

O desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo: contexto histórico, tipologias e marcos legais

Júlio César Guimarães Freire

Mestre em Saúde da Família pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba – RENASF/UFPB; Especialista em Gestão em Saúde – UEPB; Especialista em Saúde Digital – UFG.

✉ julio.guimaraes@academico.ufpb.br

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva

Doutora em Ciência da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Docente da Faculdade de Medicina/Departamento de Saúde Coletiva. Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF.

✉ silviafisiojf@yahoo.com.br

Geraldo Eduardo Guedes de Brito

Doutor em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ-PE; Mestre em Saúde da Família – UNESA, Rio de Janeiro-RJ; Docente do Departamento de Fisioterapia – UFPB.

✉ eduardo.guedes.ufpb@gmail.com

Recebido em 3 de setembro de 2024

Aceito em 23 de setembro de 2025

Resumo:

O início do século XX foi marcado por profundas transformações políticas e socioeconômicas, que contribuíram para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo. No Brasil, a criação do SUS representou um marco histórico ao reconhecer a APS como porta de entrada para o sistema público de saúde. No âmbito global, esse nível de atenção tem sido promovido pela OMS como parte fundamental dos sistemas de saúde, que admite a sua capacidade de melhorar a saúde das populações e reduzir desigualdades sociais. O presente estudo trata-se de um ensaio teórico de caráter reflexivo, fundamentado em uma revisão narrativa da literatura nacional e internacional sobre a APS. A análise priorizou textos com relevância histórica, conceitual e política, visando interpretar criticamente os sentidos e disputas no campo da Saúde Coletiva. Como resultado, foi observado que diversos documentos, como a Declaração de Alma-Ata, representam marcos legais que destacaram a importância da APS como parte integrante dos sistemas de saúde, reforçando os princípios de equidade, participação comunitária e caráter abrangente. Nacionalmente, uma série de políticas e programas culminaram com o fortalecimento da APS, a exemplo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais enfatizaram a equipe multidisciplinar e o cuidado integral à saúde. Apesar de todos os avanços revelados na presente revisão, persistem inúmeros desafios, como a necessidade de maiores investimentos, o enfrentamento das desigualdades sociais e melhoria da integração entre os níveis de atenção.

Palavras-chave: Sistemas de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Estratégias de Saúde Nacionais.

The development of Primary Health Care in Brazil and in the World: historical context, typologies and legal landmarks

Abstract:

The beginning of the 20th century was marked by profound political and socio-economic transformations, which contributed to the development of Primary Health Care (PHC) worldwide. In Brazil,

the creation of the Unified Health System (SUS) represented a historic milestone by recognizing primary care as the gateway to the public health system. Globally, this level of care has been promoted by the WHO as a fundamental part of health systems, acknowledging its capacity to improve population health and reduce social inequalities. This study is a theoretical and reflective essay, based on a narrative review of national and international literature on Primary Health Care (PHC). The analysis prioritized texts with historical, conceptual, and political relevance, aiming to critically interpret the meanings and disputes within the field of Public Health. As a result, it was observed that various documents, such as the Alma-Ata Declaration, represent legal milestones that highlighted the importance of PHC as an integral part of health systems, reinforcing principles of equity, community participation, and comprehensiveness. Nationally, a series of policies and programs have culminated in the strengthening of PHC, exemplified by the Family Health Strategy (ESF) and the Family Health Support Center (NASF), which emphasize multidisciplinary teams and comprehensive health care. Despite all the advances revealed in this review, numerous challenges persist, including the need for greater investments, addressing social inequalities, and improving integration between different levels of care.

Keywords: Health Systems, Primary Health Care, Health Promotion, National Health Strategies.

El desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Brasil y en el mundo: contexto histórico, tipologías y marcos legales

Resumen:

El inicio del siglo XX estuvo marcado por profundas transformaciones políticas y socioeconómicas, que contribuyeron al desarrollo de la Atención Primaria de Salud en todo el mundo. En Brasil, la creación del SUS representó un hito histórico al reconocer la atención primaria como puerta de entrada al sistema público de salud. A nivel global, este nivel de atención ha sido promovido por la OMS como parte fundamental de los sistemas de salud, reconociendo su capacidad para mejorar la salud de las poblaciones y reducir las desigualdades sociales. El presente estudio es un ensayo teórico de carácter reflexivo, fundamentado en una revisión narrativa de la literatura nacional e internacional sobre la Atención Primaria de Salud (APS). El análisis priorizó textos con relevancia histórica, conceptual y política, con el objetivo de interpretar críticamente los sentidos y disputas en el campo de la Salud Colectiva. Como resultado, se observó que varios documentos, como la Declaración de Alma-Ata, representan hitos legales que destacaron la importancia de la APS como parte integrante de los sistemas de salud, reforzando los principios de equidad, participación comunitaria y carácter integral. A nivel nacional, una serie de políticas y programas han culminado en el fortalecimiento de la APS, como la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y el Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF), que enfatizan el equipo multidisciplinario y la atención integral a la salud. A pesar de todos los avances revelados en esta revisión, persisten numerosos desafíos, como la necesidad de mayores inversiones, la confrontación de las desigualdades sociales y la mejora de la integración entre los diferentes niveles de atención.

Palabras clave: Sistemas de Salud, Atención Primaria de Salud, Promoción de la Salud, Estrategias de Salud Nacionales.

INTRODUÇÃO

As primeiras décadas do século XX foram marcadas por profundas transformações políticas e socioeconômicas, que contribuíram para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (APS) em todo o mundo. Nesse cenário, o Relatório Dawson, publicado em 1920, representou um dos primeiros documentos oficiais que concebeu o sistema de saúde como uma

rede sistematizada em níveis de atenção (Gusso; Gomes, 2020; Pisco; Pinto, 2020).

Com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, buscou-se modificar a definição tradicional de saúde, de uma simples ausência de doença para um completo bem-estar biopsicossocial, em uma tentativa de romper com o modelo biomédico (Silva; Schraiber; Mota, 2019). Ademais, com o avanço dos conflitos entre capital e trabalho no mundo pós-guerra, as políticas sociais passaram a ser percebidas como um incentivo ao crescimento econômico, o que permitiu a expansão do Estado de Bem-estar Social em diversos países (Nogueira; Bacil; Guimarães, 2020; Previtali; Fagiani, 2017).

Em 1978, a partir da Declaração de Alma-Ata, o conceito de APS foi difundido de forma permanente (Gusso; Gomes, 2020). Por meio do referido documento, a OMS demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos, além de gerar o consenso de que uma APS abrangente, universal e integral representava o modelo de atenção para se alcançar uma vida social e economicamente ativa (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018). Os trinta anos seguintes foram marcados por embates da OMS *versus* o Banco Mundial e as fundações que financiavam o desenvolvimento socioeconômico global, visto que essas últimas defendiam uma APS seletiva (Santos, 2019; Abadía-Barrero; Bugbee, 2019; Rifkin, 2018a; WHO, 2000).

Após muita discussão, somente em 2008, a APS voltou a ocupar o primeiro lugar na agenda da saúde da OMS com o relatório “Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca” e, nesse mesmo ano, um novo relatório publicado pela organização evidenciou que os determinantes sociais eram essenciais para a melhoria da saúde da população (WHO, 2008a; 2008b). Uma década mais tarde, a Declaração de Astana renovou o compromisso de uma APS integral para o alcance da cobertura universal em saúde, além de reconhecer a importância das doenças não transmissíveis e o impacto das mudanças climáticas na saúde global (Giovannella *et al.*, 2019; Walraven, 2019).

No Brasil, a APS passou a ser denominada de Atenção Básica (AB) durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no fim da década de 1980 (Giovannella; Mendonça, 2012). No contexto nacional, a AB apresentou uma história singular marcada por ciclos de desenvolvimento, desde a criação dos Centros de Saúde vinculados à USP, em 1924, até a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (Mendes; 2015). Logo, o conceito

de AB construído no país é equivalente ao de uma APS abrangente e representa o fruto de um processo político que sempre almejou a construção de um sistema de saúde público, gratuito e universal (Cecílio; Reis, 2018).

Durante os anos de 1990 e 2000, o Ministério da Saúde (MS) buscou a legitimação e, consequentemente, um resgate da APS no Brasil, e isso ocorreu por meio de programas estratégicos, como o PSF, que passou a ser considerado um elemento permanente para a consolidação do SUS no país. Todavia, somente com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2003, foi que a APS começou a apresentar um caráter mais abrangente, como modelo para a AB do sistema nacional de saúde (Ribeiro, 2007; Giovanella; Mendonça, 2012). À ESF coube a árdua missão de transformar o modelo brasileiro tradicional de assistência à saúde – médico centrado, medicamentoso, curativo e hospitalocêntrico – em um modelo de assistência coletivo, interprofissional e centrado nas necessidades singulares do sujeito, que englobasse sua família e a comunidade (Peduzzi *et al.*, 2016; Brito; Mendes; Santos Neto, 2018).

Nesse cenário, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi fundamental no fortalecimento da APS no Brasil, com sua primeira edição, em 2006, estabelecendo diretrizes cruciais para o processo de trabalho, a composição das equipes e o financiamento do sistema. As edições subsequentes, de 2011 e 2017, buscaram aprimorar a cobertura da ESF, destacando-se a criação de programas como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos, além da requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS). No entanto, a PNAB de 2017 trouxe algumas flexibilizações, como a redução do número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que pode impactar na qualidade da cobertura. Logo, programas como os citados foram fundamentais ao estabelecer processos de avaliação e financiamento da APS, buscando promover a melhoria da qualidade no atendimento e o fortalecimento da gestão local (Américo *et al.*, 2024).

Por conseguinte, objetivando ampliar o escopo das ações de saúde e a resolubilidade da AB, o MS criou, em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), posteriormente denominado Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com o propósito de redefinir, qualificar e assistir a saúde no âmbito dos territórios sob a responsabilidade da ESF (Brasil, 2008; 2017). Com isso, tais equipes passaram a proporcionar o cuidado por

meio de práticas interprofissionais, devido à complexidade das necessidades de saúde que são postas no nível primário de atenção.

Em linhas gerais, o presente ensaio objetiva fazer uma síntese de produções científicas, nacionais e internacionais, sobre o desenvolvimento da APS no Brasil e no mundo, sistematizando os principais conceitos e características, e apresentando, didaticamente, os elementos que tornaram fundamental esse nível de atenção à saúde. Além disso, expõe e provoca uma reflexão sobre a consolidação do SUS no território nacional enquanto proposta de sistema de saúde universal, baseado no ideário da Reforma Sanitária.

METODOLOGIA

Diante da complexidade histórica e conceitual que permeia a APS, optou-se por uma abordagem metodológica de caráter teórico-reflexivo, centrada na análise crítica da produção científica nacional e internacional sobre o tema. Trata-se de um ensaio teórico fundamentado em revisão narrativa ampliada, cuja finalidade principal não é a replicabilidade do levantamento bibliográfico, mas sim a construção de uma interpretação crítica e fundamentada a respeito da trajetória, dos sentidos e das disputas em torno da APS no campo da Saúde Coletiva.

A seleção dos textos buscou contemplar contribuições centrais ao debate, com destaque para marcos históricos, conceituais e políticos da APS, bem como para os diferentes modelos adotados ao longo do tempo, com ênfase no contexto brasileiro. Foram analisados artigos, livros, documentos técnicos e publicações institucionais, especialmente do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e de autores referência na área.

A busca bibliográfica ocorreu nas bases de dados LILACS e MEDLINE, por meio do Portal Regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), além de levantamento complementar na literatura cinzenta por meio do Google Acadêmico. Os termos utilizados para a busca foram: “Atenção Primária à Saúde”, “Saúde Pública”, “Declaração de Alma-Ata”, “Programas Nacionais de Saúde” e seus correspondentes em inglês. No entanto, a seleção das fontes privilegiou a relevância teórica e política dos textos, e não critérios de sistematização.

A análise textual priorizou a interpretação dos sentidos atribuídos à APS em diferentes momentos históricos, bem como as tensões entre concepções universalistas e seletivas que marcaram sua trajetória. Ao invés de buscar respostas fechadas ou mapeamentos exaustivos, este ensaio pretende provocar reflexões críticas, identificar contradições e lacunas conceituais, e oferecer subsídios teóricos para o aprofundamento do debate sobre o papel da APS na construção de sistemas de saúde mais equitativos e resolutivos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As transformações políticas e socioeconômicas que ocorreram no início do século XX contribuíram para o desenvolvimento da APS em todo o mundo. Nessa conjuntura de mudanças, o Relatório Dawson (1920) concebeu o sistema de saúde como uma rede dividida em níveis de atenção. Além disso, programas de saúde rural como o da China, na década de 1930, foram desenvolvidos com a ajuda da Fundação Rockefeller e da Organização de Saúde da Liga das Nações (Litsios, 2015; Gusso; Gomes, 2020).

O Relatório Dawson merece destaque por representar um documento oficial encomendado pelo governo inglês, que preconizava a organização dos serviços de saúde. Tal sistematização foi caracterizada pela hierarquização dos níveis de cuidado e pela integralidade, ou seja, o fortalecimento da relação entre ações curativas e preventivas, o que influenciou outros sistemas de saúde ao redor do mundo (Pisco; Pinto, 2020).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), foi fundada a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, que modificou a definição tradicional de saúde de uma simples ausência de doença para um completo bem-estar biopsicossocial, e buscou romper com o modelo biomédico, curativista e individual intensamente difundido naquela época (Silva; Schraiber; Mota, 2019). Assim, a história da APS está sobretudo ligada às tentativas da OMS de traduzir em ação o novo significado atribuído à saúde.

No mundo pós-guerra, com o avanço da industrialização e dos conflitos entre capital e trabalho, as políticas sociais passaram a ser percebidas como um incentivo ao crescimento

econômico, pois, além de reduzirem a pobreza e as desigualdades e promoverem o acesso à saúde e à educação, essas políticas diminuía os riscos sociais, aliviando as incertezas e promovendo a estabilização econômica. Logo, esse conjunto articulado de políticas expressa o reconhecimento de algum tipo de responsabilidade pública sobre o bem-estar de todos os cidadãos (Nogueira; Bacil; Guimarães, 2020), sendo a Grã-Bretanha um dos lugares na Europa que mais se destacou na construção do Estado de Bem-Estar Social com a aprovação de uma série de providências na área da saúde, as quais foram se expandindo (Previtali; Fagiani, 2017).

Ainda no ano de 1948, o Relatório Dawson, que ficou “engavetado” por quase três décadas, passou a ser utilizado pelo governo britânico para a concepção do Serviço Nacional de Saúde (*National Health System* – NHS). Embora Dawson tenha elucidado a ideia de uma rede interconectada de serviços de saúde e citado, pela primeira vez, a APS como parte desta rede, foi apenas após a Declaração de Alma-Ata, em 1978, que o conceito se difundiu de forma permanente (Gusso; Gomes, 2020).

Nesse cenário, a I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (1978), realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, e convocada pela OMS e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), demandou aos governos esforços na busca da promoção de saúde a todos os povos, além de gerar o consenso de que a APS universal, integral e equitativa representava o modelo de atenção para se alcançar um nível de saúde que proporcionasse uma vida social e economicamente ativa à população (Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018).

A Declaração de Alma-Ata, assinada por 134 países membros da OMS, descrevia as ações indispensáveis para o desenvolvimento dos “Cuidados de Saúde Primários”, a saber: educação para a saúde, relacionada a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; vacinação; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; e fornecimento de medicamentos essenciais. Nesse documento, a OMS concebeu a saúde como um direito humano e propôs atingir a meta “Saúde para todos no ano 2000” (Pisco; Pinto, 2020).

É válido ressaltar que a compreensão de APS trazida pela Declaração de Alma-Ata contemplou três componentes principais: 1) acesso universal e primeiro ponto de contato do sistema de saúde; 2) indissociabilidade da saúde com o desenvolvimento econômico-social,

admitindo-se os determinantes sociais; 3) participação social (Giovanella, 2018); características que fundamentam até hoje os sistemas universais, como o SUS, no Brasil, e o *NHS* britânico.

Essas diretrizes da Declaração de Alma-Ata foram posteriormente aprofundadas por estudiosos como Bárbara Starfield (2002), que sistematizou os atributos necessários para que a APS cumpra plenamente seu papel na organização dos sistemas de saúde. Os atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) asseguram que o cuidado seja acessível, contínuo e resolutivo, promovendo vínculo entre usuários e equipes de saúde. Já os atributos derivados (orientação familiar, comunitária e competência cultural) ampliam a capacidade da APS reconhecer as dimensões sociais e culturais envolvidas no processo saúde-doença.

Na contramão das propostas difundidas por Alma-Ata, a Conferência de Bellagio foi realizada no ano de 1979, na Itália, e financiada pela Fundação Rockefeller, tendo como objetivo principal propor uma APS seletiva baseada em programas focados em populações em situação de pobreza. Esse novo modelo de atenção se disseminou pelo mundo e foi patrocinado por agências e fundações internacionais, oferecendo ações de saúde simples e de baixo custo, sobretudo para áreas rurais (Santos, 2019). Tal abordagem, que mais correspondia a uma “cesta básica” de serviços médicos restritos, foi duramente criticada por estudiosos, sendo referida como “primitiva” ou “medicina pobre para pobres” (Giovanella, 2018).

Nesse contexto, atores poderosos na saúde global, como o Banco Mundial e a Fundação Ford, continuaram resistindo à versão da APS articulada em Alma-Ata argumentando que uma atenção universal e integral não era viável em ambientes com poucos recursos. Com isso, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) abandonaram a visão abrangente e passaram a promover programas baseados na APS seletiva. Não obstante os resultados positivos na redução da morbidade e mortalidade materno-infantil, as intervenções financiadas como parte do esforço global para a APS seletiva eram de escopo estreito e pouco fizeram para fortalecer os sistemas de saúde ou para integrar respostas abrangentes e intersetoriais e, assim, substituíram o empoderamento da comunidade e a verdadeira participação popular por uma visão instrumental de educação comunitária (Abadía-Barrero; Bugbee, 2019).

Já em 1993, o Relatório de Desenvolvimento Mundial intitulado “Investindo na Saúde”,

do Banco Mundial, desafiou ainda mais o financiamento do modelo de saúde apresentado em Alma-Ata ao prover uma plataforma para estratégias econômicas neoliberais que defendia a redução do papel estatal na prestação dos cuidados de saúde. Em 2000, o Relatório Mundial de Saúde, divulgado pela OMS e intitulado “Sistemas de Saúde: aprimorando a performance”, examinou custos e eficácia; o enfoque nas melhorias na saúde tornou-se ainda mais isolado com a publicação dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), das Nações Unidas, com foco na cura e prevenção de doenças (Rifkin, 2018a; WHO, 2000).

Somente em 2008, no 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, a APS voltou a ocupar o primeiro lugar na agenda da saúde da OMS. Inicialmente, o relatório “Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais Que Nunca” propôs um conjunto de reformas em torno da cobertura universal, da prestação de serviços, da política pública e da liderança (WHO, 2008a). Em seguida, um relatório publicado pela Comissão da OMS para os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), evidenciou que os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (renda, educação, condições de vida e contexto social, econômico e político) eram essenciais para a melhoria da saúde da população (WHO, 2008b).

Após esse período, o mundo enfrentou uma nova crise econômica que, mais uma vez, resultou em mudanças na saúde, determinando, por outro lado, a concepção de uma política mais concreta pela OMS. Em 2010, no relatório “Financiamento dos Sistemas de Saúde: o Caminho para a Cobertura Universal”, a OMS colocou a cobertura universal em saúde no contexto da APS com base nos direitos humanos e na equidade (WHO, 2010; Rifkin, 2018b). Por conseguinte, em 2015, a cobertura universal tornou-se um indicador de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo referida pelo atual diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom, como o pilar de sustentação da futura política da organização, tendo como alicerce a equidade e o envolvimento da comunidade (Ghebreyesus, 2017).

Recentemente, na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, a OMS realizou em Astana, Cazaquistão, a Conferência Global sobre Atenção Primária à Saúde (2018) a fim de renovar o compromisso da APS para o alcance da cobertura universal em saúde, bem como dos ODS. Todavia, essa nova reunião ocorreu em um contexto bastante diferente, caracterizado por políticas de austeridade, crise migratória e constantes ameaças à democracia (Giovannella *et al.*, 2019). Mesmo assim, a nova declaração reconhece a importância crescente

das doenças não transmissíveis, incluindo questões de saúde mental, lesões e os impactos das mudanças climáticas na saúde (Walraven, 2019).

Sobre a Declaração de Astana, existem ideias divergentes acerca da sua relevância para o desenvolvimento de uma APS integral. Alguns autores sugerem que ela pode marcar o início de um futuro melhor para os cuidados de saúde primários, enquanto outros acreditam que as propostas restringem o direito à saúde ao asseguramento de uma cesta de serviços, reeditando uma APS seletiva (Giovanella *et al.*, 2019; Pisco; Pinto, 2020).

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos principais marcos documentais discutidos nesta revisão, destacando os documentos mais citados nos estudos selecionados por meio da estratégia de busca e amplamente reconhecidos na literatura científica. Foi possível identificar que o contexto histórico (considerando o cenário político, social, econômico, científico e/ou cultural) que permeia o desenvolvimento da APS no mundo foi marcado por períodos de instabilidade, sobretudo na política e na economia, o que influenciou diretamente os modelos de saúde adotados pelas nações.

Quadro 1 – Principais marcos documentais do desenvolvimento da APS no mundo¹.

Ano	Documento	Direção	Contexto histórico	Principais características
1910	Relatório Flexner <i>Medical Education in the United States and Canada</i>	Modelo biomédico	Sociedade marcada pela falta de regulamentação da profissão médica e pelo excesso de escolas médicas regidas pelas leis de mercado; desvalorização do humanismo no contexto da prática médica; avanços tecnológicos no setor saúde, sobretudo no campo da microbiologia, e ideal positivista (ciência cartesiana) da saúde.	Propôs um modelo de reformulação do ensino médico no qual havia um claro privilégio ao entendimento biológico do processo saúde-doença, favorecendo as especializações precoces, fragmentando o conhecimento e dificultando a visão integral do paciente; modelo flexneriano.
1920	Relatório Dawson <i>Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services</i>	APS abrangente	Com o fim da Primeira Guerra Mundial, em 1918, e o avanço dos conflitos entre capital e trabalho, os governos passaram a intervir na economia e a investir em políticas sociais. Assim, expandiu-se o modelo de <i>Estado de Bem-Estar Social</i> , cujo o Estado se encarrega da promoção e defesa social.	Foi considerado um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) em uma perspectiva de organização sistêmica regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde, por nível de complexidade e sob uma base geográfica definida.
1974	Relatório Lalonde <i>A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document</i>	APS abrangente	Após a Segunda Guerra Mundial (1945), os EUA queriam manter o capitalismo existente, enquanto a URSS almejava expandir o socialismo, dando início a “Guerra Fria”. Em 1948, foi criada a Organização Mundial de Saúde (OMS), que ampliou o conceito de Saúde e influenciou alguns países a reconhecerem a subordinação dos agravos à saúde a fatores sociais e suas variantes.	Relativizou a eficácia da medicina e da ciência em geral na manutenção de boas condições de saúde na população canadense. Tinha o objetivo de ampliar a visão corrente de saúde, sendo ela uma consequência comum a características presentes em quatro categorias: 1) estilo de vida; 2) condições biológicas; 3) ambiente; e 4) serviços de saúde.
1978	Declaração de Alma-Ata	APS abrangente	Na década de 1970, a crise do petróleo alterou a dinâmica comercial entre os países e suscitou uma série de estratégias para o desenvolvimento. Com isso, diversas conferências internacionais ocorreram até o final da década, sendo esses eventos referidos como	Demandou aos governos esforços na busca da Promoção de Saúde a todos os povos, além de gerar o consenso de que a APS universal, integral e equitativa representava o modelo de atenção para se alcançar um

¹ Quadro elaborado com base em: Abreu, 2017; Aguiar, 2003; Bandini; Lucca, 2018; Dawson Report, 1920; Declaration of Alma-Ata, 1978; Declaration of Astana, 2018; Facchini; Tomasi; Dilélio, 2018; Fausto; Matta, 2007; Flexner, 1910; Giovanella *et al.*, 2019; Giovanella *et al.*, 2018; Giovanella; Mendonça, 2008; Gomes, 2006; Lalonde, 1974; Lavras, 2011; Lima, 2014; Maeyama *et al.*, 2016; Mattos, 2001; Teixeira; Paim, 2018; Warren, 1988; World Bank, 1993; Who, 2000; Who, 2008a; Who, 2010.

O desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde no Brasil e no mundo: contexto histórico, tipologias e marcos legais

			uma espécie de agenda da Nova Ordem Econômica Internacional (NOEI).	nível de saúde que proporcionasse uma vida social e economicamente ativa à população.
1979	Declaração de Bellagio	APS seletiva	Em meio à Revolução Iraniana ocorrida em 1979, o mundo passa pelo segundo Choque do Petróleo, havendo corte na sua venda e distribuição. Com a economia ainda em crise, algumas agências e fundações internacionais passaram a financiar programas em países em desenvolvimento, os quais objetivavam expandir a cobertura da APS a partir de ações de saúde simples e de baixo custo.	Surgiu da crítica feita à concepção de APS da Declaração de Alma-Ata, interpretada como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade. Logo, disseminou internacionalmente, uma noção seletiva da APS, baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos em situação de pobreza.
1993	Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial - 1993 (Banco Mundial) <i>Investing in Health</i>	APS seletiva	A partir dos anos 1980, ocorreu um movimento progressivo de deslocamento do poder político e financeiro e de incorporação da OMS ao ideário neoliberal das grandes potências. Com isso, ao longo dos anos 1990, o Banco Mundial começou a pautar a própria agenda da OMS, o que fez ela mudar o seu próprio sentido político-ideológico.	Propôs a redefinição do papel do Estado e do mercado no setor saúde sobre a necessidade de se compatibilizar a política de saúde com a doutrina neoliberal. Assim, formulou convite para que a comunidade de doadores investisse mais em saúde ao demonstrar que existiam intervenções altamente efetivas que mereceriam ser apoiadas.
2000	Relatório Mundial de Saúde - 2000 <i>Health systems: improving performance</i>	APS seletiva	No início do século XXI, a OMS apoiou um novo tipo de universalismo com base na ideia acerca da impossibilidade da oferta pública de todos os serviços de saúde, ao mesmo tempo em que defendeu a incorporação dos mais pobres ao mercado privado de saúde. Concomitantemente, a economia mundial passava por um período de prosperidade e estabilidade, até o final de 2007.	Foi considerado o primeiro tipo de investigação que ampliou a análise da “combinação do cálculo dos custos com medidas de eficácia das intervenções e sua utilização para determinar prioridades” dos sistemas de saúde. De acordo com o documento, as “falhas” nos sistemas de cobertura universal levaram os países a buscarem sistemas mais eficazes, equitativos e acessíveis.
2008	Relatório Mundial de Saúde - 2008 <i>Primary Health Care - now more than ever</i>	APS abrangente	No decorrer dos anos 2000, a redemocratização e a assunção de governos latino-americanos, comprometidos com justiça social, instigaram processos de revitalização da APS. Por outro lado, com a crise mundial de 2008, ampliaram-se críticas e combates contra as políticas universais.	Reconheceu a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base em uma atenção primária forte e de qualidade, sendo esta APS a estratégia de organização pautada na saúde como um direito universal, equitativo e solidário.
2010	Relatório Mundial de Saúde - 2010 <i>Health systems financing - the path to universal coverage</i>	APS abrangente	Com a saturação do mercado de seguro privado de saúde na Europa e EUA e a crise mundial de 2008, a concepção de <i>Cobertura Universal de Saúde</i> pode ter sofrido influência de interesses econômicos, com a	Reforçou a ideia em torno da cobertura universal, advogando que os indivíduos deveriam ter acesso aos serviços de saúde de que necessitam sem sofrer ônus financeiros, mas agora com foco na APS e na redução

			proposta de aumento da participação privada no financiamento setorial.	dos custos catastróficos e dos desembolsos diretos das famílias.
2018	Declaração de Astana	APS abrangente	O final da última década evidenciou um contexto mundial marcado por políticas de austeridade (ascensão de governos populistas de extrema-direita), crises migratórias (aumento no número de refugiados na Europa e no Brasil) e ameaças à democracia em diversos países, além do crescimento da incerteza na política econômica.	Alinhou-se com os <i>Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</i> (ODS) e conclamou os países a adotar algumas ações: 1) fomentar políticas ousadas para a saúde em todos os setores; 2) construir uma linha sustentável de cuidados primários de saúde; 3) capacitar indivíduos e comunidades; 4) obter apoio às políticas, estratégias e planos nacionais.

Fonte: Elaboração própria.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

Como descrito anteriormente, a atenção primária englobou um conjunto de práticas integrais em saúde direcionadas a responder necessidades individuais e coletivas que, no Brasil, durante o processo de implementação do SUS, passou a ser denominado de atenção básica à saúde (Giovanella; Mendonça, 2012).

Acerca da denominação brasileira para a APS, Giovanella (2018) explica que a utilização do termo “Atenção Básica” (AB) pelo Movimento Sanitário Brasileiro pretendia fazer uma distinção ideológica acerca do reducionismo presente na ideia de atenção primária, a fim de conceber um sistema público universal baseado na concepção de cidadania ampliada. Entretanto, a autora enfatiza que ambos os termos contêm imprecisões e podem corresponder a políticas bem diferentes, trazendo implicações para a garantia do direito à saúde.

Marcos históricos da Saúde no Brasil

No território brasileiro, a Atenção Primária à Saúde apresentou uma história singular que, conforme elenca Mendes (2015), pode ser registrada em sete ciclos de desenvolvimento, os quais serão brevemente descritos a seguir.

O primeiro ciclo iniciou com a provável influência do pensamento dawsoniano, na década de 1920, a partir da criação dos Centros de Saúde pertencentes à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). Nesse contexto, um marco que merece destaque foi a oficialização do “Instituto de Hygiene” vinculado à USP, em 1924, por meio da qual a saúde pública passou a ser vista de modo interdisciplinar, e não mais como uma atribuição exclusivamente médica (Andrade, 2018; Mendes, 2015).

Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), deu-se início o segundo ciclo de desenvolvimento da APS, na década de 1940. De acordo com Pinheiro (2015), o surgimento dos SESP esteve vinculado aos interesses econômicos e políticos norte-americanos no Brasil, durante a Segunda Guerra Mundial. Conforme a autora explica, as práticas sanitárias desse período visavam, basicamente, ao controle de enfermidades que ameaçavam a manutenção da força de trabalho e, desse modo, as questões de saúde se transformaram em questões meramente políticas e econômicas (Pinheiro, 2015; Castro; Vilar, 2017).

Em meados dos anos 1960, o terceiro ciclo começou a se desenvolver nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). No início dessa década, houve o fortalecimento do SESP, que se tornou uma fundação vinculada ao Ministério da Saúde – a Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP), sendo pioneira no atendimento domiciliar e inovando a assistência médica sanitária, além de propor medidas preventivas e aplicar métodos de capacitação em Saúde Pública. Ademais, a FSESP focalizou suas ações em “programas de saúde pública”, especialmente para o grupo materno-infantil e para as doenças infecciosas, promoveu a interiorização de suas medidas e, de modo geral, o aperfeiçoamento da saúde do coletivo (Carvalho; Rodrigues; Rosa, 2020; Mendes, 2015). Entretanto, com o Golpe Militar ocorrido em 1964, Carvalho, Rodrigues e Rosa (2020) afirmaram que as expectativas de melhoria da política de saúde pública não foram atendidas.

Por conseguinte, nos anos 1970, a criação de programas de extensão de cobertura, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), permitiu a atuação do movimento sanitário brasileiro na esfera pública e resultou na expansão da rede de serviços ambulatoriais, dando início ao quarto ciclo de desenvolvimento da APS (Carvalho; Rodrigues; Rosa, 2020; Mendes, 2015). Concomitante ao cenário internacional, a Conferência de Alma-Ata, realizada no final da década de 1970, traduziu e ratificou uma APS baseada em programas de atenção primária, que almejavam, entre mais objetivos, a extensão da cobertura (Mendes, 2015).

Já nos anos 1980, continuou-se o debate sobre a participação do Estado na saúde enquanto novos modelos práticos aconteciam no Brasil e no mundo (Santos; Esperidião, 2019). De modo concomitante, no país, a crise da previdência provocou um fortalecimento da associação entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e os serviços públicos de saúde, possibilitando a instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, as quais levaram para o interior das unidades de APS do sistema público elementos da cultura de atenção médica do INAMPS (*Ibid.*, 2019). Tais eventos associados à luta pela redemocratização nacional caracterizam, segundo Mendes (2015), o quinto ciclo de desenvolvimento da APS no Brasil.

No final da mesma década, a criação do SUS levou a um sexto ciclo que se consolidou por meio da municipalização das unidades estaduais de APS, provocando a expansão dos

cuidados primários no país (*Ibid.*, 2015). Nesse cenário, Carvalho, Rodrigues e Rosa (2020) destacaram que o SUS foi implantado gradualmente, seguindo a incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde (MS) e a promulgação da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Ademais, esses autores ressaltaram que a instituição do SUS possibilitaria acesso igualitário aos cidadãos, embasado em seus princípios e diretrizes já delineados na Constituição de 1988.

Por último, o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS brasileira, denominado ciclo da atenção básica à saúde, iniciou com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e segue em vigência até os dias atuais. Para Mendes (2015), a principal influência desse ciclo derivou do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas também foi influenciado pelos modelos de Medicina de Família e Comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba. Ainda, nesse novo ciclo, priorizou-se a dimensão qualitativa da APS, pois, nesse momento, a atenção à saúde passou a fazer mais e melhor, de maneira distinta do modelo de atenção primária seletiva que privilegiava a expansão quantitativa da saúde.

A propósito, sobre a atenção primária seletiva, faz-se essencial destacar os seus principais aspectos e compará-los aos da APS abrangente, enfatizando as características e abrangência de ambas as concepções no cenário brasileiro. Enquanto esta última concepção de atenção primária é caracterizada como um “conjunto de serviços integrados a um sistema de saúde de acesso universal”, que tem como atributos principais a prestação de serviços de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, a APS seletiva corresponde a uma atenção direcionada a grupos populacionais específicos, com pacote limitado de serviços e baixa resolutividade (Moreira *et al.*, 2020).

Nesse contexto, os atributos da APS descritos por Starfield (2002) oferecem um referencial valioso para avaliar a qualidade da assistência prestada no SUS. A ESF, por exemplo, busca cumprir esses atributos ao oferecer um ponto de atenção acessível e próximo da comunidade (acesso de primeiro contato), ao favorecer a construção de vínculos entre usuários e equipes ao longo do tempo (longitudinalidade), ao ampliar a oferta de serviços e ações interdisciplinares (integralidade) e ao promover o acompanhamento dos usuários em diferentes níveis de atenção (coordenação do cuidado). No entanto, desafios persistem, sobretudo no que diz respeito à efetiva integralidade do cuidado e à articulação intersetorial e entre níveis assistenciais.

Assim, como descrito no início desse tópico, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira adotou o termo Atenção Básica (AB) logo nos primeiros anos após a criação do SUS, justamente para fazer uma diferenciação ideológica à concepção de APS seletiva (Cecilio; Reis, 2018). Com isso, os mesmos autores discorrem que o conceito de AB construído no país é equivalente ao de uma APS abrangente e não significa uma simples reprodução de experiências e formulações internacionais, mas representa o fruto de um processo político que sempre almejou a construção de um sistema de saúde público, gratuito e universal.

APS no Brasil: programas e estratégias

Durante a década de 1990 e nos anos 2000, o Ministério da Saúde buscou a legitimação e, conseqüentemente, um resgate da atenção primária no Brasil, e isso ocorreu inicialmente por meio de dois programas estratégicos: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Programa de Saúde da Família – PSF (Ribeiro, 2007).

O incentivo à implementação desses programas passou a ser considerado um elemento permanente para a consolidação do SUS no país, visto que a articulação entre a comunidade e os serviços de saúde consistiu em um referencial para o alcance da cidadania (Giovanella; Mendonça, 2012). Entretanto, essa experiência inicial ainda mantinha características de uma APS seletiva, pois, ao ser implantado, o PSF tinha foco em populações muito pobres com cesta restrita de serviços e baixa articulação com a rede assistencial. Somente com a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 2003, a APS começou a apresentar um caráter mais abrangente, como modelo para a atenção básica do SUS (*Ibid.*, 2012).

Nesse contexto, Moreira e colaboradores (2020) consideraram a ESF como o principal mecanismo estruturante da APS no Brasil, ainda que outros modelos de equipes sejam previstos pela Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2017). A partir das ações desenvolvidas pela ESF, pôde-se visualizar um grande avanço na extensão da cobertura populacional e uma relação inversa com a taxa de internação hospitalar por causas sensíveis à atenção básica à saúde, ainda que, na atualidade, persistam desafios acerca da integralidade do cuidado, do financiamento da AB e da articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Cecilio; Reis, 2018; Moreira *et al.*, 2020).

Ainda sobre a ESF, uma característica marcante é o estabelecimento de uma equipe composta por vários profissionais (equipe de Saúde da Família – eSF), englobando, no mínimo: (I) médico generalista ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde; podendo ser adicionados os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Assim, cada eSF deve ser responsável por 4 mil pessoas, no máximo, com uma média recomendada de 3 mil pessoas, definida com base nos critérios de equidade e vulnerabilidade, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser o número de usuários por equipe (Brasil, 2021).

Ao longo dos anos, diversos programas foram instituídos com vistas a superar os inúmeros desafios que permeavam a atenção primária no Brasil, sobretudo no contexto da ESF. Dentre eles, pode-se destacar a criação do NASF, em 2008, com o intuito de ampliar o escopo de ações da AB e melhorar a resolutividade nesse nível de atenção, e a implantação do Programa Mais Médicos (PMM), em 2013, para o enfrentamento da escassez de médicos no país, especialmente para atuarem no âmbito da AB (Alves, 2017; Brasil, 2014; Cecilio; Reis, 2018).

As normativas do Ministério da Saúde que regulamentavam as ações do NASF passaram por algumas reformulações, sobretudo em relação à composição e nomenclatura de suas equipes (Moreira *et al.*, 2020). Em 2017, a nova PNAB estabeleceu que os núcleos se chamariam Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB (Brasil, 2017). Mais tarde, a portaria ministerial nº 99 de 07 de fevereiro 2020 denominou as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária – eNASF-AP. (Brasil, 2020a). Em outro documento, a nota técnica nº 3 de 27 de janeiro de 2020, o MS eliminou, na prática, os núcleos multiprofissionais que atuavam qualificando a atenção básica e, desse modo, extinguiu o incentivo financeiro e o credenciamento de novas equipes, assim como permitiu aos gestores adotarem qualquer modelo de equipe (Brasil, 2020b).

Reis e Meneses (2020) destacaram que a ausência de financiamento específico para as equipes NASF-AB pode estar associada ao risco de desmonte da atenção primária, pois isso implica limitação da atuação multiprofissional e, consequentemente, diminuição do acesso da população a especialidades que, anteriormente aos núcleos, eram acessadas somente na

atenção secundária, a qual não cumpre os mesmos objetivos da AB. Por último, Moreira e colaboradores (2020) lembraram que a atuação e o desempenho das equipes NASF-AB já trouxeram grandes contribuições para a APS, seja em relação à ampliação do escopo de práticas ou à melhoria da saúde e bem-estar da população brasileira, em diversas regiões.

Sobre o “Mais Médicos”, ressalta-se que o programa incluía um conjunto de iniciativas adotadas pelo governo federal capaz de reformular políticas públicas, especialmente no campo da AB (Brasil, 2015). Uma análise do livro lançado pelo MS sobre os dois anos do PMM, em 2015, destacou um dos empecilhos à expansão da ESF – a dificuldade de provimento e retenção de médicos em determinadas áreas do país (Alves, 2017). Tal programa foi substituído, em 2019, pelo Programa Médicos pelo Brasil (PMB), o qual se estrutura em alguns acertos do PMM para sistematizar o seu funcionamento e transpor obstáculos já constatados pelo seu antecessor (Melo Neto; Barreto, 2019). Ainda, os mesmos autores inferem que o PMB se apresenta como uma política mais frágil que o PMM, com foco no provimento de médicos e em risco de não alcançar os seus objetivos enquanto política pública, além de dar margem à privatização dos serviços de atenção primária e do SUS como um todo.

No campo das políticas públicas, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), alterou e revogou dezenas de portarias existentes até 2006 – ano em que foi aprovada a sua primeira versão, considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais da AB (Pinto; Giovanella, 2018). Por conseguinte, o MS publicou mais dois documentos revisando a PNAB anterior, um em 2011 e outro em 2017; essa última versão suscitou a crítica de organizações historicamente vinculadas à defesa do SUS, as quais denunciaram a revogação da prioridade dada à ESF na organização do SUS e a provável perda de recursos financeiros, bem como demonstraram preocupação com retrocessos em torno da construção de uma APS integral (Morosini; Fonseca; Lima, 2018). Em contrapartida, tais autores defendem o estabelecimento dos princípios do SUS como valores éticos, proibindo a sua transgressão ou mesmo flexibilização diante de uma reconfiguração das políticas de saúde, seja em função de crise econômica ou necessidades do mercado.

Em linha gerais, pode-se dizer que as políticas públicas direcionadas para o fortalecimento da APS, no Brasil, foram e continuam sendo instrumentos importantes que contribuem para o estabelecimento dos princípios e diretrizes do SUS, mesmo com todos os empecilhos e lacunas existentes no cenário nacional. O quadro 2 elenca as principais normativas da APS

brasileira, desde a Constituição de 1988 até as implicações do novo modelo de financiamento da APS sobre o NASF-AB e, mais recentemente, o reestabelecimento do cofinanciamento federal para as equipes multiprofissionais (eMulti APS).

Quadro 2 – Marcos legais da APS no Brasil a partir da criação do SUS.

Ano	Documento	Ano	Documento
1988	Constituição Federal: Artigos 196 a 200	2006	Portaria nº 399/2006 (Pacto pela Saúde)
1990	Lei nº 8.080/90	2006	Portaria nº 648/2006 (PNAB)
1990	Lei nº 8.142/90	2008	Portaria nº 154/2008 (NASF)
1991	Resolução nº 258/91 (NOB-SUS nº 01/91)	2009	Portaria nº 2.048/2009
1991	Decreto nº 100/91	2010	Portaria nº 4.279/2010
1993	Resolução nº 545/93 (NOB-SUS nº 01/93)	2010	Emenda Constitucional nº 63
1994	Portaria nº 692/94 (PSF)	2011	Decreto nº 7.508/2011
1996	Portaria nº 2.203/96 (NOB-SUS nº 01/96)	2011	Portaria nº 1.654/2011 (PMAQ-AB)
1997	Portaria nº 1.882/97 (Piso da AB)	2011	Portaria nº 2.488/2011 PNAB (Revisão)
1997	Portaria nº 1.886/97	2012	Lei Complementar nº 141
1998	Portaria nº 3.925/98	2013	Lei nº 12.871/2013 (Programa Mais Médicos)
1999	Decreto nº 3.189/99	2015	Emenda Constitucional nº 86
2000	Emenda Constitucional nº 29	2017	Portaria nº 2.436/2017 (Nova PNAB)
2001	Portaria nº 95/2001 (NOAS-SUS 01/2001)	2019	Portaria nº 2.979/19 (Programa Previne Brasil)
2002	Portaria nº 373/2002 (NOAS-SUS 01/2002)	2020	Nota técnica nº 3/20 (NASF-AB/Previne Brasil)
2006	Emenda Constitucional nº 51	2023	Portaria nº 635/23 (eMulti APS)

Fonte: Elaboração própria.

Processo de Trabalho na ESF e no NASF-AB/eMulti APS

Conceitualmente, o processo de trabalho no campo da saúde compreende um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, por meio do qual os indivíduos, suas famílias e grupos sociais/comunidade representam o objeto de trabalho, enquanto os saberes e métodos constituem os instrumentos que resultam na atenção à saúde (Fontana; Lacerda; Machado, 2016). Tal como o nome pressupõe, o processo de trabalho é algo dinâmico, em constante construção, passível de sofrer influência dos mais diversos fatores, como o modelo vigente de produção, proteção e promoção da saúde (Da Silva *et al.*, 2017).

Nesse contexto, Nascimento e Cordeiro (2019) ampliam o referido conceito ao citarem a sua fundamentação na teoria marxista, segundo a qual o processo de trabalho é constituído por cinco elementos – agente(s), objeto(s), produto(s), instrumento(s) e finalidade(s) das ações, que representam categorias de análise utilizadas para compreender as práticas de saúde. Ainda, Brito, Mendes e Santos Neto (2018) mencionam que, ao longo dos anos, esse processo sofreu profundas transformações com o capitalismo, as quais, no âmbito da saúde, permitiram o avanço do conhecimento para a preservação da vida, porém perpetuaram a fragmentação do indivíduo e das suas próprias necessidades.

No cenário nacional, a nova PNAB, que revisou as diretrizes para a organização da atenção básica no país, define as características fundamentais do processo de trabalho neste nível de atenção. Essa política considera a equipe de Saúde da Família (EqSF) como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, pois favorece a reorientação desse processo com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades. Do mesmo modo, a equipe NASF-AB (hoje, eMulti APS) tinha o propósito de “estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na AB em suas análises e manejos” (Brasil, 2017).

Nesse sentido, das 19 características do processo de trabalho definidas pela PNAB, pode-se destacar: porta de entrada preferencial; acesso; acolhimento; adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização; participação do planejamento local de saúde; programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população; desenvolvimento de ações intersetoriais; formação e educação permanente em saúde; trabalho em equipe multiprofissional (*Ibid.*, 2017). Percebe-se, a partir desses e de outros aspectos, que se faz necessário o deslocamento de um processo de trabalho centrado em procedimentos para outro focado no usuário, com ênfase em ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais.

Assim, ao retomar os elementos do trabalho em saúde na perspectiva das características apresentadas, pode-se mencionar como agentes as próprias equipes. Além disso, é possível existir outros agentes, os quais também podem ser considerados objetos, conforme

afirma Nascimento e Cordeiro (2019). Em relação à identificação do objeto, um estudo qualitativo realizado por Brito, Mendes e Santos Neto (2018) evidenciou o reconhecimento da produção do cuidado centrada no indivíduo a partir de suas necessidades singulares, associado a um núcleo familiar e uma comunidade; tal resultado revela o elevado grau de complexidade que orienta o trabalho no âmbito da atenção básica, no qual, segundo os mesmos autores, o objeto extrapola a dimensão individual a fim de assumir uma determinação social.

No que se refere à construção do produto, intimamente relacionado ao objeto e à produção do cuidado, deve-se considerar a ampliação de alguns processos intermediários, tais como: a capacidade de resposta aos problemas de saúde; o escopo de ofertas de cuidado; a articulação com a rede de serviços de saúde e outros setores; as ações de promoção, recuperação e reabilitação; e a prevenção e tratamento de doenças, agravos, danos e riscos à saúde. Os instrumentos do processo de trabalho, por sua vez, englobam tanto uma orientação clínica (saber clínico, de núcleo e campo do saber, atendimentos individuais, etc.) quanto de intervenção coletiva (trabalho em equipe, reuniões, apoio matricial, etc.). Por último, a finalidade do trabalho na AB pode ser considerada a defesa de uma vida saudável para os sujeitos (Brasil, 2014; Nascimento; Cordeiro, 2019).

A partir do exposto, faz-se pertinente destacar algumas considerações específicas sobre a organização do processo de trabalho entre a ESF e as equipes multiprofissionais, as quais devem interagir harmoniosamente, visando uma assistência integral e resolutiva ao usuário dos serviços de saúde. Nesse sentido, Da Silva e colaboradores (2017) apontaram que a inter-relação dos diversos núcleos de saberes dentro dessas equipes é um aspecto importante do cuidado, pois para se alcançar a finalidade do trabalho em saúde é necessária a integração de conhecimentos que contemplem os múltiplos fatores que interferem no processo de saúde-doença.

Em contrapartida, são identificados diversos fatores que dificultam e desafiam o processo de trabalho no contexto das equipes de saúde na AB, sobretudo da equipe multiprofissional, tais como os descritos por Nascimento e Cordeiro (2019, p. 2): “a lógica de atuação ambulatorial, a resistência por parte das equipes de saúde da família em aceitar o modelo de apoio matricial e o maior foco em atividades assistenciais em detrimento das ações de pro-

moção da saúde e prevenção de doenças”, entre outros. No âmbito da ESF, Farias e colaboradores (2018) verificaram por meio de um estudo quantiquantitativo, desenvolvido com trabalhadores de unidades de saúde da família (USF) de João Pessoa-PB, a inexistência de diálogo dentro das equipes em virtude de dificuldades relacionais entre os profissionais de saúde, o que desencadeava a centralização de decisões em relação ao processo de trabalho na figura do(a) enfermeiro(a), distanciando-se, assim, da lógica de trabalho interprofissional.

Acerca do acolhimento, verifica-se na literatura uma íntima relação dessa característica do processo de trabalho com outras descritas na PNAB, como o acesso, a porta de entrada preferencial e o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização. Clementino e colaboradores (2015) apontaram que por meio do acolhimento os usuários podem ter mais acesso aos serviços de saúde. Já Farias e colaboradores (2018) afirmaram que a sua execução facilita a entrada no serviço, reduz o tempo de espera e o mau direcionamento de consultas, bem como favorece a eleição de prioridades e o aumento do vínculo na atenção básica.

No que tange à intersetorialidade, um dos princípios organizativos da AB, Fontana, Lacerda e Machado (2016, p. 77) a definem como “a articulação e o envolvimento da saúde com outros setores, seja no planejamento de ações ou no alcance de metas comuns”. Para os mesmos autores, as ações compartilhadas buscam respeitar o princípio da integralidade possibilitando que todos os profissionais se mantenham responsáveis pelo cuidado (corresponsabilização), além de qualificar o processo de trabalho. Ainda sobre isso, Brito, Mendes e Santos Neto (2018) enfatizam que, no campo da ESF, mais do que promover ações intersetoriais, o trabalho deve ser articulado e fortalecer vínculos com equipamentos sociais, além de manter a associação entre desigualdade social e saúde.

Por último, é válido ressaltar duas características do processo de trabalho cujo objeto são as próprias equipes de saúde ao utilizarem como meios a Educação Permanente (EP) e o matriciamento. Dolny e colaboradores (2020) citam a EP como uma estratégia educacional, gerencial e política, que pode modificar as práticas de saúde por meio da adoção de um permanente processo de reflexão-ação dos profissionais sobre suas práticas e organização da atenção. Santos e colaboradores (2015) complementam que a Educação Permanente propõe a superação do aprendizado para o trabalho e da lógica pontual das capacitações, aperfeiçoamentos e atualizações.

No âmbito do apoio matricial, Da Silva e colaboradores (2017) relatam ainda que o NASF-AB atuava em conjunto com a ESF, compartilhando os desafios e contribuindo para o aumento da resolutividade, assim como para a efetivação da coordenação integrada do cuidado na AB. Ademais, esses autores apontam para um processo de trabalho que atendia às demandas dos profissionais das ESF, todavia esse aspecto parecia estar mais ligado à capacidade da equipe NASF-AB de diminuir a pressão assistencial, com evidente transferência do cuidado, do que de ofertar apoio matricial com compartilhamento do cuidado.

Em suma, a compreensão do processo de trabalho pelas equipes da ESF e do NASF-AB/eMulti APS é importante para os profissionais e gestores de saúde, visto que possibilita o reconhecimento das fragilidades que tornam a organização do referido processo um obstáculo ao alcance da oferta do cuidado integral (Da Silva *et al.*, 2017).

Uma breve reflexão sobre retomada do NASF por meio da eMulti

Recentemente, o MS, por meio da Portaria nº 635/2023, estabeleceu o incentivo financeiro federal para a implantação e custeio das equipes multiprofissionais, criando um novo modelo que substitui as equipes NASF. Essa retomada buscou fortalecer o cuidado integral à população, ampliando o escopo de práticas e aprimorando a resolubilidade da APS.

Para Bispo Júnior e Almeida (2023), as eMulti APS emergiram em um cenário de reconstrução da AB no Brasil, com fortalecimento das ações interprofissionais e na interface com a agenda de incorporação de tecnologias e inovações na saúde. Contudo, para esses autores, não basta apenas retomar o financiamento, é preciso incorporar a interprofissionalidade como diretriz do SUS e da APS, reconhecendo-a como tal na Lei Orgânica da Saúde e em todo o arcabouço legal vigente, inclusive com a reformulação da PNAB.

Nesse cenário, Oliveira e Freitas (2024) apontam mudanças acerca da implementação das eMulti no contexto da AB, tanto no que diz respeito às características de atuação quanto na composição, financiamento e objetivos. Para elas, os objetivos e as diretrizes das eMulti vão de encontro com os princípios da PNAB, pois, quando se compara o funcionamento das equipes de NASF, observa-se uma perda de destaque da educação popular em saúde, da participação social, da educação permanente em saúde, entre outros, enquanto princípios que

devem orientar a atuação profissional das equipes (Brasil, 2009). Além disso, com relação às ações prioritárias, tem-se uma perda significativa do espaço reservado ao apoio matricial nas eMulti, mesmo que isso seja citado na Portaria nº 635/2023.

Em síntese, verifica-se que as eMulti constituem uma tentativa de aprimorar a APS, entretanto, enfrentam desafios na manutenção de princípios fundamentais, como a educação popular em saúde e o apoio matricial. Embora o novo modelo busque promover a modernização do processo de cuidado, é fundamental assegurar que as inovações não comprometam elementos essenciais do SUS, tais como a participação social e a interprofissionalidade, a fim de preservar o cuidado integral como prioridade na organização da saúde pública.

Desafios estruturais da APS: avaliação da qualidade e modelo de financiamento

Nas últimas décadas, os meios de avaliação da AB foram objetos de diferentes iniciativas, variando em escopo, grau de institucionalização e abrangência territorial. No Brasil, destaca-se o *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica* (PMAQ-AB), implementado em 2011 pelo MS, que articulou estratégias de avaliação externa, repasse financeiro vinculado ao desempenho e estímulo à qualificação das equipes. De modo complementar, instrumentos como a *Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade* (AMAQ) e a *Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família* (AMQ) buscaram fortalecer a capacidade de análise interna das equipes, incentivando a reflexão crítica sobre seus processos de trabalho e planejamento local (Tomasi et al., 2021).

Além dessas, outras estratégias também contribuíram para o fortalecimento da cultura avaliativa no âmbito da APS, como o *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica* (SISAB), que ampliou a capacidade de monitoramento e análise em tempo real, e os Painéis de Indicadores da APS, disponíveis na plataforma e-Gestor AB (*Ibid.*, 2021). Com a instituição do *Previne Brasil*, em 2019, foram incorporados mecanismos de avaliação indireta, centrados em indicadores de desempenho com repercussão direta no financiamento federal (Brasil, 2020b). Embora esse programa representasse uma continuidade parcial do modelo anterior, ele foi alvo de críticas ao adotar uma abordagem mais restrita e quantitativa, o que poderia comprometer as dimensões qualitativas do cuidado e à complexidade dos territórios.

No que se refere ao financiamento da APS, até 2019, prevaleceu o modelo tradicional, baseado em blocos de repasse federal aos municípios. Esse modelo combinava componentes fixos e variáveis, atrelados à presença de equipes da ESF, ACS e programas como o NASF, priorizando repasses *per capita* e a ampliação da cobertura. Com a instituição do Previner Brasil, houve uma reconfiguração substancial do modelo, que passou a se basear em três eixos: capitação ponderada (por critérios como faixa etária, vulnerabilidade e território), pagamento por desempenho (por meio de indicadores de saúde) e incentivos a ações estratégicas (Brasil, 2020b). Essa mudança foi criticada por acentuar desigualdades, ao penalizar municípios com menor capacidade de cadastro populacional e estrutura limitada (Reis; Meneses, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção primária tem se destacado cada vez mais como uma estratégia que busca promover o bem-estar das populações perante as necessidades de saúde que o mundo enfrenta na atualidade, cada vez mais complexas. Nesse sentido, por meio de reflexões a partir de uma revisão narrativa, foi possível observar os avanços acerca do fortalecimento e desenvolvimento da APS tanto no Brasil quanto no contexto global.

Ao longo das últimas décadas, políticas públicas voltadas à avaliação e ao financiamento da APS contribuíram para fortalecer a cultura da autoavaliação e a responsabilização das equipes quanto aos seus processos de trabalho. Iniciativas como a ESF e a inserção das equipes multiprofissionais representaram marcos importantes na qualificação da atenção, permitindo uma abordagem mais ampliada e centrada nas necessidades do território. Ainda que mudanças recentes tenham suscitado críticas em relação à redução do espaço do apoio matricial e de princípios como a educação popular e a participação social, observa-se uma tentativa contínua de aprimoramento da APS, sobretudo por meio da incorporação de inovações e tecnologias.

Esses avanços têm sido reconhecidos não apenas no Brasil, mas também internacionalmente. Instituições como a OPAS e a OMS destacam o modelo brasileiro como

uma referência na promoção da equidade, especialmente em contextos de diversidade social e territorial. A continuidade e o fortalecimento dessas conquistas demandam a preservação dos princípios fundantes do SUS, como a interprofissionalidade, a integralidade e a participação social, garantindo que o cuidado em saúde permaneça centrado nas necessidades da população e contribuindo para a efetivação do direito à saúde como um bem público.

Em linhas gerais, ressalta-se que a consolidação da APS como um pilar dos sistemas de saúde deve incluir a alocação de recursos humanos e financeiros adequados e o fortalecimento das estratégias de capacitação profissional, assim como a promoção de práticas colaborativas e centradas no paciente. Para tanto, é fundamental que tanto os governos quanto as instituições de saúde e comunidades continuem incentivando a expansão da atenção primária com o propósito de tornar os sistemas públicos de saúde cada vez mais resilientes e eficientes, capazes de enfrentar os atuais e os novos desafios.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Júlio César Guimarães Freire: Concepção e planejamento do estudo; análise ou interpretação dos dados; elaboração do rascunho; aprovação da versão final do manuscrito.

Geraldo Eduardo Guedes de Brito: Concepção e planejamento do estudo; análise ou interpretação dos dados; elaboração do rascunho; revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito.

Silvia Lanzioti Azevedo da Silva: Revisão crítica do conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito.

REFERÊNCIAS

ABADÍA-BARRERO, C. E.; BUGBEE, M. Primary Health Care for Universal Health Coverage? Contributions for a Critical Anthropological Agenda. **Medical Anthropology**, v. 38, n. 5, p. 427-435, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01459740.2019.1620744>. Acesso em: 07 fev. 2023.

ABREU, C. C. **A intersectorialidade como estratégia técnica e política da Organização Mundial da Saúde e do Banco Mundial**. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES, 2017.

AGUIAR, R. A. T. de. **A construção internacional do conceito de atenção primária à saúde (APS) e sua influência na emergência e consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2003.

ALVES, S. M. C. Programa Mais Médicos – Dois anos: mais saúde para os brasileiros. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 27, n. 03, p. 233-238, 2017. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/79>. Acesso em: 20 jun. 2023.

AMÉRICO, M. F.; RODRIGUES, M. E.; SOUZA, A. F.; DIAS, A. E. N. R. et al. 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, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.24859/SaberDigital.2024v17n3.1528>. Acesso em: 22 fev. 2025.

ANDRADE, R. O. Por uma cidade saneada. **Rev Pesquisa FAPESP**, v. 264, p. 90-93, 2018. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/por-uma-cidade-saneada/>. Acesso em: 19 jun. 2023.

BANDINI, M.; LUCCA, S. R. From Alma-Ata to Astana: why primary care is relevant to occupational health professionals? **Rev. Bras. Med. Trab.**, v. 16, n. 4, p. 391-392, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7394533/pdf/rbmt-16-04-391.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BISPO JÚNIOR, J. P.; ALMEIDA, E. R. de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 39, n. 10, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT120123>. Acesso em: 22 fev. 2025.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica, nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.

BRASIL. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde, Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esf/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Nota Técnica nº 3/2020 – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. Departamento de Saúde da Família, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. **Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020**. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 fev. 2020a.

BRASIL. **Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 128 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf. Acesso em: 20 jun. 2023.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O trabalho na Estratégia Saúde da Família e a persistência das práticas curativistas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 3, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00164>. Acesso em: 05 fev. 2023.

CARVALHO, L. R. O.; RODRIGUES, H. S. M. C.; ROSA, C. D. P. Marcos históricos que permeiam a saúde pública brasileira: perspectiva de 1950 até 2019. **Rev Educação em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 161-177, 2020. Disponível em: <http://periodicos.unievangelica.edu.br/index.php/educacaoemsaude/article/view/4141>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. O papel do SESP nas políticas de saúde do Brasil. **História, Ciências, Saúde**, v. 24, n. 2, p. 541-43, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RD3wZtjxWqyHfB4PzFBbhHq/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mW3MtBCvQT5cHWcKdQZhrJN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

CLEMENTINO, F. S.; GOMES, L. B.; VIANNA, R. P. T.; MARCOLINO, E. C. *et al.* Acolhimento na atenção básica: análise a partir da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Revista Saúde e Ciência Online**, v. 4, n. 1, p. 62-80, 2015. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/241>. Acesso em: 07 set. 2023.

DA SILVA, I. C. B.; DA SILVA, L. A. B.; LIMA, R. S. A.; RODRIGUES, J. A. *et al.* Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1433>. Acesso em: 06 set. 2023.

DAWSON REPORT. **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services**. Consultative Council on Medical and Allied Services. London, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn/>. Acesso em: 07 fev. 2023.

DECLARATION OF ALMA-ATA. **International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata, USSR, 1978. Disponível em: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em: 07 fev. 2023.

DECLARATION OF ASTANA. **Global Conference on Primary Health Care**. Astana, Kazakhstan, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2023.

DOLNY, L. L.; LACERDA, J. T.; NILSON, L. G.; CALVO, M. C. M. *et al.* Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Braz. J. Hea. Rev.**, v. 3, n. 1, p. 15-38, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BIHR/article/view/5876>. Acesso em: 08 set. 2023.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, v. 42, supl. 1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>. Acesso em: 07 fev. 2023.

FARIAS, D. N.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; ANJOS, U. U.; BRITO, G. E. G. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, v. 16, n. 1, p. 141-162, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Acesso em: 07 set. 2023.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (org.). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV Fiocruz; 2007.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/bwho/v80n7/a12v80n7.pdf. Acesso em: 07 fev. 2023.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611005>. Acesso em: 06 set. 2023.

GHEBREYESUS, T. A. All roads lead to universal health coverage. **The Lancet Global Health**, v. 5, n. 9, p. 839-840, 2017. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30295-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30295-4/fulltext). Acesso em: 08 fev. 2023.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>. Acesso em: 07 fev. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde**: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71 p.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p.1-6, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>. Acesso em: 09 fev. 2023.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A.; ROSA, M. C. *et al.* Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/7BM4FYp7dWJzyb7wzktwhJH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

GOMES, F. G. Conflito social e welfare state: Estado e desenvolvimento social no Brasil. **Rev. Adm. Pública**, v. 40, n. 2, p. 201-234, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/dvHMHgG5NDdvZH6wy54fDDq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.

GUSSO, G.; GOMES, S. R. Evolução da Promoção à Saúde na Saúde Suplementar e Atenção Primária à Saúde. In: CECHIN, J. (org.). **Saúde Suplementar**: 20 anos de transformações e desafios em um setor de evolução contínua. Londrina: Midiograf, 2020. p.13-34.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2130.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CrHzJyRTkBmxLQBttmX9mtK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o "novo universalismo" ou a "cobertura universal de saúde". In: PEREIRA, J. M. M.; PRONKO, M. (org.). **A demolição de direitos**: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013). Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2014.

LITSIOS, S. On the Origin of Primary Health Care. In: MEDCALF, A.; BHATTACHARYA, S.; MOMEN, H. *et al.* (org.). **Health for All**: The Journey of Universal Health Coverage. Hyderabad: Orient Blackswan, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK316278/>. Acesso em: 06 fev. 2023.

MAEYAMA, M. A.; CUTOLO, L. R. A.; CHAVES, M. V.; BARNI, R. S. Projeto Sérgio Arouca: Relato de Experiência. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 40, n. 1, p. 118-127, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/MPT3wtGWmz8qVG35C6bGfgQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

MATTOS, R. A. de. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 6, n. 2, p. 377-89, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nLXQ4y54pTJQg9GQ9FRz3rh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 fev. 2023.

MELO NETO, A. J.; BARRETO, D. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 2162, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2162>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MENDES, E. V. **A construção social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p.

MOREIRA, D. C.; BISPO JÚNIOR, J. P.; NERY, A. A.; CARDOSO, J. P. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQIVjWPSCwSyRptsMdNKghS/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

NASCIMENTO, A. G.; CORDEIRO, J. C. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica: análise do processo de trabalho. **Trab. Educ. Saúde (Online)**, v. 17, n. 2, e0019424, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00194>. Acesso em: 06 set. 2023.

NOGUEIRA, I.; BACIL, F.; GUIMARAES, J. V. A caminho de um estado de bem-estar social na China? uma análise a partir dos sistemas de saúde e de educação. **Econ. soc.**, Campinas, v. 29, n. 2, p. 669-692, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3533.2020v29n2art12>. Acesso em: 06 fev. 2023.

OLIVEIRA, L. M.; FREITAS, B. C. **NASF, NASF-AB e eMULTI**: mudanças do trabalho multiprofissional na trajetória da Atenção Básica. V Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Política Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/261581>. Acesso em: 22 fev. 2025.

PEDUZZI, M.; OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, J. A. M.; AGRELI, H. L. F. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: **Clínica médica**: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria. Vol. 1. Barueri: Manole; 2016.

PINHEIRO, T. X. A. **Saúde pública, história e política**: um estudo sobre o SESP (1942-1974). Natal: EdUFRN. 2015. 13 p.

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). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1913, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

PISCO, L.; PINTO, L. F. De Alma-Ata a Astana: o percurso dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, 1978-2018 e a gênese da Medicina Familiar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1197-1204, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31222019>. Acesso em: 06 fev. 2023.

PREVITALI, F. S.; FAGIANI, C. C. Estado de Bem-Estar Social, Neoliberalismo e Estado Gestor: aproximações globais. In: LUCENA, C.; PREVITALI, F. S.; LUCENA, L. (org.). **A crise da democracia brasileira**. Vol. I. Uberlândia: Navegando Publicações, 2017. p.79-96.

REIS, S.; MENESES, S. **Novo financiamento da atenção básica**: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. Portal do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. CEBES, 2020. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>. Acesso em: 20 jun. 2023.

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil**: uma perspectiva histórica. Dissertação (Mestrado em Ciência) – Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-24102007-084507/publico/fatimaapribeiro.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2023.

RIFKIN, S. B. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All – from consensus to complexity. **BMJ Glob Health**, v. 3, suppl.3, 2018a. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e001188. Acesso em: 08 fev. 2023.

RIFKIN, S. B. Health for All and Primary Health Care, 1978-2018: a historical perspective on policies and programs over 40 years. Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health, **Oxford University Press**, 2018b. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190632366.013.55>. Acesso em: 08 fev. 2023.

SANTOS, A. M.; NÓBREGA, I. K. S.; ASSIS, M. M. A.; JESUS, S. R. *et al.* Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Rev. APS**, v. 18, n. 1, 39-49, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15469/8134>. Acesso: 09 set. 2023.

SANTOS, J. C. N.; ESPERIDIÃO, F. **O (sub) financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto da economia brasileira: dilemas e perspectivas**. Anais do Congresso Brasileiro de Economia – XXIII CBE 2019. Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://corecon-sc.org.br/anais-cbe2019/arquivos/anais-cbe2019-4687.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2023.

SILVA, M. J. S.; SCHRAIBER, L. B.; MOTA, A. O conceito de saúde na Saúde Coletiva: contribuições a partir da crítica social e histórica da produção científica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 1-19, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290102>. Acesso em: 06 fev. 2023.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002

TEIXEIRA, C. F. de S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde debate**, v. 42, n. spe2, p. 11-21, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9rS4Mf7fFSFsYvxWjwZFd9h/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

TOMASI, E.; NEDEL, F. B.; BARBOSA, A. C. Q. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS em Revista**, v. 3, n. 2, p. 131-143, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v3i2.208>. Acesso em: 02 abr. 2025.

WALRAVEN, G. The 2018 Astana Declaration on Primary Health Care, is it useful? **J Glob Health**, v. 9, n. 1, 2019. Disponível em: <http://jogh.org/documents/issue201901/jogh-09-010313.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2023.

WARREN, K. S. The evolution of selective primary health care. **Social Science and Medicine**, v. 26, n. 9, p. 891-898, 1988. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0277953688904078>. Acesso em: 07 fev. 2023.

WHO. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, 2008b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 08 fev. 2023.

WHO. **The World Health Report 2000 – Health Systems: improving performance**. Geneva, 2000. Disponível em: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

WHO. **The World Health Report 2008 – Primary Health Care: now more than ever**. Geneva, 2008a. Disponível em: https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

WHO. **The World Health Report 2010 – Health Systems Financing: the path to universal coverage**. Geneva, 2010. Disponível em: https://www.who.int/whr/2010/whr10_en.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

WORLD BANK. **World Development Report 1993: investing in health**. New York: Oxford University Press; 1993. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976>. Acesso em: 20 fev. 2023.



Este trabalho está licenciado com uma Licença [Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).