

Repercussões da política nacional de atenção básica nos serviços oferecidos pela atenção primária à saúde no Brasil: revisão de escopo

Repercussions of the national primary care policy on the services offered by primary health care in Brazil: a scoping review

 Mariana Ferreira Américo¹

 Marília Eduarda Rodrigues¹

 Amanda Faria de Sousa¹

 Ana Elisa Nunes da Rocha Dias¹

 Elisângela Franciscon Naves²

 Gabriela Gonçalves Amaral³

¹Faculdade ZARNS – Itumbiara/GO

²Universidade de São Paulo – São Paulo/SP

³Universidade Federal de Goiás – Goiânia/GO

Autor correspondente:

Mariana Ferreira Américo

E-mail: marianaamerico07@gmail.com

Como citar este artigo:

AMÉRICO, M.F.; RODRIGUES, M.E.; SOUZA, A.F.; DIAS, A.E.N.R.; NAVES, E.F.; AMARAL, G.G.; **Repercussões da política nacional de atenção básica nos serviços oferecidos pela atenção primária à saúde no Brasil: revisão de escopo.** Revista Saber Digital, v. 17, n.3, e20241701, set./dez., 2024.

Data de Submissão: 31/05/2024

Data de aprovação: 04/09/2024

Data de publicação: 06/09/2024



Esta obra está licenciada com uma licença
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

RESUMO: Introdução: No Brasil, a criação do SUS visou ampliar o acesso aos serviços, com a APS sendo o primeiro contato da população. A PNAB, desde 2006, estabelece diretrizes para a ESF, mas mudanças nas edições de 2011 e 2017 podem afetar a cobertura e qualidade do atendimento. **Objetivo:** Este estudo visa mapear as repercussões da PNAB nas UAPS no Brasil, identificando os desafios enfrentados pelas equipes de saúde devido às mudanças no contexto da APS. **Método:** Foram seguidos os métodos do Joanna Briggs Institute e PRISMA-ScR, com estudos primários, secundários, editoriais e opiniões de especialistas desde 2006, utilizando bases de dados relevantes e análise independente com Rayyan. **Resultados e Discussão:** Após uma triagem inicial de 1.796 artigos, 21 foram incluídos visando mapear as repercussões da PNAB nas UAPS. A atualização da PNAB permitiu a divisão da carga horária semanal para até três profissionais da mesma área, levando a uma fragmentação do trabalho e diminuição dos vínculos e reduziu o número de ACS, causando sobrecarga na unidade e falta de acompanhamento dos pacientes. **Conclusão:** A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passou por reformulações entre 2006 e 2017, afetando a composição das equipes de saúde da família e suas cargas horárias. O financiamento da atenção básica também foi alterado, indicando uma tendência de mercantilização dos serviços de saúde.

Palavras-chaves: política de atenção primária; política de saúde; profissionais de saúde; Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT: Introduction: In Brazil, the creation of the SUS aimed to expand access to services, with PHC being the population's first contact. The PNAB, since 2006, has established guidelines for the ESF, but changes in the 2011 and 2017 editions may affect coverage and quality of care. **Objective:** This study aims to map the repercussions of the PNAB on UAPS in Brazil, identifying the challenges faced by health teams due to changes in the PHC context. **Method:** the methods of the Joanna Briggs Institute and PRISMA-ScR were followed, with primary, secondary studies, editorials and expert opinions since 2006, using relevant databases and independent analysis with Rayyan. **Results and Discussion:** After an initial screening of 1,796 articles, 21 were included in order to map the repercussions of PNAB on UAPS. The PNAB update allowed the division of the weekly workload for up to three professionals in the same area, leading to a

fragmentation of work and a reduction in links and reduced the number of CHAs, causing overload in the unit and a lack of patient monitoring. **Conclusion:** The National Primary Care Policy (PNAB) underwent reformulations between 2006 and 2017, affecting the composition of family health teams and their working hours. The financing of primary care has also changed, indicating a trend towards the commercialization of health services.

Keywords: primary care policy; health policy; Health professionals; Basic Health Care.

INTRODUÇÃO

O acesso à saúde representa um dos elementos primordiais para compreender a realidade social e política de um país. No Brasil, o direito à saúde foi incluído na Constituição Cidadã de 1988, com implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tinha o intuito de assegurar a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção. A Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil ganha destaque por se configurar como o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde e por prestar serviços centrados na população abrangendo os cerne das doenças, com bases nos determinantes sociais em saúde (Sousa; Shimizu, 2021).

Em 1994, surge o Programa de Saúde da Família (PSF), um modelo organizacional e assistencial com grande impacto na saúde da população, elaborado para reorientar o modelo assistencial da APS, visando a substituição do modelo centrado na doença e no cuidado médico individualizado por um novo modelo sintonizado aos princípios do SUS (Schenker, Costa, 2019; Starfield, 2002). Posteriormente o programa passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF) (Pinto, 2018).

Em 2006, o governo federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com o objetivo de estabelecer diretrizes organizacionais, vista como uma referência histórica para a consolidação nacional e expansão da ESF, objetivando a reorganização da atenção básica no Brasil explicitando tal estratégia como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Essa política trazia recomendações norteadoras para os serviços de saúde, processo de trabalho, composição das equipes, atribuições das categorias profissionais e para o financiamento do sistema, dentre outros (Pinto, 2018).

Entretanto, a segunda edição da PNAB, em 2011, e a terceira, em 2017, que deveriam figurar o aprimoramento e expansão da ESF como um modelo de organização da APS não foram tão expressivas. A PNAB revisada em 2011, buscou preservar a centralidade da ESF, enfatizando ampliação de sua cobertura, fornecimento de cuidados integrais e desenvolvimento da promoção da saúde, configurando-se como porta de entrada central do usuário no SUS e eixo de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). De

fato, identifica-se expressões desse esforço na PNAB de 2011, com a instituição do Requalifica Unidade Básica de Saúde (UBS) (reformas, ampliações, construções e informatização); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e no Programa Mais Médicos (PMM) (Melo, 2018). Nas antigas versões da PNAB recomendava-se uma UBS para cada 12 mil habitantes em conglomerados urbanos; quando as equipes fossem de saúde da família eram recomendados 30 mil habitantes para unidades do modelo tradicional, o que daria de três a quatro equipes por unidade, tomando o parâmetro vigente à época de população adscrita de 3450 por equipes saúde da família. No entanto, essa sugestão deixou de ser dada nas PNAB posteriores (Pedebos, 2021).

Desde o início da criação do PSF, a EqSF permanece inalterada, contando com um médico generalista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo estar associada ou não a uma equipe de saúde bucal. Tal composição permanece inalterada haja vista que as revisões das PNAB trouxeram apenas flexibilização na carga horária dos profissionais. Ademais, a população recomendada para a ESF era de 3.450 pessoas (mínimo de 2.400 e máximo de 4.500), sendo que a PNAB de 2017 muda tal recomendação para uma faixa de 2.000 a 3.500, considerando 2.000 para os cálculos de teto de equipes credenciadas e financiamento pelo Ministério da Saúde (anteriormente esse cálculo se considerava as 3.450 pessoas recomendadas) (Pedebos, 2021).

Os ACS têm papel importante dentro da APS, pois estabelecem vínculos com a comunidade, orientam a população sobre o uso e acesso aos serviços do sistema de saúde, realizam ações de vigilância em saúde, desenvolvem atividades de informação à população e de prevenção de doenças e agravos. No entanto, a PNAB de 2017 reduziu o número mínimo de ACS em uma ESF, de quatro para um agente, permitindo significativa diminuição destes profissionais, o que pode acarretar na redução e precarização da cobertura populacional (Freire et al., 2021).

A datar de 2015, todavia, alguns indicadores passam a assinalar a existência de riscos à continuidade dessa evolução positiva da situação de saúde. Examinando os 31 anos de SUS, Souza (2019) admite que o direito constitucional à saúde produziu efeitos benéficos, mas a garantia do direito à saúde está distante de ser obtida no cotidiano dos cidadãos, registrando-se a permanência e a emergência de problemas

de saúde e de ausências e erros dos serviços. A importância que a APS tem para o sistema de saúde, assim como, a análise de seu impacto sobre a situação de saúde da população, requerem a realização de avaliações permanentes, com o objetivo de fortalecer seus resultados e a qualidade do cuidado prestado (Harzheim et al., 2021). Apesar disso, o tema da PNAB ainda é incipiente na literatura para compreender as repercussões desta política nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS).

Nesse contexto, este estudo visa mapear as repercussões da PNAB nas UAPS no Brasil, a fim de identificar os desafios existentes para as equipes de saúde, no que se refere às mudanças no contexto da APS. Destaca-se, ainda, a relevância e o desenvolvimento de estudos relacionados a esta temática como forma de enriquecer e divulgar a literatura na área e reduzir as lacunas de conhecimento existentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo com etapas que se articulam e se complementam, baseada no método proposto pelo *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020), e nas recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) versão 2021 (Tricco et al., 2018).

O protocolo dessa revisão foi publicado sob o DOI: 10.6084/m9.figshare.25909105

Para elaboração da pergunta de pesquisa, além de determinar o escopo da análise, aumentar a quantidade de informações localizadas nas bases de dados com um menor número de buscas (Levac; Colquhoun; O'Brien, 2010), utilizou-se a estratégia Participantes, Conceito e Contexto (PCC) (Peters et al., 2020), onde P: Política Nacional de Atenção Básica; C: efeitos; e C: Atenção Primária à Saúde no Brasil, sendo estabelecida a seguinte questão norteadora: Quais as evidências acerca das repercussões da PNAB nas unidades de APS do Brasil?

O refinamento dos artigos encontrados foi fundamentado nos critérios de elegibilidade. Considerou-se a inclusão de estudos primários, estudos secundários, editoriais e opinião de especialistas; publicados em Português, Espanhol ou Inglês, a partir de 2006. O limite temporal definido se inicia desde a primeira PNAB de 2006 e perpassa pela PNAB vigente de 2017. Além disso, as informações de agências governamentais e órgãos nacionais, também foram selecionadas. Excluíram-se os

estudos que não se enquadraram nos critérios definidos e, em caso de discordância entre a elegibilidade dos estudos, um outro revisor foi acionado para auxiliar na decisão.

Inicialmente, objetivou-se a busca por revisões de escopo semelhantes, as quais não foram encontradas. A estratégia de busca teve o objetivo de identificar as publicações, e foi limitada às bases de dados importantes para a área da saúde. A construção desta estratégia foi pautada em Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e palavras-chave de acordo com a pergunta da revisão. Os operadores booleanos (OR, AND), incluindo recursos de truncagem, foram usados para combinar e relacionar os termos da busca (Quadro 1).

Uma das fontes de dados verificados foi o Portal da Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo as bases Literatura latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em ciências da saúde (MEDLINE) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Ademais, incluiu a literatura cinzenta, composta pelo Google Acadêmico.

Quadro 1 - Descritores controlados e não controlados utilizados para construção da estratégia de busca. Itumbiara, Brasil, 2024.

Base de dados	Estratégia de busca
LILACS	"política de atenção primária" OR "política de saúde" AND "profissionais de saúde" AND "Brasil" AND "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica" OR "Atenção Básica à Saúde"
MEDLINE	"health policy" AND "health professionals" AND "Brazil"
PubMed	"primary care policy" OR "health policy" AND "health professionals" AND "Brazil"
GOOGLE ACADÊMICO	"Brasil" AND "sistema único de saúde" AND "gestão em saúde" AND "atenção primária a saúde" AND "Atenção Básica" AND "ESF" AND "PSF" AND "profissionais de saúde" OR "equipe de saúde" AND "Política Nacional de Atenção Básica"

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A busca dos estudos ocorreu em 06/02/2024, o processo de seleção e análise dos artigos foi realizado de maneira independente pelas pesquisadoras a fim de obter melhor precisão dos dados. Os estudos encontrados foram exportados para o software Rayyan® (Ouzzani et al., 2016), a fim de serem avaliados no formato duplo

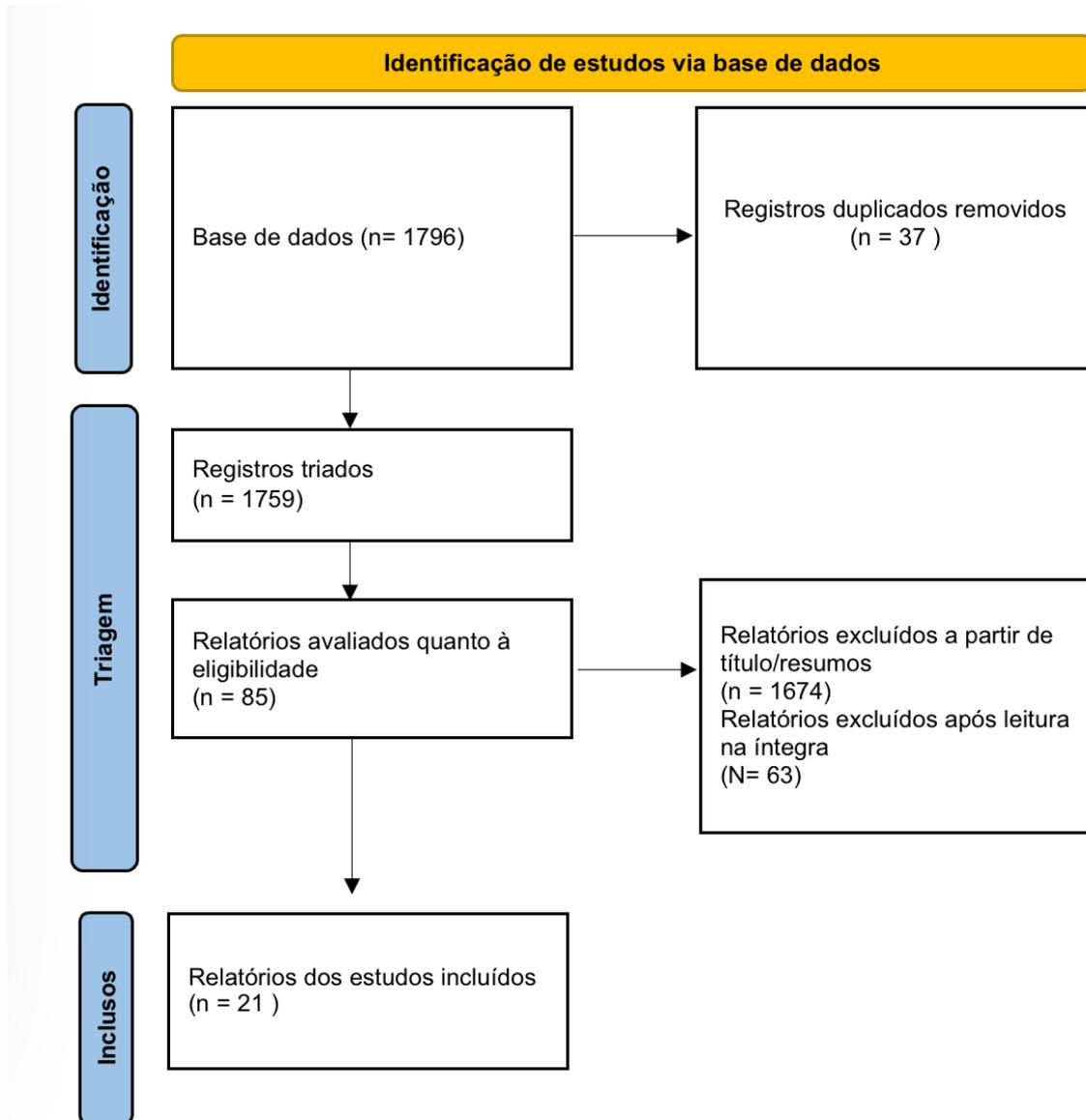
cego, por meio da leitura de seus títulos e resumos, tomando por base os critérios de seleção estabelecidos.

Os estudos elegíveis foram avaliados na íntegra para posterior extração dos dados. Para a sumarização e mapeamento dos elementos essenciais encontrados nos estudos, utilizou-se uma planilha do *Microsoft Excel 2019*® com os seguintes dados: autor(es), ano de publicação, título, país de origem, objetivo, tipo de estudo e trechos descrevendo os principais resultados de interesse desta revisão. Para a etapa de sumarização dos elementos essenciais de cada estudo, utilizou-se uma divisão categórica dos principais assuntos relacionados à temática (A constituição da equipe de saúde e suas mudanças; Modo que ocorre o financiamento na PNAB; Abrangência da cobertura da PNAB; e Programas relacionados a PNAB). Na etapa final, realizaram-se resumos narrativos dos elementos encontrados nos artigos analisados com a comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar a visão geral das categorias abordadas.

RESULTADOS

A seleção reportou um total de 1796 artigos, a saber: Lilacs (n=40); Medline (n=65), Pubmed (n=101) e Google acadêmico (n=1590), sendo retirados 25 artigos por serem duplicados. Após a leitura dos títulos e resumos, foram excluídos 1674 artigos por não responderem a questão da pesquisa. Ressalta-se que, quando a relevância de um estudo não era clara a partir de seu resumo, o artigo completo era recuperado para sua leitura na íntegra pelo primeiro autor verificar sua elegibilidade. Dos 85 incluídos para a leitura na íntegra, 63 foram excluídos por não atenderem aos critérios de elegibilidade. A amostra final foi composta por 21 artigos (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de fluxo de identificação, triagem e inclusão de estudos.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

O quadro 2 apresenta a sumarização dos 22 estudos que compuseram esta revisão.

Quadro 2. Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo. Brasil, 2024.

Título - Autores - Ano de publicação	Objetivo	Local	Principais discussões
Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? (Massuda, 2020)	Discutir os possíveis efeitos da nova política no financiamento da saúde, na remuneração por serviços de saúde e analisar os avanços, desafios e ameaças à APS e ao SUS no Brasil.	Brasil	A adoção da capitação e a avaliação de desempenho como critérios para cálculo de transferências intergovernamentais parece servir mais a propósitos restritivos do que a qualificação de serviços, devendo limitar a universalidade, ampliar distorções no financiamento e induzir a focalização das ações na APS no SUS.
Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. (Gomes; Gutiérrez; Soranz, 2020)	Apresentar os efeitos práticos da PNAB de 2017 na composição das equipes e seus efeitos no quadro de profissionais que as compõem.	Brasil	Salienta-se a disparidade inter-regional na distribuição dos 'Médicos de Família' e 'Família e Comunidade', em vista de sua maior concentração nas regiões Sudeste e Nordeste do país. De 2007 a 2017 nota-se um aumento do número de médicos no Brasil, já em 2018, com a interrupção da participação de Cuba no PMM, é perceptível a redução de 3.000 vínculos de contratação na ESF. Evidencia-se a evolução do número de ACS cadastrados no Brasil. No entanto, os dados referentes ao período de 2017 a 2019 apresentam redução de 780 agentes comunitários no Brasil.
Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios (Melo et al. 2018).	Discutir os contextos da revisão da PNAB em sua edição de 2017, comparar com a versão de 2011 e identificar elementos de continuidade, descontinuidade e possíveis agregações.	Brasil	Com a reformulação da PNAB, nota-se a redução do número de ACS, a reconfiguração da gestão da Atenção Básica com a figura do gerente, a retirada das palavras "humanização" e "democrática" do texto dessa política e mudanças nas cargas horárias. Essas novas diretrizes podem proporcionar uma atenção simplificada e seletiva.
Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017 (Lucena et al, 2020).	Realizar um monitoramento do quantitativo de equipes de saúde bucal implantadas na ESF após a PNAB 2017.	Brasil	Observou que o quantitativo de ESB implantadas nos municípios brasileiros reduziu após a PNAB 2017, principalmente das regiões Nordeste e Sul, os municípios com maior índice de Gini e com maior aporte populacional também apresentaram maior chance de reduzir o quantitativo de ESB
Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019 (Morais et al, 2020).	Realizar uma revisão integrativa sobre os modelos assistenciais e políticas públicas de saúde bucal no Brasil desenvolvidas no	Brasil	A PNAB de 2017 desobriga o desenvolvimento de ações de saúde bucal possibilitando ao município organizar seu sistema de saúde sem incluir a saúde bucal, esta que foi considerada como elo mais fraco e por isso foi desvalorizada e excluída das políticas públicas no Brasil

Repercussões da política nacional de atenção básica nos serviços oferecidos pela atenção primária à saúde no Brasil: revisão de escopo

Américo MF, Rodrigues ME, Souza AF, Dias AENR, Naves EF, Amaral GG

	período de 1950 a 2019.		
Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).	Analisar documentos produzidos pelo Ministério da Saúde entre 2019 e 2020 para a reorganização da atenção básica: o Previne Brasil e normatizações complementares.	Brasil	A atenção básica no Brasil vinha expressando um esforço de construção de um modelo de atenção associado à contínua ampliação do acesso aos serviços e de melhoria da qualidade da atenção, porém seu financiamento permaneceu insuficiente, o que converte a saúde em uma mercadoria ajustável aos interesses do setor privado. O Governo Federal tem atuado ativamente na produção de normativas que dão sustentação formal e base legal a essa operação. Identifica-se na PNAB 2017 o marco orientador desse processo.
Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias (Sperling, 2017)	Indicar possibilidades de enfrentamento para consolidação do modelo da ESF no país e fortalecimento de todo o sistema de saúde	Brasil	Suprimir a universalização do acesso ao sistema por meio da relativização da organização da atenção primária, com acesso favorável a outros modelos, será impor grave retrocesso à população. Indicando que o tecido de acolhimento e proteção das contradições colocadas pelos cenários histórico, social e biodemográfico nacionais não terá espaço na programação do cuidado.
Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família (Biff et al 2019).	Identificar os elementos que contribuem para a redução e para o aumento das cargas de trabalho de enfermeiros da ESF	Brasil	Muitos enfermeiros afirmam que as estruturas, materiais e instrumentos de saúde são precários, fatores esses que aumentam o desgaste do trabalhador e dos usuários. O aumento da carga de trabalho e das obrigações dos enfermeiros gera retrocessos no cuidado em saúde, diminuindo a resolutividade e integralidade do cuidado. Assim, fica claro que apenas a equipe mínima proposta pela PNAB não é suficiente para conciliar todas as exigências.
Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde (Soares et al. 2020).	Compreender como agentes comunitários de saúde percebem a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) para o cuidado à saúde.	Municípios de pequeno porte de Minas Gerais	De acordo com os ACS são necessários pontos de apoio, para favorecer o acesso da população rural ao cuidado em saúde, devido às extensas distâncias entre as moradias e a UBS localizada na cidade, fato esse que corrobora com a ideia de ter mais profissionais com habilidades técnicas em enfermagem para auxiliar essa população. Embora a PNAB de 2017 incorpore novas atribuições aos ACS para ampliar o cuidado à população, contraditoriamente, faculta ao gestor municipal a presença ou não desse profissional na equipe.
Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas (Lima et al. 2021).	Analisar a atenção primária em saúde no contexto rural e ribeirinha no território amazônico.	Amazônia	As equipes ribeirinhas e fluviais ainda são insuficientes para a cobertura efetiva da Atenção Básica na Amazônia. O aumento da cobertura só é possível com o financiamento tripartite que possibilite ampliar a equipe e diversificar seus tipos. No entanto, a PNAB atual gerou diminuição de equipes, o que gera desafios importantes para o acesso e equidade.

Repercussões da política nacional de atenção básica nos serviços oferecidos pela atenção primária à saúde no Brasil: revisão de escopo

Américo MF, Rodrigues ME, Souza AF, Dias AENR, Naves EF, Amaral GG

<p>Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. (Pinto, 2018. Rio de Janeiro)</p>	<p>Estudar as principais ações da PNAB, tomando como elemento de análise a expressão das mesmas no orçamento federal de 1996 até 2017.</p>	<p>Brasil</p>	<p>O valor per capita para o investimento em saúde nos municípios diminuiu entre os anos de 1998 e 2018, de 33,83 hab/ano para R\$ 28,00 hab/ano. O modelo atual de financiamento federal força que o município aloque recurso próprio na AB a fim de receber os federais.</p>
<p>Contribuição para uma Agenda Política Estratégica para a APS no SUS. (Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2018).</p>	<p>Propor medidas para a superação dos desafios postos para a APS e o enfrentamento das ameaças.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Na PNAB de 2017 há grandes retrocessos que indicam a abolição da prioridade para a ESF evidenciada pelo financiamento federal para modalidades de atenção básica convencional; pela redução da carga horária de médicos que atenta a longitudinalidade; pela flexibilização da presença dos ACS nas ESF adicionada à mudança nas atribuições desse trabalhador, agregando práticas de enfermagem e ações do ACE.</p>
<p>Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Giovanella; Franco; Almeida, 2020.</p>	<p>Analisar políticas recentes no campo da APS e discutir suas implicações para o modelo de atenção.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Com a PNAB de 2017 veio inúmeros retrocessos, notados na indução do emprego do médico na atenção básica como um “bico” prejudicando a longitudinalidade; no componente multiprofissional enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal ao NASF. No acolhimento ao adoecimento agudo na APS, que tende a transformar a ESF em pronto-atendimento; no novo modelo de financiamento da APS, ao substituir o Piso de Atenção Básica fixo e o variável por capitação ponderada, calculado pelo número de pessoas cadastradas a equipes, que pode ter efeitos drásticos no modelo assistencial da ESF.</p>
<p>Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). (Almeida et al., 2018).</p>	<p>Apresentar e discutir acontecimentos relacionados ao processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Desde a publicação da primeira PNAB, em 2006, foram percebidos avanços importantes no campo da ampliação do acesso da população a ações de atenção básica. Entretanto, a atual PNAB abriu mão de vários avanços, fazendo profissionais se mobilizarem para uma revisão desta política com o objetivo de afirmar fundamentos e diretrizes estratégicas para a PNAB, reforçando a ESF como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica. Além de requerer a introdução de mudanças na perspectiva de ampliação do acesso, acolhimento e resolubilidade da atenção básica, respeitando diferentes realidades.</p>
<p>A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. (Campos, Júnior, 2016).</p>	<p>Analisar a história das políticas de Atenção Primária no Brasil, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF) e no Programa Mais Médicos (PMM).</p>	<p>Brasil</p>	<p>A consolidação da Atenção Primária como alternativa para o cuidado em saúde para grande parte da população do Brasil é notória. Embora, observa-se entraves estruturais que têm comprometido a efetividade e a sustentabilidade da política que rege a Atenção Básica. Identificou-se que estes obstáculos decorrem, principalmente, do financiamento insuficiente e de modalidades de planejamento e de gestão ineficientes. O PMM ampliou a cobertura assistencial e tornou mais equitativa</p>

Repercussões da política nacional de atenção básica nos serviços oferecidos pela atenção primária à saúde no Brasil: revisão de escopo

Américo MF, Rodrigues ME, Souza AF, Dias AENR, Naves EF, Amaral GG

			a distribuição de médicos na Atenção Básica, não conseguindo, entretanto, resolver problemas estruturais do sistema público.
Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. (Mendes, Carnut, Guerra, 2018).	Discutir o financiamento federal da Atenção Básica no SUS.	Brasil	Em menos de 10 anos, a nova PNAB (2017) agudiza o processo de desconstrução do conceito de AP, por causa da relativização da cobertura, segmentação do cuidado, retorno à AB tradicional, fusão das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a dos Agentes de Controle de Endemias e diminuição da participação dos recursos federais no financiamento. Essa nova PNAB flexibiliza a forma como a APS é operacionalizada, por meio da ESF, levando para um processo de aprofundamento da privatização da saúde no País e conduzindo a AB a um caráter residual e assistencialista, distanciando-a de seu caráter de ordenadora do SUS.
Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018)	Refletir sobre os pactos, políticas e programas no âmbito do SUS frente aos desafios da Agenda 2030.	Brasil	A PNAB, lançada em 2006, revisada e atualizada em 2011 e 2017, incorpora inovações variadas e necessárias à qualificação da atenção básica como ordenadora das redes de atenção. A atual PNAB redefiniu a população adscrita a cada equipe de Atenção Básica para 2.000 a 3.500 pessoas, podendo existir outros arranjos locais, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, assegurando a qualidade do cuidado.
Análise da configuração da agenda de revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017: contexto, problema e alternativas (Mori, 2019).	Analisar como as mudanças realizadas na Política Nacional da Atenção Básica em 2017 entraram na agenda do governo	São Paulo	A configuração da agenda de revisão da PNAB 2017 é reflexo do fluxo de problemas relacionados a composição de equipe da PNAB, financiamento, problemas no acesso e na resolutividade da Atenção básica e a regulamentação dos ACS. As principais alternativas foram a flexibilização da obrigatoriedade do ACS na composição da equipe e a unificação dos blocos de financiamento.
Apontamentos sobre os desafios (ainda)atuais da atenção básica à saúde. (Cecilio, Reis, 2017).	Analisar os desafios para a consolidação de uma extensa rede de atenção básica à saúde como a principal porta de entrada para um sistema público de saúde universal.	Brasil	As diretrizes contidas na PNAB geraram um movimento de complexificação que produziu um efeito paradoxal não previsto: uma desacoplagem da Política como formulação ideal em relação ao mundo real das equipes e da produção do cuidado, no seu contato cotidiano e direto com os usuários e suas necessidades e parece não considerar a diversidade dos 5.570 municípios brasileiros e o MS não propôs um “projeto singular de gestão”, capaz de dialogar com as especificidades locais regionais.
A estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. (Costa, 2015).	Analisar o desenvolvimento da atenção primária à saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS) nas	Brasil	As limitações da expansão da APS encontram origem no papel regressivo do Ministério da Saúde no desenvolvimento do SUS nos últimos anos. Isso já era evidente na PNAB de 2011, que estabelece um afrouxamento das regras para a contratação de médicos para as equipes de saúde da família, com vínculos parciais de

	metrópoles brasileiras.		trabalho, retirando a irreal obrigatoriedade dos contratos de 40 horas. Além disso, a PNAB silencia em relação aos grandes municípios e metrópoles ao indicar a opção por um formato de financiamento federal para a atenção básica.
--	-------------------------	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

DISCUSSÃO

Para melhor compreensão do objeto em estudo, a discussão foi dividida em quatro categorias temáticas: a) A constituição da equipe de saúde e suas mudanças; b) Modo que ocorre o financiamento na PNAB; c) Abrangência da cobertura da PNAB; d) Programas relacionados a PNAB.

A constituição da equipe de saúde e suas mudanças

A equipe mínima intitulada é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares ou técnicos de enfermagem e ACS. A PNAB 2006 preconizava o máximo de 4.000 pessoas por equipe e 750 pessoas a cada ACS, não ultrapassando 12 ACS por equipe, com carga horária de 40 horas semanais (Mory, 2019). Na PNAB de 2011 tal carga horária semanal era de 20 ou 30 horas para suprir a falta dos profissionais (Gomes et al., 2020), enquanto na PNAB 2017 cada categoria de profissionais tem carga horária mínima de 10 horas, com no máximo três profissionais por área e devem somar no mínimo 40 horas semanais (Biff et al., 2020). Essa mudança provoca maior fragmentação do trabalho e uma diminuição do vínculo profissional-paciente (Cecílio; Reis, 2018).

Outro ponto relevante são os ACS, considerados trabalhadores estratégicos, cuja função de ofertar a integralidade do cuidado e intersetorialidade se dá mediante a construção de vínculo e reconhecimento da população adscrita no território, porém, com a PNAB 2017, a ESF tem a possibilidade de reduzir e flexibilizar a presença dos ACS por equipe, o número mínimo passou de quatro ACS para um, além de aumentar novas competências a estes profissionais, que antes eram desempenhadas pelos técnicos de enfermagem, como a aferição de pressão arterial e temperatura axilar. Ademais, propõe a união das funções do ACS com os agentes comunitários de endemias (ACE), ao contrário do que era proposto na PNAB 2011, onde ainda não descrevia o ACE. Com exceção dos ACS, todos os outros profissionais integrantes da

equipe mínima continuaram com suas funções preservadas na PNAB 2017 (Melo et al., 2018). Vale destacar que, a PNAB 2011 descreve os profissionais de saúde bucal como profissionais necessários à ESF, enquanto a publicação de 2017 a inclusão destes é facultativa (Morais et al, 2020).

Na formulação da PNAB 2017 foi implementado na ESF o cargo de gerente, profissional que deve ter nível superior e com experiência em atenção primária, para planejar, organizar e coordenar as ações de trabalho na UAPS. Em contraposição, houve uma descontinuidade da educação permanente, já que a PNAB 2011 propunha até oito horas semanais para atividades de formação, condição não mais prevista na publicação de 2017 (Melo et al., 2018).

Modo que ocorre o financiamento na PNAB

A implementação do SUS induziu transformações no modelo de atenção em saúde do país, a princípio, as normas operacionais básicas (NOB) publicadas pelo Ministério da Saúde, estabelecia a transferência de recursos financeiros federais para estados e municípios (Massuda, 2020). A NOB-96, era um modelo de financiamento baseado em um mecanismo de transferência regular e automático dos recursos federais, que ficou conhecido como o Piso de Atenção Básica (PAB), com repasse fundo a fundo (Mendes; Carnut; Guerra, 2018).

Em 1998, os municípios recebiam um recurso per capita/ano denominado PAB fixo destinado as práticas básicas de saúde e incentivos para implantar os programas recomendados pelo Ministério da Saúde, o PAB variável. Com a PNAB de 2006, o PAB variável foi dividido em três critérios, o “Componente Per Capta”, “Componente ESF” e “Componente Estrutura” com a finalidade respectivamente de repasse dos incentivos, que passou a ser o valor per capita; a construção de novas UAPS e a quantidade de equipes formadas pelos ACS (Pinto, 2018).

No entanto, necessitou-se uma revisão da PNAB em 2011, pois a vulnerabilidade socioeconômica dos municípios passou a influenciar o cálculo do valor per-capita do PAB fixo. Ademais, o “Componente Estrutura” foi expandido pelo Requalifica-UBS, implantando a informatização do SUS e reforma nas UAPS. Assim, houve a criação de repasses aos municípios que aderissem aos programas governamentais, denominado “Componente Qualidade” garantindo a autonomia do gestor (Costa, 2016).

Abrangência da cobertura da PNAB

Enquanto a PNAB 2011 fazia menção apenas ao limite máximo de 4.000 pessoas/equipe e 3.000/equipe como média recomendada por população adscrita, a PNAB 2017 coloca que cada ESF deve ser responsável por 2.000 a 3.500 pessoas, podendo existir outros arranjos locais, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária (Organização Pan-Americana da Saúde, 2018).

Um dos elementos centrais que caracterizam a ESF é a visita domiciliar, realizado rotineiramente em função das necessidades e demandas das famílias e territórios. Com a redução de ACS proporcionada pela PNAB 2017, também houve uma diminuição dessas visitas. Uma das populações afetadas por essa redução de ACS são os idosos que não possuem apoio familiar, portam doenças crônicas e, devido à dificuldade de locomoção, dependem desses profissionais para averiguar a necessidade de uma visita médica para acompanhamento (Schenker; Costa, 2019).

Nas áreas rurais, o ACS é o trabalhador que reduz a distância entre a população e o serviço de saúde, identificando as necessidades da comunidade. Entre as dificuldades enfrentadas pela população rural é válido destacar a distância até a UAPS e seu horário de funcionamento que, por vezes, é divergente ao dos trabalhos rurais; disponibilização de um veículo para realizar a visita domiciliar; e até mesmo a dificuldade de fixação do médico nas zonas rurais (Soares et al., 2020).

A criação de ESF nas áreas rurais, unidades fluviais e ribeirinhas permitiu o acesso dessas populações às UAPS, apesar de ser insuficiente para atender toda a demanda. A ampliação dessas políticas surge como forma de fazer justiça social para essas populações vulneráveis e possibilitar saúde integral e equitativa, apesar de que algumas consultas nesses locais ocorrem em salas de escola ou dentro de igrejas, pela dificuldade para adentrar nas comunidades, além da distância até cidades (Lima et al., 2021).

Programas relacionados a PNAB

O PMAQ-AB, criado em 2011, para avaliar a qualidade da APS e solucionar entraves devido as dificuldades de operacionalização e sustentabilidade da política foi implementado pelo governo para suprir as necessidades que apenas com a PNAB não estava suficiente (Cecilio; Reis, 2017).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, foi implementado pela PNAB 2011 de forma complementar à APS, para uma maior resolutividade do cuidado, entretanto o componente multiprofissional é enfraquecido pela extinção do credenciamento e financiamento federal ao NASF, sob a justificativa de maior autonomia do gestor municipal para a composição destas equipes (Almeida et al., 2020). Atualmente, este programa denomina-se equipes multiprofissionais na APS, as eMULTI (Brasil, 2023).

No ano de 2013, implantou-se o Programa Mais Médicos (PMM) que fornecia médicos aos municípios por meio de bolsas, ofertadas pelo Ministério da Saúde, para custear o serviço desses profissionais, com o intuito de aumentar o quantitativo de profissionais nas ESF (Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco, 2018). Em dezembro de 2019, a Lei no 13.958 14 institui o Programa Médicos pelo Brasil (PMB), que entra no lugar do PMM para suprir com profissionais os lugares de alta vulnerabilidade e para fomentar a especialidade medicina da família e comunidade, na tentativa de amenizar os problemas enfrentados pelo sistema (Campos; Junior, 2016).

Ademais, o programa “Previne Brasil” de 2019 substituiu os critérios do PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS, foram introduzidos o número de pessoas registradas em equipes de saúde da família e atenção primária cadastradas no Ministério da Saúde. O pagamento, que era baseado a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde, passa a ser restrito à população cadastrada. Por isso, os municípios em áreas carentes apresentaram maior dificuldade administrativa para registro das pessoas, enquanto nas cidades populosas, o cadastro de toda a população é altamente complexo (Morosini; Fonseca; Tatiana, 2020).

No mesmo ano, é instituída a Agência para Desenvolvimento da APS (ADAPS), uma instituição de direito privado e modalidade paraestatal e a Carteira de Serviços para a APS. Tais medidas são decorrentes das mudanças propostas pela PNAB 2017 e provocam uma mudança no cenário político e institucional da APS, corroborando com as possibilidades de privatização e abertura ao capital estrangeiro dos serviços de saúde, demonstrando que a nova elaboração de política segue um certo interesse mercadológico (Morosini; Fonseca; Tatiana, 2020).

A ADAPS pode ser definida como um serviço social autônomo, com o objetivo de executar políticas de desenvolvimento no país. Seus princípios são prestação de serviços, ações de formação e qualificação profissional, pesquisa e extensão, incorporação de tecnologias assistenciais e de gestão, monitoramento e avaliação das atividades de saúde. Com a criação da ADAPS iniciou-se possibilidades para que uma entidade privada exerça a gestão da APS, arrecadando recursos de outros meios, revelando uma porta de entrada para o setor privado no SUS. Diante dos fatos, o setor privado passa obter vantagens sobre o Estado, contando com o monopólio de gestão e determinando o que é viável e vantajoso para o mesmo (Morosini; Fonseca; Tatiana, 2020).

Dentre as limitações do estudo ressaltamos o tamanho da amostra devido a quantidade de artigos sem relação direta com os DeCS selecionados e o objetivo da revisão de escopo.

CONCLUSÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil passou por várias reformulações entre 2006 e 2017, influenciando a composição e a carga horária das equipes de saúde da família (ESF). A PNAB de 2006 estabelecia um limite máximo de 4.000 pessoas por equipe e 750 pessoas por agente comunitário de saúde (ACS), com uma carga horária semanal de 40 horas. Já a PNAB de 2011 permitia uma carga horária reduzida de 20 ou 30 horas semanais para suprir a falta de profissionais. Em 2017, a PNAB flexibilizou ainda mais as cargas horárias, causando fragmentação do trabalho e redução do vínculo entre profissionais e pacientes. Além disso, a PNAB de 2017 diminuiu o número mínimo de ACS por equipe e aumentou suas competências, incluindo funções anteriormente desempenhadas por técnicos de enfermagem, enquanto tornou a inclusão de profissionais de saúde bucal facultativa.

O financiamento da atenção básica sofreu diversas modificações ao longo dos anos. A partir da NOB-96, o modelo de financiamento se baseava na transferência regular e automática de recursos federais, conhecido como Piso de Atenção Básica (PAB). Em 1998, o PAB fixo foi implementado, e a partir de 2006, o PAB variável foi dividido em componentes específicos para repasse de incentivos. A PNAB de 2011 ajustou o financiamento para incluir a vulnerabilidade socioeconômica dos municípios e a requalificação das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Programas

como o PMAQ-AB, NASF, e o Programa Mais Médicos foram criados para melhorar a qualidade e a cobertura da atenção básica. Em 2019, o programa Previne Brasil substituiu os critérios anteriores de financiamento, focando no número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde, enquanto a criação da ADAPS introduziu possibilidades de gestão privada na APS, indicando uma tendência de mercantilização dos serviços de saúde.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Não houve conflitos de interesse.

SUPORTE FINANCEIRO

Não houve suporte financeiro, quando necessário foi realizado pelos próprios autores.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Mariana ferreira Américo: Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Análise estatística dos dados, Redação inicial, Redação final do artigo e correção, Formatação nas normas da Revista, Submissão no site e autor para correspondência; **Marília Eduarda Rodrigues:** Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Análise estatística dos dados, Redação inicial; **Amanda Faria de Souza:** Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Análise estatística dos dados, Redação inicial; **Ana Elisa Nunes da Rocha Dias:** Conceitualização, Revisão de literatura, Metodologia da Pesquisa, Levantamento dos dados da pesquisa, Análise estatística dos dados, Redação inicial; **Elisângela Franciscon Neves:** Conceitualização, Revisão de literatura, Redação inicial; **Gabriela Gonçalves Amaral:** Conceitualização, Revisão de literatura, Redação inicial, Redação final do artigo e correção.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). **Revista Panamericana de Salud Pública.** v.42, 2018.

BIFF et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 25, n. 1 p. 147-158, 2020.

Brasil. Ministério da saúde. Gabinete da Ministra. Portaria nº635, de 22/05/2023. Diretrizes para reorganização das equipes multiprofissionais na atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 22/05/2023.

CAMPOS, G, W, S; JUNIOR, N, P. A Atenção Primária e o Programa Mais médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.21, n.09, 2016.

CECILIO, REIS. Apontamos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Caderno de Saúde Pública.** v.34, n.8, 2018.

COSTA, N. R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p 1389-1398, 2016.

FREIRE, D. E. W. G, ET AL. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do brasil. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 55, 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA. P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1482, 2020.

GOMES, C.B.S.; GUTIÉRREZ, A.C.; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1327-1338, 2020.

HARZHEIM, E, et al. Atenção primária à saúde para o século XXI: primeiros resultados do novo modelo de financiamento. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 27, n. 02, p. 609-617, 2022.

LIMA, R.T.S, et al. Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.26, n. 6, p. 2053-2064, 2021.

LUCENA, E.H.G. Monitoramento das equipes de saúde bucal após a Política Nacional de Atenção Básica 2017. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v. 54, 2020.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020.

MELO, E. A, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p.38-51, 2018.

MENDES, A; CARNUT, L; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde em debate.** Rio de Janeiro, v.42, p.224-243, 2018.

MORAIS, H.G.F, et al. Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. **Revista Baiana de Saúde Pública.** v. 44, n. 1, p. 181-196, 2020.

MORI, A. Y. **Análise da configuração da agenda de revisão da Política Nacional de Atenção Básica de 2017: contexto, problemas e alternativas.** Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2019.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A. F.B.; TATIANA, W.F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 36, n. 9, 2020.

PETERS, DJ. M, et al. Orientação para conduzir revisões sistemáticas de escopo. **International Journal of Evidence-Based Healthcare.** V. 13, n. 03, p. 141-146, 2015.

PEDEBOS, L. A. Associação entre custos por equipe de saúde da família e porte de unidade básica de saúde em uma capital do sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 26, n.04, p. 1543-1552, 2021.

PINTO L.F, GIOVANELLA L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB).

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

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde em Debate.** v. 42, n. 1, p. 406-430, 2018.

SCHENKER, M.; COSTA, D.H. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1369-1380, 2019.

SOARES, A. N., et al. Cuidado em saúde às populações rurais: perspectivas e práticas de agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 30, n. 3, 2020.

SOUZA, A. L. A; SHIMZU, H. E. Como os brasileiros acessa a Atenção Básica em Saúde: evolução e adversidades no período recente (2012-2018). **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 26, n.08, p. 2981-2995, 2021.

SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde.** Rio de Janeiro. v. 4, pág. 1-7, 2017.

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Contribuição para uma agenda política estratégica para a Atenção Primária à Saúde no SUS. **Saúde em Debate** [online]. 2018, v. 42, n.1 pp. 406-430.

Repercussões da política nacional de atenção básica nos serviços oferecidos pela atenção primária à saúde no Brasil: revisão de escopo

Américo MF, Rodrigues ME, Souza AF, Dias AENR, Naves EF, Amaral GG

Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2020.