

# Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017)

Erika Rodrigues de Almeida,<sup>1</sup> Allan Nuno Alves de Sousa,<sup>1</sup>  
Celmário Castro Brandão,<sup>1</sup> Fabio Fortunato Brasil de Carvalho,<sup>2</sup>  
Graziela Tavares<sup>1</sup> e Kimielle Cristina Silva<sup>3</sup>

**Como citar** Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e180. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>

## RESUMO

**Objetivo.** Apresentar e discutir acontecimentos relacionados ao processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil, de modo a evidenciar narrativas que possam contribuir para análises futuras sobre a formulação, implementação e avaliação dessa Política.

**Métodos.** Trata-se de relato de experiência de participantes do processo de revisão da PNAB, a partir da análise de conteúdo complementada por análise documental.

**Resultados.** O processo de revisão da PNAB, ocorrido entre 2015 e 2017, foi fortemente marcado por disputas técnico-políticas entre o Ministério da Saúde e as instâncias representativas de secretarias municipais e estaduais de saúde. As principais mudanças introduzidas pela nova versão da PNAB são a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família; a ampliação das atribuições dos agentes comunitários de saúde; a construção da oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliadas da atenção básica; e a inclusão do gerente de atenção básica nas equipes.

**Conclusões.** A implementação da nova PNAB, fruto de disputas travadas no campo da gestão interfederativa, dependerá da confluência de interesses no sentido da efetivação de uma atenção primária acessível e resolutiva, fortalecendo o Sistema Único de Saúde, o que requer substancialmente a participação e o protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde no Brasil.

## Palavras-chave

Política de saúde; atenção primária à saúde; Estratégia Saúde da Família; avaliação em saúde; Brasil.

<sup>1</sup> Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília (DF), Brasil. Correspondência: Erika Rodrigues de Almeida, [erika.ralmeida@hotmail.com](mailto:erika.ralmeida@hotmail.com)

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Pública, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

A atenção primária à saúde (APS) foi concebida, a partir de Alma-Ata, como oferta de cuidados primários essenciais, fundamentados em tecnologias e métodos apropriados, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis. Esses cuidados devem estar disponíveis o mais proximamente possível dos lugares onde

as pessoas vivem e trabalham, colocados ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, possibilitando sua plena participação, a um custo com o qual a comunidade e o país possam arcar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (1, 2).

Nos países em desenvolvimento, a APS foi originalmente “seletiva”, concentrando-se em poucas intervenções de alto impacto para combater as causas mais prevalentes de mortalidade infantil e algumas doenças infecciosas (3). Com o passar do tempo, propostas abrangentes foram sendo implementadas, baseadas nas recomendações da Declaração de Alma-Ata (4).

A partir da década de 1980, a mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população em todo o mundo, aliada a contextos econômicos restritivos, ao aumento das despesas em saúde decorrentes da incorporação desordenada de tecnologias de alto custo, à ineficiência e baixa qualidade dos serviços e às mudanças no papel do Estado impulsionaram reformas organizacionais dos sistemas de saúde em diversos países das Américas e da União Europeia (4, 5). O objetivo dessas reformas foi a otimização dos custos em saúde e a coordenação entre os níveis assistenciais, com fortalecimento dos serviços de APS e a melhoria da qualidade e eficiência (5).

Na América do Sul, as reformas dos sistemas de saúde ocorreram, geralmente, em conjunto com processos de democratização, embutidas em mudanças econômicas, sociais e legais/constitucionais mais amplas que colocavam a saúde como direito humano fundamental, a ser desenvolvida como parte das políticas públicas que enfatizavam a equidade social e a democracia participativa. Os modelos de saúde biopsicossocial e intercultural subjacentes a tais reformas também implicavam maior ênfase na família, na comunidade, na provisão de serviços e políticas intersectoriais e na participação social (6).

Em 2007, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) lançaram as bases de um movimento de renovação da APS nas Américas, buscando estimular reflexões acerca da implementação de políticas condizentes com os princípios e valores defendidos em Alma-Ata e fomentar novas reformas para organizar e fortalecer os sistemas nacionais de saúde orientados pela APS, inclusive o sistema de saúde brasileiro (4).

No Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), as práticas de APS passaram a ser denominadas de atenção básica, implementada como política de Estado. A atenção básica é porta de entrada do

SUS e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente. É definida em formato abrangente, compreendendo ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, riscos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (7). Esse conceito está previsto na Constituição Federal brasileira de 1988 e nas normas que regulamentam o SUS.

Na linha do tempo de construção da APS brasileira, os primeiros cuidados primários remontam à Reforma Carlos Chagas, com a criação, em 1920, de postos de profilaxia rural voltados ao combate a endemias e epidemias de agravos prioritários à época (8). Até a década de 1980, quando foi criado o SUS, prevaleceram modelos centralizados e campanhistas, com oferta de ações voltadas ao controle das grandes endemias e consideradas como “medicina pobre para pobres”, com uma concepção assistencialista e curativa (9–11).

A partir de então, experiências de organização dos cuidados primários foram desenvolvidas em todo o país e serviram como precursoras de ações e programas governamentais instituídos pelo Estado brasileiro e inspirados em modelos de APS de países como Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra. No início da década de 1990, foram instituídos o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) – que passou a ser Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2006 (12–15) –, considerados o marco de uma nova proposta nacional de APS e parte de uma estratégia governamental para reestruturar o sistema e o modelo assistencial do SUS (16, 17). A tabela 1 apresenta as principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica brasileira, a partir da instituição do PACS e PSF.

Com a instituição e a implementação das diversas ações, percebeu-se, então, a necessidade de elaborar uma política nacional que não apenas agrupasse as distintas iniciativas, mas revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar os gastos públicos. Instituiu-se um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, em 2003, que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em março de 2006 (14, 18).

Em que pese o fato de que, em 2003, importantes quadros militantes da Reforma Sanitária passaram a compor os

quadros de gestão do Ministério da Saúde (14, 19), em 2006 o cenário político para a formulação da PNAB se mostrou bastante conturbado, gerando grande insegurança institucional, sobretudo pela reforma ministerial ocorrida à época (14) e pelo fato de que uma série de ações estruturantes da própria política ainda não havia sido realizada, como, por exemplo, a regulamentação da categoria profissional do agente comunitário de saúde (ACS), que se deu apenas em outubro do mesmo ano.

Buscando preservar a centralidade da ESF e consolidar uma APS forte, em 2011 houve uma primeira revisão da PNAB. Em síntese, o novo texto manteve a essência de 2006 e introduziu importantes inovações voltadas à ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da atenção básica, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (20). Tais ações vêm sendo implementadas desde então, em contraponto a um cenário nacional de instabilidade econômica e política.

Da publicação da PNAB 2011 até os dias atuais, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica, como o Programa Mais Médicos, as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras. No intuito de incorporar tais ações à PNAB, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão dessa política.

A formulação e revisão de políticas públicas são apresentadas há mais de 20 anos pelo campo das ciências sociais como um processo cíclico. Segundo Faria (21), a década de 1990 testemunhou, nas democracias ocidentais de uma maneira geral, e na América Latina particularmente, a busca de fortalecimento da “função avaliação” na gestão governamental, sendo implementados diferentes sistemas de avaliação das políticas públicas, justificados pela necessidade de “modernização” da gestão pública no contexto das reformas de Estado. Assim, compreender o processo de implementação de políticas pode se traduzir em importante elemento de aperfeiçoamento da ação governamental (22, 23).

Tendo como premissa a avaliação como componente da gestão em saúde e tendo como propósito fundamental dar

**TABELA 1. Principais estratégias, ações e programas instituídos ao longo da trajetória de consolidação da atenção básica, Brasil, 1991 a 2017**

Ano	Estratégias/ações/programas
1991	Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1994	Criação do Programa Saúde da Família.
1998	Implantação do piso de atenção básica (montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de atenção básica à saúde nos municípios, em substituição ao pagamento por produção); criação do Sistema de Informação da Atenção Básica.
1999	Publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2001	Implantação da saúde bucal no Programa Saúde da Família.
2003	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família I; Criação do Programa Bolsa Família.
2004	Criação da Política Nacional de Saúde Bucal.
2005	Instituição da autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.
2006	Regulamentação profissional dos agentes comunitários de saúde; publicação da Política Nacional de Atenção Básica, da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde; Programa Saúde da Família se torna Estratégia Saúde da Família.
2007	Criação do Programa Saúde na Escola.
2008	Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família; inclusão do microscopista na Estratégia Saúde da Família.
2009	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família II.
2010	Criação das equipes de saúde da família ribeirinhas e custeio de unidades básicas de saúde fluviais.
2011	Reformulação da Política Nacional de Atenção Básica; criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, do Programa Melhor em Casa, do Programa Academia da Saúde; das equipes de Consultório na Rua; do Telessaúde Brasil Redes e do Brasil Sorridente Indígena; revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.
2012	Criação do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.
2013	Criação do Programa Mais Médicos e substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pela estratégia e-SUS Atenção Básica.
2014	Publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade; revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde.
2017	Reformulação e publicação da nova Política Nacional de Atenção Básica.

suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, o presente trabalho apresenta e discute acontecimentos relacionados ao processo de revisão da PNAB, concluído em 2017, com vistas a introduzir narrativas que possam contribuir para análises futuras sobre a formulação, implementação e avaliação dessa política.

## MATERIAIS E MÉTODOS

O presente artigo é um relato de experiência de um grupo de participantes da gestão federal da atenção básica no processo de revisão da PNAB, ocorrido no período de 2015 a 2017, complementado por análise documental. Foram utilizados, como fontes de informação, documentos e outros registros pessoais das reuniões, encontros e oficinas acerca da revisão da PNAB, além de relatórios gerenciais e documentos técnicos e normativos oficiais.

Por meio de triangulação de fontes e dados, procedeu-se à análise de conteúdo (24). Primeiramente, os autores estabeleceram contato com os materiais que

iriam subsidiar a análise, apropriando-se dele e deixando-se invadir por impressões e orientações. Em seguida, parte do material foi selecionado e agrupado de forma semelhante ao que foi descrito nos documentos investigados, a partir de recortes e extração das ideias mais relevantes, formando, assim, os temas.

Mediante leitura e releitura do material considerado relevante, as informações foram agrupadas de acordo com dimensões temáticas, emergindo três categorias para análise e discussão: processo de revisão da PNAB 2017; principais mudanças e inovações introduzidas na PNAB; e interesses e elementos constitutivos das mudanças e inovações à PNAB.

Em que pese o esforço de análise crítica do material sistematizado, é importante reconhecer o lugar de fala e implicação dos autores e destacar que a maior parte do conteúdo aqui apresentado deriva de relatos e registros pessoais. Adicionalmente, há clareza de que se trata de uma das versões possíveis de compreensão do processo, sendo plausível a existência de

outros pontos de vista, convergentes ou não com os apresentados aqui. Em outras palavras, os autores assumem a perspectiva bourdieusiana (25) da ausência de neutralidade na verdade científica disposta neste manuscrito.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

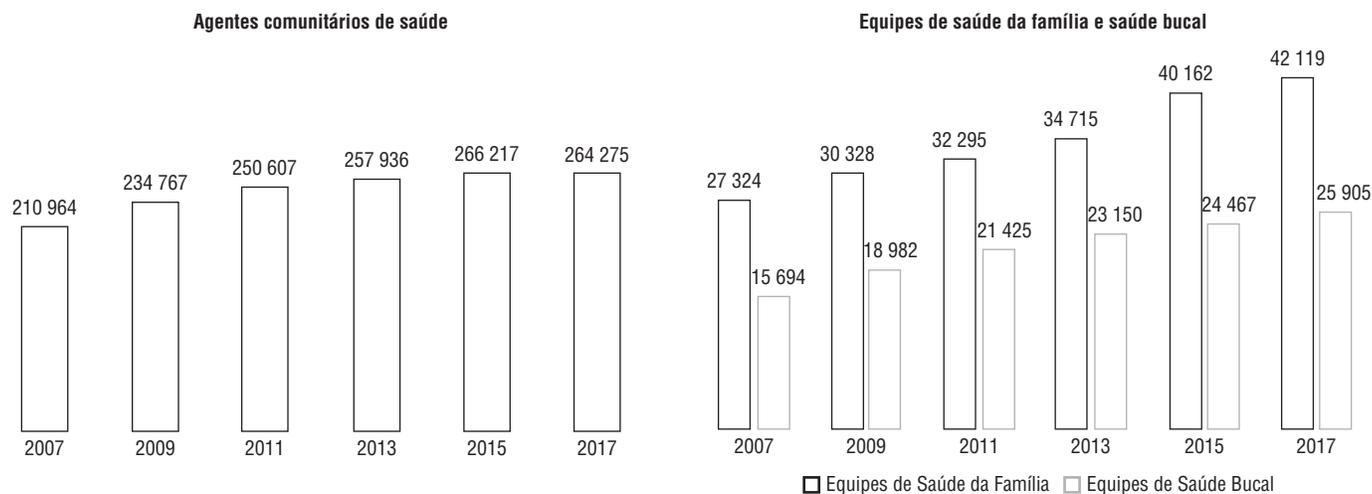
### Processo de revisão da PNAB 2017: arena de disputa

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, como se observa na figura 1. De 2007 a 2017, houve ampliação da cobertura populacional pela ESF, variando de 48% a 64%. As equipes de saúde bucal também apresentaram aumento na cobertura (29,9% para 41,2%). Houve, ainda, ampliação de 25,3% no número de ACS, com crescimento contínuo, excetuando-se o último biênio, onde houve redução de 0,7%.

Além disso, uma série de programas e estratégias foram implementadas na busca de ampliar o acesso e a integralidade do cuidado na atenção básica. Contudo, persiste o desafio da baixa resolubilidade desses serviços (26, 27).

Diante desse cenário, gestores municipais e estaduais de saúde, por intermédio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), mostraram interesse em debater a PNAB então vigente, de modo que fosse discutida, sobretudo, a ampliação do financiamento federal para outras modalidades de organização da atenção básica e a possibilidade de novos arranjos na composição da ESF. Em paralelo, o relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2015, propôs garantir o processo de revisão da PNAB, de modo a discutir a composição e a carga horária de profissionais da ESF e os critérios de distribuição de habitantes por equipe.

Assim, em 2015, o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde deu início a um conjunto de reuniões, oficinas e fóruns envolvendo trabalhadores, gestores, usuários e pesquisadores. O objetivo desse esforço foi colher subsídios para a construção de estratégias voltadas à agenda de fortalecimento da atenção básica para os próximos anos e, assim, atualizar a PNAB.

**FIGURA 1. Número de agentes comunitários de saúde, de equipes de Saúde da Família e de equipes de Saúde Bucal, Brasil, 2007–2017**

Fonte: Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde do Brasil.

Inicialmente, o processo de revisão objetivou afirmar fundamentos e diretrizes estratégicas para a PNAB, reforçando a ESF como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica. Um segundo objetivo foi a introdução de mudanças na perspectiva de ampliação do acesso, acolhimento e resolubilidade da atenção básica, respeitando diferentes realidades.

Contudo, o processo de revisão foi interrompido, tendo em vista os importantes acontecimentos políticos ocorridos no cenário nacional em 2015, que produziram expressivas mudanças no Executivo federal. Em virtude de reformas ministeriais conduzidas no governo da Presidente Dilma Rousseff, houve mudança na gestão do Ministério da Saúde, com a saída do ministro Arthur Chioro e ingresso do deputado Marcelo Castro. Tal transição objetivou dar sustentação política ao governo Dilma, especialmente no Congresso Nacional (28). Em que pesem tais intervenções, o processo culminou com o *impeachment* da Presidente em agosto de 2016, sendo o cargo assumido pelo então Vice-Presidente da República, Michel Temer.

Merece destaque a publicação, nesse período de instabilidade político-institucional, das portarias ministeriais 958 e 959, de 10 de maio de 2016, que permitiam a composição de equipes de saúde da família sem ACS, podendo estes serem substituídos por técnicos de enfermagem. Tal publicação gerou grande insatisfação por parte da categoria, que

se mobilizou em torno da revogação de tais normativas. Por outro lado, as portarias acolheram parcialmente a demanda do CONASEMS por ajustes na composição das equipes e representaram os esforços do Executivo federal em buscar maior base de apoio entre os entes federados.

Daí em diante houve substancial transição governamental, tendo assumido o Ministério da Saúde o engenheiro e deputado Ricardo Barros. Com ele ingressaram novos atores políticos, abrindo uma janela de oportunidades para que instituições que vinham pautando o Ministério da Saúde para retomada da agenda de revisão da PNAB, tais como o CONASEMS e o CONASS, pudessem recolocar suas pautas centrais, agora de forma mais incisiva, por possuir maior alinhamento político com os novos componentes da gestão ministerial.

Vale destacar que uma das primeiras ações relacionadas à agenda da atenção básica realizada pela nova gestão do Ministério foi a revogação das portarias 958 e 959, em 9 de junho de 2016 (portaria GM/MS 1 132), em um esforço de conciliação do novo governo com as entidades representativas dos ACS. Por outro lado, tal medida também resultou de pactuação com o CONASEMS, sob o compromisso ministerial de retomar a revisão da PNAB.

Paralelamente, havia um acirrado campo de disputas corporativas, tanto na esfera legislativa quanto na judiciária. Destacam-se dois projetos em benefício

dos ACS e dos agentes de combate às endemias (ACE): um sobre as atribuições e outro sobre o aumento do piso salarial; e liminar que proibia os enfermeiros de solicitarem exames na atenção básica, decorrente de ação movida pelo Conselho Federal de Medicina. Remonta desse período, ainda, a opção da gestão municipal do Rio de Janeiro em fechar serviços de atenção básica, agenda que, equivocadamente, foi atrelada ao processo de revisão da PNAB.

Com isso, movido pelo alinhamento político entre os membros do alto escalão das instâncias componentes da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), o processo de revisão foi recolocado enquanto prioridade na agenda governamental, mesmo não havendo consenso entre os técnicos sobre sua tempestividade. Notadamente, esse complexo contexto, sucintamente apresentado, provocava tensão ao longo de todo o processo de revisão, pois a todo momento novos elementos surgiam e importantes questões foram perdidas na arena de disputa. Assim, a agenda esteve suscetível a mudanças na linha organizativa pensada até então para a política de atenção básica, e projetos concorrentes àqueles historicamente defendidos no campo da saúde coletiva estiveram presentes nas mesas de negociação.

Em síntese, na correlação de forças, as agendas defendidas pelo CONASS e CONASEMS tiveram maior respaldo político para aprovação diante do conjunto de tomadores de decisão da CIT, em detrimento daquelas defendidas

pelo corpo técnico do DAB. Este se esforçava para defender os princípios e diretrizes da atenção básica, do modelo da ESF como prioritário, do resgate de elementos debatidos entre 2011 e 2016 e de um processo de revisão participativo e plural, que também atendesse às expectativas de trabalhadores e usuários do SUS.

Apesar desse esforço, ao longo de 2017 a agenda ocorreu majoritariamente entre gestores dos três entes, o que foi, inclusive, questionado pelo Conselho Nacional de Saúde. Em resposta, a CIT propôs

consulta pública. Durante 15 dias, foram reunidas 8 901 proposições ao texto em análise, as quais foram apreciadas e parcialmente incorporadas no texto. Em 31 de agosto de 2017 o texto final foi pactuado na CIT.

Vale destacar que, durante todo o processo ocorrido em 2017, a revisão da PNAB foi questionada pelos movimentos sociais, pesquisadores e trabalhadores do SUS. Tais questionamentos englobaram desde a justificativa de revisão em um momento de instabilidade política, econômica e social, até críticas em torno das

propostas em discussão (29, 30). Apesar desse cenário, a agenda de revisão foi concluída, com a publicação da portaria 2 436 de 21 de setembro de 2017, republicada 7 dias depois no anexo XXII da portaria de consolidação nº 02 (7).

### PNAB 2017: principais mudanças e inovações

A tabela 2 apresenta uma síntese das principais mudanças ou inovações incorporadas à PNAB em 2017. A nova PNAB publicada em 2017 passou a reconhecer,

**TABELA 2. Comparativo entre a PNAB 2011 e a PNAB 2017 segundo eixos temáticos, Brasil, 2018<sup>a</sup>**

Eixos temáticos	PNAB 2011	PNAB 2017
Financiamento de modelos de organização da atenção básica ACS/ACE	Apenas o modelo da ESF era financiado com recursos federais. – ACS obrigatório na ESF (1 para cada 750 pessoas; máximo de 12 por equipe). – Definição de oito atribuições para ACS. – Coordenação do trabalho do ACS apenas pelo enfermeiro. – ACE não compunha equipe de saúde da família/eAB.	– Mantém o financiamento das equipes de saúde de família como prioritário e passa a financiar, com valor inferior, as eAB. – ACS obrigatório na ESF, em número a depender da necessidade e perfil epidemiológico local. Em áreas de vulnerabilidade, um ACS para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da população, sem número máximo por equipe; facultativo na eAB. – Incorpora as atribuições do ACE e acrescenta 11 atribuições comuns entre ACS e ACE; – Atualiza e amplia para 12 as atribuições dos ACS; – Coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior).
Integração entre atenção básica e vigilância em saúde	Não mencionava.	Introduzida tanto no campo da gestão e organização de serviços quanto na produção do cuidado, como responsabilidade dos entes e de todos os profissionais.
Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica	Denominados Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), podendo atuar junto à ESF, incluindo equipes ribeirinhas, fluviais e Consultório na Rua.	Denominação alterada para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), passando a apoiar, além das equipes de saúde da família, as eAB.
Gerente de atenção básica	Não mencionava.	– Reconhece a figura do gerente de UBS, recomendando sua inserção como novo membro da equipe, com previsão de apoio financeiro federal. – Gerente deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde.
Composição das equipes	– Equipe de saúde da família: médico, enfermeiro, técnico /auxiliar de enfermagem e ACS. – Complementarmente, equipe de saúde bucal e NASF. – Sem definições para eAB.	– ACE pode ser incluído na equipe de saúde da família. – eAB deve seguir parâmetros da equipe de saúde da família, sendo facultado compor com ACS e ACE.
Oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB	– Não possuía.	– Incorporada na busca de garantir a oferta de serviços essenciais no âmbito da AB a toda a população e a ampliação da resolubilidade da AB.
Territorialização/vínculo	Usuário só podia se vincular a uma UBS.	É facultado ao gestor possibilitar que o usuário se vincule a mais de uma UBS.
Segurança do paciente	Não mencionava.	– Incorporada como atribuição de todos os membros da equipe.
Regulação	Abordado de forma superficial e pouco clara.	– Atribui aos profissionais a função de contribuir nos processos de regulação do acesso a partir da AB; – Aponta o Telessaúde Brasil Redes e protocolos como ferramentas de apoio à regulação.
Pontos de apoio	Não mencionava.	– Reconhecidos como estrutura da AB para atendimento a populações dispersas, respeitando normas gerais de segurança sanitária.
Carga horária semanal das equipes	– Equipes de saúde da família = 40h. – Cinco tipos de equipe de saúde da família com diferentes composições de carga horária médica.	– Equipes de saúde da família: 40h para todos os membros da equipe. – eAB: 40h por categoria profissional (máximo de três profissionais e mínimo de 10h por categoria).
Cobertura populacional por equipe	– 3 000 a 4 000 pessoas por equipe.	– 2 000 a 3 500 pessoas, com parâmetros baseados nos riscos e vulnerabilidades do território.
Educação permanente e formação em saúde	– Distribuídas ao longo do texto, porém não versava sobre formação em saúde e estrutura física para essas ações.	– Incorporadas ao processo de trabalho das equipes, com estrutura física e ambiência adequada para tal. – Incorpora o ensino na saúde, destacando o papel da AB como locus de formação, pesquisa e extensão.
Prazo para implantação de equipes	Não mencionava.	Define 4 meses para implantação de equipes credenciadas em portaria.

<sup>a</sup>AB = Atenção básica; ACE = agente de combate a endemias; ACS = agente comunitário de saúde; eAB = equipe de atenção básica; ESF = Estratégia Saúde da Família; NASF = Núcleo de Apoio à Saúde da Família; NASF-AB = Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; PNAB = Política Nacional de Atenção Básica; UBS = Unidade Básica de Saúde.

financeiramente, outros modelos de organização da atenção básica que não o modelo da ESF. A ESF ainda mantém-se como prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica no Brasil, tendo sido, inclusive, definido valor inferior para o financiamento das novas equipes de atenção básica (eAB). Apesar desse dispositivo, alguns estudos têm sinalizado a preocupação de que tal medida possa causar retrocesso no modelo de organização da atenção básica e, ainda, a provável perda de recursos para outras configurações, em um contexto de retração do financiamento da saúde (30).

Mesmo com o fato de a PNAB 2017 definir que a eAB deva seguir os mesmos princípios e diretrizes previstos para a ESF, e que deva ter caráter transitório, uma crítica que tem se apresentado é a possibilidade de essa equipe não ter, em sua composição, o ACS. Tal crítica é contundente quando se reconhece o papel central do ACS na mobilização e orientação comunitária, assim como na compreensão e inserção territorial (31).

Ainda com relação aos ACS, a nova PNAB amplia suas atribuições, em consonância com a nova redação dada pela lei 13.595/2018 à lei 11.350/2006, que regulamenta o trabalho dos agentes. Essa inovação tem sido questionada por entidades da saúde coletiva e considerada como descaracterização do trabalho do ACS, por priorizar atividades de cunho clínico (30). Embora esse posicionamento seja válido, é importante refletir que a ampliação das atribuições dos ACS é agenda da própria categoria, que pleiteou junto ao Congresso Nacional tais dispositivos, vide o projeto de lei 6.437/2016. Assim, qualquer análise sobre tal agenda requer reflexões mais profundas e o reconhecimento dos elementos e agentes que a impulsionaram.

A PNAB 2017 reconhece, ainda, o papel do gerente de atenção básica, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local, inclusive com apoio financeiro federal. Diversos estudos (32, 33) têm reportado a importância desse agente na composição das equipes de atenção básica. Dados oficiais do Ministério da Saúde apontam a atuação de centenas de gerentes em várias localidades do país.

No que diz respeito à oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados

da atenção básica, reconhecida durante o processo de revisão da PNAB como “carteira de serviços”, é importante destacar que tal agenda foi incorporada com base em informações produzidas nos dois primeiros ciclos do PMAQ-AB, que evidenciaram que uma parcela expressiva das equipes de saúde não tem ofertado ações consideradas essenciais e típicas da atenção básica.

Apesar de tal cenário e do fato de inúmeros municípios já terem implantado suas carteiras de serviço, somados à existência de estudos (34, 35) que comprovam que a definição dessas carteiras contribui para a diminuição das iniquidades na oferta de ações e serviços de atenção básica, outros estudos (29, 30) criticam a inovação, definindo-a como um descompromisso com o princípio da integralidade que tendência a configurações em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abertura da agenda de revisão da PNAB 2017 se deu de forma participativa, conciliando a demanda apresentada pela gestão tripartite com a necessidade manifesta nas instâncias de controle social. Entretanto, a intensificação da agenda em um momento político instável fragilizou, sobremaneira, a sustentação técnica dos debates, apesar das poucas aparentes, mas significativas, conquistas no campo das disputas entre a fundamentação técnica e os interesses político-corporativos.

Dessa forma, ao final do processo, publicou-se uma Política fruto da arena de disputas travadas no campo da gestão interfederativa, em que prevaleceram os interesses de parte dos atores, ao passo que algumas inovações defendidas tecnicamente foram incorporadas à Política de forma tímida e superficial. Tal elemento deve despertar maior atenção às propostas vigentes, e ser considerado em futuras análises sobre a implementação da atual PNAB.

Somado a esse fato, o cenário político-econômico brasileiro se coloca como grande desafio à operacionalização da nova Política. A implantação das diretrizes contidas no texto depende de importante indução financeira federal, enquanto

que, na contramão da ampliação do investimento público em saúde, o que se tem de concreto é a sua limitação, vide a emenda constitucional 95/2016, a nova proposta de financiamento do SUS – unificação dos blocos de financiamento –, e a elevação dos gastos na atenção básica com o lançamento do Programa de Informatização de Unidades Básicas de Saúde e do Programa de Formação Técnica para Agentes de Saúde. Entretanto, o grau de prioridade desses programas talvez não seja eminentemente urgente para o atual momento da APS no Brasil e seu desenho parece não ser o mais adequado. Adicionalmente, deve-se considerar nesse cenário a iminência de aprovação de projeto de Emenda Constitucional que propõe a ampliação do piso salarial dos ACS e ACE.

Finalmente, vale ressaltar que a implementação da PNAB não dependerá exclusivamente do seu texto, mas sim do desenrolar do emaranhado de interesses corporativos, políticos e econômicos que se fizeram fortemente presentes durante todo o processo de discussão e reformulação da Política. A expectativa é de que esses interesses possam confluir no sentido da efetivação de uma APS acessível e resolutiva, fortalecendo o SUS como um todo. A concretização dessa expectativa, contudo, depende substancialmente da participação e do protagonismo da sociedade na luta pelo direito à saúde no Brasil.

**Agradecimentos.** Os autores agradecem a todos os técnicos do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde envolvidos no processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica.

**Conflitos de interesse.** Os autores declaram a existência de conflito de interesses, visto serem técnicos do quadro de trabalhadores do Departamento de Atenção Básica/Ministério de Saúde - Brasil e participantes do processo de revisão da Política Nacional de Atenção Básica.

**Declaração.** As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da *RPSP/PAJPH* ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

## REFERÊNCIAS

1. OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acessado em 05 de dezembro de 2017.
2. Giovannella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L. (org) Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2 ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.493-545.
3. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979;301:967-974.
4. OPAS/OMS. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965). Acessado em 10 de agosto de 2018.
5. Giovannella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad. Saúde Pública* 2006;22(5): 951-963.
6. Ramirez NA, Ruiz JP, Romero RV, Labonte R. Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad. Saúde Pública* 2011;27(10):1875-1890.
7. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, Anexo XXII, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html). Acessado em 27 de dezembro de 2017.
8. Campos CEA. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. História, Ciências, Saúde – Manguinhos 2007;14(3):877-906.
9. Giovannella L, Almeida PF. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. *Cad. Saúde Pública* 2017; 33 Sup 2:e00118816.
10. Paim JS. Descentralização das ações de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. In: Paim JS. Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002.
11. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovannella L (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.
12. Haynes A. Health Care in Brazil. *British Medical Journal* 1993;306:503-506.
13. Silva CH. Murialdo: história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. *Boletim da Saúde* 2008;16(2):105-115.
14. Almeida ER. A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. 2016. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/21633/1/Tese%20ERIKA%20ALMEIDA.%202016.pdf>. Acessado em 20 de dezembro de 2017.
15. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma sanitária do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 2005;15(Supl.):225-264.
16. Paim JS, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet* 2011;377(9779): Sistema 11-31.
17. Ministério da Saúde. Saúde da Família – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde/Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf). Acessado em 15 de dezembro de 2017.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acessado em 10 de agosto de 2018.
19. Bravo MIS. Política de saúde no Brasil. In: Mota AE, Bravo MIS, Uchoa R, Nogueira V, Marsiglia R, Gomes L, Teix M. (organizadores). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez/OPAS/OMS/Ministério da Saúde; 2006. p. 88-110.
20. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acessado em 17 de dezembro de 2017.
21. Faria CAP. A política da avaliação de políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* 2005;20(59):97-110.
22. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflections on implementation analysis of health policies. *Saúde debate* 2015;39(104): 210-225.
23. Viana LA, Baptista TWF. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA L. (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. p. 65-105.
24. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.
25. Bourdieu P. La sociologia, es una Ciencia. *La Recherche* nº 331, Maio de 2000. Disponível em: <https://metodologia.blogs.sapo.pt/tag/bourdieu> Acessado em 21 de agosto de 2018.
26. Medrado JRS, Casanova AO, Oliveira CCM. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. *Saúde debate* 2015;39(107): 1033-1043.
27. Lima RTS, Fernandes TG, Balieiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Shweickardt JC, Ferla AA. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc. saúde coletiva* 2016;21(9):2685-2696.
28. Machado CV, Lima LD, Baptista TWF. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. *Cad. Saúde Pública* 2017;33(Sup 2):S143-S146.
29. Morosini MVGC, Fonseca AF. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? *Cad. Saúde Pública* 2017;33(1):1-4.
30. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018;42(116): 11-24.
31. Alonso CMC, Beguin PD, Duarte FJCM. Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metas-síntese. *Rev. Saúde Pública* 2018;52(14): 1-13.
32. Fernandes LCL, Machado RZ, Anshau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. saúde coletiva* 2009;14(Supl. 1):1541-1552.
33. Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva* 2007;12(2):443-453.
34. Salazar BA, Campos MR, Luiza VL. A Carteira de Serviços de Saúde do Município do Rio de Janeiro e as ações em saúde na Atenção Primária no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2017;22(3):783-796.
35. Ney MS, Pierantoni CR, Lapão LV. Sistemas de avaliação profissional e contratualização da gestão na Atenção Primária à Saúde em Portugal. *Saúde debate* 2015; 39(104): 43-55.

Manuscrito recebido em 14 de janeiro de 2018. Aceito em versão revisada em 7 de setembro de 2018.

---

**ABSTRACT**

**National primary health care policy in Brazil: an analysis of the review process (2015–2017)**

*Objective.* To describe and discuss events associated with the latest review of the national primary health care (PHC) policy in Brazil (*Política Nacional de Atenção Básica*, PNAB) so as to highlight narratives that may contribute to future analyses focusing on the formulation, implementation, and assessment of this policy.

*Method.* Participant observation report of the PNAB review process, based on content and document analyses.

*Results.* The review process of PNAB, which took place between 2015 and 2017, was strongly marked by technical and political dispute among the Ministry of Health and authorities representing municipal and state health departments. The main changes introduced by the new version of PNAB are the financing of other PHC organizational models in addition to the Family Health Strategy; attribution of additional responsibilities to community health agents; introduction of a national set of core and extended PHC services and actions; and introduction of a manager role as part of PHC teams.

*Conclusions.* Implementation of the revised PNAB, which was the result of inter-federation dispute, will depend on the convergence of interests in a PHC that is accessible and effective, strengthening the Unified Health System. This will substantially require societal engagement and leadership in the fight for the right to health in Brazil.

**Keywords** Health policy; primary health care; Family Health Strategy; health evaluation; Brazil.

---

---

**RESUMEN**

**Política Nacional de Atención Básica en Brasil: un análisis del proceso de revisión (2015–2017)**

*Objetivo.* Presentar y discutir los acontecimientos relacionados con el proceso de revisión de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) en Brasil, de manera de obtener información que pueda contribuir a futuros análisis sobre la formulación, implementación y evaluación de esa política.

*Métodos.* Se evaluó el relato de la experiencia de los participantes del proceso de revisión de la PNAB a partir del análisis de contenido, complementado por un análisis documental.

*Resultados.* El proceso de revisión de la PNAB, que tuvo lugar entre 2015 y 2017, presentó marcadas disputas técnico-políticas entre el Ministerio de Salud y las instancias representativas de las secretarías municipales y estatales de salud. Los principales cambios introducidos por la nueva versión de la PNAB son la posibilidad de financiamiento de otros modelos de organización de la atención básica además de la Estrategia Salud de la Familia, la ampliación de las atribuciones de los agentes comunitarios de salud, la construcción de la oferta nacional de servicios y acciones esenciales y ampliadas de atención básica, y la inclusión del gerente de atención básica en los equipos.

*Conclusiones.* La implementación de la nueva PNAB, fruto de las disputas entabladas en el campo de la gestión interfederativa, dependerá de la confluencia de intereses hacia la efectivización de una atención primaria accesible y resolutive, fortaleciendo el Sistema Único de Salud, lo que requiere la participación y el protagonismo de la sociedad en la lucha por el derecho a la salud en Brasil.

**Palabras clave** Política de salud; atención primaria de salud; Estrategia de Salud Familiar; evaluación en salud; Brasil.

---