

## **Sumário**

Introdução	3
1. Atenção Primária à Saúde (APS)	4
1.1 Contexto histórico da APS	4
1.2 APS no Brasil	7
1.3 Covid-19: desafios e contribuições da APS	10
2. Estratégia Saúde da Família (ESF)	13
3. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	18
4. Política Nacional de Humanização do SUS na APS	27
4.1 Nutrição infantil e materna	30
5. Previne Brasil: novo modelo de financiamento da APS no Brasil	35
5.1 Equipes NASF-AB no contexto do Programa Previne Brasil	39
Considerações Finais	44
Referências	45

## Lista de figuras, quadros e tabelas

- Figura 1: Número de equipes e cobertura da ESF
- Figura 2: Cobertura da ESF no Brasil
- Figura 3: Gestão da clínica e de tecnologias de microgestão do cuidado na PNAB 2017
- Figura 4: Exemplo de genograma
- Figura 5: Frequência de domicílios com crianças menores de 5 anos por classificação da Escala Brasileira
- de Insegurança Alimentar para o Brasil e segundo macrorregiões (Brasil/2019)
- Quadro 1: Três pilares da Atenção Primária à Saúde, segundo a OMS
- Quadro 2: Quatro atributos principais da APS
- Quadro 3: Três atributos derivados da APS
- Quadro 4: Cobertura da ESF nos municípios do Maranhão
- Quadro 5: Princípios da APS conforme a PNAB de 2017
- Quadro 6: Diretrizes da APS conforme a PNAB de 2017
- Quadro 7: Equipes de APS conforme a PNAB de 2017
- Quadro 8: Indicadores, parâmetros e metas para 2022 Previne Brasil
- Tabela 1: Indicadores de desempenho do PMAQ

#### Coordenação técnica

Sergio Andrade

#### **Autores**

Caetano Patta da Porciuncula e Barros Fernando Maluf D'Elboux Guimarães Tomaz Magalhães Seincman

#### Colaboraram para esta publicação

Ana Carolina Uruçu Rego Fernandes Daniel Oliveira

Jamesson Ferreira Leite Junior

#### Designer

Tiago Rocha

# Introdução

Ao longo dos últimos 30 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou por um processo de aperfeiçoamento com a consolidação da estratificação da política em níveis de atenção (primária, secundária e terciária).

Primária	Secundária	Terciária
É o primeiro contato do usuário com o sistema, sendo a porta de entrada para o SUS, principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As ações são voltadas à redução do risco de doenças e à proteção da saúde.	É composta pelos serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatórios, com atendimento direcionado para áreas como: pediatria, cardiologia, neurologia, ortopedia, psiquiatria, ginecologia e etc. A exemplo, as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs)	É o atendimento de alta complexidade, sendo formado por hospitais de grande porte, também com procedimentos com tecnologia de ponta e custos maiores, como: oncológicos, transplantes e partos de alto risco.

O nível de Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), que está presente em todas as regiões do país por meio do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável pela universalização do SUS. Esse programa foi duplamente desafiado nos últimos anos: por um lado, pela crise econômica que afetou as condições das famílias e o financiamento dos serviços públicos em todas as esferas de governo; por outro, pela pandemia de COVID-19.

Diante desse cenário, esta publicação apresenta alguns tópicos referentes à APS, com o objetivo de subsidiar a formação de multiplicadores que atuam junto a gestores e profissionais de saúde. O foco desta análise é sistematizar algumas etapas da complexa estruturação da APS e de seus fluxos e processos, ilustrados através de alguns casos de experiências recentes em alguns municípios brasileiros.

Ao longo das próximas páginas serão introduzidas a concepção e o histórico da APS, bem como sua implementação no Brasil, até chegar em sua versão mais atual, consolidada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2017, e no novo modelo de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil.

Após esta introdução, a leitora e o leitor poderão fixar-se em alguns tópicos específicos, como o impacto da covid-19 e o papel da APS na pandemia, a ESF, questões como nutrição infantil e humanização do atendimento, além de ferramentas como o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool – PCATool).



# 1. Atenção Primária à Saúde (APS)

## 1.1 Contexto histórico da APS

No Brasil e no mundo, o acesso à saúde é um direito humano fundamental, indissociável do direito à vida e à cidadania. Essa afirmação está presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, em seu artigo XXV, assim como na Constituição Federal de 1988, que afirma em seu artigo 196 que

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação".

A garantia do cuidado em saúde, portanto, não deve discriminar pessoas por quaisquer motivos, sejam eles econômicos, religiosos, étnico-raciais ou etários, sejam eles referentes a gênero, sexualidade ou condições cognitivas e motoras<sup>2</sup>.

Na prática, contudo, grandes parcelas da população não dispõem de um acesso efetivo à saúde — a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em 50% a população ao redor do mundo que não tem acesso a cuidados básicos em saúde<sup>3</sup>. A busca pela efetivação desse direito requer a mobilização de amplos recursos humanos, técnicos e financeiros, assim como o desenvolvimento de estratégias e consensos políticos na construção de políticas públicas e sistemas de saúde em cada país a partir de suas características, condições e particularidades. O desafio, portanto, é complexo: como oferecer cuidados em saúde a todos os seres humanos, considerando não apenas a quantidade de pessoas, mas as múltiplas dimensões do cuidado e as diversas condições sociais, territoriais e econômicas? Quando tratamos de Atenção Primária à Saúde (APS), estamos falando de uma resposta a esse desafio a partir de uma perspectiva baseada na equidade e na solidariedade social<sup>4</sup>.

Conforme a OMS, os cuidados primários em saúde respondem à maioria das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida, considerando o bem-estar físico, mental e social. Um sistema de saúde dotado de uma estrutura de APS implementada de forma adequada e suficiente, inserida no território e no cotidiano das comunidades, com vínculos sólidos e com as portas abertas para as demandas das pessoas, pode atender até 90% das necessidades de saúde de uma pessoa ao longo de sua vida<sup>5</sup>. Isso porque a APS é centrada na pessoa, e não na doença, assumindo o indivíduo em sua inserção familiar, comunitária e cotidiana, em uma perspectiva ampla, que inclui promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

<sup>1 &</sup>quot;Constituição da República Federativa do Brasil" (BRASIL, 1988).

<sup>2 &</sup>quot;Direito à Saúde" (FIOCRUZ, 2022). Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude. Acesso em: 20 ago. 2022. 3 "Primary health care" (WHO, 2022). Disponível em: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\_1. Acesso em: 20 ago. 2022.

<sup>3 &</sup>quot;Primary health care" (WHO, 2022). Disponivel em: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\_1. Acesso em: 20 ago. 202. 4 "Atenção primária à saúde" (OPAS, 2022). Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude. Acesso em: 20 ago. 2022. 5 Idem

Os princípios gerais da APS foram delineados na Declaração de Alma-Ata em 1978<sup>6</sup>. Desde então, diferentes e conflitantes concepções de cuidados primários e orientações à estruturação de sistemas de saúde nacionais — mais abrangentes ou mais focalizadas/seletivas — foram formuladas e promovidas ao redor do mundo<sup>7</sup>. Passados 40 anos de Alma-Ata, em 2018, a Declaração de Astana/Cazaquistão, fruto da Conferência Global sobre Cuidados de Saúde Primários, ratificou o entendimento e a orientação a uma APS abrangente e universalista<sup>8</sup>.

A APS representa, segundo a OMS, a forma mais viável, eficiente e eficaz de oferecer cuidados e serviços de saúde a todos os seres humanos em todo o planeta. A APS é um nível da atenção em saúde, mas sua estruturação como porta de entrada e de acolhimento e como núcleo coordenador dos demais níveis tem potencial para conferir sustentabilidade ao conjunto do sistema, prevenindo doenças ou seus graus mais severos, otimizando recursos e reduzindo a demanda pelas ações e pelos serviços de maior complexidade. Além disso, a APS dispõe de boa capacidade para responder às rápidas mudanças econômicas, tecnológicas e demográficas que impactam a saúde e o bem-estar<sup>9</sup>. Os três pilares da APS, conforme definição atual da OMS, estão relacionados no quadro a seguir.

#### Três pilares da Atenção Primária à Saúde, segundo a OMS

Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, para famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção.

Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais e pessoais) por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores.

Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas.

Quadro 1: Três pilares da Atenção Primária à Saúde, segundo a OMS. Fonte: "Primary health care" (WHO, 2022); "Atenção primária à saúde" (OPAS, 2022).

Ainda que as formas de organização e operacionalização deste nível assistencial sejam distintas nos diferentes países que as adotam, podemos listar quatro principais atributos da APS, conforme definição amplamente aceita<sup>10</sup>.

<sup>6 &</sup>quot;Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários" (OMS, 1978 [2022]).

<sup>7 &</sup>quot;Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas" (FAUSTO; MATTA, 2007).

<sup>8 &</sup>quot;Declaración de Astaná" (WHO; UNICEF, 2018). 9 OPAS, 2022, op. cit.; WHO, 2022, op. cit.

<sup>10 &</sup>quot;Validating the Adult Primary Care Assessment Tool" (STARFIELD et al., 2001).

Quatro atributos principais da APS		
Acesso de primeiro contato	A APS é a porta de entrada do sistema de saúde, devendo ser estruturada de modo a garantir acesso, acolhimento, ações e serviços de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas, consideradas, orientadas e coordenadas a partir da avaliação de risco dos profissionais e equipes de APS.	
Longitudinalidade	A APS deve se constituir como fonte continuada de atenção pelo indivíduo ao longo do tempo. A interação da população com as equipes e os ambientes de atenção em saúde deve refletir-se em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.	
Integralidade	O sistema deve oferecer, a partir da APS, um leque amplo de serviços e ações, suficiente para garantir cuidado integral, tanto do ponto de vista biopsicossocial do processo saúde-doença como da promoção, prevenção, cura e reabilitação. Além das ações e dos serviços oferecidos no contexto da APS, a integralidade se refere também aos encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.	
Coordenação da atenção	A APS visa à continuidade da atenção ao longo da rede de saúde, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e da integração desse zelo no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo o cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.	

Quadro 2: Quatro atributos principais da APS.

Fonte: "Validating the Adult Primary Care Assessment Tool" (STARFIELD et al., 2001).

Na mesma definição encontramos, ainda, três atributos derivados da APS, conforme quadro a seguir.

Três atributos derivados da APS		
Orientação familiar  Na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral, deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.		
Orientação comunitária	O serviço de saúde deve ter capacidade de reconhecer as necessidades em saúde da comunidade, através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.	
Competência cultural	Equipe e profissionais de saúde devem adequar-se às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com ela.	

Quadro 3: Três atributos derivados da APS.

Fonte: "Validating the Adult Primary Care Assessment Tool" (STARFIELD et al., 2001).

Conforme a declaração de Astana (2018)<sup>11</sup>, o êxito da APS, no avançar do século XX, depende de:

- Desenvolvimento de capacidades e conhecimentos científicos e tradicionais, visando a melhorar os resultados e a garantir acesso à saúde para todas as pessoas no nível de atenção apropriado, respeitando direitos, necessidades, dignidade e autonomia.
- Garantia de trabalho decente, remuneração adequada e qualificação suficiente e sempre atualizada aos profissionais da APS, capazes de retê-los neste nível de atenção e proporcionar à população de todas as localidades um cuidado equitativo, resolutivo, multidisciplinar e longitudinal.
- Ampliação e extensão do acesso à tecnologia em todas as suas formas: medicamentos de qualidade, seguros, eficazes e acessíveis; imunizantes; e instrumentos para o diagnóstico. Do mesmo modo, é preciso incorporar as tecnologias de informação e comunicação na gestão de fluxos e processos do sistema de saúde em cada nível e entre os níveis, ampliando as possibilidades de participação, transparência e planejamento, sempre resguardando a privacidade dos dados dos usuários dos serviços.
- Ampliação dos investimentos dos países na APS, com o objetivo de melhorar os resultados em saúde, tendo em vista a sustentabilidade financeira dos sistemas nacionais de saúde, sem deixar ninguém para trás, e proporcionando a todos, independentemente de suas condições socioeconômicas e geográficas, serviços de APS de qualidade em todo o processo assistencial.

### 1.2 APS no Brasil

Ainda que as práticas pioneiras empreendidas na virada do século por Carlos Chagas e Oswaldo Cruz tenham iniciado a tradição sanitária nacional de atenção a grandes contingentes populacionais no Brasil, as primeiras experiências sistemáticas semelhantes ao que se convencionou chamar de "Atenção Primária à Saúde", ou APS, remontam aos anos 1940, com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)<sup>12</sup>. A atuação do SESP, contudo, era centralizada e desconectada das demais instituições de saúde, sem chegar a constituir estratégias abrangentes e universalistas.

Outras iniciativas se sucederam ao longo das décadas subsequentes, nutrindo concepções mais inclusivas, abrangentes e igualitárias, ainda que sem se materializarem em um sistema nacional. Ao longo dos anos 1970, conformaram-se as primeiras experiências de extensão dos cuidados à saúde, em nível básico, aos grupos mais vulneráveis nas periferias das cidades e sua articulação a outras ações e demais serviços de saúde de maior complexidade.

Em 1978, o Governo Federal lançou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), focado nas regiões mais pobres do país — especialmente na região Nordeste. Como apontam Márcia C. R. Fausto e Gustavo C. Matta, "o PIASS constituiu-se em

<sup>11</sup> WHO; UNICEF, 2018, op. cit.

<sup>12 &</sup>quot;Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas" (FAUSTO; MATTA, 2007).

uma das primeiras iniciativas formais de integração das ações de saúde com vistas a evitar atuações superpostas e concorrentes dos serviços de saúde"<sup>13</sup>.

Na sequência, em 1981, foi lançado o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), orientado, dessa vez, a todo o território nacional e com caráter universalista. A crise do sistema previdenciário dos anos 1980, contudo, impediu a efetivação da proposta e ensejou novas medidas institucionais que, no contexto de redemocratização e da mobilização social, do Movimento da Reforma Sanitária e das Conferências Nacionais de Saúde, pavimentaram o caminho para a construção do SUS, que seria gradualmente implementado a partir dos anos 1990.

Este processo de orientação democrática e igualitária, no contexto da redemocratização, fez com que o Brasil não estruturasse a APS de modo focalizado, seletivo e desvinculado de outras ações e serviços de saúde, diferentemente de outros países em desenvolvimento orientados por agências internacionais como o Banco Mundial. Em vez disso, a Constituição Federal de 1988 definiu um sistema de saúde público abrangente, descentralizado, universal e gratuito, tendo como porta de entrada, pilar e instância coordenadora a APS. Nisso, os princípios norteadores do SUS foram definidos, então, como: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular<sup>14</sup>.

Fruto desse processo, e após três décadas de estruturação, o SUS é um dos maiores sistemas universais e integrais de saúde do mundo, sendo considerado pela OPAS/OMS uma referência de universalização com gestão pública e participativa devido a seu modelo e a seus resultados<sup>15</sup>. Mas como exatamente se estrutura a APS no Brasil hoje e quais são seus desafios e perspectivas?

A saúde é definida na Constituição de 1988 como um "direito de todos e um dever do Estado"<sup>16</sup>, sendo, portanto, uma das grandes ambições e um dos grandes desafios sociais da chamada Nova República. Esse entendimento foi reforçado na Lei nº 8.080/1990<sup>17</sup>, que regula as ações e os serviços de saúde e o próprio SUS. Em seu artigo 2º, a lei afirma que "a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício".

A regulamentação inicial da saúde foi complementada pela Lei nº 8.142/1990<sup>18</sup>, que dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ao lado de outros princípios e diretrizes — como integralidade, igualdade, autonomia e participação —, a Lei Orgânica da Saúde afirma a "descentralização político-administrativa", com "ênfase na descentralização dos serviços para os municípios" e "regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde".

Assim, a estruturação do nível primário de assistência sanitária no Brasil, ao longo dos anos

<sup>13</sup> FAUSTO; MATTA, 2007, op. cit., p. 55; CONILL, 2008, p. 10-11. 14 FAUSTO; MATTA, 2007, op. cit.; CONILL, op. cit. 15 "Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?" (OPAS, 2018).

<sup>16</sup> BRASIL, 1988, op. cit.

<sup>&</sup>quot;Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990" (BRASIL, 1990a).

<sup>18 &</sup>quot;Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990" (BRASIL, 1990b).

1990, confunde-se com a expansão e a consolidação do SUS nos municípios, compreendendo uma série de experiências e medidas institucionais ligadas aos desafios do financiamento e da territorialização de um sistema universal em um país de dimensões continentais, de grandes diversidades e de desigualdades socioeconômicas e geográficas, além das disputas em torno da concepção de saúde pública a ser estruturada.

Na esteira das leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, uma série de normativas se sucedeu e conformou, gradualmente, o SUS e a APS que temos hoje. O primeiro passo a ser destacado corresponde às Normas Operacionais Básicas (NOBs), editadas entre 1991 e 1996, que foram os principais instrumentos normalizadores do processo de descentralização do SUS nos anos 1990.

Conforme Scatena e Tanaka<sup>19</sup>, as NOBs de 1991 e 1992 se concentraram nos repasses financeiros a estados e municípios, em especial quanto à assistência médica individual e curativa. Ainda que tenham introduzido instrumentos para ponderar a população dos municípios e direcionar parte dos recursos aos mais vulneráveis, por meio das secretarias estaduais, as duas primeiras normativas acabaram por reforçar desigualdades e não fomentar de forma significativa a autonomia e a capacidade de gestão municipal.

Já a NOB de 1993 representou um deslocamento parcial, ampliando em sua formulação a participação de atores engajados no processo fundador do SUS, e reforçou os princípios norteadores do sistema, promovendo mais decididamente a descentralização e orientando a organização progressiva, gradual, flexível e democrática do sistema nos estados e municípios.

A NOB de 1996<sup>20</sup>, por sua vez, promoveu um significativo avanço no processo de descentralização, definindo as responsabilidades do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências estaduais e municipais. Conforme a normativa, os municípios podiam habilitar-se a assumir a gestão plena do nível básico de atenção ou a gestão plena do sistema municipal, cabendo aos estados a gestão avançada e plena do sistema estadual. Um de seus instrumentos fundamentais foi o Piso de Atenção Básica (PAB): em sua dimensão fixa, constituiu uma modalidade de financiamento global per capita que fomentou a expansão da atenção em saúde no nível básico; já em sua dimensão variável, estabeleceu incentivos financeiros mediante a adesão dos municípios a determinados programas, como o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

O PAB consolidou o modelo fundo a fundo de repasses financeiros de caráter regular e automático da União a estados e municípios. Implementado a partir de 1998, esse foi o primeiro modelo de financiamento nacional específico para a APS<sup>21</sup>, o que foi fundamental para a estruturação de sistemas municipais nas localidades mais vulneráveis do ponto de vista econômico e administrativo.

Massuda e outros autores apontam como a garantia de um financiamento direto e regu-

<sup>19 &</sup>quot;Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde" (SCATENA; TANAKA, 2001).

<sup>20 &</sup>quot;Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 6 de novembro de 1996" (BRASIL, 1996).

<sup>21</sup> MASSUDA et al., 2022, op. ci

lar possibilitou que os municípios, especialmente os mais vulneráveis, implementassem o nível primário de assistência à saúde, apesar de conflitos e descontinuidades políticas e econômicas<sup>22</sup>. Em paralelo, ao estabelecer como responsabilidade municipal pelo menos a gestão plena do nível básico e estimular a adesão ao Programa de Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a NOB de 1996 definiu uma estratégia para a estruturação nacional do SUS, baseada na APS, na Vigilância em Saúde, na descentralização e na territorialização em nível municipal.

Nesse sentido, a NOB incorporou e normatizou as experiências e os movimentos que, entre o fim dos anos 1970 e o fim dos anos 1980, estabeleceram uma concepção de atenção à saúde universal na atenção às comunidades periféricas e em ações de vigilância em saúde, com base no vínculo entre equipes de saúde multiprofissionais e a população, em seu território e em suas comunidades, considerando fatores sociais, econômicos, urbanos e geográficos como determinantes das condições de saúde e cuidado<sup>23</sup>. É importante frisar, portanto, que a conformação da APS no Brasil não se restringe à normatização federal, sendo também fruto e desenvolvimento de experiências pontuais e descentralizadas de estratégias de oferta de saúde designadas, inicialmente, pelo reconhecimento da importância do estudo das características da população e do território para embasar o planejamento e o cuidado a ser realizado.

Além da definição de responsabilidades e do modelo de financiamento, as NOBs de 1991 a 1996 introduzem importantes instrumentos de gestão, regionalização e planejamento, como as Comissões Intergestores Bipartite (envolvendo gestores municipais e estaduais) e Tripartite (envolvendo gestores municipais, estaduais e federais), além da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Outras normativas avançaram nesse processo, como a Portaria nº 95 de janeiro de 2001, que aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS--SUS 01/2001)<sup>24</sup>, e sua atualização em 200225.

## 1.3 Covid-19: desafios e contribuições da APS

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro contato do usuário no SUS e geralmente se inicia na UBSs. A APS se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo;

- promoção e proteção da saúde;
- prevenção de agravos;
- diagnóstico;
- tratamento;
- reabilitação;
- redução de danos;
- manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral.

<sup>22</sup> MASSUDA et al., 2022, op. cit. 23 CONILL, op. cit.; "As Relações entre saúde e trabalho dos agentes de combate às endemias da Funasa: a perspectiva dos trabalhadores" (GUIDA et al., 2012). 24 "Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001" (BRASIL, 2001).

<sup>25</sup> Esses instrumentos e seu desenvolvimento foram discutidos em outra publicação deste projeto. Ver a publicação sobre gestão em saúde.

Também são princípios da APS;

- universalidade;
- · acessibilidade;
- · continuidade do cuidado:
- · integralidade da atenção;
- · responsabilização;
- · humanização e da equidade.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF). É uma das estratégias de descentralização da APS, tornando a saúde pública mais próxima do cidadão. Nessas unidades são oferecidas: consultas, exames, vacinas e radiografias. A aproximação com o cidadão, ajuda a dar respostas rápidas em períodos de crise sanitária, assim, a APS é de suma importância para levantamento de informações para utilizar na prevenção e combate de doenças.

Nos primeiros meses da pandemia global de covid-19, ainda no início de 2020, a OMS<sup>26</sup> apontou a APS como base fundamental para o enfrentamento da emergência no mundo, haja vista sua capacidade de realizar triagem, diagnóstico precoce e recomendação de isolamento e de oferecer respostas clínicas à maior parte dos casos de infecção, além de promover informação, orientação e cuidado em saúde mental à população, assim reduzindo a pressão sobre os níveis mais complexos dos sistemas de saúde — o que representou, de fato, o maior desafio nos picos de contágio. Além dos cuidados nas unidades de APS, as equipes desse nível assistencial seriam capazes de prover cuidados domiciliares no contexto de pandemia, contribuindo para reduzir a pressão sobre o sistema de saúde, ao mesmo tempo que fortaleceriam os vínculos e a confiança da população com esse sistema.

De fato, a pandemia de covid-19 colocou à prova os sistemas de saúde ao redor do mundo, bem como o nível primário de atenção. Como sintetizam Massuda e outros pesquisadores,

"a APS tem papel relevante no enfrentamento de emergências sanitárias ao contribuir para o gerenciamento de riscos e a implantação de ações mitigatórias em âmbito local, como na criação de uma governança inclusiva que garanta o envolvimento das comunidades no enfrentamento dessas situações"<sup>27</sup>.

No entanto, não houve, no Brasil, uma coordenação no enfrentamento à pandemia que tenha priorizado a APS, apesar da longa experiência dos profissionais desse nível assistencial junto à Vigilância em Saúde no controle de doenças transmissíveis.

Ainda assim, experiências locais que contaram com o engajamento e o envolvimento de profissionais do nível primário de atenção foram fundamentais no combate à pandemia,

<sup>26 &</sup>quot;Role of primary care in the COVID-19 response" (WHO, 2021).

<sup>27 &</sup>quot;Rumos para um sistema de saúde resiliente" (MASSUDA et al., 2022, p. 24).

bem como foi a mobilização dos recursos de APS por estados e municípios responsável por oferecer cuidado à doença provocada pelo coronavírus e a outros agravos e garantir a imunização da população brasileira. A pandemia de covid-19 foi um momento de desafio e também de comprovação da vocação da APS para promover atenção ampla e integral à saúde do conjunto da população, como mostram valiosos exemplos que deixam aprendizados.

## Caso Rurópolis/PA: o exemplo da APS no combate à covid-19 28

Para compreender a dimensão da importância da APS no contexto de emergência sanitária provocada pela covid-19, vale conferir experiências concretas, como a do município de Rurópolis, no Pará, com seus pouco mais de 50 mil habitantes. A estratégia de enfrentamento à pandemia na localidade consistiu na união de forças entre a educação em saúde, a produção de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e nos movimentos sociais, que atuaram como uma força-tarefa que agregou cerca de 60 profissionais de diferentes áreas. A coordenadora de APS Rosicléia Borges narra a experiência: "Montamos o Comitê de Operações Emergenciais (COE) de combate à Covid-19, formado por vários setores ainda no mês de março. Quando começaram a aparecer casos na região, esse comitê começou a atuar na parte educativa, realizamos reunião com inspetores escolares e com a parte administrativa do município, além de idosos e pessoas com comorbidade".

Uma importante decisão do COE foi a centralização dos atendimentos de pacientes com suspeita de covid-19 em uma única unidade e em paralelo à criação de um Centro Integrado de Combate à covid-19. No centro destinado a acompanhar os casos suspeitos e a atender os pacientes, foram realizados exames, testes, consultas, atendimentos psicológicos, transporte e assistência farmacêutica. A iniciativa permitiu conciliar o enfrentamento dos agravos relacionados à covid-19 com a manutenção do restante dos serviços, preservando a população não infectada, como expressa Rosicléia: "Com essa rede paralela e exclusiva para atendimento das vítimas da covid-19, pudemos separar os atendimentos e evitar que pessoas de grupos de risco — idosos, gestantes e crianças — tivessem contato com contaminados".

A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos movimentos sociais e da educação em saúde fez-se perceber na conscientização da população e na distribuição de kits de EPI para pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, o que só foi possível pelo cadastro atualizado e preciso da população adscrita às equipes de Saúde da Família (eSF). Com um "Disque Vigilância", o telefone também foi um instrumento importante para monitorar a dinâmica de contaminação em Rurópolis, reduzindo tanto a circulação de pacientes com suspeita de infecção quanto os riscos à comunidade e aos profissionais da saúde. Diversos municípios e localidades utilizaram tecnologias de informação e comunicação para garantir o atendimento sem aumentar a exposição, sendo esse um aprendizado importante da pandemia e que mostrou resultados positivos.

Os bons resultados e a resposta rápida verificados em Rurópolis foram possíveis graças à adequada integração entre as equipes de APS com o território, a população e outros pontos da Rede de Atendimento em Saúde, como os serviços de vigilância em saúde.

<sup>28 &</sup>quot;Mobilização e reorganização da Atenção Primária à Saúde em Rurópolis contra o novo coronavírus" (InformaSUS/UFSCAR, 2020). Disponível em: https://informasus.ufscar.br/mobilizacao-e-reorganizacao-da-atencao-primaria-a-saude-em-ruropolis-contra-o-novo-coronavirus/. Acesso em: 20 ago. 2022.



# 2. Estratégia Saúde da Família (ESF)

Em 2006, a PNAB definiu a Estratégia Saúde da Família (ESF)<sup>29</sup> — experimentada desde os anos 1990 — como a base da reorganização da APS no SUS<sup>30</sup>. A ESF tem caráter multidisciplinar e territorial, sendo uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica. Ela é voltada à reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos, ampliando a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. No transcorrer do tempo, o escopo da ESF foi ampliado, incorporando, por exemplo, a saúde bucal, e integrou-se ainda a iniciativas intersetoriais, como o antigo Programa Bolsa Família, Saúde na Escola, Alimentação Saudável e Academia da Saúde, entre outros.

Um passo importante no fortalecimento da ESF foi a instituição, em 2008, de incentivo financeiro para a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que incluíam nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, educadores físicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e outras especialidades médicas — trata-se de um reforço do enfoque abrangente da ESF como estratégia de APS no Brasil. Nesse período, o SUS criou, ainda, outros importantes serviços, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Para enfrentar a iniquidade no financiamento entre os municípios, em 2011 foram definidos diferentes valores per capita para cálculo do PAB fixo com base na vulnerabilidade socioeconômica municipal. Também em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ ou PMAQ-AB) foi criado com os objetivos de avaliar e premiar o desempenho das equipes da ESF. No mesmo período, o programa Mais Médicos foi implementado visando a garantir a presença de profissionais médicos em territórios vulneráveis não atendidos.

A ESF tem como base, por sua vez, a eSF e o território específico sob sua responsabilidade sanitária, o qual é limitado em função da população adscrita, que não deve superar 3.500 pessoas, conforme a PNAB. A eSF é uma equipe multiprofissional composta por médico generalista, ou especialista em Saúde da Família ou de Família e Comunidade, por enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, por auxiliar ou técnico de enfermagem e por ACS — o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas sob a responsabilidade de um ACS e de 12 ACS por equipe.

Podem ser acrescidos à equipe os profissionais de saúde bucal, como cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

30 "Política Nacional de Atenção Básica" (BRASIL, 2006c).

<sup>29</sup> Saiba mais em: Estratégia Saúde da Família (Secretaria de Atenção Primária à Saúde/Ministério da Saúde): Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/esf/

Considerando o princípio da continuidade/longitudinalidade do cuidado, cada usuário deve obrigatoriamente ser acompanhado por um agente comunitário de saúde, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico, além de preferencialmente um cirurgião-dentista e um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

As eSF devem estar devidamente cadastradas no sistema de cadastro nacional vigente. O processo de trabalho, a combinação das jornadas dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBSs devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, assim como a continuidade, a coordenação e a longitudinalidade do cuidado, ou seja, os princípios fundamentais da APS.

A definição do território de responsabilidade de cada equipe está compreendida na PNAB. O processo de territorialização é um meio de operacionalização do vínculo entre os serviços de saúde e a população, permitindo aproximação para o entendimento dos problemas e das necessidades de saúde do território.

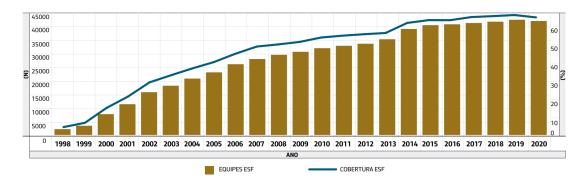
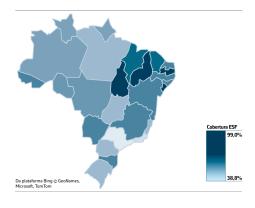


Figura 1: Número de equipes e cobertura da ESF. Fonte: "Rumos para um sistema de saúde resiliente" (MASSUDA et al., 2022).



É imprescindível que as equipes conheçam profundamente o seu território de atuação e estruturem suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, visando a enfrentar seus principais problemas particulares de saúdedoença, considerando nesta cartografia diferentes fatores, tais como: ambientais, históricos, demográficos, geográficos, econômicos, políticos, administrativos, tecnológicos, sanitários, sociais, culturais etc. Esse exercício de territorialização é permanente, uma vez que o território é vivo e dinâmico. Integrando-se ao território através do

conhecimento e do fortalecimento de vínculos e redes sustentáveis com a população adscrita, a equipe de saúde se torna capaz de cumprir o papel de promover a saúde da comu-

nidade. O mapeamento é, portanto, uma importante ferramenta de diagnóstico e planejamento de atividades de campo, além de possibilitar o monitoramento e a avaliação de indicadores e informações em saúde.

A aposta na APS e na ESF, implementadas desde os anos 1990, cumpriu um reconhecido papel de ampliação do acesso à saúde em um país marcado por graves iniquidades sociais e territoriais. Há evidências científicas<sup>31</sup> de que a maior quantidade de ESF se relaciona a mais acesso e uso de serviços de saúde, maior cobertura pré-natal, maior cobertura vacinal, redução da mortalidade infantil, redução de mortes preveníveis e redução de iniquidades sociais. Além disso, considerando a vulnerabilidade dos grupos atendidos, há um efeito positivo na redução de desigualdades em mortalidade entre grupos raciais, bem como na mitigação dos prejuízos em saúde causados pela recessão econômica.

Em 2019, a ESF completou 25 anos, contando com mais de 40 mil equipes implementadas, em mais de 5.500 municípios em todo o país, e atendendo mais de 130 milhões de pessoas, isto é, superando 60% da população brasileira. As regiões Norte e Nordeste se destacam como as de maior cobertura populacional pela ESF; o estado do Piauí, por exemplo, dispõe de 99% da população atendida por eSF, contra 38% da população de São Paulo<sup>32</sup>. Também em 2019, o Governo Federal criou a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS).

31 MASSUDA et al., 2022, op. cit.

## Caso Maranhão: Cobertura da ESF

Em 2020, a cobertura da ESF nos municípios do Estado do Maranhão era de 85,44%, onde entre os 217 municípios, 182 apresentaram 100% de cobertura.

Município	ESF	Município	ESF
PAULO RAMOS	32,79%	ITAIPAVA DO GRAJAÚ	100%
PAÇO DO LUMIAR	36,70%	ITAPECURU MIRIM	100%
SÃO LUÍS	38,20%	ITINGA DO MARANHÃO	100%
MARAJÁ DO SENA	44,28%	JATOBÁ	100%
SÃO PEDRO DA ÁGUA BRANCA	54,37%	JENIPAPO DOS VIEIRAS	100%
BURITI BRAVO	57,78%	JOÃO LISBOA	100%
TIMBIRAS	59,23%	JOSEL NDIA	100%
BARRA DO CORDA	66,49%	JUNCO DO MARANHÃO	100%
CARUTAPERA	72,46%	LAGO DA PEDRA	100%
BOA VISTA DO GURUPI	74,30%	LAGO DO JUNCO	100%
LAGO DOS RODRIGUES	77,76%	LAGO VERDE	100%
NOVA OLINDA DO MARANHÃO	82,43%	LAGOA DO MATO	100%
IMPERATRIZ	82,69%	LAGOA GRANDE DO MARANHÃO	100%
AÇAIL NDIA	82,84%	LAJEADO NOVO	100%
BALSAS	83,63%	LIMA CAMPOS	100%
VITÓRIA DO MEARIM	84,24%	LORETO	100%
COROATÁ	84,54%	LUÍS DOMINGUES	100%

MIRANDA DO NORTE	85,09%	MAGALHÃES DE ALMEIDA	100%
SANTA INÊS	85,24%	MARACAÇUMÉ	100%
TURIAÇU	87,21%	MARANHÃOZINHO	100%
SÃO FRANCISCO DO BREJÃO	87,73%	MATA ROMA	100%
TUTÓIA	87,92%	MATINHA	100%
SANTA FILOMENA DO MARANHÃO	88,77%	MATÕES	100%
CAJARI	89,01%	MATÕES DO NORTE	100%
SÃO JOSÉ DE RIBAMAR	89,31%	MILAGRES DO MARANHÃO	100%
GRAJAÚ	89,32%	MIRADOR	100%
COELHO NETO	90,73%	MIRINZAL	100%
PINHEIRO	91,02%	MONTES ALTOS	100%
VARGEM GRANDE	91,58%	MORROS	100%
BELÁGUA	92,38%	NINA RODRIGUES	100%
MONÇÃO	92,87%	NOVA COLINAS	100%
CAPINZAL DO NORTE	94,66%	NOVA IORQUE	100%
BREJO	94,79%	OLHO D'ÁGUA DAS CUNHÃS	100%
CHAPADINHA	95,26%	OLINDA NOVA DO MARANHÃO	100%
CEDRAL	96,96%	PALMEIR NDIA	100%
AFONSO CUNHA	100%	PARAIBANO	100%
ÁGUA DOCE DO MARANHÃO	100%	PARNARAMA	100%
ALC NTARA	100%	PASSAGEM FRANCA	100%
ALDEIAS ALTAS	100%	PASTOS BONS	100%
ALTAMIRA DO MARANHÃO	100%	PAULINO NEVES	100%
ALTO ALEGRE DO MARANHÃO	100%	PEDREIRAS	100%
ALTO ALEGRE DO PINDARÉ	100%	PEDRO DO ROSÁRIO	100%
ALTO PARNAÍBA	100%	PENALVA	100%
AMAPÁ DO MARANHÃO	100%	PERI MIRIM	100%
AMARANTE DO MARANHÃO	100%	PERITORÓ	100%
ANAJATUBA	100%	PINDARÉ-MIRIM	100%
ANAPURUS	100%	PIO XII	100%
APICUM-AÇU	100%	PIRAPEMAS	100%
ARAGUANÃ	100%	POÇÃO DE PEDRAS	100%
ARAIOSES	100%	PORTO FRANCO	100%
ARAME	100%	PORTO RICO DO MARANHÃO	100%
ARARI			100%
	100%	PRESIDENTE DUTRA	
AXIXÁ BACABAL	100%	PRESIDENTE JUSCELINO PRESIDENTE MÉDICI	100%
		PRESIDENTE MEDICI PRESIDENTE SARNEY	100%
BACABEIRA	100%		
BACURI	100%	PRESIDENTE VARGAS	100%
BACURITUBA  BADÃO DE CDAJAÍ	100%	PRIMEIRA CRUZ	100%
BARÃO DE GRAJAÚ	100%	RAPOSA	100%
BARREIRINHAS	100%	RIACHÃO	100%
BELA VISTA DO MARANHÃO	100%	RIBAMAR FIQUENE	100%
BENEDITO LEITE	100%	ROSÁRIO	100%
BEQUIMÃO	100%	SAMBAÍBA	100%
BERNARDO DO MEARIM	100%	SANTA HELENA	100%

			1
BOM JARDIM	100%	SANTA LUZIA	100%
BOM JESUS DAS SELVAS	100%	SANTA LUZIA DO PARUÁ	100%
BOM LUGAR	100%	SANTA QUITÉRIA DO MARANHÃO	100%
BREJO DE AREIA	100%	SANTA RITA	100%
BURITI	100%	SANTANA DO MARANHÃO	100%
BURITICUPU	100%	SANTO AMARO DO MARANHÃO	100%
BURITIRANA	100%	SANTO ANTÔNIO DOS LOPES	100%
CACHOEIRA GRANDE	100%	SÃO BENEDITO DO RIO PRETO	100%
CAJAPIÓ	100%	SÃO BENTO	100%
CAMPESTRE DO MARANHÃO	100%	SÃO BERNARDO	100%
C NDIDO MENDES	100%	SÃO DOMINGOS DO AZEITÃO	100%
CANTANHEDE	100%	SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO	100%
CAROLINA	100%	SÃO FÉLIX DE BALSAS	100%
CAXIAS	100%	SÃO FRANCISCO DO MARANHÃO	100%
CENTRAL DO MARANHÃO	100%	SÃO JOÃO BATISTA	100%
CENTRO DO GUILHERME	100%	SÃO JOÃO DO CARÚ	100%
CENTRO NOVO DO MARANHÃO	100%	SÃO JOÃO DO PARAÍSO	100%
CIDEL NDIA	100%	SÃO JOÃO DO SOTER	100%
CODÓ	100%	SÃO JOÃO DOS PATOS	100%
COLINAS	100%	SÃO JOSÉ DOS BASÍLIOS	100%
CONCEIÇÃO DO LAGO-AÇU	100%	SÃO LUÍS GONZAGA DO MARANHÃO	100%
CURURUPU	100%	SÃO MATEUS DO MARANHÃO	100%
DAVINÓPOLIS	100%	SÃO PEDRO DOS CRENTES	100%
DOM PEDRO	100%	SÃO RAIMUNDO DAS MANGABEIRAS	100%
DUQUE BACELAR	100%	SÃO RAIMUNDO DO DOCA BEZERRA	100%
ESPERANTINÓPOLIS	100%	SÃO ROBERTO	100%
ESTREITO	100%	SÃO VICENTE FERRER	100%
FEIRA NOVA DO MARANHÃO	100%	SATUBINHA	100%
FERNANDO FALCÃO	100%	SENADOR ALEXANDRE COSTA	100%
FORMOSA DA SERRA NEGRA	100%	SENADOR LA ROCQUE	100%
FORTALEZA DOS NOGUEIRAS	100%	SERRANO DO MARANHÃO	100%
FORTUNA	100%	SÍTIO NOVO	100%
GODOFREDO VIANA	100%	SUCUPIRA DO NORTE	100%
GONÇALVES DIAS	100%	SUCUPIRA DO RIACHÃO	100%
GOVERNADOR ARCHER	100%	TASSO FRAGOSO	100%
GOVERNADOR EDISON LOBÃO	100%	TIMON	100%
GOVERNADOR EUGÊNIO BARROS	100%	TRIZIDELA DO VALE	100%
GOVERNADOR LUIZ ROCHA	100%	TUFIL NDIA	100%
GOVERNADOR NEWTON BELLO	100%	TUNTUM	100%
GOVERNADOR NUNES FREIRE	100%	TURIL NDIA	100%
	100%	URBANO SANTOS	
GRAÇA ARANHA			100%
GUIMARÃES  HUMBERTO DE CAMPOS	100%	VIANA  VII A NOVA DOS MADTÍDIOS	100%
HUMBERTO DE CAMPOS	100%	VILA NOVA DOS MARTÍRIOS	100%
ICATU ICATA DE NATIO	100%	VITORINO FREIRE	100%
IGARAPÉ DO MEIO	100%	ZÉ DOCA	100%
IGARAPÉ GRANDE	100%		



# 3. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

O percurso de construção da APS no Brasil chegou a um primeiro momento de consolidação com a PNAB de 2006<sup>33</sup>, que seria posteriormente reformulada e atualizada em duas oportunidades, em 2011 e em 2017. A PNAB definiu a chamada "Atenção Básica à Saúde", incorporou as diretrizes do Pacto pela Saúde<sup>34</sup> de 2006 e ratificou a centralidade da Saúde da Família como estratégia de expansão e melhoria dos resultados do SUS, a partir do nível primário de atenção, sob responsabilidade dos municípios.

Nesse período, a APS foi adensada e fortalecida por outras medidas, como a criação da figura dos NASF em 2008<sup>35</sup>, que teve como objetivo aumentar a resolutividade e a capacidade de resposta das eSF aos problemas da população. Os NASF foram criados como equipes compostas por profissionais das mais variadas qualificações e competências, incluindo educadores físicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, médicos e outros. O papel atribuído a essas equipes era o de apoio institucional e matricial às eSF e às equipes de Atenção Básica (eAB), no território de atuação destas, sob sua responsabilidade e a partir de seu acionamento, em função das necessidades identificadas e requisitadas pelos gestores municipais conforme dados epidemiológicos e carecimentos locais.

O Decreto nº 7.508 de 2011<sup>36</sup>, que regulamenta as leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, é outra normativa importante desse longo processo de construção. Em especial, destaca-se o elemento da regionalização e hierarquização, de forma complementar à descentralização/ municipalização do sistema. Esse decreto cria as Regiões de Saúde como espaços territoriais formados por municípios vizinhos que — juntos e com apoio de estados e da União devem ser capazes de oferecer à população a atenção em nível primário, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde. Às Regiões de Saúde, por meio das Comissões Intergestores Regionais (CIRs), é atribuída a responsabilidade pela estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Vale destacar que esse decreto já apresenta o nível básico de atenção como Atenção Primária, sob responsabilidade de cada município e investido da atribuição de coordenar os diferentes pontos das RAS na oferta de ações e serviços de saúde. O mesmo decreto definiu também, por meio da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), quais ações e serviços de saúde estariam disponíveis no SUS, relação cuja atualização se daria a cada dois anos.

As definições contidas no Decreto nº 7.508 de 2011 e nas referidas portarias compuseram a base para a revisão da PNAB e sua atualização em 2011<sup>37</sup>, a qual reconhece, entre outros

<sup>33 &</sup>quot;Portaria nº 648 de 28 de março de 2006" (BRASIL, 2006b). 34 "Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006" (BRASIL, 2006a).

<sup>35 &</sup>quot;Portaria nº 154 de 24 de junho de 2008" (BRASIL, 2008). 36 "Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011" (BRASIL, 2011a). 37 "Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011" (BRASIL, 2011b).

pontos, por exemplo, as equipes dos NASF como componente da APS. Em 2017, a Portaria nº 2.436<sup>38</sup> revisou e atualizou a PNAB novamente, sendo a sua mais recente versão até o momento. A partir dela, apresentaremos alguns pontos relevantes.

A PNAB de 2017 estabelece uma equivalência entre os termos "Atenção Básica" (AB) e "Atenção Primária à Saúde" (APS), definindo-as como:

"o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária."39

A APS é o primeiro ponto de atenção e a porta de entrada preferencial do sistema e deve coordenar os fluxos e contrafluxos dos usuários, insumos e informações em toda a RAS. A RAS, por sua vez, é apresentada na PNAB como uma estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, constituindo-se como um arranjo de diferentes ações e serviços de configurações tecnológicas e missões assistenciais organizado conforme uma lógica territorial. Um de seus atributos é, precisamente, ter a APS como porta de entrada a partir de suas equipes multidisciplinares inscritas no território e nas comunidades.

Segundo a PNAB de 2017, é papel da gestão municipal articular e criar condições para que a referência aos serviços especializados ambulatoriais seja realizada preferencialmente pela APS. Nesse quesito, destaca-se:

- ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- gerir a referência e a contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

Reforçando o entendimento construído ao longo dos anos 1990 e 2000, a Saúde da Família é reafirmada como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS no sistema de saúde brasileiro. Ao especificar as competências das secretarias municipais de saúde, a PNAB de 2017 determina que cabe à gestão do município "inserir a Estratégia Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica". A ESF e outras estratégias devem configurar:

"[um] processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e

<sup>38 &</sup>quot;Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017" (BRASIL, 2017).

a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde."

A pessoa detentora do direito à saúde assegurado pelo Estado é considerada, nesta normativa, em sua singularidade e sua inserção sociocultural, a partir das quais se deve produzir atenção integral. Desta forma, considerando e conhecendo as características do território e da população, a definição de APS se completa como o planejamento e a implementação de ações e serviços públicos comprometidos com a promoção e a proteção da saúde, assim como a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças.

Princípios da APS conforme a PNAB de 2017		
Acesso universal e contínuo   Serviços qualitativos e resolutivos   Primeiro contato/porta de entrada da RAS   Acolhimento promovendo vinculação e corresponsabilização		
Equidade	Promoção da igualdade de oportunidades tendo como referência a diversidade de condições	
Integralidade	Conjunto de ações e serviços que atendem às necessidades da população adscrita   Responsabilização pela oferta de atenção básica   Responsabilização pela oferta em outros pontos de atenção à saúde por meio de tecnologias de gestão e cuidados	

Quadro 5: Princípios da APS conforme a PNAB de 2017. Fonte: "Portaria n° 2.436 de 21 de setembro de 2017" (BRASIL, 2017).

Diretrizes da APS conforme a PNAB de 2017		
Territorialização e adscrição		
População adscrita	População presente no território da UBS   Entendimento do usuário como um sujeito de relações de vínculo e responsabilização junto às equipes que o acompanham	
Cuidado centrado na pessoa	Singularização da pessoa e fomento à autonomia e responsabilização sobre sua situação de saúde   Compreensão da família e da comunidade como condicionantes ou determinantes da vida das pessoas e, portanto, de sua saúde e de seus cuidados	
Resolutividade <sup>41</sup>	Tecnologias de cuidado individual e coletivo   Clínica ampliada, com vínculos positivos e eficácia	

<sup>40</sup> Idem

<sup>41</sup> APS "deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da

Longitudinalidade	Continuidade da relação entre usuário e profissionais de saúde ao longo do tempo   Cuidado permanente e consistente   Construção de vínculo e consideração das referências de vida da pessoa que recebe o cuidado
Coordenação	Coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção das RAS por meio da comunicação, do registro, do acompanhamento e da sistemati- zação de informações
Ordenação das redes	Organização das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade   Contribuição para o planejamento e a programação das ações e dos serviços de saúde em todo o sistema
Participação da comunidade	Participação   Engajamento e corresponsabilização da comunidade   Controle social

Quadro 6: Diretrizes da APS conforme a PNAB de 2017. Fonte: "Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017" (BRASIL, 2017).

Como recomendações expressas da PNAB<sup>42</sup> em relação à APS nas RAS, destacam-se:

- articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes;
- fortalecimento das práticas de microrregulação nas UBS, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS;
- comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros;
- consideração e incorporação das ferramentas de telessaúde no processo de referenciamento articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso;
- protocolos de encaminhamento como, ao mesmo tempo, ferramenta de gestão e de cuidado;
- ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários; e
- uso racional dos recursos em saúde, impedindo deslocamentos desnecessários e trazendo maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A PNAB apresenta importantes pontos relativos à infraestrutura, à ambiência e ao funcionamento da Atenção Primária, devendo esses fatores estarem adequados às necessidades de saúde da população de cada território e às suas especificidades, bem como às demandas dos profissionais de saúde. Cada UBS deve possuir uma identificação segundo os padrões visuais do SUS e, ainda, ser cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) conforme as normas vigentes. As UBS devem ser espaços acolhedores e humanizados para a atenção e saudáveis também para o trabalho. Isso envolve, por exemplo, a não existência de grades em recepções, a adequada publicização dos serviços disponíveis e das escalas de horário dos profissionais, em linguagem e

recursos gráficos acessíveis, além de conforto térmico e acústico e de acessibilidade para pessoas com deficiências ou dificuldades motoras.

A PNAB recomenda que as unidades de APS funcionem com carga horária mínima de 40 horas semanais, ao menos durante cinco dias por semana e em todos os meses do ano. Além disso, a política abre a possibilidade de pactuação entre equipes e comunidade para a abertura em horários alternativos, nunca inferiores ao mínimo estabelecido. As eAB e eSF devem ter uma população específica vinculada e sob sua responsabilidade, totalizando entre 2 mil e 3,5 mil pessoas por equipe, diante da recomendação de um máximo de quatro equipes (seja eAB, seja eSF) por UBS.

Demais modalidades de equipes permitem a adequada implementação de APS em condições particulares, relativas a populações específicas (ver quadro 6 a seguir). Outra figura importante compreendida na PNAB de 2017 é o Gerente de Atenção Básica, cuja inclusão é recomendada para o aprimoramento e a qualificação do processo de trabalho nas UBS, em função da competência técnico-gerencial do profissional, e deve ser avaliada pelo gestor municipal a partir do conhecimento das necessidades locais. Recomenda-se que as unidades tenham uma sala de gestão, com pessoas específicas para fazerem o tratamento dos dados e o monitoramento dos resultados.

Equipes de APS conforme a PNAB de 2017		
	Equipes de Saúde da Família	Equipes de Atenção Básica
Composição mínima	Médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e ACS e/ou Agente de Combate às Endemias (ACE).	Médico, enfermeiro e auxiliares e/ou técnicos de enfermagem.
Composição ampliada	ACE e profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencial- mente especialista em Saúde da Família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal.	Dentistas, auxiliar ou técnico de saúde bucal, ACS e ACE.
Carga horária	Mínimo de 40 horas semanais por profissional e vinculação a apenas uma eSF.	Mínimo de 10 horas semanais por profissional, compondo a cobertura da categoria com outros profissionais (má- ximo de três profissionais por categoria). A distribuição de carga horária é de responsabilidade do gestor.
Observação*	Em locais com população vulne- rável, é obrigatório haver 100% de cobertura. Em áreas de risco e vulnerabilidade social, deve-se ter no máximo 750 pessoas por ACS.	Como o modelo prioritário é a ESF, as eAB podem posteriormente se organizar como eSF.

Equipes de Saúde Bucal (eSB)	As equipes de Saúde Bucal (eSB) são constituídas por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal e podem compor as equipes que atuam na Atenção Básica (eSF ou eAB), devendo estar vinculadas a uma UBS ou a uma Unidade Odontológica Móvel (UOM).
Equipes de Saúde da Família para o	Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSFs), responsáveis por comunidades dis- persas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita em meio fluvial.
Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Panta- neira	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) desempenham suas funções em UBSs construídas e/ou localizadas em comunidades pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial, e, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas. São vinculadas a uma UBS, localizada na sede do município ou em uma comunidade ribeirinha situada no território adstrito.
Equipes de Consultório na Rua (eCR)	Equipes de saúde com composição variável, responsáveis por articular e prestar atenção integral por meio de unidade fixa ou móvel à saúde de pessoas em situação de rua.
Equipes de Atenção Bá- sica Prisional (eABP)	Equipes multiprofissionais que devem estar cadastradas no SCNES vigente. São responsáveis pela articulação e pela prestação de atenção integral à saúde das pessoas em situação de privação de liberdade no sistema prisional.

Quadro 7: Equipes de APS conforme a PNAB de 2017.

Fonte: "Portaria n° 2.436 de 21 de setembro de 2017" (BRASIL, 2017).

A oferta de ações e serviços de saúde pode dar-se em padrões essenciais (obrigatórios) ou ampliados (facultativos e recomendados). Por padrões essenciais entendem-se ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na APS. Já os padrões ampliados envolvem ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na APS a partir do conhecimento das particularidades e necessidades locais e do planejamento regional da rede de saúde.

A UBS deve, ainda, monitorar a satisfação de seus usuários e assegurar o acolhimento por meio de escuta ativa e qualificada das pessoas. Isso vale mesmo para os casos em que a demanda apresentada não tenha solução imediata ou prevista na UBS, situação essa identificada na classificação de risco e solucionada por meio do encaminhamento responsável a outros níveis de atenção, quando necessário, assim buscando coordenar essa atenção e garantir a resolutividade do sistema para a questão trazida.

### Caso Apiacás: Planejamento participativo muda indicadores de saúde<sup>43</sup>

O município de Apiacás, localizado no Mato Grosso e com população de 10 mil habitantes, desenvolveu um exemplar mecanismo participativo de planejamento e avaliação, que teve como resultado a melhora dos resultados em saúde e o fortalecimento do sistema municipal. Com a participação da população, dos gestores e dos profissionais de diferentes níveis de atenção, Apiacás estabeleceu o planejamento participativo com avaliações a cada quatro meses, apostando na ampliação do número de eSF, na qualificação profissional e no aumento do número de exames e remédios disponíveis à população. A avaliação se dá por representantes das equipes junto aos gestores e tem por base os registros nos sistemas de informação e os processos de trabalho desenvolvidos nas unidades e nos distintos pontos da rede.

Entre os bons resultados obtidos com o novo plano participativo de planejamento e avaliação, destacam-se: redução na mortalidade infantil (de 4 para 1 óbito); aumento nas coberturas da Atenção Básica (de 76% para 100%); elevação proporcional de parto normal (de 40% para 52,8%); aumento da cobertura vacinal (de 75% para 100%); e redução no número de óbitos prematuros pelo conjunto das principais doenças crônicas não transmissíveis (de 7 para 3).

Na área de atenção hospitalar, o município implementou o fluxo de referência e de contrarreferência e ações de estímulo ao parto normal, entre outras importantes medidas. Além dos bons resultados em saúde, a experiência de Apiacás gera maior transparência, otimização e eficiência no uso dos recursos públicos, bem como uma maior integração entre profissionais, gestores e comunidade, o que é fundamental para o fortalecimento da APS e do SUS.

A PNAB destaca também a importância de o acolhimento ocorrer ao longo de todo o período de funcionamento da UBS, organizando fluxos de usuários, realizando a avaliação de risco e vulnerabilidade, definindo distintas modalidades de escuta e gerindo as agendas e ofertas de atendimento individual e cuidado multidisciplinar. O acolhimento à demanda espontânea é fundamental nesse sentido e deve ser organizado e gerido de forma sistemática para além da triagem clínica pelas equipes. A organização das rotinas e dos processos da UBS pelo acolhimento deve dar-se a partir do conhecimento sobre as necessidades de saúde da população e do território, sobre o conjunto de ações e serviços disponíveis à população e sobre o restante da RAS. Para tanto, é preciso que os profissionais definam, em conjunto:

- · quem recebe o usuário que chega à UBS;
- · o protocolo de avaliação de risco e vulnerabilidade;
- · os fluxos e protocolos de encaminhamento a outros pontos da RAS; e
- a agenda dos profissionais para o cuidado.

<sup>43 &</sup>quot;SUS que dá certo: Experiências Premiadas na Mostra 'Brasil, Aqui Tem SUS – 2018" (CONASEMS, 2018).

Especialmente importante é o processo de avaliação de risco e vulnerabilidade. O acolhimento com classificação de risco é definido como:

"escuta qualificada e comprometida com a avaliação do potencial de risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física, psíquica, social etc.) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudizações de condições crônicas) conforme a necessidade."

Isso significa que as demandas espontâneas apresentadas pelos usuários podem ser acolhidas e processadas de diferentes formas, a depender de seu potencial de risco, grau de sofrimento e gravidade.

A demanda espontânea pode ser respondida com consulta ou procedimento imediato, com agendamento para o mesmo dia ou para outra data na própria unidade, ou, então, com encaminhamento para outros pontos da RAS. Casos de urgência ou emergência têm prioridade no atendimento, e as equipes de APS devem responsabilizar-se pelo encaminhamento a outros pontos da RAS e pelo suporte até que esse deslocamento seja efetuado. Demandas mais simples podem ser resolvidas no âmbito da UBS com procedimentos de baixa complexidade, desde que previstos nos protocolos oficiais. Em todos os casos, a normativa recomenda que as informações relativas ao acolhimento com classificação de risco sejam registradas em prontuário do cidadão, preferencialmente em meio eletrônico.

A estratificação de risco, por sua vez, é definida como:

"[o] processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares e outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição crônica de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir na RAS para um cuidado integral."

Uma das diretrizes da APS, conforme a PNAB, é a resolutividade, isto é, a sua capacidade de identificar e intervir de forma adequada e suficiente em uma questão de saúde individual ou coletiva. Visando a aumentar a resolutividade do nível primário de atenção, a PNAB sugere uma série de ferramentas de gestão da clínica e de tecnologias de microgestão do cuidado, que deve ter como orientação a centralidade da pessoa, as evidências científicas, a eficiência, a equidade, a adequação temporal e a humanização.

<sup>44</sup> BRASIL, 2017.

<sup>45</sup> Idem.



Figura 3: Gestão da clínica e de tecnologias de microgestão do cuidado na PNAB 2017.

Fonte: "Portaria n° 2.436 de 21 de setembro de 2017" (BRA-SIL, 2017).

A qualidade da APS, ainda conforme a PNAB de 2017, depende também da Formação e Educação Permanente em Saúde46 de seus profissionais e gestores, sendo essa a qualificação desenvolvida no ambiente, nas rotinas e nos processos de trabalho multiprofissional em estreita vinculação às comunidades e aos territórios. Essas atividades contínuas devem ter espaço nas jornadas dos profissionais de saúde.

46 BRASIL, 2017.

A formação e a educação permanentes devem envolver, além dos ambientes e relações próprios de trabalho: espaços institucionalizados, tais como reuniões e fóruns territoriais; estratégias, como cooperação horizontal, apoio institucional, teleducação e formação em saúde; e celebração de instrumentos contratuais entre instituições de ensino e serviços de saúde, transformando os estabelecimentos de saúde em cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e da residência em saúde no SUS.

## O que é um genograma?

Como sintetizam Corrêa e outros autores<sup>47</sup>, "o genograma é a representação gráfica de uma família por meio de símbolos convencionados [...]. A estrutura é capaz de identificar e retratar a dinâmica familiar com seus padrões de relacionamentos e conflitos, doenças, ligações pessoais e sociais, entre outras peculiaridades".

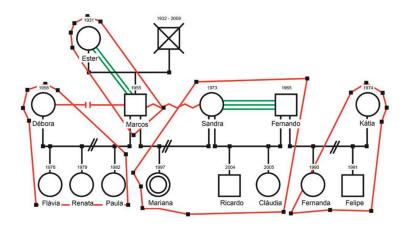


Figura 4: Exemplo de genograma.

Fonte: "Álbum de família - Genograma: um instrumento para a atenção primária à saúde e estudos de famílias" (CORRÊA et al., 2014).

<sup>47 &</sup>quot;Álbum de família - Genograma: um instrumento para a atenção primária à saúde e estudos de famílias" (CORRÊA et al., 2014, p.110).



# 4. Política Nacional de Humanização do SUS na APS

O desafio de melhorar o atendimento em saúde nos leva diretamente à relação entre usuário e profissional da saúde, sendo esse o início de qualquer processo de saúde. A melhoria dos resultados do sistema, por essa perspectiva, passa pela humanização do atendimento na APS.

Humanizar o atendimento em saúde é tornar a relação do cidadão com o sistema de saúde desde o seu primeiro contato em uma experiência orientada pela valorização dos sujeitos, reduzindo a carga burocrática, objetivista e tecnicista do atendimento ao mesmo tempo que garante fluxos, informações e procedimentos assertivos, de forma a gerar estímulo, engajamento e satisfação do usuário. Buscar uma relação menos burocrática e objetivista significa buscar maior agilidade e resolutividade frente às demandas apresentadas pelo cidadão, o que mobiliza os diferentes profissionais das equipes de saúde e seus conhecimentos, bem como a comunidade e seus saberes e relações, construindo espaços e redes sustentáveis, corresponsabilidade e produção compartilhada de resultados.

Desde 2003, a Política Nacional de Humanização do SUS<sup>48</sup> é pautada pela inclusão com autonomia e protagonismo dos diferentes agentes envolvidos na produção de saúde — usuários, profissionais e gestores —, visando a fomentar a corresponsabilidade, a solidariedade e a participação em redes de saúde sustentáveis. Importa destacar que a política de humanização do SUS não é uma concepção normativa, mas fruto de práticas correntes no sistema, de espaços para trocas, de escuta qualificada e de respeito à diversidade e às necessidades específicas, individuais e coletivas. A política visa a aprimorar, ampliar e replicar essas experiências, respeitando as particularidades de cada contexto.

O foco na construção de espaços de troca, no fortalecimento de redes e na valorização dos sujeitos e de seus saberes se justifica pela natureza da atenção básica em saúde. Esse processo se vale de tecnologias relacionais elaboradas que dispõem de poucos equipamentos, isto é, os instrumentos disponíveis para lidar com as complexas condições de saúde de indivíduos e comunidades são, em grande parte, as próprias relações dadas ou possíveis nessa comunidade, que compreende a população local e as equipes de saúde. Humanizar o atendimento, portanto, significa ativar esses instrumentos.

Essa perspectiva reforça a ideia de que a APS é uma ação de extrema complexidade, que demanda conhecimentos, práticas e capacitações específicas, os quais precisam ser desenvolvidos junto aos agentes de sua implementação e por meio de sua formação permanente. Assim, algumas das diretrizes do HumanizaSUS são:

<sup>48</sup> Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS: Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizasus

- Acolhimento;
- · Clínica Ampliada;
- · Cogestão; a Produção de Redes;
- · Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde.

Diante disso, o PMAQ<sup>49</sup> trouxe importantes apontamentos práticos para pensarmos a humanização do atendimento. Um deles diz respeito ao acolhimento, fator que perpassa todos os momentos da relação entre cidadão e profissional de saúde e que participa da qualidade do acesso, dos cuidados e dos resultados obtidos nos serviços. Esse acolhimento adequado nas unidades de atenção básica envolve uma escuta atenta e qualificada às demandas apresentadas pelo usuário, visando ao melhor encaminhamento para a situação de saúde-doença. O bom acolhimento, que combina critérios claros e sensibilidade da equipe, pode gerar um atendimento resolutivo na APS e, havendo caso de encaminhamento a outro ponto da RAS, suscitar uma coordenação adequada do sistema por parte da APS, desta forma cumprindo suas diretrizes principais.

Assim, os relatórios do PMAQ apontaram como boa prática que o atendimento da demanda espontânea ocorra durante todo o período de funcionamento da unidade de APS. Exemplos de demandas a serem atendidas são: marcação de consultas; procedimentos como drenagem de abscesso, lavagem de ouvido, vacinação e outros; e atividades em grupo — para tanto, é necessário que haja organização e planejamento por parte da equipe. Não há uma única resposta correta sobre como planejar o acolhimento, desafio esse que envolve atenção às particularidades da equipe, da população adscrita e do território, bem como experimentação de diferentes estratégias, desde que preservada a boa comunicação com os usuários e o seu engajamento no processo.

Grupo	Indicador de desempenho
Acesso e continui- dade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática

<sup>49 &</sup>quot;Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)" (BRASIL, 2022b). Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq. Acesso em: 20 ago. 2022.

Coordenação do Cuidado	2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Tabela 1 - Indicadores de desempenho do PMAQ Fonte: Ministério da Saúde

Por outro lado, as possibilidades de organização do acolhimento são muitas. Uma delas, por exemplo, é realizada pela equipe de referência do usuário, arranjo em que a agenda prevê períodos para a escuta inicial e para as consultas de demanda espontânea. Já quando a unidade de APS dispõe de mais de uma equipe, é possível fazer um rodízio em que, a cada período ou dia, um dos grupos fique responsável pela escuta inicial e pelo atendimento à demanda espontânea. Outra possibilidade é o acolhimento coletivo em período determinado e devidamente informados. Ademais, o acolhimento não demanda um local específico para ser realizado, mas é fundamental que se garanta privacidade ao indivíduo que traz uma demanda espontânea.

Para que quaisquer dessas estratégias de acolhimento (e outras possíveis) funcionem, a equipe precisa estar capacitada para a realização da avaliação e da classificação de risco e vulnerabilidade dos usuários que chegam à unidade sem hora marcada. É a classificação de risco e vulnerabilidade do usuário que permite ao profissional definir se há necessidade de atendimento imediato, de agendamento de consulta ou de acompanhamento em outro ponto da rede. Destaca-se que, conquanto a classificação não indique assistência imediata, é necessário que o indivíduo saia da unidade já com sua consulta marcada para, assim, garantir atendimento, procedimentos e acompanhamento e evitar evolução negativa do quadro.

Existem diferentes orientações especializadas para a organização da agenda das equipes de saúde da família. Uma possibilidade, por exemplo, é que essas equipes disponham de 60% a 70% das consultas para acompanhar condições como hipertensão, diabetes, asma, tuberculose, pré-natal e puericultura, enquanto os demais 40% ou 30% das consultas devem ser destinados à demanda espontânea. Outra abordagem sugere que entre 65% e 75% da agenda esteja disponível para a demanda espontânea, e o período restante, reservado para acompanhamento e retorno.

A resolutividade da equipe e a satisfação dos usuários estão relacionadas à agilidade da resposta diante das demandas espontâneas, que não devem superar 48 horas. Além de

melhorar o acesso e a qualidade global da APS, um tempo relativamente curto entre apresentação da demanda, marcação e consulta reduz filas na unidade de saúde, evitando o absenteísmo.

Um dos primeiros aspectos a ser considerado para a melhoria da APS através do princípio da humanização do atendimento diz respeito ao horário de funcionamento da unidade. Tendo isso em vista, o mínimo a ser garantido é o funcionamento em todos os dias da semana e nos turnos da manhã e da tarde. No entanto, o perfil da população adscrita e as características sociais e econômicas do território podem apontar para definições decisivas quanto à eficiência do atendimento — é possível, por exemplo, que a unidade tenha de funcionar no período noturno. Em geral, trabalhadores da indústria e do comércio têm dificuldade para utilizar o serviço de saúde em horário comercial, adiando ou suspendendo a apresentação de suas demandas ou a continuidade do acompanhamento.

É adequado que equipes atuantes em cidades-dormitório, isto é, onde os trabalhadores saem de casa muito cedo para o trabalho e demoram no retorno para casa, chegando apenas no fim do dia, ofereçam atendimento até mais tarde — por exemplo, até as 22:00. A flexibilização dos horários de funcionamento aumenta e qualifica o acesso aos serviços, contribuindo para a redução do risco de agravamento de problemas de saúde, interrupção de tratamentos e falta às consultas.

## 4.1 Nutrição infantil e materna

A alimentação foi reconhecida como um direito na Constituição Federal de 1988 e como determinante da saúde na constitucionalização do SUS. A má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados à carga de doenças no mundo e no Brasil, sendo o seu impacto especialmente grave na infância. Assim, a nutrição infantil e materna é um grande desafio do presente.

A má nutrição afeta o desenvolvimento físico e cognitivo dos indivíduos e participa de um círculo vicioso intergeracional de reprodução da pobreza e da vulnerabilidade, afetando negativamente o potencial de desenvolvimento econômico. Portanto, combater essa violação dos direitos das crianças é uma oportunidade de romper esse ciclo.

Tais condições são influenciadas pela globalização, pela urbanização, pelas desigualdades sociais, pelas crises ambientais e climáticas, pelas epidemias e pelas emergências humanitárias. Fica claro que o contexto de crise econômica e emergencial sanitária determinado pela pandemia de covid-19 agrava esse quadro, como se pode perceber no caso do Brasil, que vê crescer a insegurança alimentar em todos os seus níveis, revertendo ganhos significativos alcançados nas últimas décadas.

No Brasil e no mundo, houve um importante avanço no combate à desnutrição infantil, ainda que aquém do necessário para alcançar as metas estabelecidas para a sua erradicação. Ao mesmo tempo, o problema da má nutrição já não diz respeito apenas à desnutrição, em suas formas crônica (déficit de crescimento) e aguda (baixo peso), tratando-se também

da chamada fome oculta (deficiência de vitaminas e outros micronutrientes essenciais) e, crescentemente, do sobrepeso e da obesidade, inclusive em países de renda média ou baixa (pobres).

O cenário epidemiológico no Brasil, particularmente, mostra uma situação nutricional bastante complexa. Nos últimos anos, cresceram o sobrepeso e a obesidade, bem como condições relacionadas, tais como hipertensão e diabetes; em contrapartida, a desnutrição diminuiu — essas tendências se aplicam também às crianças e aos adolescentes. No entanto, apesar de sua diminuição, a desnutrição segue sendo um problema de saúde importante, principalmente nas crianças menores de cinco anos pertencentes a povos e comunidades tradicionais.

Já a insegurança alimentar de famílias com crianças de até cinco anos é mais alta em regiões de menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o que inclui as regiões Norte e Nordeste. Segundo o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019), dentre os domicílios com crianças brasileiras menores de cinco anos, 47,1% apresentaram algum grau de insegurança alimentar, enquanto as regiões Sul (36,8%), Centro-Oeste (38,9%) e Sudeste (39,3%) tiveram as menores prevalências, e as regiões Norte (61,4%) e Nordeste (59,7%), as maiores (figura 5).

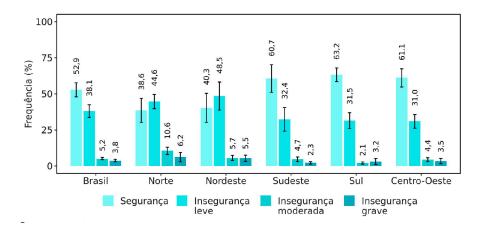


Figura 5: Frequência de domicílios com crianças menores de 5 anos por classificação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar para o Brasil e segundo macrorregiões (Brasil/2019). Fonte: "Características sociodemográficas: aspectos demográficos, socioeconômicos e de insegurança alimentar" (ENANI-2019, 2021).

No caso do sistema de saúde, o enfrentamento à má nutrição envolve a prevenção nos serviços de atenção básica, a capacitação de profissionais e a atuação coordenada com outros espaços, instâncias e atores, como a família e a comunidade, os sistemas de educação e de água, assim como o saneamento e parcerias com organizações da sociedade civil.

São previstas como competências do SUS a formulação, a avaliação e o apoio de políticas de alimentação e nutrição. Sua institucionalização se iniciou com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) em 1999 e foi atualizada em 2011 com a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, com a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) e com a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição.

A VAN corresponde à descrição contínua e à predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e de seus fatores determinantes para subsidiar o planejamento de ações para prevenção e enfrentamento dos agravos relacionados à alimentação e à nutrição, contribuindo com a organização da atenção nutricional na RAS. A VAN compreende desde os inquéritos populacionais até a avaliação das condições de alimentação e nutrição nos serviços de saúde, especialmente na APS, o que constitui ainda um grande desafio no país.

Na concepção da VAN, os profissionais da APS devem avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar dos indivíduos por meio da medição de peso e altura, dos marcadores de consumo e de outros indicadores. Para tanto, todos os municípios brasileiros têm à sua disposição o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), espaço destinado ao registro dessas informações. Esses dados agregados são poderosos instrumentos para que equipes de saúde e gestores em diferentes instâncias possam monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional das populações, o que permite a organização de ações para prevenção e controle de agravos relacionados à alimentação e à nutrição em territórios específicos. Além dos registros diretos no SISVAN, o sistema agrega também os dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e do acompanhamento do estado nutricional dos beneficiários do antigo Programa Bolsa Família, em que crianças e gestantes tinham seu estado nutricional avaliado pela equipe de APS como condição ao recebimento do benefício.

Promover a alimentação adequada e saudável implica um conjunto de estratégias no atendimento em saúde a indivíduos e grupos sociais que leva em consideração aspectos biológicos e socioculturais, bem como a sustentabilidade ambiental. Nessa perspectiva, o papel das equipes de APS em suas territorialidades e em vínculo com as populações adscritas envolve ações educativas e aconselhamento baseados nas diretrizes oficiais para a alimentação adequada e saudável, como é o caso do "Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos" e do "Guia Alimentar para a População Brasileira".

As ações de promoção à saúde precisam conhecer e incorporar perspectivas das pessoas e dos territórios com quem e em que atuam. Isso significa conhecer locais de produção, comercialização e distribuição de alimentos, além de costumes e tradições alimentares e ambientes escolares, comerciais e profissionais da população. Com base nessa realidade, ao identificar recursos disponíveis e possíveis parceiros, as equipes podem fomentar e consolidar sistemas e ambientes alimentares garantidores de saúde junto à prática de atividades físicas, de acordo com desejos e possibilidades de cada um, em sua diversidade. A escola é um ambiente prioritário nessa estratégia.

Outra ação fundamental, por exemplo, é a oferta, por parte das equipes de APS, de suplementos alimentares, como ferro e vitamina A, que possuem seus próprios programas nacionais de distribuição.

Para tanto, é necessário ampliar a formação e a atualização profissional individual e coletiva no âmbito das equipes de APS, com base em guias, protocolos e manuais oficiais, que, por sua vez, são baseados nas diretrizes e estratégias do Ministério da Saúde e do SUS — o que inclui as estruturas da UnaSUS, da RedeNutri e do Telessaúde —, além de planos locais

e regionais de capacitação profissional. Falar a respeito do sobrepeso e da obesidade com qualificação e sensibilidade, superando a invisibilização, o estigma e o preconceito, é uma necessidade crescente. Isso significa intensificar a abordagem, o acolhimento e o acompanhamento dessas condições e de doenças crônicas não transmissíveis a elas associadas nas estruturas de APS, reduzindo o percentual de encaminhamento de usuários com obesidade à atenção especializada.

O Brasil dispõe de um importante indicador para monitorar o impacto das políticas de segurança alimentar e nutricional: a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), implantada em 2003. A EBIA é uma escala psicométrica de medida direta e domiciliar de segurança e insegurança alimentar, que compreende tanto a sua dimensão psicológica (preocupação com a disponibilidade ou não de alimento) quanto a sua condição extrema (a fome). A EBIA foi utilizada no ENANI, realizado em 2019 e em 2020, que oferece o mais completo retrato da situação alimentar e nutricional de famílias com crianças de até cinco anos no país, constituindo-se num instrumento indispensável para municiar a gestão e o atendimento em saúde.

# Caso Jundiá: O bebê em primeiro lugar e a reorganização da assistência materno-infantil<sup>50</sup>

O pequeno município alagoano de Jundiá, com população de 4,2 mil habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), identificou como problema o fato de que suas gestantes comumente deixavam o local de domicílio para terem seus bebês no município pernambucano de Palmares, localizado a cerca de 60 quilômetros de distância — isto é, metade dos 120 quilômetros que separam Jundiá da capital alagoana, Maceió. Além do desgaste próprio ao deslocamento em um momento pessoal, um momento de saúde tão relevante na vida das mulheres e das crianças, a prática acarretava alguns problemas relativos ao censo populacional de Jundiá e ao de Alagoas, bem como à assistência pós-parto naquela localidade. Em casos mais extremos, envolvia ainda internação, e nisso as mães e seus bebês acabavam sendo deslocados para municípios-polo em Pernambuco e ficando internados em localidades a mais de 200 quilômetros de distância de casa.

Para lidar com essa questão, mulheres e seus familiares, gestores e profissionais de saúde do município empreenderam esforços para reorganizar a assistência materno-infantil em sua cidade. Foram dois os objetivos desse movimento: direcionar o fluxo de gestantes às referências em cuidado materno do próprio estado de Alagoas e estimular a adesão ao parto normal, humanizando o processo por meio do diálogo e do acompanhamento das futuras mães de Jundiá.

Em primeiro lugar, apostou-se na análise das fichas cadastrais das gestantes e dos relatórios do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), identificando as gestantes e iniciando um acompanhamento com diálogo, informação e orientação a respeito da importância de realizarem os partos em seu próprio estado, de forma a manter o vínculo com sua rede. Os motoristas de ambulâncias também foram conscientizados e instruídos nesse sentido, e todo esse processo foi atravessado por reuniões abertas que envolviam profissionais de saúde e comunidade. Os resultados desse esforço foram sensíveis: entre 2014 e 2017, a porcentagem de nascimento dos bebês de mães jundiaenses em Alagoas saltou de 58% para 76%, enquanto os partos normais subiram de 57,9% para 60% no mesmo período.

# Caso São Salvador: Reeducação alimentar e atividade física na redução da obesidade<sup>51</sup>

São Salvador é um município localizado no Tocantins, com uma população de cerca de 3 mil habitantes. Um dos problemas verificados pelos gestores e profissionais da saúde na pequena cidade foi a frequência de doenças e agravos decorrentes do sobrepeso, uma condição que atinge cada vez mais brasileiros em todas as classes sociais e em todo o território nacional. Profissionais de saúde resolveram enfrentar o problema por meio da criação de um programa para a reeducação alimentar, melhorando a qualidade de vida e disseminando a prática de atividades físicas. Nas visitas domiciliares, os ACS identificavam na população as pessoas que poderiam, preferencialmente, integrar o programa. O programa foi iniciado pela atividade física, mas logo incorporou a orientação nutricional para a obtenção de ganhos na reeducação alimentar, e a auriculoterapia (técnica que utiliza pontos de pressão na pele do ouvido externo para tratar enfermidades) para o tratamento de dores no corpo. A iniciativa identificou que o sobrepeso advinha não apenas da falta de atividades físicas, mas também da compulsão alimentar de origem psicológica. Os resultados do programa, que foi coordenado por uma fisioterapeuta da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) no município, são positivos. Enquanto muitas mulheres que participaram das atividades alcançaram a meta de redução de peso e continuaram frequentando as sessões, outras que também atingiram suas metas passaram a praticar atividades físicas por conta própria em outros contextos, o que indica também um ganho de autonomia no cuidado em saúde.

51 CONASEMS, 2018.



# 5. Previne Brasil: novo modelo de financiamento da APS no Brasil

Em 2019, o Ministério da Saúde editou a Portaria nº 2.979, instituindo o Programa Previne Brasil<sup>52</sup>, que estabelece um novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, substituindo o modelo do PAB e alterando financiamentos a ações e serviços específicos. O Programa Previne Brasil passou a ser implementado a partir de 1 de janeiro de 2020, em uma fase de transição.

Entre 2020 e 2022, o Governo Federal emitiu portarias com financiamentos específicos e temporários para as ações de enfrentamento à pandemia de covid-19, mas também editou normativas complementares e alterações relativas à portaria original. É o caso, por exemplo, da Portaria nº 2.254, de 3 de setembro de 2021, que altera o Título II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, referente ao custeio da APS<sup>53</sup>.

Em linhas gerais, as portarias nº 2.979, de 2019, e nº 2.254, de 2021, que instituem o Programa Previne Brasil, reforçam os princípios e diretrizes do SUS e da APS, reafirmando o caráter prioritário da ESF para sua expansão e consolidação. A justificativa do novo modelo é a necessidade de aumentar o acesso das pessoas ao nível primário de atenção e o vínculo entre a população e a equipe de saúde. A estratégia adotada no novo modelo de financiamento para alcançar esse objetivo é constituída por mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem.

Um dos objetivos do Programa Previne Brasil é superar os limites do PAB relativos à mensuração, ao monitoramento e à responsabilização — e, consequentemente, à capacidade da modalidade anterior para promover eficiência e melhorias do sistema com base em evidências. A nova proposição busca aproximar a mensuração e a avaliação das necessidades e ações de saúde do atendimento efetivo por indivíduo cadastrado, e não mais por população potencialmente atendida.

Na portaria original que institui o Programa Previne Brasil, o custeio da APS é dado por três componentes:

- I. capitação ponderada;
- II. pagamento por desempenho;
- III. incentivo para ações estratégicas.

Com a Portaria nº 2.254 de 2021, no entanto, atualizou-se para quatro o número de componentes determinantes para o custeio federal da APS aos municípios, na modalidade fundo

<sup>52 &</sup>quot;Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019" (BRASIL, 2019b).

<sup>53 &</sup>quot;Portaria nº 2.254 de 3 de setembro de 2021" (BRASIL, 2021b).

a fundo, de forma regular e automática. São eles:

- I. capitação ponderada;
- II. pagamento por desempenho;
- III. incentivo para ações estratégicas; e
- IV. incentivo financeiro com base em critério populacional.

O cálculo do incentivo financeiro com base em critério populacional simples é definido pela estimativa populacional dos municípios divulgada pelo IBGE.

O modelo misto de alocação instituído pelo Programa Previne Brasil, a capitação ponderada, envolve duas dimensões. Uma delas é a capitação, que diz respeito ao pagamento por pessoa cadastrada em cada equipe de APS (como as já mencionadas eSF, eSFR e eCR, e as equipes de Atenção Primária Prisional [eAPP] e de Atenção Primária [eAP]). A outra dimensão é a ponderação, que define o valor da transferência financeira a partir da atribuição de pesos sobre a população cadastrada, levando em consideração necessidades de saúde e custo assistencial particular, devido ao perfil da pessoa ou da localidade (vulnerabilidade socioeconômica, perfil de idade e classificação rural-urbana do município), e tendo em vista a equidade da distribuição orçamentária. Ao combinar essas duas dimensões, temos a capitação ponderada.

Vale destacar que são classificadas como com vulnerabilidade socioeconômica as pessoas cadastradas pelas equipes no SCNES que recebam benefício do Programa Auxílio Brasil ou de Prestação Continuada (BPC), ou que tenham recebimentos previdenciários de até dois salários-mínimos. A todos os cadastrados nas equipes de APP e CR é atribuído o peso com vulnerabilidade socioeconômica.

No que diz respeito à faixa etária, o peso maior é atribuído a crianças com até cinco anos de idade e idosos acima de 65. Em relação à classificação geográfica, os municípios são caracterizados e têm peso atribuído de forma crescente, conforme tipologia do IBGE: urbanos, intermediários adjacentes, rurais adjacentes, intermediários remotos e rurais remotos.

Um dos fatores centrais do Programa Previne Brasil é o cadastramento das pessoas, a partir do qual toda a estrutura de financiamento, avaliação e incentivos se sustenta. Os cadastros podem ser feitos a partir do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou do Cadastro de Pessoa Física (CPF).

Em relação às regras de credenciamento, duas modalidades são igualmente válidas: uma delas é o cadastro simplificado, em que o cidadão é vinculado a uma equipe de APS por qualquer um de seus profissionais; a outra é o cadastro individual, realizado pelo ACS no domicílio do usuário. O cadastramento pode ser realizado em qualquer sistema digital adotado pela gestão municipal, desde que seja compatível com o dicionário de dados Thrift, sendo que existe um sistema gratuito disponibilizado pelo Ministério da Saúde, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). O importante é que todos os dados sejam enviados ao Ministério

rio da Saúde para que sejam processados e analisados no SISAB. Também são relevantes o correto credenciamento e a validação de registros dos profissionais e equipes no SISAB.

O incentivo financeiro do pagamento por desempenho é calculado a partir dos resultados de indicadores e do cumprimento de metas atingidos pelas equipes de APS regularmente homologadas. Os resultados obtidos em cada indicador são ponderados conforme pesos específicos e somados, formando um Indicador Sintético Final (ISF), variante entre zero e dez, que sintetiza o desempenho das equipes. O pagamento por desempenho observa, assim, algumas categorias principais (processo e resultados intermediários das equipes, resultados em saúde e resultados globais de APS) e secundárias (relevância clínica e epidemiológica, disponibilidade, simplicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade). A periodicidade da avaliação e da transferência dos pagamentos, conforme as portarias que delimitam o Programa Previne Brasil, é quadrimestral.

O Programa Previne Brasil estabelece sete indicadores, os quais atendem a quatro ações estratégicas: Pré-natal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Condições Crônicas. Para a escolha dessas áreas, considerou-se a relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde vinculadas. Os indicadores selecionados atendem a critérios como disponibilidade, simplicidade, granularidade, periodicidade, baixo custo de obtenção, adaptabilidade, estabilidade, rastreabilidade e representatividade dos dados utilizados no cálculo.

Optou-se por indicadores que pudessem ser calculados com base nos dados enviados pelos municípios ao SISAB. Assim, determinados indicadores rotineiramente acompanhados tiveram suas fórmulas aprimoradas, considerando a possibilidade de verificação de dados individualizados que o SISAB apresenta, e não apenas quantitativos consolidados. Os indicadores de pagamento por desempenho são monitorados individualmente a cada quadrimestre, e o cálculo do ISF, medido na mesma periodicidade, conforme a metodologia proposta pela Nota Técnica nº 12, de 2022, editada pela SAPS/MS<sup>54</sup>.

Ações estratégicas	Indicador	Parâmetro	Meta em 2022	Peso
Pré-natal	Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas de pré-natal realizadas, da primeira à 12ª semana de gestação.	100%	45%	1
	Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.	100%	60%	1
	Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.	100%	60%	2
Saúde da Mulher	Proporção de mulheres com coleta para exame citopatológico na APS.	≥ 80%	40%	1
Saúde da Criança	Proporção de crianças de um ano de idade vacinadas na APS contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B, infecções causadas por hae- mophilus influenzae tipo b e poliomielite inativada.	95%	95%	2
Doenças Crônicas	Proporção de pessoas com hipertensão, com consulta e pressão arterial aferida no semestre.	100%	50%	2
	Proporção de pessoas com diabetes, com consulta e he- moglobina glicada solicitada no semestre.	100%	50%	1

Quadro 8: Indicadores, parâmetros e metas para 2022 – Previne Brasil. Fonte: "Nota técnica no 12 de 11 de julho de 2022" (BRASIL, 2022c).

## Pontuação dos indicadores

As notas são atribuídas individualmente para cada indicador, conforme o quadro anterior, de maneira linear, variando de zero a dez e considerando-se o resultado obtido entre o menor valor possível (normalmente zero) e a meta atribuída para aquele indicador. Assim, se o resultado de um determinado indicador para aquele município for 30% e a meta for 60%, a nota final para esse indicador será 5,0 (50% da nota máxima possível, já que o resultado

foi 50% da meta proposta). Além disso, caso o valor atribuído for maior que o parâmetro, a nota final para o indicador será 10,0.

### **Ponderação**

Uma vez atribuída a nota ao indicador, ela é ponderada conforme o peso descrito no quadro 7. A multiplicação da nota com o peso resulta na atribuição final da nota daquele indicador, denominada Nota Ponderada do Indicador (NPI).

#### **Indicador Sintético Final**

A última etapa consiste na agregação dos resultados, em que as ponderações dos indicadores são condensadas em um único indicador sintético final, o ISF. A agregação é realizada somando-se as NPIs de todos os indicadores e dividindo esse total por dez (a soma de todos os pesos). Esse número é o ISF, nota final que congrega o resultado ponderado de todos os indicadores, facilitando a interpretação do desempenho do município.

Outro importante elemento que ganha espaço no contexto de instituição do Programa Previne Brasil é a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), cuja função é "descrever, para a população, para os demais níveis do sistema, para os gestores e para os profissionais que atuam na APS, a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde ofertados no âmbito da APS brasileira"<sup>55</sup>. A CaSAPS se apresenta como uma importante ferramenta de gestão do cuidado, com forte reconhecimento da clínica multiprofissional. Seu objetivo é descrever e orientar as ações e os serviços de saúde na APS para todos os envolvidos, isto é, usuários, gestores e profissionais de APS e de outros níveis de atenção. Para tanto, a Carteira terá duas versões: uma para os cidadãos usuários do SUS, e outra para os profissionais e gestores, distintas em suas linguagens e profundidades na descrição dos protocolos.

Outro componente de financiamento à APS compreendido no Programa Previne Brasil é o incentivo para ações estratégicas, que leva em consideração as especificidades e prioridades em saúde, os aspectos estruturais das equipes e a produção em ações estratégicas em saúde. A norma prevê custeio a 16 programas distintos e ações e estratégias a serem incorporadas pelo gestor municipal a partir das necessidades e do planejamento local, entre os quais constam: as equipes específicas de APS citadas anteriormente (eAPP, eCR, eSFR, eSF e eSB, por exemplo); unidades de APS específicas, como a UBSF; programas anteriores, como o Saúde na Escola e o Academia de Saúde; e estratégias, como a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), entre outros.

## **5.1 Equipes NASF-AB no contexto do Programa Previne Brasil**

Um dos pontos mais polêmicos da instituição do Programa Previne Brasil diz respeito às equipes multiprofissionais e, particularmente, aos NASF-AB, criados em 2008. A concepção abrangente de "APS" aponta para a atenção integral à saúde individual e coletiva, in-

<sup>55 &</sup>quot;Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão Profissionais de Saúde e Gestores" (BRASIL, 2019c).

corporando no cuidado os mais diversos determinantes de saúde. Nessa abordagem, é fundamental o caráter multiprofissional das equipes de APS para além da figura do profissional médico e enfermeiro.

Isto é, é fundamental a atuação sistemática de apoio às eSF e eAP por parte de profissionais com qualificações nas áreas de Psicologia, Nutrição, Educação Física, Fonoaudiologia, entre outras. Esse modelo de APS se distingue de uma abordagem mais seletiva e focalizada, que orienta os esforços públicos de oferta de saúde a um conjunto mais restrito de ações e serviços de cuidado. A referida polêmica diz respeito, portanto, às alterações e descontinuidades relativas à estruturação das equipes multiprofissionais de apoio para os grupos dedicados à Saúde da Família e à Atenção Primária.

Publicada em 28 de janeiro de 2020 pela SAPS/MS, a Nota Técnica nº 3 de 2020, complementar à Portaria nº 2.979 de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, trata sobre os NASF-AB e frisa a descontinuação das normativas que definiam os parâmetros de custeio da modalidade do NASF-AB no âmbito da PNAB de 2017. Na prática, conforme informa a referida portaria, a formação das equipes multiprofissionais, ou o recurso a um profissional específico para o apoio à APS, deixa de estar vinculada a qualquer tipologia específica, cabendo ao gestor municipal a definição dos profissionais e qualificações necessárias e a conformação de equipes a partir da realidade específica da população e do território sob sua responsabilidade. Além do fim do custeio vinculado às equipes dos NASF-AB, a nota informa também o arquivamento de cadastros pendentes na modalidade e a suspensão de novos cadastramentos no SCNES.

A justificativa apresentada pela SAPS/MS na Nota Técnica nº 3, de 2020, é a autonomia e a responsabilização dos gestores e o foco na pessoa atendida e nos resultados em saúde, de modo que o custeio passe a estar prioritariamente condicionado às necessidades locais e aos resultados alcançados, não sendo exclusivo a um tipo de profissional ou equipe. Na prática, os gestores passam a ter autonomia para conformar equipes e oferecer serviços profissionais com o custeio de que dispõe, nos termos estabelecidos no Novo Modelo de Financiamento da Atenção Primária, sem obedecer a formatos preestabelecidos.

Na sequência, o Ministério da Saúde editou novas normativas que tratam do tema. A Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020, ajusta as regras de registro das equipes sob gestão da SAPS no SCNES<sup>56</sup>. A portaria inclui a equipe do NASF-AB, eliminando suas distintas modalidades (1, 2 e 3), o que implica a extinção das diferenças de cargas horárias e de coberturas anteriormente definidas para cada uma, passando a definição à competência da gestão municipal. Já a Portaria nº 37, de 18 de janeiro de 2021, redefine registro das equipes de atenção primária e saúde mental no SCNES, além de alterar a nomenclatura das equipes em questão para equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP)<sup>57</sup>.

Na prática, diante das alterações relativas ao custeio e à gestão, verifica-se, desde 2020, a gradual descontinuação das equipes de NASF-AB (ou AP). Em paralelo, em contexto de

<sup>56 &</sup>quot;Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2022" (BRASIL, 2020b).

<sup>57 &</sup>quot;Portaria nº 37 de 18 de janeiro de 2021" (BRASIL, 2021a).

pressão referente à relevância do cuidado multiprofissional e de escalada nos casos de depressão, ansiedade e outros transtornos psicológicos no público infantojuvenil, o Ministério da Saúde lançou, em caráter excepcional e temporário, a equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental, com financiamento específico, por meio da Portaria nº 1.836, de 24 de junho de 2022.

Além desses, destacam-se programas instituídos no mesmo contexto que o Programa Previne Brasil, especialmente o Programa Saúde na Hora e o Programa Informatiza APS.

O Programa Saúde na Hora<sup>58</sup> foi instituído em maio de 2019 pela SAPS/MS e atualizado pela Portaria n° 397, de 16 de março de 2020. O programa custeia os municípios para a implantação de horários de funcionamento estendidos nas unidades de APS: UBS ou USF (Unidade de Saúde da Família) – 60 horas, simplificado; USF – 60 horas; USF – 60 horas, com saúde bucal; USF – 75 horas, com saúde bucal. Como incentivo para ações estratégicas, no âmbito do Programa Previne Brasil, o pagamento é transferido na modalidade fundo a fundo, conforme o número de unidades de APS que tiver aderido a alguma das modalidades previstas e de acordo com o valor definido a cada uma, constituindo um pagamento unitário de apoio à implantação e aos custeios mensais de manutenção das operações. A ampliação do horário de atendimento das unidades de APS é um ponto de atenção importante, indicado anteriormente como desafio ao acolhimento e à adequação do nível primário às necessidades particulares das populações e dos territórios.

O Informatiza APS, por sua vez, é o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde, que foi instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019<sup>59</sup>. O Informatiza APS, cuja adesão se faz através do portal e-Gestor AB, compõe o Conecte SUS (a estratégia de digitalização do Ministério da Saúde) e visa a apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da APS no SUS, subsidiando a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

58 "Saúde na Hora" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a). Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora. Acesso em: 20 ago. 2022.

59 "Portaria nº 2.983 de 11 de novembro de 2019" (BRASIL, 2019a).

#### Registro de vacinas e outros imunobiológicos nas unidades de APS

A Portaria nº 2.499, de 23 de setembro de 2019, oficializou a integração dos sistemas de informação da estratégia e-SUS AB com o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI). Assim, é importante destacar que os dados de aplicação de vacinas e outros imunobiológicos nas unidades de APS devem ser feitos, exclusivamente, nos sistemas de informação da estratégia e-SUS AB, isto é, no PEC e na Coleta de Dados Simplificada (CDS), de acordo com a Portaria nº 1.645, de 26 de junho de 2020, editada pelo Ministério da Saúde. Destaque para a aplicação da vacina contra a Covid-19, em que o registro da dose é nominal/individualizado. Assim, garantindo o reconhecimento da pessoa vacinada pelo CPF ou CNS (Cartão Nacional de Saúde). A utilização do sistema, possibilita o acompanhamento da população imunizada, evita a duplicidade de vacinação, além de identificar e monitorar a investigação de possíveis eventos adversos pós vacinação.

Estão aptas a participar do programa Informatiza APS as eSF e eAP informatizadas, isto é, as equipes que utilizem o sistema de prontuário eletrônico a cada atendimento, mantendo regular o envio de dados ao Ministério da Saúde, que fará o monitoramento e a avaliação da quantidade e da qualidade dos dados remetidos. O prontuário eletrônico — seja o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), seja algum outro compatível com o modelo adotado pelo Ministério da Saúde — deve ser utilizado em toda a rede de APS e tem as seguintes características principais: o registro de anamnese, exame objetivo e variáveis clínicas; prescrição de medicamentos ou outros métodos terapêuticos; emissão de atestados e outros documentos clínicos; solicitação de exames e outros métodos diagnósticos complementares; encaminhamentos a outros pontos da rede de atenção à saúde; e acesso rápido aos problemas de saúde e intervenções atuais<sup>60</sup>.

O prontuário eletrônico oferece inúmeros benefícios a profissionais e usuários do sistema de saúde, melhorando a experiência, o cuidado, os processos e a gestão. Ele organiza as informações e os processos de trabalho, confere maior segurança e privacidade aos dados do usuário, impede que os dados se percam devido à deterioração de papéis, economiza espaço físico, diminui tempo de trabalho de buscas e registros etc. O aperfeiçoamento do modelo de prontuário eletrônico favorece a integração da totalidade da trajetória dos pacientes e aprimora o processo de gestão clínica.

Além disso, o aperfeiçoamento e a ampliação da cobertura do modelo de dados, assim como a disseminação de informações, viabilizam aumentar e melhorar o acompanhamento de indicadores de saúde em todas as esferas de governo na medida em que limpa e simplifica bases de dados, tornando-as mais representativas da realidade local e atualizadas<sup>61</sup>.

Soma-se à questão das informações e de sua sistematização e seu processamento o estabelecimento de uma linha de base de indicadores e posterior monitoramento. Nesse sentido, destaca-se como ferramenta o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool – PCATool), em sua versão reduzida para adultos de 18 anos ou mais, que já foi aplicado no Brasil e permite o monitoramento e a avaliação das principais diretrizes da APS.

## Instrumento de Avaliação da Atenção Primária

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (Primary Care Assessment Tool - PCA-Tool)<sup>62</sup> foi desenvolvido no Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC), nos Estados Unidos, e originalmente dispunha de quatro versões autoaplicáveis: para crianças, para adultos maiores de 18 anos, para profissionais da saúde e para gestores de saúde. A ferramenta mede a presença e a extensão dos atributos principais e derivados da APS, mensurando aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde, isto é, o instrumento mede tanto a disponibilidade quanto a experiência de uso de um determinado serviço pelo usuário.

<sup>60 &</sup>quot;O que é prontuário eletrônico?" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b). Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps/oqueprotunario. Acesso em: 20 ago. 2022.

<sup>61 &</sup>quot;Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS" (REIS et al., 2019). 62 Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCATool-Brasil" (BRASIL, 2020a). Disponível em: https://www.ufrgs.br/ telessauders/documentos/20200506\_Pcatool\_versao\_Final.pdf.pdf

A adaptação do PCATool à realidade brasileira envolveu a transformação da ferramenta, que passou a ser aplicada por entrevistadores treinados, em vez de promover a autoaplicação, e foi submetida a um amplo processo de tradução em diferentes etapas, validação e análise de confiabilidade. Assim, o PCATool foi validado para uso no Brasil como ferramenta de avaliação da APS. Neste sentido, o instrumento oferece evidências sobre a real efetividade da APS, o que acarreta consequências importantes sobre a definição das políticas públicas.

O PCATool pode ser usado como instrumento de avaliação e monitoramento da qualidade da APS no âmbito rotineiro das eSF, assim como pelos diversos níveis de gestão da APS no Brasil. Por fim, por meio de entrevistas domiciliares (ou em serviços de saúde) aplicadas por entrevistadores treinados, ele permite identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS.

Desde 2010, o PCATool foi inserido em diversas pesquisas de bases demográficas que o Ministério da Saúde realiza em cooperação com o IBGE. O instrumento foi utilizado na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) Contínua e na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS). Como parte dessa construção, o "Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde", lançado em 2010 pelo Ministério da Saúde, foi atualizado e relançado pelo órgão em 2020. Com isso, a partir de 2022, os escores do PCATool-Brasil passam a ser utilizados como parte integrante dos indicadores de desempenho das eSF e eAP financiadas pelo Ministério da Saúde no âmbito do Previne Brasil.



# Considerações Finais

O SUS, em geral, e a APS, em particular, passam por um período de grandes desafios, determinados por eventos e processos de natureza política, econômica e sanitária que estressaram os recursos humanos, infraestruturais e orçamentários. A deterioração enfrentada nos últimos anos pela Atenção Básica tem efeitos mais sensíveis nos municípios menores e mais dependentes de transferências federais, o que amplia desigualdades regionais e sociais. Ao mesmo tempo, são justamente as regiões mais vulneráveis as que contam com população mais dependente da APS, como se pode perceber na expressiva cobertura da ESF nas regiões Norte e Nordeste.

Ao longo desta publicação, procurou-se expor os caminhos definidos na legislação brasileira para as ações e os serviços de saúde no nível primário, assim como sua capacidade de melhorar resultados e gerar benefícios à população ao mesmo tempo que melhora os processos de gestão desde a porta do serviço de saúde. O fortalecimento da APS passa pela qualificação de profissionais e gestores de saúde, pelo estreitamento de vínculos entre estes e a população, além de pela construção compartilhada do cuidado, envolvendo toda a comunidade e o poder público. Para tanto, os instrumentos apresentados, desde o campo da informatização até o das ferramentas de avaliação, passando pela participação popular e pelas experiências locais inspiradoras que se espalham por todo o Brasil, são fundamentais.



BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 6 de novembro de 1996. [Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996]. Diário Oficial da União: seção I, Brasília, DF, n. 216, p. 22932, 6 nov. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154 de 24 de junho de 2008. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. 4. reimp. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.983 de 11 de novembro de 2019. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão Profissionais de Saúde e Gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: PCA-Tool-Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 99 de 7 de fevereiro de 2020. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 37 de 18 de janeiro de 2021. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.254 de 3 de setembro de 2021. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Analítico do 2º ciclo do PMAQ. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade, 2022a. Disponível em: http://pmaq.lais.huol.ufrn.br/relat\_analiticos/inicial/relatorios/. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). PMAQ, 2022b. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq. Acesso em: 20 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAPS. Nota técnica nº 12 de 11 de julho de 2022. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2022c.

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Brasil). SUS que dá certo: Experiências Premiadas na Mostra "Brasil, Aqui Tem SUS – 2018". CONASEMS, 2018.

CORRÊA, E. J. et al. Álbum de família - Genograma: um instrumento para a atenção primária à saúde e estudos de famílias. In: GUSMÃO, C. M. G. et al. (Orgs.). Relatos de uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais de saúde no sistema Universidade Aberta do SUS. 22. ed. Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 102-123.

ENANI-2019. Características sociodemográficas: aspectos demográficos, socioeconômicos e de insegurança alimentar [documento eletrônico]. (Coordenado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, em conjunto com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense e Fundação Oswaldo Cruz; coordenador geral, Gilberto Kac.) Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/. Acesso em: 20 ago. 2022.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D'A. (Org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67.

FIOCRUZ. Direito à Saúde. PenseSUS, 2022. Disponível em: https://pensesus.fiocruz.br/direito-a-saude. Acesso em: 20 ago. 2022.

GUIDA, H. F. S. et al. As relações entre saúde e trabalho dos agentes de combate às endemias da Funasa: a perspectiva dos trabalhadores. Saúde e Sociedade, v. 21, n. 4, p. 858-870, 2012.

INFORMASUS/UFSCAR. Mobilização e reorganização da Atenção Primária à Saúde em Rurópolis contra o novo coronavírus. INFORMASUS/UFSCAR, 8 dez. 2020. Disponível em: https://informasus.ufscar.br/mobilizacao-e-reorganizacao-da-atencao-primaria-a-saude-em-ruropolis-contra-o-novo-coronavirus/. Acesso em: 20 ago. 2022.

MASSUDA, A. et al. Rumos para um sistema de saúde resiliente. Desafios da Gestão Pública, v. 21, n. 2, p. 22-29, 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde na Hora. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, Brasília, 8 nov. 2021a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora. Acesso em: 20 ago. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é prontuário eletrônico? Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, Brasília, 8 nov. 2021b. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/informatizaaps/oqueprotunario. Acesso em: 20 ago. 2022.

OMS – Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata sobre Cuidados Primários. OMS, 12 set. 1978. [Documento eletrônico publicado em 6 fev. 2002]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\_alma\_ata.pdf. Acesso em: 20 ago. 2022.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília, DF: OPAS, 2018.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção primária à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude. Acesso em: 20 ago. 2022.

REIS, J. G. et al. Criação da Secretaria de Atenção Primária à Saúde e suas implicações para o SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 9, p. 3457-3462, 2019.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. Saúde e Sociedade, v. 10, n. 2, p. 47-74. 2001.

STARFIELD, B. et al. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. The Journal of Family Practice, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Para cada criança, nutrição: Estratégia de Nutrição 2020–2030 do UNICEF. Nova York: UNICEF, 2020.

WHO – World Health Organization. Primary health care. World Health Organization, 2022. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab\_1. Acesso em: 20 ago. 2022.

WHO – World Health Organization. Role of primary care in the COVID-19 response. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific, 2021.

WHO/UNICEF. Declaración de Astaná. Astana: WHO/UNICEF, 2018.

