



## CONTRIBUIÇÃO DA REDE DE PESQUISA EM APS/ABRASCO PARA A FORMULAÇÃO DE UMA AGENDA POLÍTICA ESTRATÉGICA PARA A APS NO SUS

Elaboração coletiva dos pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS no Seminário “De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no Brasil – avanços, desafios e ameaças”, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, de 20 e 21 de março de 2018.

Rio de Janeiro, julho de 2018

## CONTRIBUIÇÃO DA REDE DE PESQUISA EM APS/ABRASCO PARA A FORMULAÇÃO DE UMA AGENDA POLÍTICA ESTRATÉGICA PARA A APS NO SUS

### INTRODUÇÃO

O presente documento expressa a posição da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS) da ABRASCO em um contexto de necessidades históricas do SUS e da Estratégia Saúde da Família, agravado nos dois últimos anos com a ruptura democrática no país. O documento é assinado pelo coletivo de pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS e contém proposições para compor a agenda política e estratégica para o SUS, objeto principal do debate a ser realizado durante o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva no Rio de Janeiro em julho de 2018.

Este ano comemoramos 30 anos do SUS. Resultante do movimento da Reforma Sanitária brasileira, um dos marcos do processo de redemocratização do país, o SUS foi criado pela constituição cidadã de 1988 que firmou a “Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado” e estabeleceu o direito universal à saúde em nosso país, por meio de um sistema público universal e da interação entre políticas sociais e econômicas. Neste ano, comemoramos também 40 anos da Declaração da Conferência internacional de Atenção Primária à Saúde realizada em 1978 em Alma Ata, na URSS, sob os auspícios da OMS.

Desde Alma Ata, e sua consigna de saúde para todos no ano 2000, muitas iniciativas de implementação da atenção primária à saúde foram empreendidas mundialmente com diferentes concepções e abordagens: desde propostas muito seletivas de cestas mínimas para populações em extrema pobreza, “medicina pobre para pobres”, até a APS integral como base de sistemas públicos universais de saúde. Estas abordagens produziram diferentes resultados sobre a organização dos sistemas de saúde, o direito à saúde e a cidadania. A APS seletiva correspondendo a uma concepção de cidadania residual e a APS integral dos sistemas universais correspondendo à cidadania plena (Giovannella & Almeida, 2017).

Na comemoração dos 40 anos da declaração de Alma Ata, e frente a uma onda conservadora que assola não somente o nosso país, vale a pena resgatar e atualizar os princípios fundamentais da atenção primária à saúde integral: a atenção primária como essencial e base integrada a um sistema público de saúde de acesso universal com financiamento e prestação públicos; é inseparável do desenvolvimento econômico e social para enfrentamento dos determinantes sociais e a promoção da saúde e promove a participação social. Estes são também princípios constitutivos de nosso SUS que orientam nossas ações políticas e acadêmicas e que reafirmamos neste momento de sérias ameaças ao direito universal à saúde.

A consolidação da atenção primária à saúde (APS) nas últimas décadas representa um dos avanços relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal no Brasil. Tal avanço está ancorado na abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), seu principal modelo assistencial, que ultrapassou a marca de 40.000 equipes em todo o território nacional em 2016. A superioridade do modelo da ESF em relação ao modelo tradicional tornou-se consenso nacional e internacional na última década. A significativa expansão e manutenção da cobertura da Estratégia Saúde da Família nos últimos 20 anos, provocou o aumento da oferta de ações e serviços de amplo espectro e concorreu para efeitos positivos importantes sobre a saúde da população.

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

No que diz respeito à atenção primária, tais ameaças se revelam pelos seguintes acontecimentos:

- Mudanças recentes na Política Nacional da Atenção Básica em 2017 indicam a abolição da prioridade para a Estratégia Saúde da Família (ESF) evidenciada pelo financiamento federal para modalidades de atenção básica convencional; a flexibilização da dedicação dos profissionais da equipe com redução da carga horária de médicos que atenta a longitudinalidade; pela flexibilização da presença dos ACS nas equipes de Saúde da Família adicionada à mudança nas atribuições desse trabalhador, agregando práticas de enfermagem e ações do Agente de Combate a Endemias. Essas alterações desfiguram a APS baseada na conjugação entre necessidades de saúde, territorialização, adscrição de clientela, vínculo e responsabilidade sanitária, e reforçam a modalidade de serviços básicos de saúde seletivos, organizados sob a lógica de atendimento “queixa-conduta”. A criação da carteira de serviços essenciais pode transformar a atenção básica numa APS seletiva. Também é grande a possibilidade de estagnação ou redução do número de equipes de Saúde Bucal.
- O término dos blocos de financiamento para transferência de recursos federais a estados e municípios pode provocar deslocamento de recursos da atenção básica para procedimentos de média e alta complexidade, especialmente pelo agravamento do subfinanciamento do SUS provocado pela política econômica de austeridade fiscal, expressa no congelamento do teto dos gastos públicos nos próximos 20 anos (EC95/2016)
- A possibilidade de criação de planos populares de saúde suplementar vinculados ao capital financeiro internacional para oferta de ações de atenção básica em larga escala à população de menor condição socioeconômica pode levar à captura de clientela e de profissionais do SUS para uma atenção primária seletiva, de baixa qualidade e pouco resolutiva.

A discussão sobre avanços e desafios da atenção primária realizada pelos pesquisadores da Rede APS durante o seminário preparatório o ABRASCÃO 2018 fundamentou-se nos textos especialmente produzidos para esse evento, disponíveis no site [www.rededepesquisaaps.org](http://www.rededepesquisaaps.org). Vale ressaltar que o debate sobre os rumos do Sistema Único de Saúde não se encerra nesse nível de organização do sistema de saúde. No final do documento, as proposições indicadas para a superação dos desafios postos para a APS e o enfrentamento das ameaças são parte da defesa dos princípios do SUS e da luta pela sua consolidação como política universal, inclusiva e civilizatória em nosso país.

**NENHUM DIREITO A MENOS!**

## 1. APS NO SUS: AVANÇOS E DESAFIOS

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

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

Destacam-se, também, um conjunto de políticas e programas relacionadas ao aumento da resolubilidade da APS, a exemplo da Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Atenção Domiciliar, Práticas Integrativas e Complementares; Política Nacional de Alimentação e Nutrição e outras políticas intersetoriais de promoção da saúde, como o Programa Saúde na Escola e a Academia da Saúde.

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

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

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

Pode-se constatar que, desde os primeiros anos de sua implantação, muitas evidências científicas demonstraram os impactos da Estratégia Saúde da Família na saúde da população brasileira, destacando-se a redução da mortalidade infantil e de hospitalizações evitáveis, a ampliação do acesso a ações e serviços de saúde e a redução de desigualdades sociais em saúde.

Diversos estudos têm demonstrado a associação do aumento da cobertura da ESF com redução da mortalidade infantil e de menores de 5 anos (Aquino, Oliveira, Barreto, 2009; Guanais & Macinko, 2009; M *et al*, 2006; Macinko, Guanais & Silva Simões, 2007) nos municípios brasileiros, mesmo quando controlada a ação de outros fatores determinantes. A redução tem sido maior na mortalidade pós-neonatal do que no componente neonatal, como esperado, uma vez que as causas de mortalidade neonatal incluem doenças congênitas e agravos relacionados às condições de parto, que não podem ser evitados por ações de APS.

Estudos que avaliam a mortalidade na infância por causa têm demonstrado a redução da mortalidade infantil e em menores de 5 anos por diarreia e infecções respiratórias, responsáveis pela maioria dos óbitos nestas faixas etárias (Rasella, Aquino & Barreto, 2010). Importante destacar as evidências que demonstraram que o impacto foi maior em municípios com maiores taxas iniciais de mortalidade infantil e menor IDH, revelando o papel da ESF na redução de iniquidades sociais em saúde. Importante destacar, também, que alguns estudos (Guanais, 2013) têm evidenciado o efeito sinérgico da atenção primária e da implantação do Programa Bolsa Família na redução da mortalidade infantil e na infância, ressaltando a importância do desenvolvimento de políticas sociais de combate à pobreza e de expansão da atenção à saúde no Brasil.

Em relação às internações por causas sensíveis à atenção primária (ICSAP), conjunto de causas de hospitalizações que podem ser evitadas pela ação de serviços de atenção primária resolutivos, vários estudos (Dourado *et al*, 2011; Guanais & Macinko, Macinko *et al*, 2011; Macinko *et al*, 2010) tem destacado o papel da Estratégia Saúde da Família na redução destas hospitalizações. Embora, a maioria apresente resultados positivos, alguns estudos (Silva & Powell-Jackson, 2017) não comprovaram o impacto da ESF, o que deve ser melhor investigado.

A complexidade da abordagem deste indicador, que congrega um conjunto de agravos, com diferentes cadeias causais, para todas as faixas etárias, assim como as desigualdades entre os municípios quanto às condições de diagnóstico destes agravos e de acesso e disponibilidade de leitos hospitalares podem explicar, ao menos em parte, as controvérsias entre os estudos.

Destacam-se, também, evidências de impacto da Estratégia Saúde da Família em hospitalizações por doenças crônicas como asma, AVC e outras condições crônicas, que podem ser interpretadas considerando o resultado de um estudo que evidenciou o impacto da ESF na redução da mortalidade por estes agravos (Rasella *et al*, 2014), em especial, as doenças cerebrovasculares e cardíacas.

## 1.2 Ampliação da oferta, utilização de serviços de APS no SUS e redução de desigualdades sócio-espaciais

Os impactos demonstrados da Estratégia Saúde da Família sobre o estado de saúde foram decorrentes da ampliação do acesso aos serviços de atenção primária à saúde, como consultas médicas e de enfermagem, atividades educativas, visitas domiciliares, atenção pré-natal e imunização nos municípios com maiores coberturas de ESF, o que tem sido demonstrado em diversas pesquisas, por meio de evidências que explicam os mecanismos de atuação da intervenção, nos estudos que abordam o impacto sobre problemas de saúde-doença, ou em investigações específicas que têm explorado o impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o acesso e cobertura da atenção à saúde.

Dois estudos que utilizaram dados individuados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apresentaram resultados que merecem ser destacados (Malta *et al*, 2013, Dourado, Medina & Aquino, 2017). O primeiro, demonstrou que as coberturas da Estratégia Saúde da Família estimadas para Brasil e unidades federadas, a partir dos dados do inquérito populacional e dos dados administrativos do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde da PNS eram semelhantes, resultado bastante relevante, uma vez que muitos dos estudos desenvolvidos no Brasil sobre o impacto da ESF foram realizados com os dados oficiais de cobertura. Além disso, quando estratificado por grau de escolaridade, a cobertura da ESF e o número de famílias que recebem visitas domiciliares mensais foi maior nos grupos com menor grau de escolaridade, destacando o papel da ESF de importante promotor de equidade em saúde.

O segundo estudo, investigou a associação da ESF com a existência de uma fonte usual de cuidados (serviço ou profissional que o indivíduo sempre procura quando está com problemas de saúde), que tem sido considerado um meio de alcançar a longitudinalidade dos cuidados em saúde. Os resultados demonstraram que a maioria da população referiu possuir uma fonte usual de cuidados, que em mais de um terço dos casos era uma unidade de APS. Foi demonstrado forte associação positiva entre ser cadastrado na ESF e referir ter como fonte usual de cuidados uma unidade de APS, e negativa com a referência a unidades de emergência/urgência como fonte usual de cuidados, o que foi mais forte nas regiões mais pobres do país (Norte, Nordeste e Centro-Oeste).



Quanto ao acesso e qualidade do cuidado prestado na ESF, pode-se exemplificar a importância dessa modalidade de APS com alguns resultados observados no primeiro ciclo de avaliação externa das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), iniciativa pactuada entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Foi possível evidenciar que, durante o pré-natal, 89% das gestantes fizeram seis ou mais consultas, mais de 95% atualizaram a vacina antitetânica e receberam prescrição de sulfato ferroso. O acesso ao exame preventivo para o controle do câncer de colo do útero alcançou 93% das mulheres entre 25 e 59 anos e a cobertura de rastreamento de câncer de mama foi de 70%, ultrapassando a recomendação do OMS e do MS. Em torno de 90% dos usuários com diagnóstico de diabetes tiveram acesso à consulta na UBS em um período de seis meses e realizaram exame de sangue para o controle da doença.

Apesar dos investimentos em melhoria das condições das unidades básicas de saúde (REQUALIFICA UBS), persistem precárias condições de infraestrutura, principalmente de instalações, insumos e de informática (Bousquat *et al* 2017). A oferta de atendimentos se restringe aos dias úteis. Há carência de profissionais em número e formação adequada para atender com qualidade as necessidades de saúde da população, particularmente para as atividades de acolhimento da demanda.

Além das deficiências estruturais, a organização e gestão da ESF e a prática profissional de suas equipes padecem de um problema sistêmico de incompletude da oferta de ações e cuidados de saúde, incluindo áreas tradicionais da atenção básica, como por exemplo, saúde da mulher e de pessoas com condições crônicas, apesar da disponibilidade de padrões de referência, diretrizes, metas e protocolos de trabalho.

A desigualdade social é um importante traço da sociedade brasileira, e uma de suas faces é a desigualdade sócio-espacial, que espelha nos dias de hoje, séculos de políticas e ações predatórias na constituição do nosso território. Santos e Silveira (2001) ao analisarem o processo histórico e geográfico da construção do território brasileiro identificaram a existência de quatro Brasis que expressam esta desigualdade: a Região Concentrada formada pelo Sudeste e pelo Sul; o Brasil do Nordeste; o Centro-Oeste e a Amazônia, cada um com características próprias. É exatamente fora da Região Concentrada que se localiza o maior número de municípios pobres, nos quais o acesso aos bens públicos é mais difícil.

No caso da saúde, são estes os territórios dos vazios assistenciais, manifestos pela falta de profissionais e serviços de saúde. Estudos indicam que são as regiões mais carentes ou remotas, com população em situação de extrema pobreza, as que apresentam maior dificuldade de atenção à saúde, inclusive na APS. Evidencia-se, como resultado, uma equação cruel: quanto menor a densidade populacional do município, mais difícil se torna prover a oferta, sendo menor o gasto *per capita* em saúde e pior o acesso aos serviços. Outra face da desigualdade ocorre no interior das metrópoles. Em decorrência do modelo de urbanização brasileiro, uma parte importante da população que

vive nessas cidades não tem acesso aos serviços e bens que o Estado deveria proporcionar, o que levou Milton Santos (2007) a cunhar o termo de “cidadãos incompletos”.

Muito há o que ser feito, mas algumas medidas importantes foram efetivadas nos últimos anos no cenário da APS. Entre elas, destaca-se o Programa Mais Médicos que garantiu o provimento de médicos em áreas de difícil acesso no interior do país e nas periferias dos centros urbanos, considerada a maior estratégia para combater a escassez de médicos, o Programa Mais Médicos (PMM), concebido como uma política complexa com estratégias múltiplas, em consonância com as recomendações da literatura internacional. O PMM foi estruturado em três eixos estratégicos: formação para o SUS, com investimento na criação de mais vagas de graduação e residência e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas; ampliação e melhoria da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros.

Assim, além do provimento de médicos em áreas com escassez ou ausência destes profissionais, os investimentos do PMM envolvem recursos para construção e reforma de unidades básicas de saúde, assim como para expansão e qualificação da formação médica, com ampliação e melhor distribuição do número de vagas na graduação e residência médica, e definição de diretrizes curriculares e estratégias de ensino-aprendizagem para a formação de médicos que respondam às necessidades de saúde da população, conformando um amplo e diversificado conjunto de medidas intersetoriais de curto, médio e longo prazo (Melo *et al*, 2017).

Vários estudos têm ressaltado a importância do PMM na redução das desigualdades regionais na distribuição de médicos no Brasil (Girardi *et al*, 2016; Giovanella *et al*, 2016, Carrillo & Feres, 2017). Nos anos de 2013 e 2015, ou seja, depois à implantação do PMM, utilizando um índice para mensurar a escassez de médicos, um dos estudos demonstrou que o Programa contribuiu com um substancial aumento do número de médicos no país, com redução do número de municípios com escassez de médicos de 1.200 para 777 (Girardi *et al*, 2016).

Em 2015, quase um terço das UBS receberam médicos do PMM. 55% dos médicos do PMM foram inseridos em equipes que já existiam, ou seja, que contavam com médicos em algum período nos anos de 2013 e 2014, embora deva ter havido substituição de médicos existentes pelos médicos do PMM. Devido à dependência dos municípios em relação aos recursos federais, parte destes médicos foram inseridos em equipes que, ainda que dispusessem de médicos, apresentavam elevada rotatividade destes profissionais. Assim, a inserção de médicos do PMM nessas equipes não deve ser considerada como negativa, podendo significar a permanência do profissional em bases mais estáveis do que caracterizava a inserção intermitente, anterior à implantação do Programa.

Finalmente, existem evidências do impacto do PMM no aumento no número de consultas médicas em todas as faixas etárias consideradas, no número de consultas de pré-natal, nos encaminhamentos para fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e outros, no número de exames e visitas domiciliares (Fontes *et al*, 2017). Embora tenha sido implantado apenas em 2013, ou seja, com menos de cinco anos de implantação, alguns estudos também tem



evidenciado impactos positivos do PMM nas internações em geral e por algumas doenças infecciosas e parasitárias e por doenças respiratórias (Vieira, Costa & Lopes, 2017).

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

## 1.2 APS e integralidade do cuidado

A ESF deve continuar sendo priorizada como modelo da APS brasileira, por ser o único formato testado nacionalmente que facilita a concretização dos atributos da APS. Na Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2011 (Brasil, 2011) a coordenação do cuidado é definida como “coordenação da integralidade”, um dos fundamentos da APS que deve ser viabilizado por meio de estratégias de integração horizontal (ações programáticas e demanda espontânea, ações de vigilância à saúde e assistenciais, trabalho multiprofissional e interdisciplinar e em equipe) e integração vertical entre os diversos níveis de atenção que compõem as Redes de Atenção à Saúde.

Neste sentido, é clara a referência ao conceito de integralidade, imagem objetivo do SUS, que evoca a necessária interdependência entre atores e organizações envolvidas no cuidado para alcance de integração e coordenação de políticas, serviços e ações de saúde, além de gestão mais eficiente dos recursos (Chaves *et al*, 2018). Também estão presentes na definição da PNAB de 2011 elementos da integração horizontal, que se relacionam com o próprio fortalecimento da APS no sistema de saúde e sua inserção territorial, e da integração vertical entre níveis assistenciais.

A integração da APS com outros dispositivos do território onde se localizam as equipes profissionais, especialmente no âmbito da Estratégia Saúde da Família, faz parte da concepção territorializada de atenção primária no modelo brasileiro. De fato, a Estratégia Saúde da Família pode ser considerada como um modelo indutor de mudanças nas práticas de saúde no que concerne à adoção de novos objetos (Medina & Hartz, 2009), para além da atenção individual e de práticas tradicionais de saúde pública, incorporando o território e suas populações como objeto de intervenção, compreendido esse enquanto espaço dinâmico e vivo de estabelecimento de relações sociais.

Esse modo de atuação implica no reconhecimento do território, através do processo de mapeamento das famílias, dispositivos comunitários, condições geográficas e ambientais relacionadas a riscos e potencialidades sanitárias, de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados.

A ideia de trabalho e organização comunitária como elemento inerente da concepção de atenção primária - subsidiária, por sua vez, da concepção ampliada de saúde adotada pelo movimento de reforma sanitária brasileira, coloca como desafio adicional, o desenvolvimento de práticas de coordenação que se situam além dos muros tradicionais dos serviços de saúde, penetrando o espaço social comunitário, ou espaço sanitário. De fato, um conjunto de ações de promoção da saúde voltadas para a intervenção sobre determinantes sociais da saúde têm exigido uma ação coordenada com outros setores e organizações localizadas nos territórios.

No contexto da APS e das equipes da Estratégia de Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde é um trabalhador estratégico para a oferta de ações resolutivas na APS orientadas para a integralidade do cuidado e intersetorialidade, a saber: construção de vínculo e reconhecimento da população adscrita no território, com a articulação direta entre os serviços e a vida no território; trabalho comunitário; desenvolvimento de ações de promoção da saúde, seguimento de hipertensos e diabéticos, acompanhamento do pré-natal e do crescimento e desenvolvimento infantil. Somam atualmente 259.916 trabalhadores presentes em 97% dos municípios, o que traduz numericamente a importância do ACS para as equipes de APS e ressalta o seu papel de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde.

Os ACS na ESF vêm encontrando grandes desafios ao longo da trajetória histórica do SUS. As mudanças representadas pela Política Nacional de Atenção Básica publicada em setembro de 2017 a exemplo da flexibilização da presença dos ACS na equipe de Saúde da Família; a alteração de suas atribuições, incorporando práticas de enfermagem nas ações do ACS e a facilidade à adesão ao modelo de atenção básica tradicional, associadas ao Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde (PROFAGS) (Portaria 83/ 2018 que projeta a formação em larga escala dos ACS em ações de enfermagem) apresentam-se como desafios atuais, uma vez que conduzem à sobrecarga de trabalho deste trabalhador, à predominância de procedimentos simplificados de assistência à saúde em detrimento de educação e promoção da saúde e a uma possível redução de postos de trabalho.

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é mais recente que a implantação da ESF, constituindo-se como um importante arranjo que busca fortalecer a atenção básica por meio de aumento da resolutividade, superação da fragmentação, especialidades, burocratização e hierarquização, com a inserção de categorias profissionais tais como psicologia, nutrição, fisioterapia e serviço social na articulação do cuidado integral. A ampliação dos NASF se deu com base em financiamento federal, além da redução do número de equipes de Saúde da Família que cada equipe NASF apoia. Há um avanço numérico desde sua implantação: em 2010 eram 1317 Núcleos implantados; em 2016, 4426; e, em 2018, 5.236 ([http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)).

O NASF enfrenta desafios de diversas ordens, desde o elevado número de municípios que não possuem cobertura de NASF e equipes de NASF que cobrem informalmente um elevado número de equipes de Saúde da Família; o baixo investimento em condições materiais de trabalho, como transporte, equipamentos e materiais; a dificuldade de interação entre profissionais do NASF e das equipes de Saúde da Família; passando por desafios conceituais e de formulação, com destaque para a polarização entre “atender pacientes” e “fazer ações coletivas”; desafios de ordem organizacional (trânsito entre equipes de Saúde da Família e outros serviços, comprometendo a coordenação e continuidade do cuidado, bem como a regulação do acesso) e ampliação desejável do escopo de ofertas da ESF *versus* adequação de outros pontos de atenção na rede.

No que se refere à Saúde Bucal (SB), uma gama de avanços pode ser destacada decorrente da formulação de um conjunto de medidas, diretrizes e normas que apoiaram a organização das ações de saúde bucal no SUS. Houve também investimento em vigilância bucal, com levantamentos epidemiológicos nacionais, heterocontrole de flúor na água de abastecimento. Houve expressiva expansão do número de equipes de SB no modelo da ESF, incluindo equipes para populações específicas (rua, ribeirinhos, pluvial), configurando-se 26 mil equipes de Saúde Bucal (2017), com um aumento de mais de 600% em comparação a 2002. Observou-se, também, um aumento significativo do aporte financeiro com melhoria da infraestrutura e a criação de novos incentivos para média complexidade (Chaves *et al*, 2017).

A Saúde Bucal enfrenta desafios que perpassam todas as políticas de APS no Brasil, como a tensão entre o modelo biomédico e o de Saúde da Família; a permanência de iniquidades na oferta de serviços e procedimentos. Persistem modelos de contratação pessoal de nível superior e médio que mantém a precariedade das relações trabalhistas. Há desafios na formação dos profissionais de SB para o SUS e a necessidade de criar estratégias para defesa e sustentação dos avanços da PNSB, com a participação social na micropolítica dos serviços.

Outra política que se destacou e ganhou notoriedade é a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) que, em 2006 se institucionalizou, com a inserção gradual de práticas terapêuticas integrativas e complementares no SUS. Atualmente o Brasil conta com 29 práticas destas práticas institucionalizadas. Tal inserção é priorizada na APS, sendo que 78% da oferta está na atenção básica, sobretudo na Estratégia de Saúde da Família e nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

As PIC vêm se apresentando como potencializadoras da ampliação do cuidado integral por complementar e expandir o leque de opções terapêuticas ofertadas; agir como recurso de redução de danos e de promoção da saúde; representar uma prazerosa estratégia de integração e perspectiva de cuidado para o trabalho das equipes na atenção básica, no sentido de rearranjarem a organização do trabalho, bem como o processo de trabalho das equipes; promover a centralidade do usuário e suas necessidades de saúde, reverberando na ampliação do vínculo e avançando na perspectiva integral e orientada pela salutogênese, na superação da atenção realizada pelo modelo biomédico de cuidado (BARROS, 2016)

O investimento financeiro federal insuficiente é uma ameaça para a continuidade da PNPIC de modo a auxiliar a consolidação de uma APS forte no Brasil. Delineiam-se, no contexto atual, três eixos relevantes para o fortalecimento das PIC na APS, a saber: expansão institucional, com o intuito de aumentar sua oferta e democratizar o acesso; fomento a pesquisas sobre as PIC no que diz respeito à eficácia, segurança, modos de ação e também sobre as experiências institucionais de sua oferta, especialmente na APS; formação ou capacitação de profissionais em PIC, necessárias para o exercício e a oferta destas práticas de maneira efetiva no sistema de saúde.

## 2. FORTALECIMENTO DA GESTÃO DA APS NO BRASIL

A gestão para a APS resolutiva, integral e de qualidade inclui a estabilidade e formação adequada dos trabalhadores, institucionalização de mecanismos de monitoramento e avaliação, além do reforço de iniciativas de melhoria da qualidade das ações oferecidas à população. O financiamento adequado é uma condição essencial para assegurar o fortalecimento da gestão da APS.

### 2.1 Formação de profissionais e gestão do trabalho

Reconhecem-se os esforços empreendidos em tempos recentes quanto a mudanças na formação dos profissionais de saúde a serem implementadas na APS, segundo os princípios do SUS, a exemplo do Programa Mais Médicos em seu componente de formação, do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), do PET-Saúde e outras iniciativas de inserção de estudantes em unidades de atenção básica do SUS, além da oferta de Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família, Medicina de Família e Comunidade e correlatos.

Entretanto, muitos problemas na formação dos trabalhadores persistem ao longo da implementação do SUS, atingindo os diversos níveis e estruturas organizativas do sistema, aí incluída a APS. A saber: dissociação entre ensino, pesquisa e prática profissional; unidades de saúde com estrutura inadequada para recebimento de estudantes de graduação; qualidade insuficiente da formação de estudantes e profissionais; fragmentação na formação do futuro profissional e na educação continuada do profissional em serviço tanto de nível superior como técnico; baixa institucionalidade das ações de educação permanente o que leva à descontinuidade da formação dos trabalhadores. A privatização da formação de medicina e de enfermagem tem se configurado como um problema importante, entre outros motivos, pela baixa regulação do sistema educacional no país. Persistem, também, as dificuldades de integração entre as políticas de saúde e de educação superior.

A gestão do trabalho no âmbito da APS sujeita-se ao que está posto não só para os demais profissionais do SUS como para os trabalhadores em geral, o que compromete a sustentabilidade do sistema. O processo sistemático

de precarização de trabalho extrapola o setor saúde, e ali evidencia-se, entre outras características, pela flexibilização de carga horária e salários, prática comum de organizações sociais e de outras formas de privatização da gestão de unidades e serviços de saúde.

## 2.2 Aspectos normativos e institucionais da gestão pública em saúde

Os resultados do primeiro e segundo ciclos da avaliação externa do PMAQ, realizados em 2012 e 2014, demonstram que a administração direta ainda é a principal forma de contratação da força de trabalho na APS no Brasil. A gestão direta está presente na maior parte dos estados e municípios brasileiros, sendo responsável pela gestão de 77% das equipes de Saúde da Família.

Entretanto, verifica-se uma tendência ao uso da administração indireta na gestão da atenção básica por municípios com o argumento de contornar os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e da administração pública tradicional. Em 2013 (BRASIL, 2014), 1.216 municípios brasileiros (21,8%) tinham estabelecido contratos de gestão com organizações sociais (OS) na área de saúde. Outro dado que chama atenção é que entre os 39 municípios com mais de 500.000 habitantes, 22 deles (56,4%) contrataram serviços de saúde por meio de OS (BRASIL, 2014). Na APS, as organizações sociais e fundações estatais de direito privado (FEDP) assumiram a gestão operacional no Estado de São Paulo, no Município do Rio de Janeiro e no Estado da Bahia. (Pahim, 2009; Harzheim, 2013; Soranz *et al*, 2016; Andrade, 2009).

Após alguns anos de implementação desses formatos institucionais no país, as propostas permanecem sem consenso entre os diferentes atores do sistema público de saúde. Algumas experiências foram avaliadas no âmbito do setor, algumas relativas a organizações sociais (Traldi, 2003; Almeida 2005, Costa & Ribeiro 2005; Barbosa, 2005; Sano e Abrucio, 2008; Pahim, 2009; Costa, Marques E Borges, 2010; Silva, 2012, Contreiras e Matta, 2015; Coelho & Greve, 2016; Chimelli, 2016), e outras, sobre FEDP (Andrade, 2009; Santos, 2009; Silva, 2012; Filho & Franco, 2016).

A falta de um marco regulatório que oriente a formalização das parcerias, estabelecendo responsabilidades, direitos e deveres entre contratantes e contratados, de forma a assegurar ao trabalho e aos trabalhadores proteção social, tem gerado inequidades e pode comprometer a qualidade da assistência prestada.

O debate sobre aspectos normativos e institucionais da gestão em saúde sugere que os avanços obtidos até então são inegáveis e trazem consigo desafios inerentes a uma lógica pautada pela ampla participação de setores sociais organizados. Some-se a isso a necessidade de regulamentar e monitorar práticas heterogêneas da gestão municipal de saúde, notadamente na regulação da relação público-privada na gestão de contratos. Garantir a autonomia do gestor "na ponta", assegurando indução naquilo que foge de seu escopo deve ser feito observando práticas de governança com efetivo controle social e transparência dos procedimentos usuais de gestão.



## 2.3 Financiamento

A APS é o único nível de atenção no qual a transferência de recursos federais para os municípios, definida pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/SUS) publicada em 1996 e implementada a partir de 1998, é de base populacional, em contraposição ao critério de produção de procedimentos que define o financiamento da atenção de média e alta complexidade. Essa decisão contribuiu de forma importante para a redução de desigualdades regionais na alocação de recursos federais para a atenção básica.

A despeito da restrição de autonomia municipal quanto à definição dos gastos com APS em seu território, produto da lógica de financiamento condicionado à adesão dos municípios a programas específicos formulados pelo governo federal, tal modelo permitiu a coordenação e expansão da ESF no território nacional em um contexto de insuficiência de recursos. Favoreceu também a desconcentração da oferta de serviços e a redistribuição de recursos financeiros para regiões mais carentes. A política de incentivos permitiu a indução de estratégias importantes de qualificação da atenção básica, como as equipes de saúde bucal e os NASF.

Não se pode esquecer entretanto que ainda são os recursos municipais a principal fonte de sustento da Atenção Básica, cerca de 70% dos gastos são do nível local (Mendes & Marques, 2014) O uso destes recursos é considerado problemático e instável por se concentrar em despesas com pessoal limitadas pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

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

Ampliar a discussão democrática, propor a revogação dos dispositivos da EC 95/2016, reforçar o papel dos estados no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando a integração da APS com outros níveis de atenção, ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais voltados para a APS, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da ESF, e fortalecer a atuação dos Conselhos de Saúde nos processos de formulação de políticas, controle e fiscalização da aplicação de recursos financeiros para a atenção básica, em âmbito nacional, estadual e municipal devem ser abordados de forma direta.

## 2.4 Avaliação, monitoramento e melhoria da qualidade da APS

A realização de avaliações normativas do Programa de Saúde da Família, a criação da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CGAA) em 2003, os Estudos de Linha de Base do PROESF em 2005, a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família, seguida pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2011-) e a Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB) representam esforços relevantes do monitoramento e avaliação da atenção básica no país.

Entretanto, ainda permanecem enormes desafios para institucionalizar essas iniciativas no cotidiano da gestão da APS em nosso país, em especial aqueles relacionados com a produção e tratamento da informação, cuja utilização é essencial para apoiar o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde não só por equipes locais como também pela gestão da Atenção Básica nas três esferas administrativas do SUS.

É inadiável a universalização do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), de modo que supere vantajosamente o SIAB, descontinuado em 2015, garantindo não apenas a informatização do processo de trabalho e da qualificação da informação, mas também a produção de relatórios automatizados de informações individuais e agregadas no âmbito da equipe de saúde e do território de abrangência e o acesso a informações de saúde em todos os pontos da rede de atenção do SUS.

## 3. PROPOSIÇÕES PARA UMA AGENDA POLÍTICA E ESTRATÉGICA PARA A APS NO SUS

Revitalizar os princípios de APS integral da Declaração de Alma Ata em sua essencialidade exige, antes de tudo, elucidar suas implicações na conjuntura mundial para o direito universal à saúde. Permanecem tensões e contradições quanto às abordagens de APS no Brasil e no mundo. Nos últimos anos, acirrou-se o debate internacional sobre diferentes concepções de universalidade em saúde, polarizado nas propostas de sistema universal *versus* cobertura universal em saúde (Giovanella *et al*, 2018).

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

Urge incidir na formulação da Carta de Alma Ata 2018 em preparação pela OMS e exigir a primazia na defesa do direito universal à saúde de todos os povos, ampliando a concepção restrita de cobertura universal hora difundida.

A APS que queremos no SUS incorpora a essência dos princípios de Alma Ata: a atenção essencial, base de um sistema público de saúde de acesso universal com financiamento e prestação públicos; inseparável do desenvolvimento econômico e social e do enfrentamento dos determinantes sociais para a promoção da saúde, fortalecendo a participação social.

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

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

## **Universalização do acesso à APS resolutiva e de qualidade**

- Consolidar a APS como porta de entrada aberta, acessível e resolutiva para redes regionalizadas de saúde.
- Reduzir as barreiras de acessibilidade organizacionais, geográficas e culturais, garantindo o respeito às identidades de gênero, étnicas e valores locais.
- Garantir o acesso à atenção integral por meio da coordenação do cuidado pela APS nas redes regionalizadas de atenção à saúde.
- Ampliar o escopo de práticas e resolutividade da APS.
- Desenvolver estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado individual e coletivo.
- Defender a centralidade do território na APS: incentivar o acompanhamento do usuário no território de modo a prover o apoio social requerido, com fortalecimento da rede de apoio informal, familiar e de cuidadores que tem no ACS um de seus pilares fundamentais.
- Reduzir o número médio de pessoas adscritas a cada equipe de Saúde da Família.
- Equiparar o número de equipes de Saúde Bucal às equipes de Saúde da Família e melhorar o acesso a procedimentos de média complexidade em odontologia para áreas com menor IDH.
- Implantar NASF, em todos os municípios, com dimensionamento adequado segundo necessidades de saúde populacionais.

- Ampliar a composição das equipes multiprofissionais de apoio à Saúde da Família. Recomendar o trabalho articulado das equipes com vistas ao cuidado mais efetivo dos usuários e aumentar o escopo das práticas de outros profissionais.
- Ampliar as competências no cuidado individual e coletivo dos profissionais de enfermagem de nível superior.
- Promover o debate com gestores para qualificar o acesso das populações do campo, da floresta e das águas aos serviços de atenção primária à saúde. Recomendar a realização de diagnóstico situacional sobre os processos de trabalho das equipes de atenção primária à saúde em áreas rurais. Adequar a territorialização para incluir agrupamentos populacionais esparsos.
- Indicar a ampliação das práticas populares e tradicionais de cuidado por meio do acesso às práticas integrativas e complementares em saúde (PICS) e às plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia.

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

- Fortalecer o papel do Agente Comunitário de Saúde como sujeito da ação comunitária, assegurando seu vínculo com o território de atuação.
- Incentivar o trabalho do ACS na mediação de ações intersetoriais no território para melhoria das condições de vida e promoção da saúde da população.
- Reforçar a atuação do ACS como elo entre a comunidade e os serviços de saúde, e entre o setor saúde e demais políticas públicas que promovam a qualidade de vida.
- Garantir formação técnica para os ACS para atuação como sujeitos de Saúde Coletiva e atuação comunitária.
- Promover fóruns específicos para a discussão das atribuições, do perfil profissional e do referencial curricular para o Curso Técnico de ACS. Esta discussão deveria se dar de modo articulado com um processo mais geral de discussão do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, das atribuições comuns e específicas dos diferentes profissionais e dos modelos de atenção, planejamento e gestão.
- Recomendar a revogação imediata da Portaria 83/2018 do MS (PROFAGS). Destinação dos recursos financeiros, previstos na referida portaria, para a oferta do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde (CTACS) em escala nacional, pelas Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e pelas escolas da Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica.

## Financiamento suficiente e equitativo para a APS integral

- Criar frente em defesa do financiamento público adequado para o SUS e Atenção Básica, com revogação dos dispositivos da EC 95/2016.
- Aumentar o financiamento para a atenção básica com ênfase na saúde da família: chegar ao patamar de 20% de 8% do PIB, volume total de recursos públicos a ser destinados à saúde.
- Aumentar o valor per capita do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo, uma vez que seu aumento expressivo ampliaria o volume de recursos para atenção básica rapidamente, dada sua capilaridade no país.
- Ampliar os mecanismos de redistribuição e alocação equitativa dos recursos federais e estaduais voltados para a Atenção Básica, considerando a capacidade diferenciada de autofinanciamento dos gestores municipais, as especificidades regionais, a prioridade e necessidade de reforço da Estratégia Saúde da Família.
- Promover a equidade na distribuição de recursos para áreas remotas e desassistidas.
- Promover uma reforma tributária com justiça fiscal e progressividade da arrecadação.
- Promover a equidade na distribuição de recursos para áreas remotas e desassistidas.
- Promover uma reforma tributária com justiça fiscal e progressividade da arrecadação.

## Fortalecimento dos espaços democráticos de participação e controle social

- Fortalecer a atuação dos Conselhos de Saúde nos processos de formulação de políticas, controle e fiscalização da aplicação de recursos voltados para o financiamento da atenção básica, em âmbito nacional, estadual e municipal.
- Apoiar o fortalecimento de espaços de participação popular na saúde.

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

- Ampliar a governança territorial com a participação dos diferentes agentes implicados com as políticas sociais, sobretudo com representação (direito a voz e voto) da população e controle social das ações governamentais.
- Investir fortemente na superação das desigualdades sociais, por meio de ações que estimulem a equidade nas intervenções governamentais, ainda que, para tanto, algumas ações emergenciais possam ser necessárias



(transferência de renda para famílias em situação de miséria; segurança alimentar; redução de danos; provisão emergencial de profissionais em área específicas; cotas raciais, sociais e por gênero; ações a populações em desvantagem permanente ou transitória etc.).

- Estabelecer estratégias para priorizar as ações intersetoriais relacionadas à promoção da saúde e o fortalecimento das redes de municípios saudáveis já existentes no país, por meio de um programa continuado de disseminação de informações, capacitação de gestores municipais e criação de oportunidades e espaços de interação entre gestores para intercâmbio e avaliação de experiências exitosas.
- Regulação da comunicação e ampliação de compromisso social na divulgação de propagandas que estimulem consumo de produtos que impactem direta ou indiretamente na saúde. Em defesa da comunicação pública e contra a concentração/monopólio midiático.

## **Gestão pública democrática, participativa e transparente**

Por uma administração pública direta, democrática, participativa, transparente e sem corrupção.

- Ampliar a provisão pública na prestação dos serviços de saúde na rede, superando a dependência do setor privado, especialmente em áreas estratégicas (equipamentos diagnósticos, exames especializados e rede hospitalar), de forma a garantir retaguarda à APS e continuidade do cuidado em saúde, em oposição à segmentação por planos populares e privatização da gestão direta dos serviços.
- Implementar forte regulação pública para os contratos de gestão indireta, de modo a garantir segurança jurídica nas relações público-privado.
- Reforçar o papel dos estados no planejamento regional, no financiamento e na regulação da rede de serviços, possibilitando a integração da atenção básica com outros níveis de atenção.
- Assegurar a interiorização e fixação de profissionais médicos: manter o Programa Mais Médicos.
- Desenvolver ações para a melhoria da qualidade das práticas profissionais na APS.
- Implantar plano de carreira para profissionais da APS no SUS
- Instituir mecanismos de desprecarização do trabalho no SUS
- Avançar na investigação de qualidade das ações. Os resultados das avaliações externas do PMAQ devem continuar a ser explorados e divulgados.
- Estabelecer um sistema de monitoramento das iniquidades em saúde e de avaliação de impacto das ações intersetoriais sobre a saúde.
- Fomentar pesquisas que possam produzir indicadores comparativos para avaliar o impacto das políticas de ajuste econômico na saúde dos grupos populacionais mais vulneráveis.

## Formação de profissionais de saúde para a APS integral

- Ampliar ofertas de educação permanente para profissionais da APS.
- Fortalecer e impulsionar redes de saúde e educação para formação técnica para o SUS. Valorizar a articulação das instituições públicas estaduais e federais.
- Promover estratégias para a qualificação docente em todos os níveis de formação dos profissionais de saúde.
- Promover a formação em apoio matricial nas residências médicas e multiprofissionais. Ampliar o escopo das residências multiprofissionais em saúde.
- Promover a formação extensiva em Saúde da Família, seguindo recomendações do PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil.
- Direcionar a formação de enfermeiros para as competências exigidas pela APS, considerando o potencial clínico da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

Almeida KS. Setor público não-estatal: (Des)caminhos do Controle Social e da equidade no acesso aos serviços das Organizações Sociais de saúde. Revista Brasileira De Extensão Universitária. 2006;(2):49-57%V 4.

Andrade LR de. A FE no SUS: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia [Internet]. [ENSP-Fiocruz]; 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2486>

Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. American Journal of Public Health. janeiro de 2009;99(1):87–93.

Barbosa NB, Elias PEM. As organizações sociais de saúde como forma de gestão público/privado. :14.

Barros NF. Relatório final de Pesquisa: As Racionalidades Médicas e Práticas Integrativas e Complementares nos Serviços de Atenção Primária em Saúde na Região Metropolitana de Campinas. SP; 2016.

Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM de, Gagno J, et al. Structural typology of Brazilian primary healthcare units: the 5 Rs. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 13 de junho de 2018];33(8). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000805005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Brasil M da S. Portaria no 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável [Internet]. 1654. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt\\_1654\\_19\\_07\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pmaq/prt_1654_19_07_2011.pdf)

Brasil M do P Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE – Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2013. Rio de Janeiro; 2014.

Carrillo B, Feres J. More Doctors, Better Health? Evidence from a Physician Distribution Policy\*. :74.

Cavalcante Filho JB, Franco TB. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. Physis: Revista de Saúde Coletiva. março de 2016;26(1):63–86.

Chaves LA, Jorge A de O, Cherchiglia ML, Reis IA, Santos MA da C, Santos A de F, et al. Integration of primary care in the healthcare network: analysis of the components in the external evaluation of the PMAQ-AB. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 13 de junho de 2018];34(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2018000205004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018000205004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Chaves SCL, Almeida AMF de L, Rossi TRA, Santana SF de, Barros SG de, Santos CML. Política de Saúde Bucal no Brasil 2003-2014: cenário, propostas, ações e resultados. Ciência & Saúde Coletiva. junho de 2017;22(6):1791–803.

Chimelli S. Avaliação das organizações sociais de saúde para a população. Estudo de caso do Hospital Estadual da Criança–Niterói, RJ [Dissertação (Mestrado em Sistema de Gestão)]. [Escola de Engenharia]: Universidade Federal Fluminense; 2016.

Coelho VSP, Greve J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. Dados. setembro de 2016;59(3):867–901.

Contreiras H, Matta GC. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. Cadernos de Saúde Pública. fevereiro de 2015;31(2):285–97.

Costa L, Marques P, Borges T. A prestação pelo setor público não estatal dos serviços de saúde pública: análise de hipóteses e potencialidades. Revista do Serviço Público. 2014;61(3):249.

Costa N, Ribeiro J. Estudo comparativo dos hospitais em regime de Organização Social [Internet]. Banco Mundial / Ministério da Saúde; 2005. Disponível em: <http://consad.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Painel-38-01.pdf>

Dourado I, Medina MG, Aquino R. The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil: data from the 2013 National Health Survey (PNS 2013). Int J Equity Health [Internet]. 17 de novembro de 2016 [citado 15 de junho de 2018];15. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112616/>

Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil: The Role of the Family Health Program (Project ICSAP-Brazil). Medical Care. junho de 2011;49(6):577–84.

Filho C, Batista J, Franco TB. O processo de construção da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. Physis: Revista de Saúde Coletiva. março de 2016;26(1):63–86.

Fontes LFC, Conceição OC, Jacinto P de A. Evaluating the impact of physicians' provision on primary healthcare: Evidence from Brazil's More Doctors Program. *Health Economics* [Internet]. 16 de maio de 2018 [citado 13 de junho de 2018]; Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/hec.3775>

Giovanella L, Mendoza-Ruiz M-R, Pilar A, Rosa M. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias.

Giovanella L, Almeida PF de. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 13 de junho de 2018];33. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017001405005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)

Giovanella L, Mendonça MHM de, Fausto MCR, Almeida PF de, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. setembro de 2016;21(9):2697–708.

Girardi SN, Stralen AC de S van, Cella JN, Wan Der Maas L, Carvalho CL, Faria E de O. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. setembro de 2016;21(9):2675–84.

Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. *American Journal of Public Health*. novembro de 2013;103(11):2000–6.

Guanais FC, Macinko J. The Health Effects Of Decentralizing Primary Care In Brazil. *Health Affairs*. julho de 2009;28(4):1127–35.

Guanais F, Macinko J. Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*. abril de 2009;32(2):115–22.

Harzheim E. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família, Porto Alegre, RS: OPAS; 2013.

Macinko J. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1o de janeiro de 2006;60(1):13–9.

Macinko J, de Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations Among Adults in Brazil, 1999–2007. *American Journal of Public Health*. outubro de 2011;101(10):1963–70.

Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo P de F, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major Expansion Of Primary Care In Brazil Linked To Decline In Unnecessary Hospitalization. *Health Affairs*. dezembro de 2010;29(12):2149–60.

Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC dos. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*. fevereiro de 2016;21(2):327–38.

Melo LP de, Santos M dos, Câmara RBG da, Braga LP, Oliveira AL de O e, Pinto TR, et al. A Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil, no contexto do Programa Mais Médicos: desafios e potencialidades. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2017;21:1333–43.

Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate* [Internet]. 2014 [citado 13 de junho de 2018];38(103). Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140079>

Pahim MLL. Organizações Sociais de Saúde do Estado de São Paulo: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde [Internet] [text]. Universidade de São Paulo; 2009 [citado 15 de junho de 2018]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-08122009-185716/>

Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 3 de julho de 2014;349(jul03 5):g4014–g4014.

Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet*. julho de 2013;382(9886):57–64.

Sano H, Abrucio FL. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*. setembro de 2008;48(3):64–80.

Santos L, Aragão AS de, Fundações estatais: estudos e parecer. 1a ed. Campinas, SP, Brasil: Saberes Editora; 2009. 387 p.

Santos M. O espaço do cidadão. São Paulo, SP, Brasil: EDUSP; 2007.

Santos M, Silveira ML. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Editora Record; 2001. 471 p.

Silva EN da, Powell-Jackson T. Does expanding primary healthcare improve hospital efficiency? Evidence from a panel analysis of avoidable hospitalisations in 5506 municipalities in Brazil, 2000–2014. *BMJ Global Health*. julho de 2017;2(2):e000242.

Silva RLN da. Políticas públicas e administração democrática. *Sequência (Florianópolis)*. julho de 2012;(64):57–85.

Silva VM da, Lima SML, Teixeira M. Organizações Sociais e Fundações Estatais de Direito Privado no Sistema Único de Saúde: relação entre o público e o privado e mecanismos de controle social. *Saúde em Debate*. 1o de dezembro de 2015;39(spe):145–59.

Soranz D, Pinto LF, Penna GO. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. maio de 2016;21(5):1327–38.

Traldi MC. Políticas públicas e organizações sociais : o controle social na terceirização dos serviços de saúde. 2003 [citado 15 de junho de 2018]; Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/253121>



Vieira R, Costa J, Lopes D. Maior oferta de médicos melhora indicadores de saúde? Evidências a partir do Programa Mais Médicos. 2017; 45o Encontro Nacional de Economia. Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia (ANPEC).

**Elaboração coletiva dos pesquisadores da Rede de Pesquisa em APS no Seminário “De Alma Ata à Estratégia Saúde da Família: 30 anos de APS no Brasil – avanços, desafios e ameaças”, realizado na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, de 20 e 21 de março de 2018.**

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

Editoração e montagem: Juliana Goulart Soares do Nascimento e Allan Claudius Queiroz Barbosa