 a 2020, tomando como referência as edições da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) do SUS de 2006, 2011 e 2017.

7.1 ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO

Inicialmente foi realizada uma análise dos documentos oficiais das PNABs de 2006, 2011 e 2017, por três profissionais especialistas na área. Em cada PNAB, a análise foi direcionada aos itens específicos do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção à saúde para este primeiro nível de atenção. Esta análise inicial resultou na elaboração do Mapa Conceitual (Figura 2). Por meio do diagrama, foram apresentadas as conexões em relação aos objetivos, estratégias e indicadores de resultados esperados do processo de implantação da ESF na Atenção Básica do SUS, apresentado a seguir.

Os componentes utilizados para a elaboração do modelo lógico (Figura 3), assim como o mapa conceitual, foram construídos a partir da dimensão Especificidade da Estratégia Saúde da Família dentro das PNABs o que possibilitou a identificação de indicadores para aferir a implementação da ESF no âmbito da AB, segundo as edições das PNABs. Os componentes são: Território/Adscrição; Equipe; Processo de Trabalho; Planejamento e Gestão do Território e Cuidado a grupos prioritários pelas eSF. Para cada componente foram identificados os objetivos e as estratégias adotadas para implementação de acordo com cada PNAB, que se encontram na figura 3.

Figura 3-Modelo lógico de análise da implementação da ESF sob o olhar da PNAB 2006,2011 e 2017

	PNAB 2006	PNAB 2011	PNAB 2017
Estratégia Saúde da Família	Objetivo: caráter substitutivo em relação à AB Tradicional	Objetivo: modelo de reorganização da AB	Objetivo: ESF como estratégia prioritária
	Estratégia: Definição do processo de implantação da ESF	Estratégia: ESF para expansão, qualificação e consolidação da AB	Estratégia: reconhecimento de outras estratégias AB
Território/ Adscrição	Objetivo: atuação por territórios	Objetivo: atuação por territórios	Objetivo: território como localização geográfica
	Estratégia: número de ESF com max 4000 habitantes, recomendado 3000	Estratégia: número de ESF com max 4000 habitantes, recomendado 3000	Estratégia: população adscrita por ESF/EAB (2000 – 3500 habitantes)
Equipes	Objetivo: equipe multiprofissional	Objetivo: equipe multiprofissional	Objetivo: equipe multiprofissional em diferentes formatos (eSF/eAB)
	Estratégia: Trabalho em Equipe Mínima com 40/horas	Estratégia: Trabalho em Equipe Mínima + Equipe Saúde Bucal + NASF com 40/horas (exceto profissional médico)	Estratégia: Trabalho em Equipe Mínima + Equipe Saúde Bucal +NASF-AB com 40 horas/semanais (eSF)
Processo de Trabalho	Objetivo: foco na família e comunidade para a Saúde da Família	Objetivo: foco na família e comunidade para toda a Rede de Atenção Básica	Objetivo: ampliar e resolutividade e impactar na situação de saúde de pessoas e coletividades
	Estratégia: intervenções no processo saúde-doença com foco em indivíduo/família/comunidade	Estratégia: intervenções no processo saúde-doença com foco em indivíduo/família/comunidade	Estratégia: intervenções no processo saúde-doença com foco em indivíduo/família/comunidade para todas as eAB.
Planejamento e Gestão	Objetivo: planejamento com base em diagnóstico situacional	Objetivo: análise da situação de saúde do território	Objetivo: programação das ações de acordo com o perfil e necessidades da comunidades
	Estratégia: definição de ações e supervisão do trabalho; ações estratégicas	Estratégia: Programação e implantação baseado em critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.	Estratégia: Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde referenciadas para a identificação de causalidades do processo saúde-doença
Cuidado a grupos prioritários pelas eSF	Objetivo: acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e das ações prioritárias	Objetivo: estabelecer mecanismos de acompanhamento sistemáticos dos resultados	Objetivo: monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios.
	Estratégia: criação de indicadores de resultados e dos indicadores do Pacto da Atenção Básica	Estratégia: apoio institucional ao acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica	Estratégia: acompanhamento sistemático dos resultados alcançados

Fonte: Elaborado pelos autores.

7.2 SELEÇÃO DE INDICADORES

Para avaliação da implementação de cada um dos componentes identificados no modelo lógico, foram selecionados indicadores capazes de refletir o processo de implementação da ESF a partir de 2007. A seleção dos indicadores foi baseada no Pacto de indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2006) e a coleta dos dados para a construção dos indicadores selecionados foi realizada a partir dos bancos de dados públicos SISAB e e-GESTOR e DATASUS/Tabnet. Os indicadores selecionados, para cada um dos componentes estão demonstrados na Quadro 1.

A partir da coleta dos dados dos indicadores nos bancos de dados públicos SISAB/e-GESTOR e DATASUS/Tabnet, entre os anos de 2007 a 2020, foram feitas análises anuais dos dados coletados. Para esta análise, foi definido com mês de referência o mês de agosto de cada ano da série temporal. Foram analisados dados nacionais e de cada uma das cinco regiões do Brasil. Estes dados foram colocados em uma matriz de medidas comparativa entre os anos. Os cinco componentes do modelo lógico foram comparados em relação ao que os indicadores mostram e possíveis mudanças que possam indicar alguma variação no uso da estratégia levantada para alcance do objetivo por cada PNAB.

Quadro1 - Indicadores do processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Brasil, 2007 a 2020.

Componentes	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Informação	Período da Série Histórica
Território/Adscrição	Cobertura Populacional Estimada ESF (% da pop coberta por ESF)	$\frac{n^{\circ} \text{ eSF} \times 3.450 \text{ (n}^{\circ} \text{ eAb param. + n}^{\circ} \text{ eSF equiv.)} \times 3.000 \times 100}{\text{Estimativa Populacional}}$	E – Gestor	2007 a 2020
	Adscrição (calculada pela população estimada sobre o número de equipes)	$\frac{\text{Estim. Popul. Cobert. ESF no período}}{\text{Número de equipes}}$	E – Gestor	2007 – 2020
Equipe	Número de Equipes de Saúde da Família (eSF);	Número absoluto de eSF	E- Gestor	2007 – 2019
	Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);	Número absoluto de ACS	E – Gestor	2007 a 2019
	Número total de Equipes de Saúde Bucal (eSB) – incluindo eSB I e II;	Número absoluto de eSB	E - Gestor	2007 a 2019
	Número total de equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) incluindo NASF-AB I,II e III.	Número absoluto de NASF – AB	E - Gestor	2011 a 2019

Processo de Trabalho	Número de Visitas Domiciliares (VD);	Número absoluto de VD	SISAB	2013 – 2020
	Número de ações de Educação em Saúde;	Número absoluto de ações de educação em saúde	SISAB	2013 – 2020
	Número de Atividades em Grupo;	Número absoluto de atividades em grupo	SISAB	2013 – 2020
Planejamento e Gestão do Território	Número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território;	Número absoluto de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território	SISAB	2013 – 2020
	Número de ações direcionadas a planejamento e monitoramento de ações no território.	Número absoluto de ações direcionadas a planejamento e monitoramento de ações no território	SISAB	2013 – 2020
Cuidado a grupos prioritários pelas eSF	Número de gestantes cadastradas que iniciaram pré-natal até a 13ª semana de gestação	Número absoluto de gestantes.	Tabnet/ DATASUS	2007 – 2015*
	% de gestantes acompanhadas com pelo menos 6 consultas realizadas até a 20ª semana de gestação	Número absoluto de % gestantes.	SISAB/ E - Gestor	2018 – 2020*
	Número de hipertensos cadastrados que receberam ao menos uma visita domiciliar do ACS/mês	Número absoluto de hipertensos.	Tabnet/ DATASUS	2007 – 2015*

	% de hipertensos que tiveram a pressão aferida no último semestre	Número absoluto de % hipertensos	SISAB/E-Gestor	2018 – 2020*
--	---	----------------------------------	----------------	--------------

Fonte: Elaborado pelos autores.

* OBS: em relação aos indicadores de do componente Cuidado a grupos prioritários pelas eSF, não foram localizados dados referentes aos anos de 2016 e 2017 nas bases de dados consultadas.

7.2.1 Metodologia de pesquisa no site do e-Gestor-AB

A coleta dos dados que foram analisados em cada um dos indicadores, foram feitas seguindo as notas técnicas disponíveis em cada indicador, nos sites e-Gestor e Tabnet/DATASUS. Foram seguidos os passos determinados para que cada indicador pudesse trazer seus referidos dados. A seguir, a explicação dos indicadores segundo as notas técnicas dos manuais dos sistemas de informações utilizados.

7.2.2.1 Componente Território e Adscrição

a) Cobertura estimada da ESF e População Estimada

De acordo com a nota técnica do Ministério da Saúde, o indicador de cobertura populacional estimada na Atenção Básica atualmente é utilizado para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap). Esse indicador consta no Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2017-2020 (Brasília, 2020). O cálculo deste indicador é feito da seguinte maneira:

$$\frac{n^{\circ} eSF * 3.450 + (n^{\circ} eABparam. + n^{\circ} eSFequivalentes) * 3.000}{\text{Estimativa populacional}} * 100$$

Estimativa populacional

Para obtermos os dados da cobertura da ESF no Brasil e em suas macrorregiões, utilizamos o site do e-Gestor, dentro do mesmo, selecionamos a aba “Histórico de Cobertura por competência e unidade geográfica”, nesta aba selecionamos o relatório “Cobertura da Atenção Básica”. Na tela seguinte, foi selecionado o item “Período por Unidade Geográfica”, para que fossem apresentados a soma de todos os estados de cada região (Sul, Sudeste, Norte, Nordeste e Centro-Oeste). No item “Unidade Geográfica”, selecionamos a “Região” e após, a regiões do país de interesse. Para os dados nacionais utilizamos a item “Brasil”. Por fim, selecionamos o período de interesse de cada ano da série temporal (de 2007 a 2020), que foi definido como referência o mês de agosto de cada ano. Após, foi gerado o dado em tela.

Os dados gerados são apresentados em uma linha. Nesta linha consta a competência, referente ao período buscado (agosto de cada ano), a macrorregião/país que foi buscado o dado e a população da macrorregião/país naquele período. Nesta mesma linha são apresentados o número de ESF coberta, a estimativa da população coberta pela ESF no período analisado e a cobertura da ESF (em porcentagem). Os mesmos dados de cobertura para as equipes de Atenção básica (AB) são apresentados, mas não são de interesse deste estudo.

b) Cálculo da População Adscrita

Para se obter o dado sobre a população adscrita foi utilizado o valor da estimativa da população coberta pela ESF, dividido pelo número de equipes de ESF no mesmo período, dados estes que foram coletados da maneira descrita para o indicador descrito acima.

No site do e-Gestor, quando é calculada o número de eSF, e feita uma contabilização, de acordo com a Portaria nº 703/2011, e é feita uma ponderação das equipes. Como o número de equipes pode aparecer quebrado em alguns municípios, por causa dos pesos atribuídos a cada tipo de equipe, ele é arredondado no portal, para que na soma dos dados, como por exemplo o dado de cada estado, não apareça “quebrado”. A regra para apresentação no portal é de arredondamento do número para cima, isto é, valores com casas decimais maiores ou iguais a 5 terão um incremento de 1 no total e os valores inferiores a 5 sofrem arredondamento para menos 1. Deste mesmo modo, como o número de equipes foi arredondado,

utilizamos o mesmo critério para a adscrição, que apresenta valores quebrados na sua divisão.

Exemplo:
$$\frac{\text{Estim. Popul. Cobert. ESF no período}}{\text{Nº eSF no mesmo período}}$$

7.2.2.2 Componente Equipes

a) Número de Equipes de ESF

Para obtermos os dados do número de equipes da ESF no Brasil e em suas macrorregiões, utilizamos a mesma aba da cobertura da ESF. O site do e-Gestor, também apresenta esta mesma informação do item “Painéis APS” (painel de indicadores da APS), a informação se encontra dentro do item “Saúde da Família”, no menu lateral desta aba. Aplicando os mesmos filtros (agosto de cada ano, macrorregião de interesse/Brasil) se encontra a mesma informação.

Dentro do item “Histórico de Cobertura”, (histórico de cobertura por competência e unidade geográfica) selecionamos o item “Cobertura da Atenção Básica”. Na tela seguinte, foi selecionado o item “Período por Unidade Geográfica”, para que fossem apresentados a soma de todos os estados de cada região. No item “Unidade Geográfica” selecionamos a “Região”, e após a região do país de interesse. Para os dados nacionais utilizamos a item “Brasil”. Por fim, selecionamos o período de interesse de cada ano da série temporal (mês de agosto de cada ano). Após, foi gerado o dado em tela.

Os dados gerados são apresentados em uma linha que consta a competência, referente ao período buscado (agosto de cada ano), a macrorregião/país que foi selecionado, o dado e população da macrorregião/país naquele período. Nesta mesma linha são apresentados os números de equipes de ESF coberta, onde foi retirado o número de eSF de cada ano. A estimativa da população coberta pela ESF no período analisado e a cobertura da ESF (em

porcentagem). Os mesmos dados de cobertura são apresentados para a AB, mas não são de interesse deste estudo.

b) Número de Equipes AB parametrizadas

O Ministério da Saúde formulou parâmetros mínimos (número mínimo de profissionais para as equipes e carga horária de trabalho para as equipes de Atenção Básica (EAB) que se organizam de maneira diferente da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

c) Número de Equipes equivalentes

Considera-se Equipes de Atenção Básica tradicional/equivalentes as equipes da Estratégia Saúde da Família, as que tenham no mínimo 60h de carga horária ambulatorial médica e 40h de carga horária ambulatorial de enfermagem na Atenção Básica.

d) Número de ACS, ESB (I, II) e NASF (Modalidades I, II, III)

Para se obter os números de equipes de ESFB (modalidades I e II), o número de ACS e o número de NASF (nas três modalidades) utilizamos o site do e-Gestor. Entramos na aba disponível no site “Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados”, e posteriormente, dentro desta mesma aba, utilizamos o item “Saúde da Família, Saúde Bucal, Agente Comunitário de Saúde e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica- AB”.

Na tela seguinte, foi selecionado o item “Período por Unidade Geográfica”, para que fossem apresentados a soma de todos os estados de cada. No item seguinte, selecionamos a macrorregião de interesse (para as regiões do país) e “Brasil” para os dados nacionais. Por último, selecionamos o “Período de Interesse” (mês de agosto) e após foi gerado o dado em tela. Após a geração dos dados, é apresentado as seguintes linhas: Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. Nestas linhas, são apresentados os seguintes dados:

- Período: que se refere ao período buscado no sistema;
- População: referente à população de cada região do país e os dados nacionais naquele período pesquisado;
- Número de municípios com ACS, ESF, ESB: mostra a quantidade de municípios de cada macrorregião/país que possuem os itens mencionados;
- Teto: mostra o número máximo de ESF e ACS em cada macrorregião em determinado período.

Ademais é apresentado nesta linha as colunas: Credenciados pelo MS, Cadastrados no Sistema e Implantado com Financiamento do MS. Estas colunas trazem valores referentes aos números de cada item que se enquadra em cada coluna desta modalidade. Utilizamos os dados da coluna “Credenciados pelo MS” em todos os valores do item “Equipes” de nossa tabela.

7.2.2.3 Diferenças entre ESB Modalidade I e II

a) Número de Equipes de Saúde Bucal (eSB)

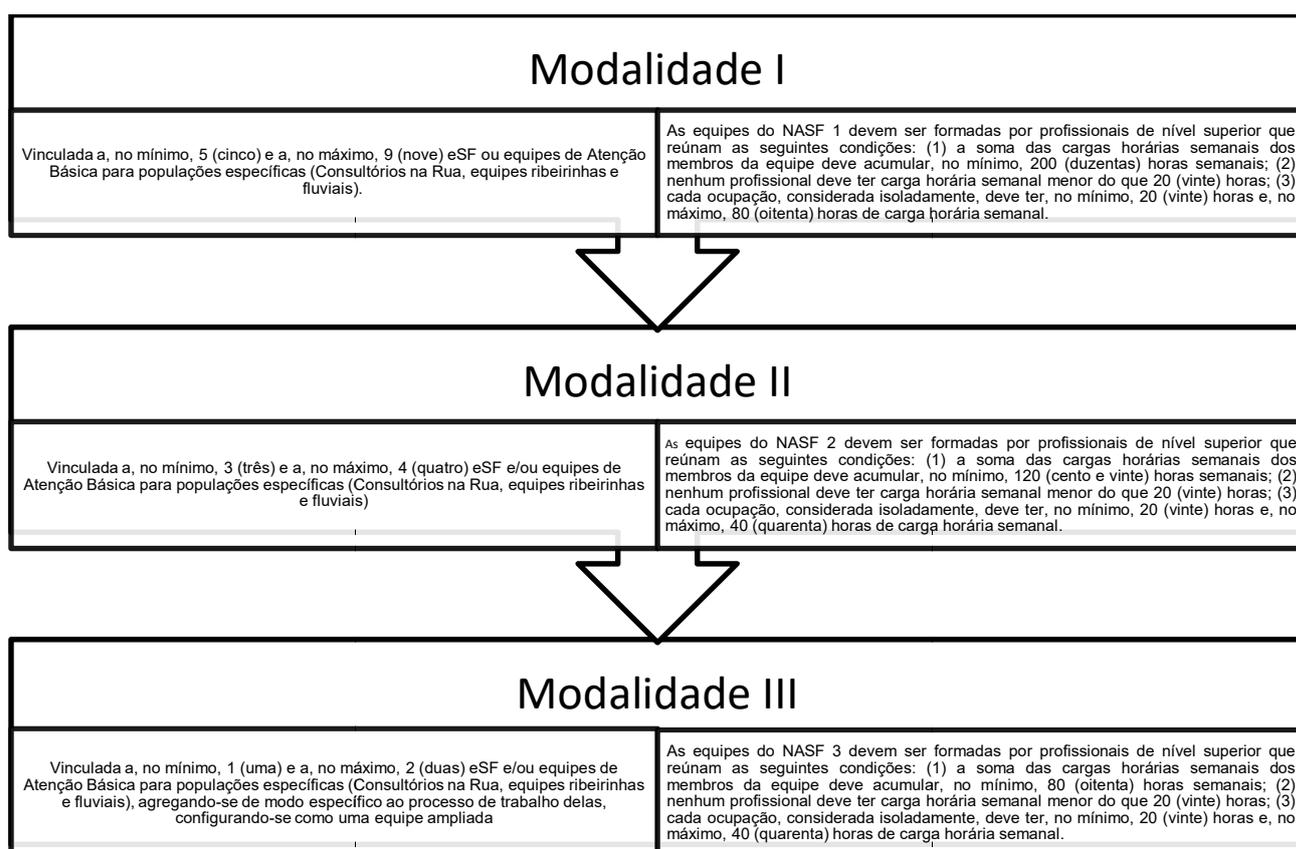
A partir da Portaria nº 99/SAES/MS, de 07 de fevereiro de 2020, que faz menção à versão 4.2.20 do CNES, define que as equipes de Saúde bucal (eSB), deverão ter um INE próprio, e as eSB que já estão atuando vinculada a uma eSF financiadas pelo MS, assim como as novas eSB devem se adequadas e registradas no CNES com o código 71. As eSB devem se cadastradas com este novo código são as de Modalidade I e Modalidade II.

- MOD1: 1 Cirurgião dentista + 1 técnico de saúde bucal ou auxiliar de saúde bucal;
- MOD2: 1 Cirurgião dentista + 1 técnico de saúde bucal + 1 auxiliar de saúde bucal ou técnico de saúde bucal.

7.2.2.4 Diferenças entre NASF-AB Tipo I, II e III

Com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestando pela AB, o NASF - AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), tem como objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, apoiar a inserção da ESF e de suas equipes, entre outros. Ele foi criado em 2008 (Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008), como a nomenclatura de Núcleo de Apoio a Saúde da Família, e em 2012, teve o incremento de mais uma modalidade, o NASF modalidade III (Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012), que altera as atribuições das modalidades já existentes (modalidades I e II) e agrega uma nova modalidade, permitindo assim, que todos os municípios do país tivessem uma unidade do NASF (BRASIL, 2013). Na figura 4, apresentamos as principais diferenças entre as modalidades de NASF.

Figura 4 - Principais diferenças entre as três modalidades do NASF-AB



Fonte: (BRASIL, 2013), criado pelo autor.

7.2.2.5 Componente Processo de Trabalho

Para podermos demonstrar o processo de trabalho das equipes da ESF, escolhemos três indicadores que pudessem representar uma ação realizada pelas equipes, tanto dentro da UBS (unidade Básica de Saúde), quanto na comunidade adscrita pela equipe. Estes indicadores são: número de visitas domiciliares (VD), que mostra o trabalho da equipe dentro da comunidade e nas UBS, número de ações de educação em saúde, com foco no desenvolvimento de ações de forma espontânea dentro das UBS pelas equipes e número de atividades em grupo, com foco nos atendimentos em grupos específicos da população.

a) Número de Visitas Domiciliares (VD)

Para se consultar a quantidade de visitas domiciliares realizadas no país pela eSF, utilizamos o sistema e-Gestor. No site do órgão, utilizamos a aba SISAB (Sistema de Informações em Saúde para Atenção Básica), e dentro da mesma selecionamos a aba Saúde/Produção, que permite consultar as informações de produção (atendimento individuais, atendimentos odontológicos, procedimentos e visitas domiciliares).

Para obtermos o número de visitas domiciliares, utilizamos os seguintes filtros: “Unidade geográfica”, “Brasil”, para dados nacionais e “Macrorregiões de Saúde”, para dados de cada uma das cinco regiões do país. Após, selecionamos a competência (agosto de cada ano). No filtro “Linha/Coluna”, selecionamos Brasil, (no filtro “Linha do Relatório”) quando a busca era sobre o dado nacional, e região, para busca de dados referente as regiões do país, para a “Coluna do Relatório” selecionamos o filtro “Tipo de Equipe”.

O filtro seguinte se refere a detalhamentos mais específicos da busca, com a finalidade de se refinar os dados obtidos. No filtro “Tipo de Equipe”, selecionamos “Eq. Saúde da Família-ESF”, que é nossa equipe da AB de interesse. No filtro “Categoria Profissional”, não foi especificado nenhum filtro, pois não interfere nos valores finais da busca. O filtro “Faixa Etária” foi selecionado a opção “ignorado”, e o filtro “Sexo” não foi definido, pois não se trata de uma pesquisa específica para gênero. O filtro “Local de atendimento” também não foi aplicado nenhum filtro de busca, pois quando selecionamos todos ou apenas um, não são apresentados resultados de busca.

O filtro “Tipo de Produção” possibilita a escolha de variáveis com maior especificidade dos relatórios no quesito produção. As variáveis são separadas de acordo com a sua seção. A seção que utilizamos foi “Visita domiciliar”, que era nosso indicador de interesse. Após, selecionamos o filtro “Visita domiciliar”, no filtro “Motivos visita” selecionamos todos os motivos disponíveis. No filtro “Desfecho da Visita”, foram selecionados os três disponíveis (ausente, visita aceita e visita recusada), pois não interfere no resultado final disponível para o número de visitas domiciliares realizadas. O filtro “Tipo de Imóvel” não foi selecionamos nenhum específico, pois ao selecionarmos todos os tipos de imóveis, ou apenas um, o site do e-Gestor não apresenta dados disponível. Após o preenchimento clicamos em “Ver em tela”.

b) Número de Ações de Educação em Saúde

A atividade de educação em saúde desenvolvida pela atenção básica tem como ação central o desenvolvimento de campanhas e ações de forma pontual ou sazonal em saúde. Estas atividades são desenvolvidas sem a necessidade da identificação dos participantes, e podem acontecer como rodas de conversa, encenações teatrais sobre algum tema da área da saúde, atividades em salas de espera das UBS e atividades com a comunidade (BRASIL, 2021).

Para a coleta dos dados, foi utilizado a site do e-Gestor. Na aba SISAB, ao clicarmos nesta aba, selecionamos o item “Saúde/Atividade Coletiva”, que permite consultar as informações de produção (atividade coletiva) da Atenção Primária à Saúde. Para o filtro dos dados, realizamos os seguintes passos: no ícone “Unidade geográfica”, selecionamos “Brasil”, para dados nacionais e “Macrorregiões”, para dados de cada uma das cinco regiões do país (Centro-oeste, Norte, Nordeste, Sul e Sudeste). Após, selecionamos a competência (agosto de cada ano).

No filtro “Linha/Coluna”, selecionamos Brasil (no filtro “Linha do Relatório”) quando a busca era sobre o dado nacional, e região, para busca de dados referente as regiões do país, e para a “Coluna do Relatório” selecionamos o filtro “Qt de atividades coletivas / Número de participantes”, para termos o número de atividades desenvolvidas pelas equipes e o número de usuários participantes. No filtro “Tipo de Informação”, selecionamos “quantidade de atividades coletivas”.

Para conseguirmos o dado das atividades de educação em saúde, na linha “Filtro”, seguimos a seguinte ordem: no filtro “Tipo de Equipe” selecionamos “Eq. de saúde da Família”. No filtro “Categoria Profissional” não aplicamos nenhum filtro, pois não interfere no valor final da busca. No filtro “Tipo de Atividade”, selecionamos “Educação em saúde”. No filtro “Público-alvo”, selecionamos “Comunidade em geral”, que deve ser marcado quando não há um público-alvo específico. Ele é um campo obrigatório quando utilizamos o filtro “Educação em Saúde”.

No filtro “Temas para Saúde”, que também é de preenchimento obrigatório para “Educação em saúde”, é utilizado para registrar, na Ficha de Atividade Coletiva, os temas discutidos na ação em saúde, selecionamos todos os disponíveis. Os filtros “Temas para Reunião”, “Práticas em Saúde”, “Turno” e “Programa Saúde na Escola-PSE” não se aplicam e/ou não são obrigatórios para o tema. Após o preenchimento clicamos em “Ver em tela”.

c) Número de Atividades em Grupo

O número de atividades em grupo foi o indicador utilizado para demonstrar as atividades desenvolvidas pela atenção básica, sendo um processo de educação voltado para a comunidade. Ele é utilizado para indicar a realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, mesmo que não apresentem alterações na avaliação (BRASIL, 2021).

Para a coleta dos dados, assim como nos outros indicadores, foi utilizado a site do e-Gestor. Na aba SISAB selecionamos o item “Saúde/Atividade Coletiva”, que permite consultar as informações de produção (atividade coletiva) da APS. Para a filtragem dos dados, realizamos os seguintes passos: no ícone “Unidade geográfica”, selecionamos “Brasil”, para dados nacionais e “Macrorregiões”, para dados de cada uma das cinco regiões do país. Após, selecionamos a competência (agosto de cada ano).

No filtro “Linha/Coluna”, selecionamos Brasil, (no filtro “Linha do Relatório”) quando a busca era sobre o dado nacional, e região, para busca de dados referente as regiões do país, e para a “Coluna do Relatório” selecionamos o filtro “Qt de atividades coletivas / Número de participantes”, para termos o número de atividades

desenvolvidas pelas equipes e o número de usuários participantes. No filtro “Tipo de Informação”, selecionamos “Quantidade de Atividades Coletivas”.

No filtro “Tipo de Equipe”, selecionamos “Eq. de Saúde da Família-ESF”. No filtro “Categoria Profissional” não aplicamos nenhum filtro, pois não interfere no valor final da busca. O filtro “Tipos de Atividade” selecionamos “Atendimento em Grupo”, neste filtro apenas uma opção pode ser selecionada. Nos filtros “Público-alvo”, selecionamos o filtro “Comunidade em Geral”, pois não há público específico. Nos filtros “Temas para Saúde” e “Práticas em Saúde”, que são obrigatórios, selecionamos todos os filtros. Já nos filtros “Temas para Reunião”, “Práticas em Saúde”, “Turno” e “Programa Saúde na Escola-PSE” não se aplicam e/ou não são obrigatórios para o tema. Após o preenchimento clicamos em “Ver em tela”.

7.2.2.6 Componente Planejamento e Gestão do Território

a) Indicador Número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território

Para se obter o indicador de Número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território, dentro do componente Planejamento e Gestão do território, utilizamos o sistema e-Gestor. Este indicador nos mostra ações que foram realizadas pelas equipes de saúde da atenção primária em saúde, dentre elas a eSF. Ele tem como objetivo identificar as principais demandas de saúde de uma determinada localidade, utilizando dados dos sistemas de informação em saúde, podendo assim, formular indicadores e um parâmetro da situação epidemiológica da população adscrita (BRASIL, 2021)

Assim como os indicadores anteriormente descritos, utilizamos no site do órgão, a aba SISAB, ao clicarmos nesta aba, selecionamos a aba “Saúde/Atividade Coletiva”, que permite consultar as informações de produção (atividade coletiva) da Atenção Primária à Saúde. Nesta aba, se encontra filtros, que permitem uma busca refinada dos dados. No filtro “Unidade Geográfica”, podemos selecionar os filtros para os dados nível “Brasil” e para os dados das regiões, que nos permite filtrar por cada uma delas separadamente, após, selecionamos a competência (agosto de cada ano). No próximo filtro “Linha/ Coluna/ Tipo de Informação”, selecionamos na

aba “Linha do Relatório” Brasil, quando se trata no dado nacional, e região, quando buscamos os dados para cada região do país.

No filtro “Coluna do Relatório”, utilizamos o item “Quantidade de Atividade Coletiva/Número de Participantes”. No filtro “Tipo de Informação”, selecionamos “quantidade de atividades coletivas”, para obtermos o número deste dado. No filtro “tipo de equipe”, selecionamos “Eq. de Saúde da Família-eSF”, e no filtro “Temas para Reunião”, utilizamos o item “diagnostico do território/ monitoramento do território”. Os filtros “Categoria Profissional, Tipo de Atividade, Público-alvo, Temas para saúde, Práticas em Saúde, Turno e Programa Saúde na Escola” não foram utilizados nenhum filtro, ficando com a aba “Nenhum item selecionados”. Após clicamos no item “Ver em tela”, para termos os dados buscados.

b) Indicador Número de ações direcionadas a planejamento e monitoramento de ações no território

O indicador número de ações direcionadas a planejamento e monitoramento de ações no território tem como objetivo principal monitorar as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde que compõe a atenção primária. Ele auxilia a identificação de reuniões das equipes que tenham como foco o planejamento de ações de saúde a partir do diagnóstico da situação de saúde do território, com a utilização de indicadores e dados epidemiológicos da saúde (BRASIL, 2021). Para este indicador, escolhemos dois componentes:

Ao entramos no sistema, assim como no indicador anterior, clicamos na aba SISAB, após, selecionamos a aba “Saúde/Atividade Coletiva”, que permite consultar as informações de produção (atividade coletiva) da Atenção Primária à Saúde. Nesta aba, se encontra filtros, que permitem uma busca refinada dos dados. No filtro “Unidade Geográfica”, podemos selecionar os filtros para os dados nível “Brasil” e para os dados das regiões, que nos permite filtrar por cada uma delas separadamente, após, selecionamos a competência (agosto de cada ano). No próximo filtro “Linha/ Coluna/ Tipo de Informação”, selecionamos na aba “Linha do Relatório” o Brasil, quando se trata no dado nacional, e região, quando buscamos os dados para cada região do país.

No filtro “Coluna do Relatório”, utilizamos o item “Quantidade de Atividade Coletiva/Número de Participantes”. No filtro “Tipo de Informação”, selecionamos

“quantidade de atividades coletivas”, para obtermos o número deste dado. No filtro “tipo de equipe”, selecionamos “Eq. de Saúde da Família-eSF”, que é nossa equipe da atenção primária de interesse. A diferença na busca de dados dos dois indicadores se encontra no filtro “Temas para Reunião”, onde selecionamos o item “Planejamento/ Monitoramento das ações da equipe”. Os filtros “Categoria Profissional, Tipo de Atividade, Público-alvo, Temas para saúde, Práticas em Saúde, Turno e Programa Saúde na Escola”, permanecem com nenhum filtro selecionado, ficando com a aba “Nenhum item selecionados”. Após clicamos no item “Ver em tela”, para termos os dados buscados.

7.2.2.7 Cuidado a grupos prioritários pelas equipes de Saúde da Família

a) Gestantes e Hipertensos Acompanhados pela ESF

Para podermos analisar a forma de trabalho das eSF ao longo da série temporal, escolhemos dois indicadores que pudesse nos mostrar, de forma ativa, a ação do cuidado e atenção à saúde da atenção básica no Brasil. Utilizamos dois sites do MS para a coleta destes dados, assim como nos indicadores anteriores, o DATASUS/Tabnet e o SISAB/e-Gestor.

O indicador número de gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal até o 3º mês de gestação foi retirado do site DATASUS, no item Tabnet. Ele demonstra o número gestantes cadastradas que iniciaram o pré-natal até o 3º mês de gravidez (durante o 1º trimestre de gestação). O indicador número de hipertensos cadastrados que receberam ao menos uma visita domiciliar do ACS/mês, reflete número de pessoas com hipertensão arterial cadastradas que receberam pelo menos uma visita domiciliar do ACS no mês de referência (BRASIL, 1998).

No site do e-Gestor, o indicador porcentagem de gestantes acompanhadas com pelo menos 6 consultas realizadas até a 20ª semana de gestação, de acordo com a nota técnica no site DESF (2020) mede a proporção de gestantes que realizaram a quantidade de consultas de pré-natal preconizado pelo Ministério da Saúde, 6 atendimentos sendo que a primeira consulta deve ter sido realizada até a 20ª semana gestacional, em relação ao total de gestantes esmadas do município. Tem como objetivo avaliar o acesso ao acompanhamento pré-natal; subsidiar o processo de planejamento, gestão e avaliação da assistência ao pré-natal; incentivar

a captação de gestantes para início oportuno do pré-natal, essencial para o diagnóstico precoce de alterações e intervenção adequada sobre condições que vulnerabilizam a saúde da gestante e da criança (DESF, 2020). A maneira como estes valores são obtidos é através do seguinte cálculo:

Fórmula de cálculo:

Nº gestantes com 6 consultas pré-natal, com a 1º até a 20º semana de gestação

(Parâmetro de Cadastro X SINASC ou Nº gestantes identificadas) *

População IBGE

**O denominador será o que apresentar o maior valor.*

O indicador percentual de hipertensos que tiveram a pressão aferida no último semestre, de acordo com a nota técnica DESF (2020) mede a proporção de pessoas com hipertensão arterial sistêmica que são consultadas pelas equipes de APS e possuem sua pressão arterial aferida no semestre, em relação a quantidade esmada de hipertensos que o município possui, no intuito de incentivar o registro correto de todos os usuários da APS mesmo que possa afetar o resultado do indicador (DESF, 2020).

Ainda de acordo com a nota técnica DESF (2020), ele tem como objetivo avaliar se a aferição de PA de pessoas com hipertensão, está sendo realizada pelo menos uma vez no semestre, se está incorporada no processo de trabalho da equipe com vistas ao controle da PA desses usuários. A avaliação do cumprimento de diretrizes e normas para o acompanhamento de pessoas hipertensas na APS também é observada neste indicador, além de permitir o financiamento do processo de planejamento, gestão e avaliação no controle das doenças crônicas (DESF, 2020). A maneira como estes valores são obtidos é através do seguinte cálculo:

Fórmula de cálculo:

Nº de hipertenso com a PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses

(Parâmetro do cadastro X % de hipertensos PNS ou N° hipertensos identificados) *

**O denominador será o que apresentar o maior valor.*

7.2.2.8 Dados coletados no site do DATASUS

Para a coleta dos dados sobre o indicador Número de Gestantes Acompanhadas, entre os anos de 2007 a 2015, utilizamos o site do DATASUS. Ao entrarmos no site, utilizamos a aba TabNet. O DATASUS disponibiliza dados referente a saúde da população, em todos os níveis de sua rede de cuidados. Ele traz estatísticas sobre mortalidade e sobrevivência, informações sobre agravos infecciosos e morbidade, e com a melhora na compreensão do processo saúde e seus determinantes populacionais, a análise da situação sanitária, a construção de indicadores de saúde foi se aprimorando.

Na página do Tabnet, selecionamos a aba “Assistência à Saúde”, onde são encontrados os dados referentes a produção hospitalar (SIH/SUS), produção ambulatorial (SAI/SUS), imunização –desde 1994, vigilância alimentar e nutricional, conjunto mínimo de dados (CMD) e Atenção Básica- Saúde da Família – de 1998 a 2015, que é o nosso dado de interesse. Ao entrarmos neste item, utilizamos o dado “Situação de Saúde”, e após selecionamos a abrangência da nossa busca. Para os dados nível nacional utilizamos “Brasil por Região, UF e Município” e para os dados das regiões do país, foi necessário analisar os estados da federação individualmente. Após a análise de cada estado, somar seus dados, de acordo com sua região, para assim obtermos os dados dela.

Na próxima tela refinamos a nossa busca com o auxílio dos filtros disponíveis. No filtro “Linha”, selecionamos o “Ano/Mês” da nossa busca, na “Coluna” selecionamos “Tipo de Equipe” e no filtro “Conteúdo” selecionamos o indicador de interesse, “Gest. c/PN 1° Trim.” (Número de gestantes com pré-natal no 1° trimestre), ou para o indicador “Hiperten. Acompanhados”. Na sequência, definimos o período de interesse (agosto de cada ano).

No filtro “Seleções Disponíveis”, utilizamos o filtro “Tipo de Equipe”, para podermos assim filtrar nossa busca exclusivamente para ações de saúde realizadas

pela “ESF- Equipe de Saúde da Família”. Os outros filtros disponíveis nesta seção não são relevantes para nossa pesquisa, por isso não foram utilizados. Após, escolhemos o formato de exibição dos dados, “Tabela com bordas” e clicamos em “Mostrar” para a visualização dos dados na próxima tela. Os dados no Tabnet foram coletados entre os meses de setembro e novembro de 2021.

7.2.2.9 Cálculo dos dados retirados e-Gestor

Porcentagem de gestantes acompanhadas com pelo menos 6 consultas realizadas até a 20ª semana de gestação e % de hipertensos que tiveram a pressão aferida no último semestre.

Para a complementação dos dados dos indicadores de Cuidado a Grupos Prioritários pelas eSF, utilizamos os dados disponíveis no site do e-Gestor. Dentro do site, utilizamos a aba SISAB. Dentro desta página, se encontram informações sobre a atenção básica e vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. Dentro desta aba utilizamos o item “Indicadores de Desempenho”, que permite consultar o resultado dos indicadores de desempenho e o cálculo do Indicador Sintético Final (ISF).

Nos filtros disponíveis para a consulta de dados, utilizamos o “Indicador”, que nos permitiu selecionar o nosso indicador de interesse (Proporção de gestantes com pelo menos 6(seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação e Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida a cada semestre). No filtro “Nível de visualização”, selecionamos “Brasil”, para os dados nacionais, e “Região” para os dados de cada uma das cinco regiões do país.

Após, no filtro “Opção de quadrimestre”, selecionamos o quadrimestre 2 (Q 2) de cada ano. Este quadrimestre foi definido para que seja englobado também neste indicador, o mês de agosto de cada ano. No filtro “Visão das Equipes” foi selecionado a opção “Considerar apenas equipes (eSF ou eAP) homologadas”, pois elas são consideradas a base para o cálculo do ISF, no novo modelo de pagamento do Previner Brasil. Após, clicamos em “Ver em tela” para termos os resultados. Os dados foram coletados entre os meses de setembro e novembro de 2021.

7.3 PLANO DE ANÁLISE

Para realizarmos a análise dos dados coletados nas bases de dados e-Gestor e DATASUS, utilizamos o software de análise de tendência Joinpoint. O cálculo das séries temporais para cada indicador foi realizado pela versão do software 4.9.0.0. Este software estatístico, de domínio público, é utilizado para realização de análise de tendências, por meio de modelos de regressão segmentada do tipo Joinpoint. Os joinpoints fazem ligação de várias linhas diferentes através dos “pontos de junção”, indicando mudanças na tendência, podendo ser aumento ou diminuição dos valores dos indicadores ao longo do segmento avaliado para cada um. A partir dos joinpoints, as séries temporais totais podem ser divididas em diferentes segmentos temporais de acompanhamento, com tendências diferentes.

A análise de tendências foi baseada nos valores da Annual Percent Change (APC), que reflete a mudança nos indicadores em cada segmento temporal analisado, e da Average Annual Percent Change (AAPC) que reflete a média da tendência em todo o período de estudo. Valores APC e AAPC positivos indicam tendência de crescimento e negativo indicam tendência de queda, quando significativos. As significâncias das tendências foram verificadas pelo Intervalo de Confiança 95% (IC95%). Quando a APC e a AAPC não são significativas, é considerado estabilidade.

De acordo com o site do programa, o software obtém dados de tendência (por exemplo, taxas de câncer) e se ajusta ao modelo de ponto de junção mais simples que os dados permitem. O usuário fornece o número mínimo e máximo de pontos de junção. O programa começa com o número mínimo de pontos de junção (por exemplo, 0 pontos de junção, que é uma linha reta) e testa se mais pontos de junção são estatisticamente significativos e devem ser adicionados ao modelo (até aquele número máximo).

Após a conclusão da instalação do programa Joinpoint versão 4.9.0.0, para desktop, separamos os dados previamente coletados em tabelas Excel®. Esta separação se fez necessária, pois o programa não aceita colunas e linhas zeradas, ou seja, sem informação. Como nossos dados apresentam diferenças nas datas de início, como por exemplo os dados do NASF, e data de término, foi preciso separar as tabelas para que todas tivessem a mesma quantidade de informação. Após, as

tabelas foram abertas dentro do programa Joinpoint, foram selecionados os filtros de interesse e após, iniciamos a análise.

Essa análise é feita de maneira bem rápida pelo programa. Os dados são apresentados em gráficos, que podem ter zero (0), um (1) ou dois (2) joinpoints. Nesse momento o programa mostra a melhor opção para ser utilizada, marcando-a com um “asterisco”. Ele também apresenta as informações de crescimento do segmento (APC), dependendo de quantos joinpoints, podem ser um, dois ou três segmentos, a porcentagem (%) de crescimento deste segmento, a significância estatística e o valor de P (P-Value). Estas mesmas informações são apresentadas para todo o período.

Após toda a análise feita no programa Joinpoint, transferimos estes dados novamente para tabelas Excel. Nesta fase, as tabelas foram separadas por componente, indicadores de cada componente, por regiões do país e dados nacionais. Após, estes dados foram colocados em tabelas, uma para Brasil e outra para as regiões, contendo as seguintes informações: componente, indicador, seguimentos, ano inicial, ano final, APC e AAPC.

8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo envolveu análise de dados de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), disponíveis em bancos de dados públicos, e a análise da Política Nacional de Atenção Básica, também disponível, respeitando todos os aspectos éticos e legais.

9 RESULTADOS

Os resultados e discussões do presente estudo serão apresentados em formato de artigo intitulado: Estudo de Análises Temporais da Implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sob o Olhar da Política Nacional da Atenção Básica

9.1 ARTIGO

ESTUDO DE ANÁLISES TEMPORAIS DA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SOB O OLHAR DA POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Andressa Daiana Nascimento do Carmo

Estela Márcia Saraiva Campos

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva

RESUMO

Introdução: Após mais de 30 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas foram às mudanças nos serviços de saúde prestados à população, em especial no âmbito da Atenção Básica (AB). Em 1994, houve a criação do Programa Saúde da Família (PSF), mudanças na forma de atenção à saúde foram implantadas o que propiciou a organização das unidades de atenção básica (UBS) sob lógica dos atributos da atenção primária à saúde, com resultados de ampliação do acesso à saúde pela população, em especial nas regiões Norte e Nordeste. Após 12 anos, com a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2006), o PSF passou a ser considerado estratégia prioritária na reorganização da AB do Brasil, mudando seu nome para Estratégia de Saúde da Família (ESF). Com a

publicação de outras versões da PNAB, em 2011 e 2017, alterações foram sendo feitas na ESF, na organização de trabalho das equipes, na sua composição e na estrutura organizacional deste nível de atenção. **Objetivo:** O presente estudo objetivou analisar o processo de implementação da ESF, sob o olhar das três versões das PNABs, buscando evidenciar os impactos da referida política por meio de indicadores de resultados da implementação da ESF na AB do SUS. **Métodos:** Estudo descritivo de série temporal dos indicadores selecionados para aferir a implementação da ESF sob o olhar das PNABs de 2006, 2011 e 2017, a partir da comparação do desempenho de indicadores selecionados para avaliação em linha do tempo entre os anos de 2007 e 2020, utilizando o programa de análise de tendência Joinpoint. **Principais resultados:** Foram observadas tendência de queda no número de ACS nas regiões do país, estabilidade na adesão no Brasil e na maioria das regiões foram observadas. O número de NASF-AB teve crescimento até a última PNAB, mesmo ocorrido com o número de eSB, que após se estabilizou. O número de VD apresentou crescimento em toda série temporal, sendo maior nos anos iniciais do registro, e com tendência de queda no final em algumas regiões. A educação em saúde, teve um crescimento expressivo em quase todas as regiões do país, e, após se estabilizarem os dados ela se estabiliza. Os dados sobre o número de gestantes acompanhadas apresentaram tendência de queda na maioria das regiões. Os hipertensos acompanhados se mantiveram estáveis. **Considerações finais:** A última reedição da PNAB, em 2017, pode ter proporcionado um desestímulo à continuidade e ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário da AB no Brasil, ao permitir e financiar novos arranjos de equipes na AB, suprimir a presença do ACS e mudar a organização do trabalho das equipes da AB já existentes. Todas estas mudanças podem acarretar retrocessos e perdas dentro da AB e da ESF no Brasil.

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

ABSTRACT

Introduction: After more than 30 years of the creation of the Unified Health System (SUS), there have been many changes in the health services provided to the

population, especially within the scope of Primary Care (AB). In 1994, the Family Health Program (PSF) was created, changes in the form of health care were implemented, which allowed for the organization of primary care units (UBS) under the logic of the attributes of primary health care, with results of expansion of access to health by the population, especially in the North and Northeast regions. After 12 years, with the publication of the first National Primary Care Policy (PNAB 2006), the PSF became a priority strategy in the reorganization of AB in Brazil, changing its name to the Family Health Strategy (ESF). With the publication of other versions of the PNAB, in 2011 and 2017, changes were made to the ESF, in the work organization of the teams, in its composition and in the organizational structure of this level of care. **Objective:** The present study aimed to analyze the implementation process of the ESF, from the perspective of the three versions of the PNABs, seeking to highlight the impacts of the aforementioned policy through indicators of results of the implementation of the ESF in AB of the SUS. **Methods:** Descriptive study of a time series of selected indicators to assess the implementation of the ESF from the perspective of the PNABs of 2006, 2011 and 2017, based on the comparison of the performance of selected indicators for evaluation in a timeline between the years 2007 and 2020, using the Joinpoint trend analysis program. **Main results:** A downward trend in the number of CHAs was observed in the regions of the country, stability in the ascription in Brazil and in most regions were observed. The number of NASF-AB grew until the last PNAB, even with the number of eSB, which then stabilized. The number of DV showed growth throughout the time series, being higher in the initial years of the record, and with a downward trend at the end in some regions. Health education had an expressive growth in almost all regions of the country, and, after stabilizing the data, it stabilizes. The number of monitored pregnant women showed a downward trend in most regions. The hypertensive patients followed up remained stable. **Final considerations:** the last re-edition of the PNAB, in 2017, may have provided a disincentive to the continuity of the expansion of the Family Health Strategy (ESF) as a priority model of AB in Brazil, by allowing and financing new arrangements of teams in AB, suppressing the presence of the ACS and change the work organization of the existing AB teams. All these changes can lead to setbacks and losses within AB and ESF in Brazil.

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

1 INTRODUÇÃO

Com o processo de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) iniciado durante a década de 90, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi lançado no Brasil, em 1994, enquanto proposta de ampliação do acesso aos serviços de saúde, baseado no trabalho de equipes multiprofissionais tendo uma população adscrita sob sua responsabilidade (BRASÍLIA, 1997). Em junho de 2004, o PSF já estava presente em 84% dos municípios brasileiros (SCOREL et al., 2007) e em 2019 o Ministério da Saúde registrou que 45.798 equipes de Saúde da Família estavam aptas a serem financiadas pelo Governo Federal, de acordo com a Portaria nº 3.566, de 19 de dezembro de 2019. Após 12 anos de sua criação, em 2006, o PSF passa a ser considerado estratégia fundamental para o fortalecimento da Atenção Básica (AB) no país, nomenclatura dada a Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do SUS (BRASÍLIA, 2021), passando a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) com a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006).

A ESF representa a saída de uma assistência focada na doença direcionando-a para o cuidado centrado no indivíduo, sua família e comunidade, reordenando o modelo de atenção na AB (BRASÍLIA, 1997). Em 2010, com o propósito de integrar os níveis de atenção do SUS são estabelecidas as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando uma efetiva assistência integral. A atenção básica é considerada o primeiro nível da RAS, sendo considerada a porta de entrada preferencial do cuidado em saúde, o que resultou no

fortalecimento da AB (BRASIL, 2010). Estas mudanças foram motivadas pela situação epidemiológica e demográfica do país, que, de forma acelerada, coloca as condições crônicas como um dos agravos predominantes na população brasileira (BRASIL, 2010).

Em 2011, o Decreto nº 7508 reforça a determinação constitucional que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada, tendo a AB como coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. As RAS devem se organizar de forma regionalizada, tendo as “regiões de saúde” como espaço de tal organização, a qual deve ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde (BRASIL, 2011), de modo a garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno.

A primeira PNAB, lançada em 2006, reafirma a missão da ESF como o modelo de atenção para orientação da AB e alcance de um cuidado resolutivo e com base nos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006). Nos anos de 2011 e 2017, a PNAB passou por revisões. Em 2011, a ESF é reforçada como modelo prioritário e substitutivo da AB tradicional ampliando sua cobertura e resolubilidade. Em 2017, versão atual da PNAB, expressivas mudanças foram incorporadas, em um cenário de intensas disputas políticas, como a aprovação da emenda constitucional que congelava os gastos em saúde e educação (EC nº 95/2016) (BRASIL, 2016). Novas formas de orientação do trabalho no âmbito da AB passaram a ser consideradas, ao incorporar diferentes composições das equipes, o que vem impactando na forma como ESF é vista dentro da lógica do trabalho no primeiro nível de atenção (ALMEIDA et al., 2018).

Vários estudos em relação a AB foram realizados considerando a ESF como seu modelo de atenção, com o objetivo de identificar seus impactos nos indicadores de saúde, assim como conhecer melhor o processo de trabalho das equipes. Em um estudo realizado por Vieira (2019), foi destacada a importância da Equipe de Saúde da Família (eSF) na erradicação da hanseníase e do processo de trabalho organizado em equipes multiprofissionais. Ferreira et, al (2014), em pesquisa realizada em Belo Horizonte, avaliou o conhecimento dos profissionais da eSF e equipes de apoio sobre os indicadores de saúde, evidenciando a importância da

ESF dentro da AB, atuando de forma crucial no comportamento positivo destes indicadores, que com uma administração adequada podem ser uma ferramenta para a gestão e avaliação do sistema de saúde.

Analisar a implementação da ESF sob o olhar das três PNABs se torna relevante ao possibilitar o estudo das nuances de cada versão da política e como elas influenciaram na forma de organização da estratégia enquanto modelo de atenção da AB no SUS. Assim, o objetivo do presente estudo foi a elaboração de um modelo lógico baseado em componentes importantes no desenho da AB nas três PNABs, e analisar se as séries temporais dos indicadores foram capazes de refletir o processo de implantação de cada componente.

2 METODOLOGIA

Estudo descritivo de série temporal dos indicadores selecionados para aferir a implementação da ESF sob o olhar das PNABs de 2006, 2011 e 2017, a partir da comparação do desempenho de indicadores selecionados para avaliação em linha do tempo entre os anos de 2007 e 2020. A avaliação da implantação foi feita a partir da comparação do desempenho de indicadores selecionados para avaliação em linha do tempo entre os anos de 2007 e 2020, dependendo da disponibilidade de cada indicador nas bases de dados públicos dos sistemas de informação da Atenção Básica (AB) do DATASUS, SISAB e E-Gestor. Os indicadores foram selecionados como aqueles capazes de refletir os cinco componentes que possibilitaram a análise de implantação da ESF, de acordo com o modelo lógico elaborado, os indicadores estão no Quadro 1.

2.1 ELABORAÇÃO DO MODELO LÓGICO

Foi realizada uma análise dos documentos oficiais das PNABs de 2006, 2011 e 2017, por três profissionais especialistas na área. O Modelo Lógico (Figura 1) foi construído a partir da análise da dimensão específica da Estratégia Saúde da Família (ESF) de cada PNAB, o que possibilitou a identificação de cinco componentes que orientaram a análise de implantação da ESF no âmbito da AB: Território/Adscrição; Equipe; Processo de Trabalho; Planejamento e Gestão do

Território e Cuidado a Grupos Prioritários pelas eSF. Para cada componente foram identificados os objetivos e as estratégias adotadas para implantação de acordo com orientações expressas em cada PNAB. Baseado neste modelo lógico foi possível identificar a imagem objetivo de pontos importantes para à implantação da ESF como modelo de atenção da AB.

Figura 1 - Modelo lógico de análise da implantação da ESF
sob o olhar da PNAB 2006,2011 e 2017

	PNAB 2006	PNAB 2011	PNAB 2017
Estratégia Saúde da Família	Objetivo: caráter substitutivo em relação à AB Tradicional	Objetivo: modelo de reorganização da AB	Objetivo: ESF como estratégia prioritária
	Estratégia: Definição do processo de implantação da ESF	Estratégia: ESF para expansão, qualificação e consolidação da AB	Estratégia: reconhecimento de outras estratégias AB
Território/ Adscrição	Objetivo: atuação por territórios	Objetivo: atuação por territórios	Objetivo: território como localização geográfica
	Estratégia: número de ESF com max 4000 habitantes, recomendado 3000	Estratégia: número de ESF com max 4000 habitantes, recomendado 3000	Estratégia: população adscrita por ESF/EAB (2000 – 3500 habitantes)
Equipes	Objetivo: equipe multiprofissional	Objetivo: equipe multiprofissional	Objetivo: equipe multiprofissional em diferentes formatos (eSF/eAB)
	Estratégia: Trabalho em Equipe Mínima com 40/horas	Estratégia: Trabalho em Equipe Mínima + Equipe Saúde Bucal + NASF com 40/horas (exceto profissional médico)	Estratégia: Trabalho em Equipe Mínima + Equipe Saúde Bucal +NASF-AB com 40 horas/semanais (eSF)
Processo de Trabalho	Objetivo: foco na família e comunidade para a Saúde da Família	Objetivo: foco na família e comunidade para toda a Rede de Atenção Básica	Objetivo: ampliar e resolutividade e impactar na situação de saúde de pessoas e coletividades
	Estratégia: intervenções no processo saúde-doença com foco em indivíduo/família/comunidade	Estratégia: intervenções no processo saúde-doença com foco em indivíduo/família/comunidade	Estratégia: intervenções no processo saúde-doença com foco em indivíduo/família/comunidade para todas as eAB.
Planejamento e Gestão	Objetivo: planejamento com base em diagnóstico situacional	Objetivo: análise da situação de saúde do território	Objetivo: programação das ações de acordo com o perfil e necessidades das comunidades
	Estratégia: definição de ações e supervisão do trabalho; ações estratégicas	Estratégia: Programação e implantação baseado em critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência.	Estratégia: Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde referencial para a identificação de causalidades do processo saúde-doença
Cuidado a grupos prioritários pelas eSF	Objetivo: acompanhamento do Pacto da Atenção Básica e das ações prioritárias	Objetivo: estabelecer mecanismos de acompanhamento sistemáticos dos resultados	Objetivo: monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios.
	Estratégia: criação de indicadores de resultados e dos indicadores do Pacto da Atenção Básica	Estratégia: apoio institucional ao acompanhamento dos indicadores da Atenção Básica	Estratégia: acompanhamento sistemático dos resultados alcançados

Fonte: Elaborado pelos autores.

2.2 SELEÇÃO DE INDICADORES

Para avaliação de dados referentes a cada um dos componentes identificados no modelo lógico, foram selecionados indicadores capazes de refletir o processo de implantação da Estratégia de Saúde da família (ESF) a partir de 2007. A seleção dos indicadores foi baseada no Pacto de Indicadores da Atenção Básica (BRASIL, 2006). A coleta dos valores dos indicadores selecionados foi realizada a partir de bancos de dados públicos dos sistemas de informação da Atenção Básica do DATASUS, SISAB e E-Gestor. Os indicadores selecionados, bases de dados consultadas e período de coleta estão descritos no Quadro 1.

Quadro1 - Indicadores do processo de implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Brasil, 2007 a 2020.

Componentes	Indicador	Fórmula de Cálculo	Fonte de Informação	Período da Série Histórica
Território/Adscrição	Cobertura Populacional Estimada ESF (% da pop coberta por ESF)	$\frac{\text{n}^\circ \text{ eSF} \times 3.450 (\text{n}^\circ \text{ eAb param.} + \text{n}^\circ \text{ eSF equiv.}) \times 3.000 \times 100}{\text{Estimativa Populacional}}$	E – Gestor	2007 a 2020
	Adscrição (calculada pela população estimada sobre o número de equipes)	$\frac{\text{Estim. Popul. Cobert. ESF no período}}{\text{Número de equipes}}$	E – Gestor	2007 – 2020
Equipe	Número de Equipes de Saúde da Família (eSF);	Número absoluto de eSF	E- Gestor	2007 – 2019
	Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);	Número absoluto de ACS	E – Gestor	2007 a 2019
	Número total de Equipes de Saúde Bucal (eSB) – incluindo eSB I e II;	Número absoluto de eSB	E - Gestor	2007 a 2019
	Número total de equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) incluindo NASF-AB I, II e III.	Número absoluto de NASF – AB	E - Gestor	2011 a 2019

Processo de Trabalho	Número de Visitas Domiciliares (VD);	Número absoluto de VD	SISAB	2013 – 2020
	Número de ações de Educação em Saúde;	Número absoluto de ações de educação em saúde	SISAB	2013 – 2020
	Número de Atividades em Grupo;	Número absoluto de atividades em grupo	SISAB	2013 – 2020
Planejamento e Gestão do Território	Número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território;	Número absoluto de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território	SISAB	2013 – 2020
	Número de ações direcionadas a planejamento e monitoramento de ações no território.	Número absoluto de ações direcionadas a planejamento e monitoramento de ações no território	SISAB	2013 – 2020
Cuidado a grupos prioritários pelas eSF	Número de gestantes cadastradas que iniciaram pré-natal até a 13ª semana de gestação	Número absoluto de gestantes.	Tabnet/ DATASUS	2007 – 2015*
	% de gestantes acompanhadas com pelo menos 6 consultas realizadas até a 20ª semana de gestação	Número absoluto de % gestantes.	SISAB/ E - Gestor	2018 – 2020*
	Número de hipertensos cadastrados que receberam ao menos uma visita domiciliar do ACS/mês	Número absoluto de hipertensos.	Tabnet/ DATASUS	2007 – 2015*

	% de hipertensos que tiveram a pressão aferida no último semestre	Número absoluto de % hipertensos	SISAB/ E-Gestor	2018 – 2020*
--	---	----------------------------------	-----------------	--------------

Fonte: Elaborado pelos autores.

* OBS: em relação aos indicadores de do componente Cuidado a grupos prioritários pelas eSF, não foram localizados dados referentes aos anos de 2016 e 2017 nas bases de dados consultadas.

2.3 COLETA DOS INDICADORES

Os indicadores foram coletados nos bancos de dados públicos dos sistemas de informação da AB (e-Gestor, SISAB) e do aplicativo Tabnet, localizado no site DATASUS, na seção Assistência à Saúde (Atenção Básica – Saúde da Família – de 1998 a 2015). A coleta dos dados abrangeu o período entre 2007 a 2020, considerando os valores do mês de agosto de cada ano, dependendo da disponibilidade dos dados nos bancos de dados.

Os indicadores selecionados foram coletados para o Brasil, e para cada uma das regiões geográficas do país: Norte, Nordeste, Centro – Oeste, Sudeste e Sul. Os dados de cada um dos indicadores selecionados foram interpretados conforme as orientações disponíveis nas Notas Técnicas pertencentes a cada sistema de informação. Posteriormente, os dados foram organizados em planilha Excel.

2.4 ANÁLISE DA SÉRIE TEMPORAL

O cálculo das séries temporais para cada indicador foi realizado pelo software de análise de tendência Joinpoint (versão 4.9.0.0). Este software estatístico, de domínio público, é utilizado para realização de análise de tendências, por meio de modelos de regressão do tipo Joinpoint. Os joinpoints fazem ligação de várias linhas diferentes através dos “pontos de junção”, indicando mudanças na tendência, podendo ser aumento ou diminuição dos valores dos indicadores ao longo do período avaliado para cada um. A partir dos joinpoints, as séries temporais totais podem ser divididas em diferentes seguimentos temporais de acompanhamento, com tendências diferentes.

A avaliação das tendências foi baseada nos valores da Annual Percent Change (APC), que reflete a mudança nos indicadores em cada segmento

analisado, e da Average Annual Percent Change (AAPC) que reflete a média da tendência em todo o período de estudo. Valores APC e AAPC positivos indicam tendência de crescimento e negativo indicam tendência de queda, quando significativos. As significâncias das tendências foram verificadas pelo Intervalo de Confiança 95% (IC95%). Quando a APC e a AAPC não são significativas, é considerado estabilidade.

3 RESULTADOS

As análises dos indicadores identificaram tendências diferentes para cada indicador e, referente ao mesmo indicador, tendências diferentes em relação ao Brasil e as regiões geográficas. Estes resultados foram apresentados para todo o Brasil (Tabela 1) e por regiões geográficas (Tabela 2).

Tabela 1 - Tendência temporal dos indicadores selecionados por componentes do modelo lógico de análise das PNABs – Brasil – 2007 a 2020

BRASIL						
Componente	Indicador	Seg.	Ano Inicial	Ano final	APC (95%IC)	AAPC (95%IC)
	Cobertura Populacional ESF (% da pop coberta por ESF)	1	2007	2018	3,08* (2,5, 3,7)	1,9* (0,6, 3,2)
		2	2018	2020	-4,42 (-12,5, 4,4)	
Território/Adscrição	Adscrição (calculada pela população estimada sobre o número de equipes)	1	2007	2018	-0,3* (-0,4, 0,2)	-0,2 (-0,3, 0,0)
		2	2018	2020	0,5 (-0,8, 1,8)	
	Número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);	1	2007	2016	2,6* (1,5, 3,8)	0,1 (-1,5, 1,6)
		2	2016	2019	-7,3* (-13,0, -1,3)	
	Número de Equipes de Saúde da Família (eSF);	1	2007	2018	4,5* (3,8, 5,2)	3,1* (1,7, 4,5)
		2	2018	2020	-4,5 (-13,3, 5,3)	

Equipes	Número total de Equipes de Saúde Bucal (eSB) – incluindo eSB I e II;	1	2007	2015	7.2* (5.4, 9.0)	3.3* (1.6, 5.0)
		2	2015	2019	-4.0 (-8.5, 0.7)	
	Número total de equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) incluindo NASF-AB I, II e III.	1	2011	2014	39.2* (25.2, 54.8)	17.2* (13.2, 21.4)
		2	2014	2019	5.7* (0.8, 10.8)	
Processo de Trabalho	Número de Visitas Domiciliar (VD)	1	2013	2015	1428.7* (1071.1, 1894.4)	132.4* (120.3, 145.2)
		2	2015	2020	9.4* (3.1, 16.1)	
	Número de ações de Educação em Saúde;	1	2013	2016	492.0 (-3.1, 3514.5)	77.0 (-5.2, 230.6)
		2	2016	2020	-28.4 (-77.2, 124.8)	
	Número de Atividades em Grupo;	1	2013	2016	332.5 (-19.8, 2233.3)	42.4 (-20.4, 154.8)
		2	2016	2020	-38.1 (78.7, 79.8)	
Planejamento e Gestão do Território	Número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território;	1	2013	2015	2684.5* (530.9, 12190.1)	165.0* (96.5, 257.5)
		2	2015	2020	3.4 (-25.8, 44.2)	
	Número de ações direcionadas ao planejamento e monitoramento de ações no território	1	2013	2015	2012.0* (253.9, 12504.9)	131.0* (61.2, 231.2)
		2	2015	2020	-4.7 (-36.1, 42.2)	
Cuidado a grupos prioritários pelas eSF	Número de gestantes cadastradas que iniciaram pré-natal até a 13ª semana de gestação	1	2007	2009	-24.9 (-48.0, 8.5)	-7.8* (-14.3, -0.8)
		2	2009	2015	-1.3 (-7.2, 5.1)	
	% de gestantes acompanhadas com pelo menos 6 consultas realizadas até a 20ª semana de gestação	1	2018	2020	21.4 (-70.7, 403.4)	21.4 (-70.7, 403.4)
	Número de hipertensos cadastrados que receberam ao menos uma visita domiciliar do ACS/mês	1	2007	2015	-8.8 (0.2, -2.3)	-8.8 (0.2, -2.3)
	% de hipertensos que tiveram a pressão aferida no último semestre	1	2018	2020	29.1 (-80.2, 740.7)	29.1 (-80.2, 740.7)

Seg: Segment; Initial Year: Starting year of the segment; Last Year: End year of the segment; APC: Annual Percent Change; AAPC: Average Annual Percent Change; 95%CI: 95% confidence interval. Fonte: Dados obtidos após análise dos dados coletados nos bancos de dados e-Gestor/Tabnet-DATASUS no programa de análise de tendência Joinpoint. Valores APC e AAPC: quando os valores de APC e AAPC estão acompanhados de **asterisco**, indicam significância estatística (tendência de crescimento e/ou queda).

A análise dos indicadores nacionais da Tabela 1 identificou tendências diferentes ao longo dos períodos avaliados em relação a cada indicador. Os joinpoints evidenciaram uma oscilação entre crescimento e queda em períodos diferentes. A maioria dos indicadores apresentaram tendências de crescimentos nos anos iniciais de registro dos dados nos sistemas, e uma tendência subsequente de estabilidade ou queda, em alguns indicadores, sendo as quedas principalmente após a publicação da PNAB de 2017. Indicadores com início de registro tardio, como os indicadores de número total de NASF-AB e os indicadores dos componentes “Processo de Trabalho” e “Planejamento e Gestão do Território”, tiveram um aumento expressivo nos anos iniciais de registro, seguidos de queda após maior regularidade destes registros. Os indicadores de número total de NASF-AB e

número de visita domiciliar foram os únicos que apresentaram tendência de crescimento significativo nos dois segmentos temporais identificados.

Foi observada tendência de crescimento para os seguintes indicadores: cobertura da ESF, número de eSF, número de ACS, número total de eSB (incluído eSB I e II), número total de NASF-AB (incluído NASF-AB I, II e III), e para os indicadores de número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território e número de visitas domiciliares. Já nos demais indicadores as tendências não apresentaram significância estatística, indicando estabilidade. Alguns indicadores apresentaram baixo registro de dados nos anos iniciais, seguido por um aumento nos anos subsequentes, o que explica um aumento expressivo nas tendências temporais, em destaque para os indicadores do componente “Processo de Trabalho”: número de visitas domiciliares, número de ações de educação em saúde e número de atividades em grupo e do indicador do componente “Planejamento e gestão do Território”: número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território.

Em relação aos indicadores do componente “Cuidado a Grupos Prioritários Pelas eSF”, acompanhamento de gestantes e hipertensos, a mudança no cálculo dos indicadores nos sistemas de informação consultados influenciou na oscilação da tendência temporal. O número de gestantes cadastradas que iniciaram pré-natal até a 13ª semana de gestação apresentou tendência de queda, e o percentual de gestantes acompanhadas com pelo menos 6 consultas realizadas até a 20ª semana de gestação apresentou estabilidade. Já os indicadores referentes ao acompanhamento de hipertensos, em suas diferentes formas de cálculo trabalhados, apresentaram estabilidade. A Tabela 2 apresenta os resultados das análises dos indicadores por regiões do Brasil.

Tabela 2 - Tendência temporal dos indicadores selecionados por componentes do modelo lógico de análise das PNABs**– Regiões Geográficas – Brasil – 2007 a 2020**

Componente	Indicador	Seg.	Região Sudeste				Região Norte				Região Nordeste				Região Centro-oeste				Região Sul			
			Ano inicial	Ano final	APC (95%CI)	AAPC (95%CI)	Ano inicial	Ano final	APC (95%CI)	AAPC (95%CI)	Ano inicial	Ano final	APC (95%CI)	AAPC (95%CI)	Ano inicial	Ano final	APC (95%CI)	AAPC (95%CI)	Ano inicial	Ano final	APC (95%CI)	AAPC (95%CI)
Território/Adscrição	Cobertura Populacional ESF (% Cob. ESF)	1	2007	2018	4.4* (3.6, 5.2)	2.5* (0.9, 4.2)	2007	2016	3.7* (2.3, 5.1)	2.3* (0.8, 3.8)	2007	2016	1.9* (1.3, 2.4)	1.2* (0.6, 1.9)	2007	2019	10.0* (4.2, 16.2)	3.1* (2.3, 3.9)	2007	2018	3.8* (3.3, 4.4)	2.2* (1.1, 3.4)
		2	2018	2020	-7.2 (-16.9, 3.6)		2016	2020	-0.8 (-5.2, 3.9)		2016	2020	-0.2 (-2.1, 1.8)		2009	2020	1.9* (1.5, 2.2)		2018	2020	-6.2 (-13.5, 1.7)	
	Adscrição (Popo, cob./num. Equipes)	1	2007	2009	-0.7 (-1.5, 0.1)	-0.2* (-0.3, 0.1)	2007	2018	-0.3* (-0.4, 0.1)	-0.1 (-0.4, 0.2)	2007	2011	0.1 (-2.9, 3.3)	-0.2 (-1.2, 0.8)	2007	2018	-0.1 (-0.2, 0.0)	0.0 (-0.2, 0.3)	2007	2018	-0.1* (-0.1, 0.0)	-0.0 (-0.1, 0.1)
		2	2009	2020	-0.1* (-0.2, 0.0)		2018	2020	0.5 (-1.5, 2.5)		2011	2020	-0.4 (-1.3, 0.5)		2018	2020	0.7 (-1.1, 0.5)		2018	2020	0.3 (-0.3, 0.9)	
Equipes	Número de ACS	1	2007	2017	3.5* (3.0, 3.9)	0.2 (-0.6, 1.1)	2007	2016	2.7* (1.2, 4.2)	0.6 (-2.5, 1.4)	2007	2016	1.3* (0.6, 1.9)	-0.2 (-1.1, 0.6)	2007	2016	2.2* (0.6, 3.9)	-0.7 (-2.8, 1.5)	2007	2016	3.6* (2.3, 4.9)	0.5 (-1.2, 2.2)
		2	2017	2021	-14.4* (-19.1, -9.4)		2016	2021	-9.7* (-16.8, -2.1)		2016	2021	-4.6* (-7.8, -1.3)		2016	2021	-8.8* (-16.6, -0.4)		2016	2021	-8.1* (-14., -1.6)	
	Número de eSF	1	2007	2018	5.6* (4.9, 6.4)	3.6* (2.1, 5.2)	2007	2018	5.6* (4.6, 6.7)	4.1* (3.4, 6.3)	2007	2017	3.4* (2.7, 4.2)	2.4* (1.3, 3.5)	2007	2009	13.3* (3.7, 19.4)	4.8* (3.8, 5.9)	2007	2018	4.8* (4.2, 5.5)	3.1* (1.8, 4.5)
		2	2018	2020	-6.6 (-16.1, 4.0)		2018	2020	-4.2 (-17.2, 11.2)		2017	2020	-1.0 (-5.6, 3.80)		2009	2020	3.7* (3.2, 4.2)		2018	2020	-5.9 (-14.3, 3.4)	
	Número de Total ESB (ESB I + ESB 2)	1	2007	2015	12.0* (8.7, 15.5)	4.9* (1.7, 8.1)	2007	2014	11.0* (8.8, 13.4)	5.1* (3.4, 6.8)	2007	2016	4.1* (3.3, 4.8)	2.4* (1.4, 3.4)	2007	2014	5.0* (3.2, 6.9)	2.2* (0.8, 3.6)	2007	2016	6.3* (4.8, 7.8)	2.3* (0.4, 4.2)
		2	2015	2021	-8.1 (-15.9, 0.4)		2014	2021	-2.7 (-6.0, 0.7)		2016	2021	-2.4 (-6.1, 1.6)		2014	2021	-1.7 (-4.6, 1.3)		2016	2021	-8.9* (-15.7, -1.6)	
Número Total de NASF-AB (incluindo NASF-AB I, II e III)	1	2011	2015	30.1* (17.7, 43.8)	16.7* (11.0, 22.7)	2011	2014	34.9* (18.9, 53.1)	16.8* (12.0, 21.7)	2011	2014	32.7* (26.1, 39.8)	14.0* (12.0, 15.9)	2011	2015	34.5* (18.8, 52.3)	18.6* (11.4, 26.2)	2011	2014	78.1* (46.9, 116.1)	26.6* (18.8, 34.6)	
	2	2015	2021	4.6 (-5.4, 15.7)		2014	2021	7.1* (1.2, 13.3)		2014	2021	4.0* (1.6, 6.4)		2015	2021	4.5 (-7.7, 18.4)		2014	2021	3.2 (-5.4, 12.5)		
Número Visita Domiciliar	1	2013	2015	1983.5* (1653.4, 2375.70)	152.5* (143.8, 161.4)	2013	2015	25112.5* (21180.5, 29771.0)	367.6* (351.9, 383.8)	2013	2015	904.6* (580.9, 1382.1)	113.3* (97.2, 130.7)	2013	2015	4312.4* (2853.5, 6491.8)	220.2* (195.3, 247.1)	2013	2015	28659.5* (16171.0, 50733.2)	343.6* (295.4, 397.5)	
	2	2015	2020	8.5* (4.4, 12.8)		2015	2020	-5.1* (-8.7, -1.5)		2015	2020	14.7* (5.2, 25.2)		2015	2020	12.1* (-2.6, 22.6)		2015	2020	-16.4* (-26.4, -5.0)		
Processo de Trabalho	Número de ações de	1	2013	2015	2474.2* (50.4, 29.6)	129.8* (29.6, 29.6)	2013	2015	780.4* (76.2, 26.0)	74.3* (26.0, 26.0)	2013	2015	438.7 (-30.3, -12.7)	76.9 (-12.7, -12.7)	2013	2015	1496.6 (-36.7, 20.9)	131.8* (20.9, 20.9)	2013	2015	416.4* (89.0, 89.0)	68.9* (19.4, 19.4)

	educação em saúde			43963.1	307.4)			4299.0)	141.1)			4062.8)	258.3)			40189.7	344.5)			1310.8)	139.0)		
		2	2015	202	-12.6			2015	202	-8.8		2016	202	-23.3		2015	202	7.2		2016	202	-26.9	
				0	(-53.7, 65.0)					0	(-36.3, 30.7)			0	(-79.0, 179.6)			0	(-47.9, 120.6)			0	(-61.3, 38.0)
	Número de Atividades em Grupo	1	2013	201	513.9	59.7	2014	201	143.4	4.5	2013	201	398.2	35.2	2013	201	134.8*	17.6	2013	201	480.9*	56.7	
				6	(-12.4, 4201.6)	(-18.4, 212.9)			6	(-92.8, 8172.4)	(-44.5, 96.9)			5	(-89.1, 22671.7)	(-37.4, 192.1)			8	(46.3, 276.8)	(-23.2, 80.2)	6	(13.6, 2869.8)
		2	2016	202	-41.8			2016	202	-31.5		2015	202	-19.8		2018	202	-79.1		2016	202	-41.3	
				0	(-83.0, 99.4)					0	(-77.5, 108.8)			0	(-65.9, 88.6)			0	(-97.5, 73.5)			0	(-79.1, 64.7)
	Diag. do Território	1	2014	201	119.8*	30.4*	2014	201	251.4*	55.6*	2014	201	119.6*	42.1*	2014	201	149.4*	42.9*	2013	201	1456.0*	98.1*	
				7	(19.5, 304.4)	(7.1, 58.6)			6	(131.4, 433.6)	(44.3, 67.7)			7	(32.6, 263.5)	(20.8, 67.1)			7	(8.9, 471.4)	(9.4, 86.7)	5	(205.3, 7831.4)
		2	2017	202	-22.7			2016	202	3.5		2017	202	-8.1		2017	202	-18.1		2015	202	-13.2	
				0	(-58.0, 42.5)					0	(-9.3, 18.2)			0	(-44.5, 52.2)			0	(-64.3, 87.6)			0	(-39.7, 25.0)
Planejamento e Gestão do Território	Planej. e Monit. do território	1	2013	201	1847.4*	126.4*	2014	201	93.8	29.2*	2013	201	2565.5*	152.1*	2014	201	73.5*	15.3	2013	201	1526.6*	89.1*	
				5	(318.0, 8973.2)	(66.0, 208.7)			7	(-5.5, 297.2)	(2.5, 62.8)			5	(239.6, 20823.3)	(66.4, 282.0)			8	(23.7, 143.3)	(-4.9, 39.7)	5	(153.0, 10357.9)
		2	2015	202	-4.3			2017	202	-13.9		2015	202	-1.8		2018	202	-49.1		2015	202	-20.0	
				0	(-32.2, 35.0)					0	(-58.0, 76.6)			0	(-38.1, 55.6)			0	(-82.5, 48.4)			0	(-47.2, 21.2)
	Número de Gestantes Acomp.	1	2007	201	-10.6*	-4.3	2007	201	-8.2	-12.3	2007	200	-36.1*	-9.7*	2007	200	-37.8*	-11.2*	2007	201	-5.5*	-5.5*	
				1	(-19.1, -1.2)	(-9.0, 0.6)			3	(-18.6, 3.5)	(-23.8, 1.0)			9	(-45.1, -25.7)	(-12.4, 7.0)			9	(-48.4, -25.1)	(-14.4, -7.8)	5	(-9.2, -1.5)
		2	2011	201	2.4		2013	201	-23.4		2009	201	1.3		2009	201	0.1		2009	201	0.1		
				5	(-7.3, 13.1)				5	(-62.4, 55.8)				5	(-1.2, 3.9)				5	(-3.0, 3.3)			
	% de Gestantes	1	2018	202	33.6	33.6	2018	202	10.8	10.8	2018	202	9.5	9.5	2018	202	32.3	32.3	2018	202	23.5	23.5	
				0	(-78.5, 730.8)	(-78.5, 730.8)			0	(-7.7, 134.8)	(-47.7, 134.8)			0	(-43.9, 113.8)	(-43.9, 113.8)			0	(-7.8, 689.1)	(-7.8, 689.1)	0	(-7.3, 1099.6)
	Número de Hipert. Acomp.	1	2007	201	3.9*	3.9*	2007	201	-8.4*	-8.4*	2007	201	-3.6	-3.6	2007	201	-6.4	-6.4	2007	201	-5.2*	-5.2*	
				5	(-7.5, -0.1)	(-7.5, -0.1)			5	(-3.2, -3.2)	(-13.2, -3.2)			5	(-11.3, 4.7)	(-11.3, 4.7)			5	(-5.3, 3.3)	(-15.3, 3.3)	5	(-9.3, -0.9)
	% de Hipert.	1	2018	202	22.5	22.5	2018	202	29.1*	29.1*	2018	202	73.2	73.2	2018	202	29.1	29.1	2018	202	0.0	0.0	
				0	(-72.3, 441.9)	(-72.3, 441.9)			0	(1.9, 63.6)	(1.9, 63.6)			0	(39.7, 397.5)	(39.7, 397.5)			0	(-0.2, 740.7)	(-0.2, 740.7)	0	(-0.5, 414.0)

Seg: Segment; Initial Year: Starting year of the segment; Last Year: End year of the segment; APC: Annual Percent Change; AAPC: Average Annual Percent Change; 95%CI: 95% confidence interval. Fonte: Dados obtidos após análise dos dados coletados nos bancos de dados e-Gestor/Tabnet-DATASUS no programa de análise de tendência Joinpoint. Valores APC e AAPC: quando os valores de APC e AAPC estão acompanhados de **asterisco**, indicam significância estatística (tendência de crescimento e/ou queda).

Do mesmo modo que ocorreu nas análises dos dados do Brasil, as análises das séries temporais dos indicadores por regiões mostraram comportamentos diferentes. No componente Território/Adscrição, o indicador de cobertura populacional ESF (% da pop coberta por ESF) teve como destaque a região Centro-Oeste, que apresentou crescimento nos dois segmentos e na série temporal como um todo. As demais regiões apresentaram crescimento nos primeiros segmentos, embora em cada região os segmentos sejam diferentes e, em seguida estabilidade. Ainda no mesmo componente, a Adscrição teve um comportamento diferente da cobertura, apresentando estabilidade na grande maioria das regiões, apenas a região Sudeste mostrou queda significativa na avaliação da média de crescimento de toda a série temporal.

No componente Equipe, o indicador número de eSF apresentou tendência de aumento nos primeiros segmentos identificados em todas as regiões do país seguido estabilidade, considerando tendência de crescimento na série temporal como um todo. A região centro-oeste foi a única que apresentou crescimento nos dois segmentos identificados e na série temporal total. O indicador número de ACS apresentou crescimento significativo nos primeiros segmentos, seguido de queda nos segundos segmentos identificados. Ainda no componente Equipe, o número total de eSB apresentou tendência de crescimento nos primeiros seguimentos e na série temporal como um todo. A região Sul, apresentou crescimento no primeiro segmento (2007 a 2016) seguido de queda. O indicador número total de equipes de NASF-AB, na série temporal completa, em todas as regiões apresentaram tendência de crescimento.

No componente Processo de Trabalho, o indicador número de visita domiciliar, apresentou crescimento significativo em toda série temporal, em todas as regiões. O destaque neste indicador foi o primeiro segmento identificado, 2013 a 2015, que apresentou um crescimento importante, devido ao início dos registros nos sistemas de informação a partir de 2013. Em relação ao indicador número de ações de educação em saúde apenas a região nordeste apresentou estabilidade, as demais regiões apresentaram crescimento em suas séries temporais. Para o indicador número de atividades em grupo, apenas as regiões centro-oeste e sul apresentaram tendência de crescimento, especialmente no do primeiro segmento identificado.

No componente Planejamento e Gestão do Território, o indicador número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território apresentou

tendência de crescimento nos primeiros segmentos identificados, seguido de instabilidade em todas as regiões. Este crescimento inicial refletiu também em uma tendência de crescimento na realização da atividade em todo o período de acompanhamento. Já o indicador número de ações direcionadas ao planejamento e monitoramento de ações no território, apenas na região centro-oeste não apresentou tendência de crescimento em toda a série temporal.

Como destacado anteriormente, para o cenário nacional, a mudança de cálculo dos indicadores de acompanhamento de gestantes e hipertensos, também influenciou na oscilação da tendência temporal do cenário regional. O indicador número de gestantes cadastradas que iniciaram pré-natal até a 13ª semana de gestação (DATASUS/Tabnet), que englobou o período de 2007 a 2015, apresentou tendência de queda na série temporal nas regiões centro-oeste, nordeste, e sul, e se manteve estável nas regiões norte e sudeste. O indicador porcentagem (%) de gestantes acompanhadas com pelo menos 6 consultas realizadas até a 20ª semana de gestação (SISAB) apresentou estabilidade na sua série temporal (2018 a 2020) em todas as regiões. O indicador número de hipertensos cadastrados que receberam ao menos uma visita domiciliar do ACS/mês (DATASUS/Tabnet), apresentou tendência de crescimento na região sudeste e de queda nas regiões norte e sul. Já o indicador porcentagem (%) de hipertensos que tiveram a pressão aferida no último semestre (SISAB), apresentou tendência de crescimento apenas na região norte, se mantendo estável nas demais regiões. A ausência de dados desses indicadores nos anos de 2016 e 2017 podem ter prejudicado a avaliação completa da série histórica no período selecionado para estudo.

4 DISCUSSÃO

A partir da construção de um modelo lógico relacionado à Saúde da Família pela análise das três edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNABs) de 2006, 2011 e 2017, foi possível identificar componentes importantes para a avaliação da implantação da ESF como modelo de atenção na AB. Cada componente pode ter seu comportamento avaliado pela tendência temporal, entre 2007 e 2020, de indicadores selecionados. De forma geral, os indicadores mostraram tendência de crescimento nos anos iniciais, resultante do potencial

indutor das PNABs em 2006 e 2011, seguido de estabilização ou queda recente, especialmente após a última edição da política, em 2017.

Considera-se que a PNAB 2006 foi um marco para a organização da Atenção Básica (AB) no país. Segundo Sperling (2018), poucas vezes antes de 1988 o Brasil conseguiu definir, no âmbito nacional, uma política que fosse indutora de cuidado integral, acessível, orientadora para o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com a capacidade de capilarizar-se por todo o território e provocar uma orientação da mudança do modelo de atenção. Entretanto, a última reedição da PNAB, em 2017, pode ter proporcionado um desestímulo à continuidade da ampliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário da AB no Brasil. No presente estudo, impacto importante pode ser observado em relação aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ao ser evidenciado tendência de queda em seu número na série temporal após o ano 2017, em todas as regiões do país. Evidência que pode ser explicada pela redução da necessidade de quatro para um ACS por equipe de Saúde da Família (eSF), além da não obrigatoriedade desse profissional nas equipes de Atenção Básica (eAB), modelo alternativo de equipe para a AB, incentivado na PNAB 2017. Tal resultado com certeza afeta diretamente o trabalho das eSF, dada a importância deste profissional e seu trabalho ativo junto a população adscrita (PINTO, 2018; MORI, 2019).

Segundo Pinto e Giovanella (2018), a PNAB 2006 tem grande potencial inovador ao assumir a ESF como estratégia de fortalecimento para mudança do modelo assistencial, estabelecendo para a equipe multiprofissional a função de porta de entrada preferencial na busca por cuidados em saúde das populações, e de responsabilidade pela coordenação da atenção e ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Um sistema de saúde que conta com uma porta de entrada bem estruturada e organizada, e uma rede sólida e fortalecida de AB, apresenta em sua maioria resultados superiores a outros modelos de atenção (PINTO E GIOVANELLA, 2018)

O componente “Território/Adscrição” apresentou, para o cenário nacional e para a maioria das regiões do país, tendência de crescimento do indicador cobertura populacional da ESF (percentual de cobertura). No Brasil, ele apresentou crescimento no primeiro segmento e na série histórica total. Entretanto, no segundo seguimento identificado ela apresenta estabilidade. Nas regiões do país, todas

apresentaram crescimento no primeiro segmento e na série histórica, lembrando que algumas regiões apresentam diferenças em relação aos anos que compõe cada seguimento. Esses resultados são encontrados em outros estudos, de acordo com Almeida et al., (2018), a cobertura da ESF apresentou aumento entre os períodos de 2007 a 2017, com uma variação de 48% a 64% da população coberta. Pinto e Giovanella (2018) observaram que, entre 1998 e 2017, a mesma tendência de crescimento se repetiu, passando de 4,4% para cerca de 70% da população coberta pela ESF.

Melo et al. (2018) destacam que a PNAB 2017, ao permitir novos arranjos de equipes na AB, como as eAB, com garantia de financiamento para estas novas modalidades, levou à estagnação ou até a diminuição da cobertura da ESF. O estudo realizado por Garcia e Socal (2022), que avaliou os impactos da última versão da PNAB na AB no município do Rio de Janeiro/RJ, demonstrou que a cobertura da ESF sofreu diminuição no município após 2017, passando de 62,6% da população coberta pela ESF em 2017, para 40,5% em 2020. Mesma queda foi observada na cobertura pelos ACS, saído de 57,8% da população coberta em 2017, para 31,1% em 2020. No presente estudo evidenciou-se tendência de estabilidade ou queda nos indicadores de cobertura de saúde da família e adscrição nas regiões do país, no período analisado.

Um estímulo importante para a ampliação da cobertura da ESF foi a criação do Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013). Segundo Melo et al. (2018), o Programa possibilitou o aumento da cobertura em todo território nacional, em especial em locais com difícil contratação de profissionais médicos. Gomes et al. (2020) consideram que nos últimos dois anos, a mudança mais incisiva observada, que interfere na qualidade e no acesso à saúde, está relacionada ao PMM e não à PNAB.

O indicador Adscrição, que representa a população estimada sobre o número de equipes, tem valores máximos de pessoas sob responsabilidade das eSF preconizados nas PNABs. Nas duas primeiras políticas, o número de pessoas que poderiam estar sob responsabilidade de uma eSF se mantém entre 3.000 e 4.000 pessoas por eSF. A PNAB 2017 altera esta recomendação, colocando que cada eSF deve ser responsável por 2.000-3.5000 pessoas, sem a recomendação média de 3.000 pessoas/equipe. Segundo Pinto e Giovanella (2018), se for considerado o mesmo critério inicial, em que uma equipe era responsável em média por 3.450

pessoas, a cobertura de pessoas cadastradas pelas ESF nesse período passaria de 4,4% (sete milhões de brasileiros) para cerca de 70% (143 milhões).

No presente estudo, as séries temporais das regiões e a nacional, mostram tendência de estabilidade no indicador Adscrição, indicando que a redução do número de pessoas adscritas a cada equipe, de acordo com a PNAB 2017, pode ter refletido na tendência temporal de estabilidade deste indicador, mesmo diante do aumento do número de eSF. Estudo de Gomes et. al (2020) identificou em 2019, 42,6% da cobertura da população brasileira cadastrada pelas eSF, enquanto, em 2010, chegamos a 64,8%.

O indicador número de equipes de Saúde da Família (eSF) é considerado como indicador do componente “Equipes” do modelo lógico. O número de eSF teve um aumento expressivo entre os anos de 1998 e 2017, o que gerou uma ampliação no acesso a AB no país (PINTO E GIOVANELLA, 2018; ALMEIDA, 2018), resultados que corroboram a tendência encontrada no presente estudo. Porém, em um estudo realizado por Melo et al.(2018) é notória a valorização das eAB em detrimento das eSF na PNAB 2017, desestimulando os gestores municipais de incentivar a ESF, provocando um desmonte da mesma. Estes mesmos achados foram corroborados por Pinto e Giovanella (2018) e Pinto (2018), que afirmam que após a revisão da política em 2017, o modelo de atenção da ESF está sob ameaça. As séries temporais do indicador número de eSF também evidenciaram, no Brasil e regiões, estabilidade após 2018, o que pode refletir como desestímulo a implantação de novas eSF. Garcia e Socal (2022), que avaliaram os impactos da última versão da PNAB na AB no município do Rio de Janeiro, mostraram que as médias anuais de eSF apresentaram crescimento desde 2010, porém, após 2017, o número de eSF diminuiu de 1.180 em 2017, para 789 eSF em 2020.

Em relação ao número total de equipes de Saúde Bucal (eSB), incluindo eSB I e II, a tendência observada neste estudo foi de aumento entre 2007 e 2016, seguido por estabilização após 2017. Este resultado corrobora os achados de Melo et al. (2018), os quais evidenciaram, no mesmo período, aumento na cobertura da saúde bucal de 29,9% para 41,2%, crescimento este que ocorre dentro do espaço de tempo entre as PNABs 2006 e 2011. Em outro estudo sobre as eSB, realizado por Moraes et al. (2020), a Saúde Bucal no Brasil teve sua inserção de maneira mais igualitária e resolutiva no Sistema Único de Saúde (SUS) e na AB mais fortemente a partir da PNAB 2011, quando a eSB foi incorporada como parte da ESF. No entanto,

apenas 56,61% da população brasileira é coberta pelas eSB, sendo que somente 46,14% dos habitantes são assistidos por uma eSB vinculada à ESF (ROCHA et.a., 2022). Após a PNAB 2017, a eSB teve sua inserção da ESF desobrigada, prejudicando a continuidade de sua ampliação (MORAIS, 2020). Esta realidade é refletida na tendência de crescimento total no período analisado no presente estudo, mas menor nos anos finais do acompanhamento, em todas as regiões e no Brasil.

Outro indicador do componente “Equipes” é o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Segundo estudo realizado por Brito et al. (2018), no estado do Mato Grosso do Sul, o número de ACS apresentou aumento de 12% entre os anos de 2008 e 2013, período após a PNAB 2006, e que engloba também a PNAB 2011, corroborando os resultados deste estudo, que evidenciou crescimento no número de ACS no mesmo período. Porém o presente estudo identificou tendência de queda a partir de 2018. Resultado semelhantes foi encontrado por Gomes et al. (2020), Melo et al. (2018) e Almeida et al. (2018), cujos estudos identificaram que o número de ACS apresentou queda após a PNAB 2017, além de aumento nas atribuições dos mesmos e não obrigatoriedade de sua inserção nas equipes de AB (PINTO, 2018; MORI, 2019). Garcia e Socal (2022) também apontam esta tendência de queda no número de ACS após 2017 no Rio de Janeiro, onde havia, em 2017, 6.538 ACS, e em 2020, 3.636 profissionais.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) - incluindo NASF-AB I, II e III, foi criado em 2008 e se chamava anteriormente Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Na PNAB 2011 ele foi fortalecido, recebendo incentivo financeiro com a revisão da política, o que gerou uma ampliação no acesso dos municípios ao trabalho dessas equipes (MELO, 2018). A análise das séries temporais do indicador Número de Equipes de NASF-AB do presente estudo demonstrou tendência de aumento significativo no país até a publicação da última política. A PNAB 2017 traz mudanças importantes na estrutura dos NASF-AB, mudando sua nomenclatura, como dito anteriormente, tendo sua função de apoio exclusivo à ESF suprimida, atendendo também as eAB, o que pode ser visto também como uma forma de desvalorização da saúde da família no âmbito da AB (MELO, 2018).

O outro componente do modelo lógico relacionado à ESF é o “Processo de Trabalho”. Ele engloba ações desenvolvidas para uma melhor assistência a todas as pessoas adscritas às eSF. Dentro destas ações, o número de visitas domiciliares,

número de ações de educação em saúde e o número de atividades em grupos foram contempladas como os indicadores do referido componente. Estes indicadores tem como particularidade que seus registros nos sistemas de informação foram iniciados nos anos de 2013 e 2014, o que gerou uma tendência de aumento muito expressiva no início, seguidas por um aumento menor, mas ainda significativo.

A visita domiciliar (VD) é uma atividade que contribui para um maior e melhor vínculo entre as equipes e a população adscrita, atuando tanto de forma educativa como assistencial, contribuindo de maneira fundamental para a redução de agravos no processo saúde doença (BRASIL, 2017). Na ESF, segundo Paula e Barbosa (2019), a VD, como instrumento de trabalho, é caracterizada pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação à saúde do indivíduo e família. O profissional responsável pelas visitas domiciliares rotineiras é o ACS, mais uma vez ressaltando a importante presença deste profissional na AB (Borges et al., 2019). O indicador número de visitas domiciliares apresentou crescimento em toda série temporal, tanto no Brasil como nas regiões, sendo maior nos anos iniciais do registro, mas com tendência de queda no final em algumas regiões, como Norte e Sul. De acordo com Garcia e Socal (2022), a realização de VD apresentou queda após a PNAB 2017. Ela apresentava números crescentes desde 2010 até 2017, seguido de queda, passando de uma média anual de VD de 2,47 por 1.000 habitantes em 2017, para 0,04 visitas por 1.000 em 2020. De acordo com Carvalho et al. (2020), que analisou o acompanhamento de crianças com problemas de saúde mental pela ESF, em Porto Alegre/RS, a VD é importante instrumento para a detecção e para o cuidado destas crianças em domicílio, além de ser considerada estratégica no âmbito de serviços substitutivos de saúde mental, como é o caso da ESF. Segundo o autor, a VD também é uma estratégia para humanizar o atendimento e desencadear vínculos entre usuários, equipe e família. Ela é considerada uma ferramenta permeada por tecnologias leves, como a comunicação, acolhimento, vínculo, diálogo e escuta (CARVALHO et al., 2020).

O número de ações de educação em saúde, outro indicador de processo de trabalho, é voltada para os usuários. Como ações estratégicas e programadas, é capaz de fortalecer o processo de educação da população, as atividades voltadas para a participação popular, o monitoramento e o planejamento das ações de saúde do território (SANTOS, 2018). A educação em saúde, assim como a VD, teve um crescimento expressivo em quase todas as regiões do país, porém, diferentemente

da VD, ela se estabiliza após os registros dos dados se normalizarem, apresentando crescimento apenas nos dados nacionais. Um estudo realizado por Vale et al. (2020) com usuários que faziam parte do HIPERDIA - Programa para a Melhoria do Controle dos Pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Estratégia da Saúde da Família, (Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002), mostrou a importância da educação em saúde e seus benefícios para os usuários da AB na melhora na qualidade do autocuidado destes pacientes. Outro estudo realizado por Lubini et al. (2018) mostrou que os profissionais pertencentes às eSF realizam um trabalho de forma contínua, promovendo educação em saúde para a população adscrita nos momentos mais diversos, como na aferição de pressão arterial, nas consultas de pré-natal, durante a imunização, sempre promovendo o autocuidado e buscando assim a diminuição de agravos da população. O autor também identificou fragilidades que atrapalham o processo de educação em saúde, dentre eles as divergências entre os membros das equipes e muitas exigências burocráticas por parte dos órgãos governamentais (LUBINI, 2018).

O último indicador do componente “Processo de Trabalho” selecionado foi o número de atividades em grupo. Sua realização também é feita pela eSF, e está muito relacionado com as ações de educação em saúde. Um estudo realizado no município Recife-PE evidenciou a importância dos grupos de educação em saúde na aderência de pacientes ao tratamento das doenças crônicas e estímulo ao autocuidado, a partir da ampliação dos espaços de construção de saber compartilhado (GOMES; BEZERRA, 2018). O estudo de Rêgo e Radovanovic (2018) ressaltou a importância do vínculo dos profissionais das eSF com os pacientes do HIPERDIA, e a importância de se desenvolver grupos de educação em saúde. O indicador número de atividades em grupo apresentou crescimento apenas no primeiro segmento nas regiões Centro-Oeste e Sul, enquanto as demais regiões e o Brasil se mantiveram estáveis.

Na APS, o planejamento das ações que serão adotadas nos territórios das unidades de SF é uma das características do trabalho das equipes com vistas a orientar a tomada de decisão para o alcance dos resultados desejados. É neste sentido que no modelo lógico o componente “Planejamento e Gestão do Território” incluiu os indicadores referentes a ações de diagnóstico e planejamento e monitoramento do território. O Diagnóstico do Território, de acordo com o Manual e-SUS AB (BRASIL, 2021), tem como objetivo indicar a realização de reuniões de

equipe para debater a situação de saúde do território a partir dos dados coletados dos sistemas de informação de saúde. Já o indicador Planejamento e Monitoramento do Território reflete a realização de reuniões de equipes para adoção de um planejamento de ações de saúde a partir do diagnóstico (BRASIL, 2021).

Nos achados do presente estudo, os indicadores número de ações direcionadas ao diagnóstico de monitoramento do território e o número de ações direcionadas ao planejamento e monitoramento de ações no território apresentaram tendências semelhantes, de crescimento nos anos iniciais seguidas de estabilidade. Estes indicadores também tiveram seus registros iniciados de forma tardia nos sistemas de informação da AB consultados, o que pode explicar a tendência de crescimento elevada nos primeiros segmentos. Um estudo realizado por Ramos et al. (2020), em Porto Alegre/RS, demonstrou a importância das reuniões de equipe para o compartilhamento de saberes e vivências, em especial entre os ACS e os demais profissionais que compõem as eSF, para conhecimento e melhoria da situação epidemiológica do território. O estudo realizado por Carvalho et al. (2020), demonstrou que as reuniões das equipes multiprofissionais possibilitam uma visão mais global e coletiva dos casos identificados na população adscrita, proporcionando, no contexto da atenção psicossocial, integração, escuta, valorização do profissional e planejamento de casos.

Além das importantes contribuições da realização da reunião de equipe para a ESF e a AB, Carvalho et al. (2020), destacam que elas permitem a elaboração de projetos assistenciais, levantamento de demandas de saúde mental e identificação das possibilidades de cuidado. São momentos que permitem uma maior troca de informação entre os profissionais, contribuindo para um processo participativo na construção de consensos na rotina de trabalho destas equipes (CARVALHO et al., 2020). Já o estudo de Garcia et al. (2016), realizado no estado do Espírito Santo, evidenciou que as reuniões de equipes podem ser percebidas apenas como uma ferramenta burocrática e não como instrumento eficaz para a construção do cotidiano do trabalho em saúde. Identificou também que menos de 50% dos ACS participantes da pesquisa relataram a reunião de equipe como uma atividade frequente no cotidiano de trabalho. A burocratização do trabalho após um tempo pode ser responsável pela redução do crescimento das ações, que passam a se tornar menos estimulantes na rotina do profissional e deixam de ser realizadas, cedendo lugar a ações assistenciais.

O último componente do modelo lógico foi a “Cuidado a Grupos Prioritários Pelas eSF”, estudado pelos indicadores de acompanhamento de gestantes e hipertensos. Os indicadores foram mantidos mesmo com a mudança na metodologia de cálculo dos indicadores, em busca de maior tempo de acompanhamento. Considerando as regiões, a maioria das tendências temporais para ambos os indicadores, foi de queda ou estabilidade. Essas tendências devem ser cuidadosamente analisadas, uma vez que era esperado que estes indicadores apresentassem crescimento, demonstrando efetividade das ações da ESF.

Estudo realizado por Meloi et al. (2020) demonstrou que a maioria das gestantes realizaram mais de 6 consultas de pré-natal, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Porém, apesar das ações de prevenção de agravos durante a gestação, o número de intercorrência na gravidez, parto e pós-parto ainda são alarmantes (MELOI et al., 2020). Considerando 13 capitais do Brasil, entre o período de 2007 a 2017, mais de 60% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas na AB, concentrando-se, a grande maioria, nas regiões Sul e Sudeste do país. Índices menores de consultas de pré-natal foram evidenciados nas regiões Norte e Nordeste (ARATANI, 2020). No presente estudo, as regiões Sul, Centro-Oeste e Nordeste apresentaram tendência de queda no número de gestantes acompanhados, resultado semelhante ao de Aratani (2020), exceto para a região Sul. De acordo com o estudo de Garcia e Socal (2022), no município de Rio de Janeiro, a média de nascidos vivos de mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal apresentou uma pequena redução após a PNAB de 2017, passando de 80,2% de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, em 2017, para 77,8%, em 2020, diferentemente média anual de consultas de pré-natal na AB, que teve uma redução acentuada, passando de 6,1 consultas por nascido vivo em 2017, para 0,2 consultas por nascido vivo em 2020. Esses resultados corroboram as tendências de estabilidade e queda encontradas no presente estudo.

Em relação ao acompanhamento de hipertensos, Maciel et al. (2017), em estudo realizado no norte de Minas Gerais, demonstrou que pacientes hipertensos acompanhados por eSF e que tiveram orientação sobre sua condição clínica apresentaram melhor adesão ao tratamento. O mesmo estudo identificou que a grande maioria dos usuários eram idosos (> 60 anos) e com baixa escolaridade, mostrando a importância de uma boa educação em saúde e da construção do vínculo das equipes com estes pacientes. Em um estudo realizado por Pereira et al.,

(2018) no estado do Paraná, também mostrou a importância do acompanhamento dos hipertensos pela eSF. Este estudo também apontou que a grande maioria dos pacientes atendidos pelas eSF eram de idosos e com baixa escolaridade e considerados em situação de vulnerabilidade social, mostrando a importância da criação de manutenção do vínculo entre equipes e usuários. Oliveira et al. (2020), em um estudo que teve como base a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, mostrou que a expansão da ESF, no período de 2000 a 2013, influenciou na redução da mortalidade evitável no Brasil por doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão. Em indivíduos pretos ou pardos, a redução foi de 12,9 %, e nos brancos de 7,1%. Em um estudo realizado por Aurélio et al. (2015), em Brasília-DF, onde foi analisado o perfil epidemiológico dos pacientes HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica), acompanhados pela ESF, mostrou que 43,7% dos pacientes hipertensos consideravam o acesso aos serviços básicos de saúde sem a ESF ruins, e com o acompanhamento da ESF, 99% dos pacientes relataram que o atendimento a eles ficou melhor.

Em relação aos indicadores de “Cuidado a Grupos Prioritários Pelas eSF” acompanhamento de hipertensos e gestantes pela ESF, foi necessário usar registros computados nos sistemas de informações de maneira diferentes para atingir maior período de avaliação. Até o ano de 2015, os dados coletados para o componente foram extraídos do Tabnet/DATASUS, como já dito anteriormente. Com a publicação da Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, a qual institui o Programa Previne Brasil, houve uma mudança na forma de financiamento da AB no Brasil, e conseqüentemente, uma mudança na forma de registro dos dados. Este novo modelo de financiamento substituiu o PAB Fixo e o Variável, saindo de um financiamento com base no número de habitantes e de equipes de ESF existentes nos municípios, para um sistema de financiamento com base a capitação de pessoas pelas equipes da AB, e avaliação de desempenho (MASSUDA, 2020). Esta mudança pode ter refletido e influenciado no comportamento dos indicadores referentes a este componente.

Ainda segundo Massuda, (2020), há um alerta em relação a inspiração brasileira para incorporação deste novo modelo de financiamento da APS no país. Países do mundo que adotaram este modelo de financiamento de suas APS possuem contextos econômicos e sociais diferentes do Brasil, além de diferenças de financiamento e de uso de recursos disponíveis para estes países. Estas diferenças

interferem na equidade do acesso a serviços e tecnologias, na eficiência do uso de recursos, e na melhoria dos resultados em saúde. O autor também relata que os países que alocam a maioria dos seus recursos financeiros públicos na APS possuem melhores resultados em saúde e menores desigualdades entre grupos populacionais (MASSUDA, 2020).

O presente estudo apresenta limitações relacionadas a instabilidades dos dados públicos pertencentes as plataformas disponíveis para pesquisa, o que gerou indisponibilidade de algumas informações nos períodos analisados, e até mesmo ausência de dados de alguns indicadores. Em relação aos sistemas de informação da Atenção Básica, desde 1994, ano de criação do Programa de Saúde da Família, houve a preocupação por parte do Ministério da Saúde de incorporar a presença de um sistema de informação específico para a Saúde da Família, por entender a importância para as equipes de terem informações sobre suas populações adscritas e desta forma orientar seu processo de trabalho. Assim, a coleta de informações na AB vinha sendo realizada por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A partir de 2013, o Ministério da Saúde vem implementando o novo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) por intermédio da estratégia “e-SUS AB”.

Em um estudo realizado por Lopes et al., (2021), na região nordeste do Brasil, mostrou que o cadastro de pessoas nas equipes da AB (eSF e eAB) foi menor que o número estimado de pessoas adscritas para o mesmo período, entre o terceiro quadrimestre de 2019 e o terceiro quadrimestre de 2020, mesmo com alguns estados apresentando crescimento no cadastro das pessoas, como a Bahia e Sergipe. Apesar de se esperar, com base em experiências internacionais, que este modelo de financiamento possa vir a reduzir as iniquidades sociais a partir da equidade da distribuição de recursos, deve-se considerar as diferenças entre os países e suas populações. Este novo modelo de financiamento da APS, e a redução do financiamento federal aos municípios, pode reduzir a cobertura da ESF e o acesso a serviços básicos, podendo levar a uma piora nos indicadores de saúde. (LOPES et al., 2021).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho é pioneiro ao analisar o papel da ESF sob o olhar das três PNABs publicadas até então, realizando suas análises com base no modelo lógico e seus indicadores, com o uso de análise de tendência temporal. Foi possível identificar mudanças importantes na organização da APS no Brasil, em especial da ESF, ao longo do tempo no qual foram publicadas as PNABs. Após um grande período de estímulo a ESF como modelo de estruturação da AB, com a publicação das PNABs 2006 e 2011, a publicação da PNAB de 2017 coloca a ESF em uma situação de risco, passando a ter uma equipe “concorrente” a ela, a eAB. Apesar de ter que seguir as diretrizes da ESF, o novo modelo de equipe permite mudanças no arranjo delas, em especial sobre a presença do ACS e sobre a estrutura da eSF. Dentre as principais mudanças na sua estrutura, que podem até ser considerados retrocessos, estão a diminuição do número de ACS por equipe, desobrigação de profissionais de saúde bucal, mudança na jornada de trabalho dos profissionais médicos e a não obrigatoriedade de serem profissionais especializados em Saúde da Família. Todas estas mudanças podem causar retrocessos em avanços conquistados com a implementação da ESF, que puderam ser refletidos pelas tendências de queda ou estabilidade nos indicadores estudados.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Erika Rodrigues de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 42, p. 1-8, 2018. Pan American Health Organization.

<http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.180>. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49559/v42e1802018.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jun. 2022.

ARATANI, Nathan. **Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços de Atenção Primária a Saúde**. 2020. 154 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública do Estado de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em:

https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-29092020-153604/publico/ArataniN_DR_O.pdf. Acesso em: 06 mar. 2022.

AURÉLIO, Marco et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica acompanhados por um programa saúde da família de são sebastião - df, brasil. **Revista de Aps: UFJF**, Juiz de Fora, v. 17, n. 3, p. 373-381, fev. 2015.

Disponível em: <file:///C:/Users/alfre/Downloads/15406-Texto%20do%20artigo-65850-1-10-20150204.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2022.

BORGES, Fernanda Ribeiro et al. Avaliação de uma tecnologia educacional utilizando a realidade aumentada para o ensino sobre visita domiciliar. **Revista de Enfermagem Uerj**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 37485, p. 1-7, dez. 2019. Disponível em: [file:///C:/Users/alfre/Downloads/37485-167244-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/alfre/Downloads/37485-167244-2-PB%20(1).pdf). Acesso em: 26 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso: 22 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC** – Versão 4.2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Secretaria Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://cguiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/docs/CDS/CDS_05/. Acesso em: 20 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria Nº 198/Gm em 13 de Fevereiro de 2004**: Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF, p. 01-25. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, DF: Editora Ms, Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Portaria 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). Brasília, DF, p. 1-25. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso em: 07 jun. 2022.

BRASIL. Portaria nº 5454, de 20 de maio de 1993. **Estabelece Normas e Procedimentos Reguladores do Processo de Descentralização da Gestão das Ações e Serviços de Saúde, Através da Norma Operacional Básica - Sus 01/93..** Brasília, DF, 20 maio 1993. p. 1-14. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Presidência da República. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 21 de jun. 2022.

BRASIL. **Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011**: Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.. Brasília, DF, 28 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 21 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Indicadores da Atenção Básica**. 2006. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/artigo_pacto.pdf. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013**: Mensagem de veto Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Ações e Programas Estratégia Saúde da Família. **Implantação da Estratégia**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRITO, Flavia Claudia Krapiec Jacob de et al. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ESTUDO DESCRITIVO DE UMA REGIÃO DE SAÚDE EM MATO GROSSO DO SUL. **Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul**, Campo Grande - Ms, v. 1, n. 1, p. 19-27, nov. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1141168/artigo-no-2-educacao-permanente-em-saude.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CARVALHO J, Duarte MLC, Glanzner CH. **Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo**. Rev Gaúcha Enferm. 2020;41(esp):e20190113. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190113>. Acesso em: 21 de mar de 2022.

SCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 164-176, mar. 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/11.pdf. Acesso em: 27 jan. 2022.

FERREIRA, Amanda Lúcia et al. A aplicabilidade dos indicadores de saúde no contexto da atenção primária à saúde. **Revista de Aps**, Juiz de Fora, v. 17, n. 2, p. 134-142, dez. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15261/8053>. Acesso em: 14 fev. 2022.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, 8 dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00039>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/gbzRMT4W8qPDz5kf7SDNy5H/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2022.

GARCIA, Fabricio Loureiro; SOCAL, Mariana. Impacts of the 2017 Brazilian National Primary Care Policy on public primary health care in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 5, p. 1-13, maio 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311xen219421>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/static/arquivo/1678-4464-csp-38-05-EN219421.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2022.

GOMES, Clarice Brito e Souza et al. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/w4j9dwRc4ysdfcdRzGnMrQg/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 22 jun. 2022.

GOMES, Eduardo Tavares; BEZERRA, Simone Maria Muniz da Silva. Níveis pressóricos de pacientes em acompanhamento pelo Programa Hiperdia. **Abcs Health Sciences**: Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, [s. l.], v. 2, n. 43, p. 91-96, ago. 2018. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/08/908970/43abcs91.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2022.

LOPES, Sintique Priscila Alves et al. Evolução dos cadastros individuais no SISAB a partir do novo financiamento da Atenção Básica: um estudo descritivo. **SciELO Preprints**, [S.L.], p. 1-18, 20 abr. 2021. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/scielopreprints.2135>. Disponível em:

<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/2135/3551>. Acesso em: 13 jun. 2022.

LUBINI, Vanusa Thaine et al. Impactos da ação educativa nos indicadores de saúde: potencialidade e fragilidades. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 1640, 2 jun. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online.

<http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231092p1640-1647-2018>. Disponível em: <file:///C:/Users/alfre/Downloads/231092-114357-1-PB.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MACIEL, Ana Paula Ferreira et al. Avaliação de intervenção para profissionais de saúde e impacto na gestão do cuidado de pessoas hipertensas. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, Recife, v. 11, n. 8, p. 411-418, nov. 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/alfre/Downloads/231160-75086-1-PB.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1181-1188, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLfMg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jun. 2022.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, ago. 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Vs4dLSn6T43b6nPBCFg8F3p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 120 jan. 2022.

MELOI, Danyella Evans Barros et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. **Revista de Enfermagem Ufsm**, [s. l.], v. 10, n. 8, p. 1-18, fev. 2020. Disponível em:

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/1118546/37235-211034-1-pb.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

MORAIS, Hannah Gil de Farias et al. Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 44, n. 1, p. 181-195, mar. 2020. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1253174/rbsp_441_12_3177.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

MORI, Americo Yuiti. **Análise da Configuração da Agenda de Revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017**: contexto, problemas e alternativas. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. doi: 10.11606/D.6.2019.tde-09122019-103157. Acesso em: 10 jan. 2022.

OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por adultos hipertensos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S.L.], v. 23, p. 01-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/zNCM7MS5wZGrRJPMGRJMDYh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 jun. 2022.

PAULA, Michelle Rodrigues Souza de; BARBOSA, Valquíria Vicente da Cunha. Relato de experiência: cuidado pré-natal em uma unidade de saúde da família de Cachoeira Alta, Goiás. **Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"**, Goiânia, v. 1, n. 5, p. 22-32, jul. 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/12/1140093/cuidado-pre-natal-em-uma-unidade-de-saude-de-cachoeira-alta.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

PEREIRA, Natan David et al. Socio-demographic and clinical profile of hypertensive patients accompanied by the Family Health Strategy. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 42, p. 974-991, 2018. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/socio_hypertensive_strategy.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022.

PINTO, Hêider Aurélio. Análise da Mudança da Política Nacional de Atenção Básica. **Saúde em Redes**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 191-217, set. 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1022958/analise-da-mudanca-da-politica-nacional-de-atencao-basica.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2022.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 23, p. 1903-1913, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2022.

Ramos DT, Riquinho DL, Silveira MR, Santos VCF, Broch D. **As redes de conhecimentos do agente comunitário de saúde**. Rev Fun Care Online. 2020 jan/dez; 12:46-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.6936>. Acesso em: 21 mar de 2022.

Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adherence of hypertension patients in the Brazil's Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1030-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kPx43BrTLdFvJQSKvNW7znd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2022.

ROCHA, Emanuella Sousa et al. A evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 7, p. 1-8, 18 maio 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i7.29703>. Disponível em: <file:///C:/Users/alfre/Downloads/29703-Article-340975-1-10-20220518.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

SANTOS, Fábio Souza dos. **A Gestão da Saúde em São Bernardo do Campo - SP: um estudo sobre as atribuições dos Coordenadores de Unidade Básica de Saúde**. 2018. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo Coordenadoria de Recursos Humanos, Instituto de Saúde, São Paulo, 2018. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/09/1008019/fabio_dissertacao.pdf. Acesso em: 250 jan. 2022.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da et al. a enfermagem e a evolução da implantação do programa saúde da família no município de Montes Claros/MG: uma análise histórico-descritiva (1994-2008). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações-Mg, v. 13, n. 2, p. 324-343, 30 out. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/alfre/Downloads/Dialnet-AEnfermagemEAEvolucaoDalimplantacaoDoProgramaSaudeD-5193276.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2022.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do et al. Fortalecendo a longitudinalidade do cuidado aos sujeitos participantes do programa Hiperdia. **Revista de Aps**, Juiz de Fora, v. 2, n. 22, p. 479-490, jun. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15918/20775>. Acesso em: 27 jan. 2022.

VIEIRA, Nayara Figueiredo. **Fatores relacionados ao desempenho da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase**. 2019. 141 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/31333/1/Tese%20de%20doutorado_VERSAOFINAL_NAYARA.pdf. Acesso em: 14 fev. 2022.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização das análises do campo relacionado a Estratégia Saúde da Família (ESF) nas Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNABs), elaboração do modelo lógico, análises dos resultados das séries temporais dos indicadores relacionados às componentes, e a leitura de estudos para compor a discussão, grandes reflexões puderam compor esta reflexão final. A ESF é a estratégia prioritária da Atenção Básica (AB) no Brasil, e é indiscutível todas as mudanças e benefícios que ela trouxe para toda a sociedade brasileira, a partir do modelo da ESF. Mesmo com estudos e indicadores mostrando toda sua trajetória de sucesso, melhora no índice de mortalidade infantil, mortalidade materna, saúde do idoso, da mulher e da criança, programas de prevenção e agravos de doenças crônicas, mesmo com ótimos e crescentes resultados, ela sofreu (e sofre) ataques. A ESF perdeu prioridade em detrimento a outros arranjos para a AB, refletida em queda no número de equipes, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), perda do financiamento para Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e diminuição de recursos financeiros. Todas estas perdas podem refletir de forma negativa na AB e em outros níveis de atenção do SUS.

Sabemos que países que investem fortemente na Atenção Primária à Saúde (APS) tem melhores indicadores de saúde, melhor qualidade de vida de sua população, gastam menos com serviços secundários e terciários. Infelizmente podemos ter retrocessos graves se nada for feito em favor da ESF e da AB no Brasil. Com a última PNAB, publicada no ano de 2017, a ESF e a AB de uma forma em geral perderam muito, tanto em números quanto em incentivo. É preciso que a AB do Brasil seja tratada com a importância e respeito que lhe cabe.

Novos estudos devem apontar o que deve ser feito para que as perdas que já ocorreram sejam revertidas e a inibição a novos retrocessos. Estes estudos devem

mostrar como a diminuição das equipes e o desmonte da ESF estão refletindo na saúde dos brasileiros, em especial os que se encontram em vulnerabilidade social.

REFERÊNCIAS

ABBAD, Gardênia da Silva. Modelos lógicos em avaliação de sistemas instrucionais: dois estudos de caso. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**. Santa Catarina, p. 185-202. ago. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v12n2/v12n2a05.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

AKERMAN, Marco *et al* (org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos**. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. 373 p. (Atenção Básica e Educação na Saúde). Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Augusto-Mathias/publication/325092333_PMAQ_Sao_Paulo_avaliacao_articulacao_em_rede_e_resultados_preliminares/links/5af5cc2e0f7e9b026bced3ce/PMAQ-Sao-Paulo-avaliacao-articulacao-em-rede-e-resultados-preliminares.pdf. Acesso em: 19 set. 2022.

ALBUQUERQUE, Ceres; MARTINS, Mônica. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 41, n., p. 118-137, mar. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042017s10>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0118.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 50, p. 1-10, 04 ago. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006251>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006251>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BARROS, Idarleide Costa. **A importância da estratégia de saúde da família: contexto histórico**. 2014. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina, Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.

BISCAIA, André Rosa; FEHN, Amanda Cavada; PEREIRA, António. O médico de família português: uma narrativa. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 1-5, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00127118>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000100501. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRANDÃO, José Ricardo de Mello. A atenção primária à saúde no Canadá: realidade e desafios atuais. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 1-4, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00178217>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v35n1/1678-4464-csp-35-01-e00178217.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**: manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília-Df: Secretaria de Atenção À Saúde Departamento de Atenção Básica, 2017. 89 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde; SUS, Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do; PARTICIPATIVA, Secretaria de Gestão Estratégica e. **Painel de Indicadores do SUS**: temático saúde da família. 4. ed. Brasília-Df: Editora MS, 2008. 56 p. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_familia_v_2_n_4.pdf. Acesso em: 19 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012. **Portaria Nº 3.124, de 28 de Dezembro de 2012**. Brasília, DF, 28 dez. 2012. p. 1-3. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_Portaria-GMMS_-N3124_28DEZEMBRO2012.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 13 maio 2021.

BRASIL. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF: Editora MS, 29 jun. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 22 de junho de 2022.

BRASIL. Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no SUS. In: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm, Acesso em: 11 de julho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf. Acesso em: 19 de setembro de 2022.

BRASIL. Portaria/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. 28 mar.2006. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Acesso em: 13 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS - Secretaria de Atenção à Saúde. DAB - Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Sistema de Informação da Atenção Básica**: situação de saúde desde 1998. 1998. Disponível em:

http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/At_bas_sit_saud_desde_1998.pdf.

Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Editora MS, 1997. Acesso em 28jul. 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **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)**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Editora MS, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. **Previne Brasil**: modelo de financiamento para a APS. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. **Sistema de informação em saúde para a atenção básica -SISAB**: nota técnica explicativa - relatório de saúde (produção). Brasília, 2021. 14 p. Disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_saude_producao_210802.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **E-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS)**: manual de uso. Disponível em: <https://cgiap-saps.github.io/Manual-eSUS-APS/>. Acesso em: 02 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS). **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB**. 2022. Versão: 2.1.220630. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/index.xhtml>. Acesso em: 06 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva Departamento de Informática do Sus. **DATASUS trajetória 1991-2002**: série g. estatística e informação em saú. Brasília: Editora MS, 2002. 61 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trajetoria_datasus.pdf. Acesso em: 03 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS)/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: Editora MS,

2001. 40p. ISBN 85- 334-0271-6, Disponível em:
<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> Acesso em: 11 de jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde-PACS**. Brasília, DF: Editora MS, 2001. 40 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>. Acesso em: 05 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Modalidades NASF**. 2012. Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS. Disponível em:
<https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>. Acesso em: 01 nov. 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. Dispõe Sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Brasília, DF: Editora MS, Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acesso em: 05 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.203, de 05 de novembro de 1996. **Norma Operacional Básica (NOB) 1/1996**. Brasília, DF: Editora MS. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 15 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. A Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, DF: Editora MS, Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **A Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, DF: Editora MS, Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 maio 2021.

BRASIL. Portaria nº 5454, de 20 de maio de 1993. **Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da norma operacional básica -SUS 01/93**. Brasília, DF, 20 maio 1993. p. 1-14. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_09.pdf. Acesso em: 27 jan. 2022.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Editora MS, v. 4, p. 1-60. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 13 maio 2021.

BRASIL. **Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**. Brasília, DF: Editora MS, jun. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS; Departamento de Atenção Básica - DAB (org.). **Nota técnica - Relatório de Cobertura da Atenção Básica**. Brasília: Editora MS, 2020. 3 p. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_metodologica_AB.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 1997. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em: 11 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas. **Por dentro do Ministério da Saúde: orientações aos novos servidores**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/por_dentro_ministerio_saude_orientacoes.pdf. Acesso em: 20 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica NASF**. Brasília: Editora MS, 2013. 2 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/notas_tecnicas/nota_tecnica_nasf.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021.

CNSMS. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **SUS de A a Z: conselho nacional de secretarias municipais de saúde**. 3. ed. Brasília-DF: Editora MS, 2009. 240 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3_ed_p1.pdf. Acesso em: 18 maio 2021.

CONFERENZA EUROPEA DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ SULLE RIFORME DELLA SANITÀ, 1996, Lubiana. **Carta di Lubiana**. Lubiana: OMS, 1996. 4 p. Disponível em: <https://www.ausl.re.it/sites/default/files/carta-di-lubiana.carta%20di%20lubiana.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **12/2011: Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2011. 23 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-12-_2011_avaliacao_para_qualificacao_do_sus.pdf. Acesso em: 22 abr. 2021.

CUETO, Marcos. O legado de Alma-Ata, 40 anos depois. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 16, n. 3, p. 845-848, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00169>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-0845.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Nota técnica nº 5/2020 – DESF/SAPS/MS: nota técnica nº 5/2020 – DESF/SAPS/MS**. Brasília, 2020. 12 p.

Disponível em:

https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.

DOIS, Angelina et al. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [S.L.], v. 42, p. 01-07, 2018. Pan American Health Organization.

<http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.147>. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49466/v42e1472018.pdf?sequence=5&isAllowed>. Acesso em: 11 jul. 2022.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 164-176, mar. 2007. Disponível em:

https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n2-3/11.pdf. Acesso em: 27 jan. 2022.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 669-681, set. 2006. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232006000300015>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

FILIPPON, Jonathan; GIOVANELLA, Ligia; KONDER, Mariana; POLLOCK, Allyson M..A: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 32, n. 8, p. 28-38, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00034716>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000802001&lng=pt&tng=pt. Acesso em: 12 mar. 2021

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2021

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz; (CNS)2, Conselho Nacional de Saúde.

Atenção primária e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e

direito humano fundamental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 434-451,

set. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0434.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2021.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo - Brasil. **O Mundo da Saúde**, [S.L.], v. 39, n. 1, p. 54-61, 31 jan. 2015. Centro Universitário São Camilo - Sao Paulo. <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.201539015461>. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/avaliacao_atributos_atencao_primaria.pdf. Acesso em: 11 jul. 2022.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal:

desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO).

<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1763.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 22, n. 5, p. 951-963, maio 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2006000500008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mT6brbXbnSzkb63d3B9JD6v/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 jul. 2022.

GIOVANELLA, Lígia. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamenta. **Caderno de Saúde Pública**: CSP, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 1-6, 25 mar. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000300301. Acesso em: 27 abr. 2021.

GIOVANELLA, Lígia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1475-1482, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1475.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 25, n. 4, p. 1327-1338, abr. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n4/1413-8123-csc-25-04-1327.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

HEIDMANN, Ivonete T.s. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antonio de Miranda; MONTICELLI, Marisa. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-07072006000200021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa et al. Saúde em vista: uma análise da atenção primária à saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 6, p. 2053-2064, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PvFjywqqXgsPy5Phds5XyRq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jul. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde: Revisão Bibliográfica, Fundamentos, Conceitos e Elementos Constitutivos. In: MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: All Type Assessoria Editorial Ltda, 2011. Cap. 2. p. 61-208. Disponível em: https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Redes_Atencao_Saude_Eugenio_2ed.PDF. Acesso em: 15 maio 2021.

MENESES, P. P. M. **Avaliação de um curso de desenvolvimento regional sustentável no nível de resultados**: a contribuição dos modelos lógicos e do método quase experimental - Tese (Doutorado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

MORAZ, Gabriele et al. Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 10, p. 3211-3229, out. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00962015>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n10/3211-3229/pt>. Acesso em: 16 jul. 2022.

NEVES, Rosália Garcia; FLORES, Thaynã Ramos; DURO, Suele Manjourany Silva; NUNES, Bruno Pereira; TOMASI, Elaine. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Pelotas, v. 27, n. 3, p. 1-8, nov. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/ress/2018.v27n3/e2017170/pt..> Acesso em: 16 maio 2021.

NORMAN, Armando Henrique. Estratégias que viabilizam o acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Reino Unido. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.L.], v. 14, n. 41, p. 1945, 7 ago. 2019. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)1945](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc14(41)1945). Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1008690/texto-do-artigo-11237-1-10-20190807.pdf>. Acesso em: 12 maio 2021.

NOVAES, Hillegonda Maria D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-559, out. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>. Acesso em: 11 maio 2021.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n., p. 158-164, set. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-71672013000700020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2021.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Carta de Ottawa**: primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 12 maio 2021.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **Declaração de alma ata sobre cuidados primários**. Alma Ata: Biblioteca Virtual da Saúde, 2002. 3 p. Ministério da Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde. **Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde**: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os objetivos de desenvolvimento sustentável. Astana: Opas Brasil, 2015. 1 p.

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0.

Acesso em: 27 abr. 2021.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 15-36, mar. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-59702014000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/rcknG9DN4JKxkbGKD9JDSqy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2022.

PIMENTEL, Fernando Castim. **A estratégia saúde da família no estado de pernambuco**: organização das equipes por porte populacional e sua evolução entre os anos de 1999 e 2009. 2015. 159 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2015pimentel-fc.pdf>. Acesso em: 25 maio 2022.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em: 16 maio 2021.

PORTELA, Gustavo Zoio. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n2/1809-4481-physis-27-02-00255.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

PREUSS, Lislei Teresinha. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 324-335, maio 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rk/v21n2/1414-4980-rk-21-02-00324.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

RIVERO, David Tejada de. Quarenta anos após alma-ata: a atualidade de seus conceitos fundamentais]. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Saúde Pública**, Lima, v. 35, n. 4, p. 675-677, out. 2018. Disponível em: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3902/3194>. Acesso em: 12 maio 2021.

ROMERO, Ana Maria León. Perspectiva de la medicina familiar en Chile: desafíos de la práctica profesional. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 35, n. 1, p. 1-4, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00172417>. Disponível

em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000100504&tlng=es. Acesso em: 12 mar. 2021.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

SANITÁRIA, Secretaria Técnica da Comissão Nacional da Reforma. **Documentos III: comissão nacional da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Editora MS, 1988. 167 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_08.pdf. Acesso em: 05 maio 2022.

SANTOS, Joelma Cristina; MELO, Walter. Estudo de Saúde Comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**. <http://dx.doi.org/10.36298/gerais2019110107>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v11n1/07.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.

SAÚDE, Comissão Organizadora da 8ª Conferência Nacional de. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília, DF: Editora MS, 1986. 29 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

SAUTE, Angela Maria Weizenmann; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira; KOPF, Águida Wichrowski. Política de regionalização da saúde: das normas operacionais ao pacto pela saúde. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 2, n. 16, p. 265-274, jun. 2012. Trimestral. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v16n2a16.pdf>. Acesso em: 18 maio 2021.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, ago. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n2/05.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da et al. A enfermagem e a evolução da implantação do programa saúde da família no município de Montes Claros/MG: uma análise histórico-descritiva (1994-2008). **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações-MG, v. 13, n. 2, p. 324-343, 30 out. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/alfre/Downloads/Dialnet-AEnfermagemEAEvolucaoDalimplantacaoDoProgramaSaudeD-5193276.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2022.

STARFELD, Barbara. Atenção Primária e sua relação com a saúde. In: STRAFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília, DF: Escritório da Unesco, 2002. Cap. 1. p. 19-20. Tradução de Primary Care: balancing health needs, services, and technology. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Avaliação em saúde**: Contribuições para Incorporação no Cotidiano. São Paulo: Atheneua, 2017. p. 1-225.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação em Saúde: Novos tempos, Novas Construções. In: TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **Avaliações sob medida**: construir Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais. São Paulo: Atheneua, 2017. p. 1-225.

UBARANA, Juliana Amorim; CRUZ, Marly Marques da; VITORINO, Santuzza Arreguy Silva. Avaliação da implantação do Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (Sistema e-Car) na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 2012 - 2015*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 28, n. 2, p. 1-12, 27 jan. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742019000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v28n2/2237-9622-ress-28-02-e2018144.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2021.

VIANA, Ana Luiza D'ávila et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. , p. 139-151, jan. 2002. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2002000700014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n96J8L6sPq5Hy6R3zp5By8F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2022.