



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

EMMANUELA KETHULLY MOTA DOS SANTOS

**CORRELAÇÃO ENTRE COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA E TAXAS DE
ÓBITOS INFANTIS: UMA ANÁLISE SOB O EFEITO DA POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO BÁSICA - 2017**

Recife

2024

EMMANUELA KETHULLY MOTA DOS SANTOS

**CORRELAÇÃO ENTRE COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA E TAXAS DE
ÓBITOS INFANTIS: UMA ANÁLISE SOB O EFEITO DA POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO BÁSICA - 2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde.

Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde

Orientador: Fernando Antônio Menezes da Silva

Coorientador: Rodrigo Gomes de Arruda

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Santos, Emmanuela Kethully Mota Dos.

Correlação entre cobertura da Atenção Básica e taxas de óbitos infantis: uma análise sob o efeito da Política Nacional de Atenção Básica - 2017 / Emmanuela Kethully Mota Dos Santos. - Recife, 2024.

88f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais e Aplicada, Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde, 2024.

Orientação: Fernando Antônio Menezes da Silva.

Coorientação: Rodrigo Gomes de Arruda.

Inclui referências e apêndice.

1. Política Pública de Saúde; 2. Avaliação Econômica em Saúde; 3. Atenção Básica; 4. Mortalidade Infantil. I. Silva, Fernando Antônio Menezes da. II. Arruda, Rodrigo Gomes de. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

EMMANUELA KETHULLY MOTA DOS SANTOS

**CORRELAÇÃO ENTRE COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA E TAXAS DE
ÓBITOS INFANTIS: UMA ANÁLISE SOB O EFEITO DA POLÍTICA NACIONAL
DE ATENÇÃO BÁSICA - 2017**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Gestão e Economia da Saúde da UFPE como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão e Economia da Saúde. Área de Concentração: Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora:

Profº. Drº. Fernando Antônio Menezes da Silva
(Orientador/Presidente da banca)

Prof (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

A Deus e a meu filho Luiz Felipe, pois é de onde vem minha força para continuar sonhando por Saúde enquanto Direito de Todos, por um mundo mais justo e por uma sociedade menos desigual.

Te amo meu Filho!

Dedico

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus e a minha Mãe Nossa Senhora, por me sustentar, alimentar minhas esperanças e me guiar neste percurso com muita persistência.

Ao meu Filho Luiz Felipe (07 anos), por me inspirar, diariamente, e me fazer superar todos os desafios da maternidade solo. Luiz foi literalmente minha mola propulsora. A minha família (mainha, vovó, Gabriel e Rafael) que mesmo sem ter tido acesso a uma universidade e, desta forma, sem compreender os desafios da Pós-graduação, sempre estiveram na torcida por mim.

Meu agradecimento especial ao meu orientador Professor Fernando Menezes e ao meu coorientador Rodrigo Arruda, por compartilharem tanta sabedoria e conhecimentos. Gratidão por acreditarem em mim e pela serenidade transmitidas nos momentos de orientações. Ao meu estatístico Emídio Cavalcanti por tamanha confiança, motivação e contribuições neste processo.

Aos companheiros do movimento de SUStentação diária. Meu agradecimento especial a D. Lúcia, que ao acreditar no meu potencial, me concedeu a primeira oportunidade de emprego na gestão do nosso SUS, e me ensinou a desnaturalizar, diariamente, as práticas. A senhora é inspiração. Ao Dr. Orlando Jorge por me permitir ocupar espaços de governança e militância no SUS e na Atenção Primária. Bem como, ensinar sobre a responsabilidade e real compromisso com a gestão Pública.

A minha chefe e secretária de saúde Paloma Sonally, pela gestão humanizada. Levarei sua postura calma e acolhimento comigo, quando eu mais precisava. À minha companheira de trabalho na coordenação da APS, Thaynara Fernanda, que sustentou a barra nos momentos que eu precisava me dedicar ao mestrado. As minhas amigas e presentes do SUS Riva Karla e Dra. Lúgia, obrigada por acreditarem no meu amadurecimento na gestão do SUS/ APS. Gratidão, também, pelos ensinamentos, inúmeros acolhimentos emocionais e por vibrar, com muita sororidade, pelas minhas conquistas.

A D. Rosinete e a Tia Inha, pelo acolhimento em sua casa, vibração e afeto. Meu agradecimento também a minha Terapeuta Conceição (Ceci), por me guiar de forma tão humanizada no percurso do mestrado e por sempre brilhar os olhos quando eu compartilho sobre minhas conquistas. Por fim, não mesmo importante, agradeço aos meus colegas de turma do PPGES, por tanto companheirismo e torcida-mútua.

Agradeço!

ABSTRACT

Considerando a estreita relação entre as ações desenvolvidas no escopo da Atenção Básica e as taxas de Mortalidade Infantil (TMI), este estudo pretende investigar o impacto da cobertura da Atenção Básica sobre a taxa de óbitos infantis nas regiões brasileiras, considerando o efeito no percentual de cobertura de Atenção Básica gerado pela revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a partir de setembro de 2017. A pesquisa foi conduzida sob uma abordagem quantitativa e caracterizada como descritiva, transversal e retrospectiva, tendo como unidades de análises os 27 (vinte e sete) estados que integram o território nacional, entre 2008 e 2020. Os dados foram coletados a partir do acesso a sites de domínio público, a saber: IPEADATA, IBGE, DATASUS e e-Gestor AB. Para a avaliação descritiva foram utilizadas medidas de tendência central e desvio padrão. Para a análise econométrica, foi empregado o procedimento estatístico de dados em painel com efeito fixo e com dados balanceados, sendo todos os modelos processados no software Stata. Os resultados apontam para um aumento da cobertura da Atenção Básica, em território nacional, entre os anos de 2008 e 2020, com uma variação entre 70% e 81%. A cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) manteve-se relativamente estável, oscilando entre 73% e 75%, com a maior cobertura registrada entre 2012 e 2013, alcançando 75%. A implementação da PNAB em 2017 está associada a uma redução estatisticamente significativa na cobertura de ACS, sugerindo uma diminuição média de 0,009 pontos percentuais na cobertura. O Sudeste se destacou como a única região com aumento de ACS nos últimos anos. Os resultados indicam a necessidade de investir na Estratégia de Saúde da Família para fortalecer a AB, com foco na atuação dos ACS. O aumento da cobertura da AB não garante vínculo com as equipes da ESF, pois equipes mínimas sem ACS também são contabilizadas. De acordo com os resultados, o coeficiente relacionado à revisão da PNAB-2017 apresentou valor negativo, indicando que a política reduziu a taxa de óbitos infantis. Apesar da redução na TMI, persistem desigualdades regionais, exigindo investimentos contínuos em políticas de saúde, especialmente em cuidados pré-natais e materno-infantis.

Palavras-chaves: Política Pública de Saúde; Avaliação Econômica em Saúde; Atenção Básica, Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

Considering the close relationship between Primary Care actions and Infant Mortality Rates (IMR), this study aims to investigate the impact of Primary Care coverage on the infant mortality rate in Brazilian regions, considering the structural shock in the percentage of Primary Care coverage generated by the revision of the National Primary Care Policy (PNAB) as of September 2017. The research was carried out under a quantitative approach and characterized as descriptive, cross-sectional and retrospective, with the 27 (twenty-seven) states that make up the national territory as the units of analysis, between 2008 and 2020. The data was collected by accessing public domain websites, namely: IPEADATA, IBGE, DATASUS and e-Gestor AB. Measures of central tendency and standard deviation were used for the descriptive evaluation. The panel data statistical procedure with fixed effects and balanced data was used for the econometric analysis, and all the models were processed using Stata software. The results point to an increase in Primary Care coverage across the country between 2008 and 2020, with a variation between 70% and 81%. The coverage of Community Health Agents (CHAs) remained relatively stable, fluctuating between 73% and 75%, with the highest coverage recorded between 2012 and 2013, reaching 75%. The implementation of the PNAB in 2017 is associated with a statistically significant reduction in CHA coverage, suggesting an average decrease of 0.009 percentage points in coverage. The Southeast stood out as the only region with an increase in CHWs in recent years. The results indicate the need to invest in the Family Health Strategy to strengthen primary care, focusing on the work of CHWs. The increase in PHC coverage does not guarantee a link with the ESF teams, as minimum teams without CHWs are also counted. Despite the reduction in the IMR, regional inequalities persist, requiring continued investment in health policies, especially in prenatal and maternal-child care.

Keywords: Public Health Policy; Economic Evaluation in Health; Primary Care; Infant Mortality.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Evolução do quantitativo de Equipes na Atenção Básica, por Região (2008-2020).....	40
Tabela 2:	Evolução na Cobertura AB* e Cobertura de SF**, por Região (2008-2020).....	42
Tabela 3:	Projeção da TMI para o ano de 2023.....	43
Tabela 4:	Resultado do Modelo de dados em Painel com Efeitos Fixos, referente a PNAB sobre a cobertura de ACS no Brasil.....	46
Tabela 5:	Cobertura média de ACS (%) nos períodos Pré e Pós PNAB das regiões brasileiras.....	46
Tabela 6:	Resultado do Modelo de dados em Painel com Efeitos Fixos, impacto da PNAB-2017 nas taxas de ébitos infantis no Brasil.....	48
Tabela 7:	Resultado do Modelo de dados em Painel com Efeitos Fixos, impacto da PNAB-2017 nas taxas de ébitos infantis nas regiões do Brasil.....	48
Tabela 8:	Variação da Cobertura de ACS na Região Sudeste (2008-2020).....	50
Tabela 9:	Variação das taxas de óbitos infantis nos estados da região Sudeste entre os anos 2008 e 2020.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate às Endemias
AP	Atenção Primária
APC	Taxa Média de Variação Percentual
APS	Atenção Primária à Saúde
ARIMA	Auto Regressive Integrated Moving Average
CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informação do SUS
eAB	Equipe de Atenção B
eAP	Equipe de Atenção Primária
eSB	Equipes de Saúde Bucal
eSF	Equipes de Saúde da Família
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EqSF	Equipe de Saúde da Família
FNS	Fundação Nacional de Saúde
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NOAs	Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB	Normas Operacionais Básicas
NHS	Sistema Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNAB-2017	Política Nacional da Atenção Básica de 2017
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
UBSF	Unidades Básicas de Saúde Fluviais
UF	Unidade Federativa
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VAN	Telessaúde, Vigilância Alimentar e Nutricional
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	MARCOS CONCEITUAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.....	18
3.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CENÁRIO INTERNACIONAL.....	21
3.3	DA CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) À IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.....	22
3.4	A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: cenários e revisões.....	25
3.5	ATENÇÃO BÁSICA E ÓBITOS INFANTIS.....	32
4	PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
4.1	DESENHO E DADOS DA PESQUISA.....	36
4.2	COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	36
4.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	39
5	RESULTADOS.....	40
5.1	EVOLUÇÃO DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA	40
5.2	EFEITO DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) SOBRE AS TAXAS DE ÓBITOS INFANTIS.....	44
6	DISCUSSÃO.....	53
7	CONCLUSÃO.....	65
	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE A – MARCOS LEGISLATIVOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PUBLICADOS ENTRE 1988 E 2024.....	75

1 INTRODUÇÃO

O Brasil, historicamente, desenvolveu um sistema de saúde caracterizado pela assistência biomédica, desigualdades no acesso, priorização das ações curativas em detrimento às ações preventivas, concentração dos recursos na medicina hospitalar, ênfase das decisões políticas em nível federal e priorização de altas tecnologias, sem respeito às particularidades loco-territoriais (Paim, 2018). Sendo assim, antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), as ações eram desenvolvidas a partir das atividades campanhistas, com destaques para as campanhas de vacinação e de controle de endemias (Lavras, 2011).

A abordagem em saúde pública era tradicional, concentrando-se em campanhas preventivas contra doenças, principalmente as infectocontagiosas, lideradas pelo Ministério da Saúde (MS), além de algumas secretarias municipais e estaduais. As atividades eram essencialmente voltadas para processos de vacinação e saneamento ambiental. A atuação multiprofissional não era considerada como uma ferramenta tematizada para promover o cuidado integral (Pinto; Giovanella, 2018).

Este contexto gerou descontentamento entre usuários, gestores e profissionais de saúde, cujas preocupações acerca da abordagem da Medicina Preventiva e da situação de saúde da população durante o período autoritário deram origem ao Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (Dantas, 2018). Como resultado desse ativismo social, em 1979, foi apresentada a proposta para a criação do SUS, que mais tarde foi mencionado no Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Dois anos após a Conferência, no íntimo da redemocratização do país, em 1988, foi publicada a Constituição Cidadã (Constituição Federal de 1988), associando saúde ao estado de “bem-estar social” e inserindo-a no tripé da Seguridade Social (Silveira; Machado; Matta, 2015).

Em 1990, foram estabelecidas duas leis significativas para a área da saúde no Brasil: a Lei 8.080 e a Lei 8.142. A Lei 8.080 trata das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além de abordar a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, juntamente com outras disposições. Por outro lado, a Lei 8.142 aborda a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e rege as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de contemplar outras providências (Paim, 2009).

Em 1991, em colaboração com as secretarias estaduais e municipais, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu oficialmente o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que mais tarde se tornou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). O principal propósito deste programa era diminuir os preocupantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna, inicialmente, concentrando esforços na região Nordeste do Brasil (Queirós; Lima, 2012).

O Ministério da Saúde, com a finalidade de operacionalizar as ações de Atenção Básica (AB), instituiu, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF). Alinhado com os princípios do SUS, o objetivo deste programa era, prestar de forma contínua e integral, as ações de promoção, proteção e recuperação dos indivíduos e seus familiares (Ministério da Saúde, 2001).

O PSF surgiu, então, como estratégia de reorientação do modelo de assistência à saúde no país. Após dois anos, em 1996, houve um impulso no processo de descentralização, com as Normas Operacionais, coadjuvando para a consolidação de um arcabouço legal e administrativo necessário às novas atribuições do poder local (Teixeira *et al.*, 2014).

Esta corrida pela descentralização, além da reorganização do modelo de Atenção à Saúde, objetivou o cumprimento dos requisitos para garantir repasses financeiros pelo governo federal (Paim, 2018). Desta forma, a interação positiva entre o PSF e o progresso da descentralização favoreceu a adoção do financiamento *per capita* para as ações de AB (Giovannella; Franco; Almeida, 2020).

A partir deste período, a AB foi concebida como modelo estruturante para a organização dos serviços do Sistema Único de Saúde e considerada o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. No período compreendido entre 1994 e 2002, entretanto, o PSF ampliou suas ações e passou a representar uma estratégia de mudança do modelo de atenção do SUS, visando a universalização do acesso (Ministério da Saúde, 2006).

Em 2003, foi inaugurado um grupo de trabalho no Ministério da saúde, que produziu a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), publicada, posteriormente, em 2006. O ano de 2003 caracterizou-se como oportuno para a construção da PNAB, uma vez que, importantes militantes da Reforma Sanitária assumiram cargos de gestão no Ministério da Saúde (Pereira *et al.*, 2022). Não obstante, no ano de 2006, o contexto na publicação da PNAB não era favorável, devido à reforma ministerial ocorrida à época (Ministério da Saúde, 2006). Além disso, cabe salientar que a consolidação de ações estruturantes da Política, ainda não tinham sido efetivadas, como a regulamentação da profissão do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que ocorreu apenas em outubro do mesmo ano (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

Com o objetivo de consolidar as proposições da AB de forma ampla e resolutiva, em 2011, ocorreu a primeira revisão da PNAB, a partir da Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Ministério da Saúde, 2011). Em suma, a nova revisão manteve a essência da primeira

versão (2006) e inovou com propostas relacionadas à ampliação da cobertura e do acesso, maior resolubilidade da AB, introdução de novos arranjos de equipes e instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB) (Ministério da Saúde, 2011).

Da revisão da PNAB de 2011 até os dias atuais, várias ações e programas foram implementadas, como o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Programa Melhor em Casa, o Programa Academia da Saúde, as Equipes de Consultório na Rua, o Brasil Sorridente Indígena, a revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, o Programa Mais Médicos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade e a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica pela estratégia e-SUS Atenção Básica (Pereira *et al.*, 2022).

Após seis anos, em 2017, uma nova revisão da PNAB foi publicada, através da Portaria 2.436 de 21 de setembro de 2017, desta vez, com alterações desafiadoras para a manutenção e consolidação da AB no país (Ministério da Saúde, 2017). A revisão de 2017, incluiu, além do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a permissão da implantação de uma equipe de Atenção Básica (eAB), cujos moldes flexibiliza a composição das equipes e carga-horária dos profissionais (Melo *et al.*, 2018). Dentro desta flexibilização, a versão de 2017 desobriga a presença do Agente Comunitário de Saúde.

Segundo esta nova versão, é recomendado dois modelos de funcionamento: Equipe de Atenção Primária (eAP) e de Saúde da Família (eSF). As equipes de Atenção Primária possuem composição diferente das equipes de Saúde da Família. A eAP é composta minimamente por médico e enfermeiro, preferencialmente especialistas em saúde da família, podendo cumprir, cada um, carga horária de 20h ou 30h. Já a eSF é minimamente composta por médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde e técnico de enfermagem cumprindo, cada um, 40 horas (Ministério da Saúde, 2017).

A relação entre Atenção Básica em Saúde e mortalidade infantil é um tema de extrema importância na saúde pública, sendo amplamente investigado para compreender como os serviços primários de saúde podem influenciar de maneira positiva os índices de mortalidade

entre crianças. A expressão "mortalidade infantil" refere-se aos óbitos de crianças com menos de um ano de idade registrados em uma região específica durante um período definido (Careti *et al.*, 2016).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) está diretamente relacionada a condicionantes sociais, como renda, escolaridade, acesso aos serviços de saúde e disparidades geográficas. Sendo assim, é um indicador crucial que reflete o número de óbitos de crianças menores de um ano a cada mil nascidos vivos em uma determinada região e período de tempo específicos (Martins; Pontes; Higa, 2018). Desta forma, a evolução na organização dos serviços de saúde e a qualificação da Atenção Básica, como relatado anteriormente, com reconhecimento das particularidades locorregionais, contribuíram substancialmente para a redução dos óbitos infantis a partir da década de 1990 (Careti *et al.*, 2016).

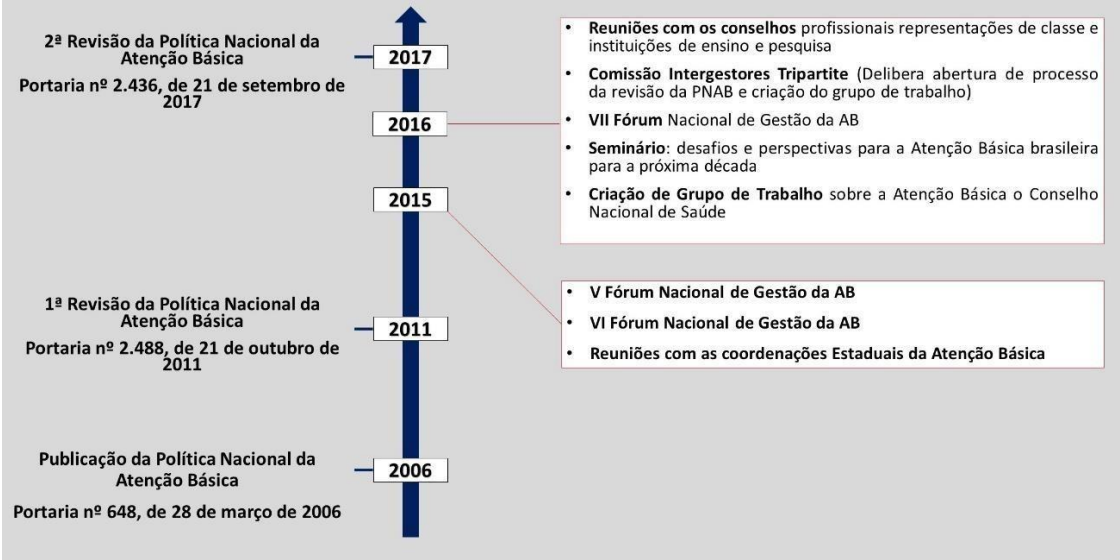
No período de 1980 a 2010, houve um declínio de 82,80 para 15,97 no CMI (Paim *et al.*, 2011). Em 1990, a taxa era de 53,7 óbitos para 1.000 nascidos vivos e em 2011 passou para 17,7 óbitos (Silva; Paes, 2018). Em 2000, a taxa era de 29,0 óbitos por mil nascidos vivos; esse número foi reduzido para 17,22 em 2010 e continuou a diminuir para 13,8 em 2015. Contudo, mesmo diante deste cenário, o Brasil ainda apresenta como desafio a redução dos números de Mortalidade Infantil.

Apesar da tendência de redução do coeficiente de mortalidade infantil em todas as regiões nas últimas décadas, no Brasil, ainda persistem desigualdades significativas. As regiões Norte e Nordeste do país apresentam os maiores coeficientes de mortalidade infantil e essas disparidades socioespaciais refletem diferenças no acesso a serviços de saúde de qualidade, condições socioeconômicas, infraestrutura sanitária e outras variáveis determinantes para a saúde materno-infantil (Paixão; Ferreira, 2012).

Considerando a estreita relação entre as ações desenvolvidas no escopo da AB e as taxas de Mortalidade Infantil, este estudo pretende investigar o impacto da cobertura de Atenção Básica sobre a taxa de óbitos infantis nas regiões brasileiras, considerando o choque estrutural no percentual de cobertura da AB gerado pela revisão da Política Nacional de Atenção Básica a partir de setembro de 2017 (Ministério da Saúde, 2017). A figura 1 apresenta os Marcos temporais e de articulações tripartite do contexto de Revisão da Política Nacional da Atenção Básica/ PNAB 2017.

Esta dissertação adere à lógica da PNAB (PNAB), ao considerar os conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária (APS) como equivalentes. O trabalho se desenvolve em sete seções na seguinte ordem sequencial: introdução, objetivos, referencial teórico, materiais e métodos, resultados, discussão e conclusão.

Figura 1. Marcos temporais e de articulações tripartite do contexto de Revisão da Política Nacional da Atenção Básica/ PNAB 2017.



Fonte: Elaborado pela autora (2024).

2 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar o efeito da cobertura de Atenção Básica sobre as taxas de óbitos infantis, nas diferentes regiões brasileiras, considerando a Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir publicação da Portaria 2.436 de setembro de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a evolução histórica na cobertura na Atenção Básica, em território nacional, entre os anos de 2008 e 2020;
- Analisar a evolução das taxas de óbitos infantis nas regiões brasileiras, entre os anos de 2008 e 2020;
- Realizar análise econométrica para investigar o comportamento da cobertura da Atenção Básica sobre taxas de óbitos infantis, após a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, realizada em 2017;
- Realizar análise econométrica para investigar o comportamento da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) sobre taxas de óbitos infantis, após a atualização da Política Nacional de Atenção Básica, realizada em 2017.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Diante do desafio explicitado na introdução e dos objetivos que se pretende alcançar, observando o SUS como um sistema construído nos diálogos de resistência, o principal objetivo deste marco teórico é apresentar um debate sobre o contexto da implementação Política Nacional da Atenção Básica no Brasil, bem como, as mudanças implementadas com as revisões desta Política. Também se aborda a relação entre a Atenção Básica e a Mortalidade Infantil, uma vez que os índices desse tipo de mortalidade ainda representam um obstáculo significativo a ser superado no país.

Para isso, são expostos de forma sistemática conceitos e teorias relevantes para a análise e interpretação dos resultados desta pesquisa. No contexto teórico explorado, são delineados os marcos legislativos da Atenção Primária à Saúde, situando o cenário brasileiro, mediante o estabelecimento do Sistema Único de Saúde e sua ênfase na Estratégia Saúde da Família. Neste caminho, reflete-se sobre as lógicas políticas (macro e micro) das revisões/ versões da PNAB (2011 e 2017), assim como, a correlação com a Mortalidade Infantil no país.

MARCOS CONCEITUAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica é amplamente reconhecida como um elemento crucial nos sistemas de saúde globais, destacando-se pela ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento de condições comuns e coordenação do cuidado (Santos; Melo, 2018). Estudiosos afirmam que o conceito da AB é multidimensional e precisa ser problematizado nos diferentes contextos políticos, socioeconômicos, no tempo e no lugar (Fausto *et al.*, 2018). Este trabalho, desta forma, segue o pressuposto de que não há uma terminologia precisa para o conceito de AB.

De acordo com Carletto (2021), a concepção da AB está intrinsecamente ligada a uma variedade de abordagens em saúde que evoluem ao longo do tempo, sendo considerada como um componente dos ideais e das agendas políticas que competem pela direção do Estado e da sociedade. O conceito e entendimento da Atenção Básica sempre foi permeado por defesas dicotômicas entre os termos “Atenção Primária à Saúde (APS)” e “Atenção Básica (AB)”. A utilização do termo “Atenção Básica à Saúde” pelo Movimento Sanitário Brasileiro foi motivada pela busca de uma distinção ideológica em relação ao viés “simplista” subjacente à

noção de Atenção Primária, visando a construção de um sistema público universal baseado em uma concepção de cidadania ampliada (Giovanella; Almeida, 2017).

No Brasil, a adoção do termo Atenção Básica, pelos militantes da reforma sanitária, também objetivou a fuga ao reducionismo da “Atenção Primária à Saúde” seletiva e focalizada da época. Pesquisadores identificam duas perspectivas distintas em relação à Atenção Primária à Saúde (APS): uma que advoga pela APS seletiva, centrada no cuidado direcionado a grupos populacionais mais vulneráveis e desprovidos de acesso aos seguros privados de saúde; e outra corrente que percebe a APS como um agente impulsionador do desenvolvimento social, integrado a diversos setores, com uma visão ampla e holística da saúde, que se relaciona diretamente com a qualidade de vida da população (Giovanella; Mendonça, 2014; Fausto; Matta, 2007).

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), a emergência da Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva esteve relacionada ao ambiente global desafiador de crescimento econômico limitado, onde houve uma consideração das agências internacionais de financiamento, como o Banco Mundial, em busca de redução de despesas. Nessa perspectiva, a estratégia proposta foi direcionar um conjunto de intervenções de custo acessível para enfrentar as doenças em nações em desenvolvimento.

A influência do Banco Mundial na promoção da Atenção Primária à Saúde (APS) seletiva é evidente em diversas políticas de saúde implementadas em países em desenvolvimento. Sendo assim, o surgimento da APS seletiva pode ser atribuído, em parte, à perspectiva de redução de custos adotada por agências internacionais de financiamento, como o próprio Banco Mundial. Esta abordagem enfatiza a necessidade de estratégias de intervenção mais limitadas e direcionadas, visando combater doenças específicas de forma mais eficiente, em detrimento de um enfoque mais abrangente e integral da saúde (Fausto *et al.*, 2018).

Giovanella; Mendonça (2014) afirma que esta perspectiva limitada da APS seletiva, defendida pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), foi alvo de críticas, uma vez que havia enfoque em intervenções específicas e pontuais para combater doenças prevalentes em contextos de baixa renda, muitas vezes, priorizando programas de imunização, nutrição infantil e cuidados maternos, visando alcançar resultados tangíveis e de curto prazo. Essa abordagem, embora possa ter impacto na redução de certas doenças, tende a negligenciar a integralidade da saúde e a complexidade dos determinantes sociais que influenciam o bem-estar das comunidades.

A Atenção Primária à Saúde (APS), sob a ótica definida por Bárbara Starfield, é fundamental para a construção de sistemas de saúde eficazes e equitativos. Esta autora enfatiza que a APS não se limita apenas ao primeiro nível de atendimento, mas abrange um conjunto de características essenciais, como acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação dos cuidados. Esses elementos são cruciais para garantir cuidados de saúde abrangentes e centrados no paciente. Além disso, Starfield ressalta que a APS desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças, atuando como a porta de entrada para o sistema de saúde e coordenando o acesso aos serviços especializados quando necessário (Starfield, 2002).

Os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) preconizados por Bárbara Starfield destacam-se por sua abrangência e importância na construção de sistemas de saúde eficazes e centrados no paciente. A autora enfatiza que a APS deve ser acessível, oferecendo cuidados próximos às comunidades e sem barreiras financeiras ou geográficas. Além disso, a continuidade do cuidado ao longo do tempo é essencial para o estabelecimento de relações de confiança entre pacientes e profissionais de saúde, permitindo uma abordagem holística e personalizada. Outros atributos essenciais incluem a integralidade, que engloba a prestação de cuidados abrangentes que atendam às necessidades físicas, emocionais e sociais dos pacientes, e a coordenação do cuidado, garantindo uma abordagem integrada entre os diferentes níveis e tipos de serviços de saúde. Esses atributos são fundamentais para alcançar uma saúde equitativa, eficiente e de qualidade para toda a população.

Desta forma, segundo Starfield (2002), a APS possui como atributos essenciais: primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Além do mais, a autora também considera a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural como atributos derivados da APS.

A expressão 'Atenção Básica' foi adotada oficialmente pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro na Política Nacional de Atenção Básica de 2006. No entanto, é importante observar que o próprio MS concluiu que 'APS', 'AB' e o termo 'Atenção Primária (AP)' podem ser utilizados de forma intercambiável, representando conceitos similares (Melo *et al.*, 2018).

Eugênio Vilaça Mendes, em entrevista publicada em 2005 na Revista de APS, defendeu que no Brasil, a Atenção Primária é chamada de Atenção Básica, o que sugere uma simplificação que pode ser desvalorizada. Isso reflete uma interpretação equivocada do termo "primário" como algo primitivo, quando na verdade se refere ao complexo princípio da APS, especialmente o do primeiro contato (MENDES, 2005).

Documentos oficiais do Ministério da Saúde, no início da década dos anos 2000 demonstraram oscilações na utilização dos termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária”. Nas "Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão", o fortalecimento da AB é destacado como prioridade do Pacto pela Vida. No entanto, ao longo deste documento de 76 páginas, não há menção ao termo "Atenção Primária" (Ministério da Saúde, 2006).

Por outro lado, a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro na Política Nacional de Atenção Básica de 2006, embora tenha sido reconhecido que “APS”, “AB” e o termo “Atenção Primária (AP)” possam ser utilizados como sinônimos. Este estudo, por conseguinte, permeará esta lógica da sinonímia entre os termos Atenção Primária e Atenção Básica.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CENÁRIO INTERNACIONAL

O relatório de Dawson, publicado em 1.920 no Reino Unido, desempenhou um papel significativo na definição dos princípios e práticas da Atenção Básica (Melo, 2018). As ideias influenciaram profundamente o desenvolvimento da Atenção Primária em todo o mundo, fornecendo um quadro para a organização de serviços de saúde centrados nas necessidades dos indivíduos e comunidades (Pinto, 2018). Ao longo das décadas seguintes, o relatório de Dawson continuou a ser uma referência fundamental para os esforços de reforma e fortalecimento dos sistemas de saúde, reiterando a importância da Atenção Primária como pedra angular para a promoção da saúde e a garantia de cuidados de saúde acessíveis e de qualidade para todos (Giovanella *et al.*, 2019).

O sistema de saúde da Inglaterra influenciou significativamente na configuração da Atenção Básica em nível mundial. Após a implementação do Sistema Nacional de Saúde (NHS) em 1948, o Reino Unido se tornou um ponto de referência para a organização de serviços de saúde centrados na Atenção Básica (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020). O NHS estabeleceu princípios fundamentais, como acesso universal, continuidade do cuidado, coordenação entre os diferentes níveis de atenção e equidade no acesso aos serviços de saúde (Boerma, 2006).

Além disso, a ênfase na formação de equipes multiprofissionais, na promoção da participação comunitária e na integração de serviços sociais e de saúde também reflete a influência duradoura do sistema de saúde inglês na Atenção Primária (Gauld *et al.*, 2012). Essas contribuições continuam a ser estudadas e adaptadas em diferentes contextos,

destacando o legado significativo do NHS na promoção de sistemas de saúde baseados no cuidado primário.

O marco histórico de definição da Atenção Básica é a Declaração de Alma-Ata, um documento publicado, em 1978, a partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. Esta Conferência foi organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e sediada no Cazaquistão. Este evento histórico desempenhou um papel crucial na definição das políticas de saúde global e influenciou o desenvolvimento de sistemas de saúde em diversos países, destacando a importância da Atenção Primária como uma estratégia fundamental para alcançar a saúde para todos (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

A Declaração de Alma-Ata foi um marco que reconheceu a importância da Atenção Básica como parte essencial de um sistema de saúde abrangente. A declaração enfatizou a necessidade de uma abordagem holística e integrada da saúde, que abrangesse não apenas a cura de doenças, como também, a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Fausto *et al.*, 2018).

Além disso, o documento ressaltou a importância da participação comunitária e do empoderamento das pessoas na gestão de sua própria saúde. Desde então, a Declaração de Alma-Ata tem servido como um guia para políticas de saúde em todo o mundo, destacando a Atenção Primária como um elemento central para alcançar a saúde para todos (Paim, 2018). Sendo assim, foi durante a Conferência de Alma-Ata que a Atenção Básica foi claramente definida e reconhecida como a estratégia principal para expandir o acesso aos sistemas de saúde, ganhando reconhecimento internacional (Fausto *et al.*, 2018).

DA CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) À IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

O Sistema Único de Saúde (SUS) não foi oriundo do estado e governos, ao contrário, este sistema nasceu de lutas sociais, movimentos estudantis, segmentos populares, acadêmicos, professores, pesquisadores e cientistas (Barros; Aquino; Souza, 2022). Assim como, os avanços e retrocessos alcançados pelo sistema esteve/ está sempre relacionado aos contextos políticos da época.

Sendo assim, para compreender a estruturação do SUS torna-se necessário cartografar os marcos históricos da Saúde Pública no Brasil. O contexto do início do século XVIII, com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, marcaram o surgimento da

saúde pública brasileira (Merhy; Queiroz, 1993). Estes cientistas possuíam como desafio, a desmistificação da teoria miasmática e o fomento da teoria bacteriológica, a fim de compreender o processo de saúde-doença como consequência de condicionantes externo.

Neste período, as ações em saúde eram orientadas pela engenharia sanitária e pesquisas bacteriológicas, a partir de métodos campanhistas e do processo de policiamento sanitário. Estas ações eram concentradas em nível estadual, uma vez que, não havia autonomia pelas governanças municipais (Merhy; Queiroz, 1993).

A partir da expansão dessa perspectiva bacteriológica, novas ideias e propostas foram divulgadas, cujos defensores dispararam, na década de 1910, um novo modelo: médico-sanitário. Nesta época já se aspirava, no Brasil, o desenvolvimento de práticas saneantes e o fortalecimento da população interiorana, uma vez que, seus defensores criticavam a centralização das ações em saúde nas localidades urbanas (Virgens; Teixeira, 2022).

A Saúde Pública no Brasil se configurou como Política Nacional de Saúde a partir do século XX, com a sistematização das práticas sanitárias e modelada na configuração do capitalismo brasileiro (Menicucci, 2014). No início do século XX, a economia brasileira era marcada pela exportação do café e enfrentava vários desafios com a instauração de doenças infectocontagiosas nos portos, como a peste, varíola e febre amarela. Desta forma, as mobilizações de saúde eram baseadas em critérios higienistas e em campanhas de vacinação em massa. É notório, então, que o objetivo dos setores responsáveis por controlar a salubridade era focalizado em intensificar as exportações e fortalecer a economia local. Este modelo de atenção à Saúde ficou conhecido como campanhista (Reis *et al.*, 2016).

Com o avanço do processo de exportação, importação e, conseqüentemente, da industrialização brasileira, os movimentos de urbanização foram condicionantes para que os setores da Saúde Pública concentrassem suas propostas em disciplinar e higienizar as cidades e seus ocupantes (Merhy; Queiroz, 1993). A partir de então, os trabalhadores formais, principalmente, das rodovias e ferrovias, uniram-se e estruturaram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Este equipamento objetivava arrecadar contribuições dos funcionários para, então, ofertar regalias, como aposentadorias, pensões e ofertar assistência médica aos trabalhadores formais e seus dependentes (Pereira *et al.*, 2022).

Em 1923, com a Lei Eloy Chaves, as empresas com mais de cinquenta funcionários poderiam ter a CAPs implementada. Na década de 30 houve a criação do Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública e do Ministério do Trabalho Indústria e Comércio. Este último ministério foi responsável pela unificação das CAPs nos Institutos de

Aposentadorias e Pensões (IAPs) , cujo caráter nacional permitia a participação do estado (Reis *et al.*, 2016).

Desta forma, torna-se necessário reiterar que a oferta de assistência á saúde ocorria de forma excludente, visto que, quem não tivesse trabalho formal não teria direito aos cuidados de saúde. A população sem vínculo empregatício ficava desprovida de assistência à saúde e, sendo assim, dependia das instituições filantrópicas e de caridades (Pinto, 2018). Na década de 60, com a ditadura, as intervenções de saúde eram concentradas nas aquisições de alta tecnologia, tornando as práticas mecanicistas, biologizantes e, mais ainda, elitistas (Barboza; Rêgo; Barros, 2020).

Contudo, esse regime excludente impulsionou lideranças sociais a criticarem os métodos adotados na época. As Universidades foram os principais centros de grandes debates de discussões, nas quais, estudiosos, trabalhadores, usuários e governantes empreenderam força e estudos para criticar os modelos adotados pelo governo militar, originando o Movimento da Reforma Sanitária. Os ativistas deste movimento, lançaram propostas detransformação social, a partir de uma política gratuita, universal e de qualidade, com apreconização do Estado em sua condução (Paim *et al.*, 2011).

Com o fim do governo militar e a oportunidade de realinhamento do setor saúde, o novo governo assumiu o compromisso de lançar uma nova constituição. Neste período, em 1986, ocorreu o principal marco das reivindicações aqui supracitadas: 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujas pautas defendiam a saúde a partir de um conceito amplo e coletivo, bem como um direito fundamental a ser assegurado para toda a população. Este evento contou com a participação de trabalhadores, gestores, usuários, estudantes e pesquisadores (Rosário; Baptista; Matta, 2020).

As discussões e relatório final dessa conferência serviram como base para o texto sobre saúde incluso na constituição de 1988, descritos os artigos 196 a 200 (Silveira; Machado; Matta, 2015). Alguns autores consideram a Constituição Cidadã um dos maiores marcos de inclusão e participação social.

Entretanto, outros pesquisadores consideram o texto constitucional dicotômico e contraditório, uma vez que ao definir saúde como um direito, garantido á toda população, que deve ser assegurado pelo estado; a constituição permitiu a participação da iniciativa privada (Pereira *et al.*, 2022). Cabe pontuar que houve a manutenção de formas excludentes de assistência à saúde, atuando de forma independente das intervenções do Estado.

É notória as ambiguidades concernente ao contexto da escrita da Constituição Federal, contudo, os elementos constitucionais colaboraram para a promoção de

avanços no modelo de atenção à Saúde (Pereira *et al.*, 2022). Com a vinculação da ótica da Saúde como bem-estar social, garantida a partir do estado, e de forma universal, o componente Atenção Básica recebeu novas dimensões Políticas. A partir das quais, foi possível promover uma reorganização política e institucional na área da Saúde Pública (Reiset *et al.*, 2016).

Dois anos após a publicação da constituição cidadã, o ano de 1990 foi marcado pela publicação de duas Leis (Lei 8.080 e a Lei 8.142). A Lei 8.080 de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Senado Federal, 1990a). Enquanto que, a Lei 8.142, abordou participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Senado Federal, 1990b).

O Sistema Único de Saúde, então, foi regulamentado dois anos após a publicação da Constituição Cidadã (Paim, 2009). Alguns autores justificam que isso ocorreu devido ao atraso do governo da época em enviar o Projeto de Lei ao Congresso Nacional, mas, que isso não impediu que muitas experiências de transformação fossem disparadas em muitos municípios.

A Constituição de 1988, também objetivou a ruptura com o modelo de atenção à saúde previdenciário, uma vez que, fora considerado excludente e reducionista. O SUS, desta forma, simbolizou uma nova referência sobre cuidado em saúde para a população brasileira, o que favoreceu, no início da década de 90, o surgimento da Atenção Básica (Rodrigues *et al.*, 2014).

A POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA: cenários e revisões

Com base nos fundamentos delineados anteriormente, o início da década de 1990 foi marcado por importantes eventos que exerceram significativa influência na formulação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006. A implementação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, marcou um avanço significativo na abordagem da saúde pública no Brasil. O PACS foi criado pela Fundação Nacional de Saúde (FNS) e inaugurado pelo estado do Ceará com o objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde, promovendo o acesso aos serviços de saúde em áreas de difícil alcance e aumentando o vínculo entre a comunidade e o sistema de saúde. Segundo Fausto *et al.* (2018), essa iniciativa representou

um importante passo rumo à promoção da saúde preventiva e à melhoria dos indicadores de saúde nas regiões mais vulneráveis do país.

Este programa priorizava emergencialmente as áreas rurais e historicamente negligenciadas em termos de assistência à saúde. Esse projeto alcançou avanços significativos, incluindo a redução da mortalidade materna e infantil (Giovanella; Franco; Almeida, 2020). Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) designados para esse trabalho eram residentes locais que não necessitavam de formação técnica específica, já que suas responsabilidades na época se baseavam principalmente em conhecimento do território, complementado por orientações técnicas fornecidas sob a supervisão de enfermeiros (Silva *et al.*, 2020).

Giovanella e Mendonça (2009) consideram que o PACS surgiu inspirado na lógica da Atenção Básica seletiva e que a falta de formação prévia limitava a atuação profissional. A instituição deste programa, contudo, foi importante para o avanço da Atenção Básica brasileira, uma vez que, adotou-se a compreensão do cuidado familiar, para além, do cuidado individual.

Desta forma, o PACS representou um marco na expansão da cobertura de saúde no país e contribuiu significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde em diversas comunidades brasileiras, ao considerar os condicionantes sociais do processo saúde-doença (Girardi, 2010). Outros estudiosos apontam que, mesmo com as limitações técnicas e de formação profissional, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde em conjunto com um modelo de gestão integrada possibilitou que o PACS fosse além de um programa vertical, sendo reconhecido como uma estratégia fundamental para a implementação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

O desejo de aprimorar o desempenho e a eficácia do PACS no sistema de saúde levou à instituição do Programa de Saúde da Família (PSF) por meio da Portaria Ministerial nº 692 de 1994 (Ministério da Saúde, 1994). Após o impeachment de Collor, no segundo semestre de 1992, o governo de Itamar Franco, no início de 1993, desenvolveu a primeira proposta do PSF, buscando estruturar a Atenção Básica. Esta iniciativa foi motivada pela crítica às superlotações dos serviços hospitalares (Soneghet, 2023).

Segundo Fausto *et al.* (2018), o PSF foi estabelecido com o objetivo de reestruturar o modelo de atenção à saúde, priorizando ações preventivas, promoção da saúde e acompanhamento contínuo das famílias em seu contexto domiciliar. Ao enfatizar a integralidade do cuidado e adotar uma abordagem interdisciplinar, este programa representou uma mudança significativa em relação ao modelo anterior, centrado no tratamento de doenças

e no atendimento hospitalar. Esse esforço foi crucial para expandir o acesso aos serviços e promover a saúde da população brasileira, especialmente nas comunidades mais vulneráveis.

A transição do Programa de Saúde da Família (PSF) para o conceito de Atenção Básica tradicional representa uma evolução no modelo de assistência à saúde no Brasil. Conforme destacado por Giovanella e colaboradores (2020) essa mudança reflete uma ampliação do escopo de atuação das equipes de saúde, que passam a oferecer uma gama mais abrangente de serviços e intervenções, alinhados aos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social. Ao adotar a denominação de Atenção Básica, o sistema de saúde brasileiro reconhece a importância de uma abordagem mais ampla e inclusiva, que não se limita apenas ao âmbito familiar, mas que também contempla as demandas e necessidades de toda a comunidade (Soneghet, 2023).

A partir de 1995, o Programa de Saúde da Família (PSF) foi desassociado da tradição de programas verticais da Fundação Nacional de Saúde (FNS) e integrado à Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) (Morosini, 2023). Essa transição reafirma o compromisso do sistema de saúde com a promoção da saúde e a prevenção de doenças, bem como com a garantia do acesso equitativo aos serviços de saúde para todos os cidadãos brasileiros.

Neste período o movimento de descentralização e municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS) representou uma importante transformação na organização e gestão dos serviços de saúde. Essa iniciativa visava transferir responsabilidades e recursos para os municípios, promovendo uma maior autonomia na gestão dos serviços de saúde e uma maior adequação às necessidades locais (Melo *et al.*, 2018). A descentralização e municipalização do SUS teve como objetivo principal a promoção da universalidade, integralidade e equidade no acesso aos serviços de saúde, garantindo uma maior participação da comunidade na definição das políticas e ações de saúde. Esse processo contribuiu significativamente para a melhoria da eficiência e eficácia do sistema de saúde, além de fortalecer a capacidade de resposta às demandas e necessidades específicas de cada região do país (Lavras, 2011; Melo *et al.*, 2018).

Nos anos 90 também foram lançadas as Normas Operacionais Básicas (NOB) como ferramentas norteadoras, com diretrizes claras, para o processo de descentralização e operacionalização intergovernamental, bem como, para a organização e funcionamento dos serviços de saúde em todo o país. As Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 representam diferentes momentos e abordagens na organização e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil (BRASIL, 1996).

Conforme apontado por Oliveira *et al.* (2019), enquanto a NOB 91 estabeleceu as bases para a descentralização da gestão e a municipalização dos serviços de saúde, a NOB 93 buscou aprimorar essa descentralização, introduzindo critérios mais específicos para a alocação de recursos e definição de responsabilidades entre os diferentes entes federativos. Já a NOB 96 teve como foco a consolidação e a regulamentação dessa descentralização, estabelecendo diretrizes mais claras para a organização e o funcionamento do SUS, bem como para a gestão e financiamento dos serviços de saúde. Essas diferenças refletem a evolução e os desafios enfrentados pelo SUS ao longo do tempo, demonstrando a necessidade de adaptação e aprimoramento contínuo do sistema para garantir uma maior efetividade e equidade no acesso aos serviços de saúde (Lavras, 2011).

A NOB 96, instituída em 1998, estabeleceu critérios mais objetivos para a alocação de recursos e definição de responsabilidades entre os diferentes entes federativos, contribuindo para uma maior eficiência e eficácia na prestação dos serviços de saúde (Oliveira *et al.*, 2019). Com a NOB 96, método de pagamento passou a ser baseado na produção de serviços médico-hospitalares e transferidos em duas modalidades: per capita, que consistia em um valor fixo por habitante, e variável, que incentivava a implantação de programas e ações de saúde.

A criação do Piso de Atenção Básica (PAB), em 1998, com os componentes fixo e variável, representou uma mudança significativa no financiamento da Atenção Básica no Brasil. De acordo com Gomes *et al.* (2023), o PAB fixo consistiu em um repasse financeiro regular e previsível, diretamente do Ministério da Saúde para os municípios, a partir do cumprimento de metas mínimas. Já o PAB variável, tratava-se de um recurso adicional, vinculado ao desempenho e à qualidade dos serviços oferecidos, podendo ser utilizado para incentivar ações específicas de promoção da saúde e prevenção de doenças, como por exemplo, implantação do PSF, Farmácia Básica, Saúde Bucal e o Incentivo às Ações Básicas de Vigilância Sanitária e controle de Tuberculose (Massuda, 2020).

Com as Normas Operacionais Básicas, a Atenção Básica foi reorganizada e passou a ter um financiamento global, sem dependência exclusiva da produção e informação de procedimentos médico-hospitalares (Carvalho; Jesus; Senra, 2017). Desta forma, o reordenamento dos recursos financeiros somados a maior integração do Programa de Saúde da Família com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, impulsionou a Atenção Básica como modelo estruturante para a prestação de ações e serviços de saúde (Gomes *et al.*, 2023).

Mesmos com os avanços provocados com a instituição das Normas Operacionais Básicas, no início dos anos 2000, foram implementadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAs). Conforme salientado por Pereira *et al.* (2022), as NOBs,

implementadas entre as décadas de 1980 e 1990, tinham como foco principal a descentralização e municipalização da gestão da saúde, buscando promover uma maior autonomia dos municípios na oferta e organização dos serviços.

Por outro lado, as NOAs visavam aprimorar a organização e o funcionamento do SUS, estabelecendo diretrizes mais específicas para a gestão, o financiamento e a integração dos serviços de saúde. Enquanto as NOBs estabeleciam princípios gerais para a organização do sistema, as NOAs têm um enfoque mais detalhado e orientado para a eficiência e qualidade na prestação dos serviços. Essa evolução reflete a necessidade de adaptação do SUS às demandas e desafios contemporâneos da saúde pública no Brasil (Carvalho; Jesus; Senra, 2017).

Conforme destacado por Gomes *et al.* (2023), essas normas foram instituídas com o objetivo de promover uma maior integração e articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, estabelecendo diretrizes para a gestão e o financiamento do sistema. A NOAS 01 trouxe avanços significativos na regionalização da saúde e na definição das responsabilidades de cada esfera de governo na organização e oferta dos serviços de saúde. Já a NOAS 02 buscou aprimorar a gestão e a organização dos serviços, reforçando a importância da Atenção Básica como porta de entrada preferencial para o SUS. Essas normas têm sido fundamentais para orientar as políticas de saúde e promover a efetivação do direito à saúde no Brasil (Barros; Aquino; Souza, 2022).

O processo de descentralização e regionalização do SUS provocou insatisfação nos municípios maiores, cujos gestores não estimularam a ampliação do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A não aceitação podia estar relacionada à dependência do financiamento tripartite com importante investimento municipal. Pereira *et al.* (2022) afirma que se fazia imprescindível, igualmente, aprimorar a estruturação do sistema municipal de saúde, especialmente no que tange aos fundamentos da Atenção Básica e à sua diretriz assistencial. Assim, destacavam-se, dentre diversos desafios enfrentados pelo planejamento territorial do SUS no início do século, três grandes questões: a organização da Atenção Básica em âmbito municipal, a necessidade de regionalização e a busca pela integração e unificação dos sistemas municipal e regional (Duarte *et al.*, 2013).

Imerso nesse cenário, em 2006, foram publicados vários documentos a partir do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão, representando um compromisso conjunto entre os diferentes entes federativos e a sociedade civil para enfrentar os principais desafios em saúde do país (Pinto; Giovanella, 2018). O Pacto pela Saúde, então, corroborou para a instituição da Atenção Básica enquanto Política Pública, através da publicação da Portaria nº 648 publicada em 28 de março de 2006 (Ministério da Saúde, 2006).

A criação da Política Nacional de Atenção Básica em 2006 marcou um momento crucial na estruturação e fortalecimento do sistema de saúde brasileiro. A PNAB representou uma importante mudança de paradigma, ao colocar a Atenção Básica como eixo central na organização dos serviços de saúde no país (Giovanella *et al.*, 2019). Ao destacar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de cuidado, a PNAB buscou promover a integralidade, resolutividade e longitudinalidade da atenção à saúde, visando atender às necessidades de saúde da população de forma mais eficaz e humanizada. Essa política teve um impacto significativo na reorientação do modelo assistencial e na promoção da saúde pública no Brasil.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2006 se destaca por suas características inovadoras e pelo foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF) como pilar central da Atenção Básica no Brasil. De acordo com estudo recente de Fausto *et al.* (2021), a PNAB 2006 estabeleceu diretrizes para a reorganização da Atenção Básica, destacando a ESF como modelo prioritário de cuidado. Essa estratégia, baseada na atuação de equipes multiprofissionais na comunidade visava fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários (Ministério da Saúde, 2006).

A PNAB de 2006 também enfatizou a importância da territorialização e da responsabilização das equipes de saúde, contribuindo para uma atuação mais efetiva e centrada nas necessidades locais. Essas características refletem o compromisso do Brasil em fortalecer a Atenção Básica como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, visando promover uma assistência mais integral, equitativa e eficaz para toda a população.

Essa publicação de 2006 estabeleceu princípios e diretrizes fundamentais para a organização da Atenção Básica no Brasil. Conforme ressaltado por Oliveira *et al.* (2019), as diretrizes da PNAB de 2006 também enfatizaram a importância da territorialização e da participação social na gestão e organização dos serviços de saúde, promovendo uma abordagem mais participativa e democrática na construção das políticas de saúde.

A PNAB foi revisada em 2011, mas, neste intervalo temporal (2006 a 2011) foram publicados importantes instrumentos para a qualificação da Atenção Básica. Cabe destacar que, em 2007, houve a Criação do Programa Saúde na Escola (PSE) e, em 2008, a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em 2010, foram criadas as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas e o incentivo financeiro para custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (Pereira *et al.*, 2022).

O ano de 2011 marcou vários avanços no SUS, como a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), do Programa de

Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), do Programa Melhor em Casa, do Programa Academia da Saúde, das equipes de Consultório na Rua, do Telessaúde Brasil Redes, do Brasil Sorridente Indígena e a Revisão da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Além destes avanços, neste ano, ocorreu a Revisão da PNAB (Pereira *et al.*, 2022).

A revisão na PNAB, em 2011, recomendava a Estratégia de Saúde da Família como prioridade para o reordenamento do SUS. Assim como, a revisão manteve a necessidade de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde em todos os territórios e garantiu a manutenção das equipes de Saúde Bucal (eSB) (Freire *et al.*, 2021). Neste processo, foram consideradas diferentes possibilidades de carga horária para inserção do profissional médico. Isto posto, a revisão da PNAB em 2011, apostou no modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para consolidação da Atenção Básica no país (Ministério da Saúde, 2011).

Em 2015, com o objetivo de incluir novas ações a PNAB, iniciou-se um novo processo de revisão, culminando, em 2017, na publicação de uma nova versão da Política Nacional de Atenção Básica. Segundo Giovanella *et al.* (2020), a revisão da PNAB de 2017 foi disparada a partir de agendas participativas, combinando as demandas apresentadas pela gestão tripartite com as necessidades manifestadas nas instâncias de controle social. Entretanto, a instabilidade do cenário político da época fragilizou, de sobremaneira, a sustentação técnica dos debates da revisão.

À vista disso, foi publicada em 2017 uma Política travada pelas disputas no campo da gestão interfederativa, no qual prevalecia os interesses de parte dos autores selecionados para escrever o texto da política, ao passo que algumas inovações defendidas tecnicamente foram incorporadas a PNAB de 2017 de forma superficial (Pereira *et al.* 2022). Dentre as alterações publicadas nesta última revisão, é pertinente destacar a alteração da denominação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), cujos profissionais passaram a apoiar, além das equipes de saúde da família, as Equipes de Atenção Básica (eAB); a possibilidade de financiamento de outros modelos de organização da atenção básica além da Estratégia Saúde da Família; o reconhecimento do profissional gerente da Unidade Básica de Saúde e a flexibilização na carga-horária de trabalho e na forma de organização da Atenção Básica.

Sobre esta última modificação supracitada, estudiosos a avaliam como ponto promotor para a descontinuidade dos princípios e diretrizes da Atenção Básica, uma vez que, houve a flexibilização na composição das equipes e o reconhecimento de outras formas de organização da Atenção Básica, para além da saúde da família (Giovanella *et al.*, 2020).

Somado a isso, a revisão da Política Nacional da Atenção Básica de 2017 (PNAB- 2017) possibilitou a redução do número de ACS por EqSF – Equipe de Saúde da Família (mínimo de um), tornando-se facultada a inserção do Agente Comunitário de Saúde (ACS), do Agente de Combate às Endemias (ACE) e dos profissionais de Saúde Bucal. A publicação recomenda a cobertura de 100% dos ACS apenas para territórios com elevada vulnerabilidade social (Freire *et al.*, 2021).

A revisão da PNAB, em 2017, foi precedida por publicações desafiadoras para o financiamento do SUS e da Atenção Básica, como a divulgação da Emenda Constitucional (EC), nº 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos (Paim, 2018). Destaca-se, então, a necessidade de superar as limitações impostas pelo processo de subfinanciamento estrutural e desfinanciamento da Saúde Pública do Brasil.

ATENÇÃO BÁSICA E ÓBITOS INFANTIS

A mortalidade infantil é um indicador crucial da saúde de uma população e reflete diretamente a eficácia dos sistemas de saúde, especialmente no que diz respeito à Atenção Básica. A mortalidade infantil refere-se à morte de crianças que nascem vivas até completarem um ano de idade, ou seja, até 364 (trezentos e sessenta e quatro) dias de vida. Esse tipo de morte é classificado em três subgrupos: neonatal precoce (de 0 a 6 dias), neonatal tardio (de 7 a 27 dias) e pós-neonatal (de 28 a 364 dias) (Oliveira; Albuquerque; Lins, 2004).

A Atenção Básica (AB) desempenha um papel fundamental na prevenção de óbitos infantis, promovendo a saúde materno-infantil, realizando o acompanhamento do pré-natal, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, a imunização e o tratamento de doenças (Frias; Szwarcwald; Lira, 2011). No entanto, a relação entre a AB e os óbitos infantis é complexa e multifacetada, envolvendo uma série de fatores sociais, econômicos e estruturais que influenciam diretamente a saúde da população.

A expansão da cobertura da AB tem sido associada a uma diminuição significativa na mortalidade infantil em diversas regiões do país (Hatisuka; Moreira; Cabrera, 2021). Pesquisadores enfatizam que o acompanhamento regular das gestantes e crianças pelas Equipes de Saúde da Família, a promoção do aleitamento materno exclusivo, a prevenção de doenças infecciosas e a identificação precoce de problemas de saúde contribuem para a redução dos óbitos infantis (Frias; Szwarcwald; Lira, 2011).

Segundo dados do World Health Organization (WHO), a mortalidade infantil ainda é uma realidade preocupante em muitos países, especialmente em nações de baixa e média

renda. Contudo, a análise desses dados revela que os países que investiram em sistemas de saúde baseados na AB apresentam taxas significativamente mais baixas de mortalidade infantil. No Brasil, a redução foi de 60% desde entre 2000 e 2022. Outros países, como Camboja, Malawi, Mongólia e Ruanda reduziram a mortalidade abaixo dos 5 anos em mais de 75% também entre 2000 e 2022 (Unicef, 2024).

No cenário global, observou-se uma significativa diminuição na mortalidade infantil ao longo das últimas décadas. De acordo com dados estimados, a Taxa de Mortalidade Infantil mundial reduziu-se de 65 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1990 para 27 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2020 (Costa, 2023). Em 2018, 75% de todas as mortes em crianças menores de cinco anos ocorreram durante o primeiro ano de vida, totalizando 4,0 milhões de óbitos (Ribeiro *et al.*, 2019).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Taxa de Mortalidade Infantil no país passou de 36,4 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 12,4 óbitos por mil nascidos vivos em 2019 (IBGE, 2021). Essa redução é resultado de uma série de políticas e programas de saúde pública implementados ao longo dos anos, incluindo a expansão da Atenção Básica e a melhoria do acesso aos serviços de saúde materno-infantil (Frias; Szwarcwald; Lira, 2011).

Em 2019, a Taxa de Mortalidade Infantil no país foi de 11,9 óbitos por mil nascidos vivos, uma queda em relação aos 13,4 óbitos por mil nascidos vivos registrados em 2010. Apesar da tendência geral de queda na Taxa de Mortalidade Infantil, o Brasil ainda enfrenta disparidades regionais significativas. As regiões Norte e Nordeste apresentam as taxas mais altas de mortalidade infantil, com 15,7 e 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente, em 2019. As regiões Sul e Sudeste têm as taxas mais baixas, com 9,3 e 10,2 óbitos por mil nascidos vivos, respectivamente (BRASIL, 2022).

As principais causas de mortalidade infantil no Brasil incluem doenças do aparelho respiratório, doenças perinatais, malformações congênitas e infecções. Em 2019, as doenças do aparelho respiratório foram responsáveis por 22,5% dos óbitos infantis, seguidas por doenças perinatais (21,1%) e malformações congênitas (18,3%) (BRASIL, 2022).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Número 46, da Secretaria de Vigilância em Saúde, durante o período de 2015 a 2021, observou-se uma redução significativa na ocorrência de óbitos infantis em todas as regiões brasileiras. Em 2015 e 2021, ocorreram 37.501 e 31.730 óbitos, respectivamente, o que indica uma diminuição de 15,3% nesse intervalo de tempo. Em contrapartida, verificou-se um aumento no número de óbitos infantis em 2021, cujas influências sugerem associação com o contexto da Emergência em Saúde

Pública de Importância Nacional (ESPIN), em decorrência da Infecção Humana pelo Coronavírus 2019 (Covid-19) (BRASIL, 2022).

A epidemiologia dos óbitos infantis no país destaca as disparidades regionais persistentes e as principais causas de morte entre os recém-nascidos e lactentes. A identificação desses padrões epidemiológicos, por conseguinte, é essencial para orientar políticas e programas de saúde que visem melhorar a saúde e o bem-estar das crianças brasileiras (Fausto *et al.*, 2018; Frias *et al.*, 2011; Hatisuka *et al.*, 2021).

Entre as estratégias adotadas para a redução da mortalidade infantil, o trabalho do ACS destaca-se pela sua proximidade com a comunidade e pelo papel crucial na promoção da saúde materno-infantil (Macinko *et al.*, 2006; Aquino *et al.*, 2009). Os ACS desempenham um papel vital na Atenção Básica, atuando como intermediários entre as comunidades e os serviços de saúde. Sua atuação é fundamental em áreas de difícil acesso ou onde a população tem maior vulnerabilidade socioeconômica.

Além disso, a educação em saúde promovida pelos ACS tem contribuído para melhoria das práticas de cuidado infantil, como o aleitamento materno exclusivo e a adesão ao calendário de vacinação (Macinko *et al.*, 2006). Pesquisa indica que, entre 1990 e 2002, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) caiu de 49,7 para 28,9 por 1.000 nascidos vivos. Durante o mesmo período, a cobertura média do Programa Saúde da Família cresceu de 0% para 36%. Bem como, um incremento de 10% na cobertura do Programa Saúde da Família foi associado a uma redução de 4,5% na TMI, levando em conta todos os outros fatores determinantes de saúde (Macinko *et al.*, 2006).

As principais atividades dos ACS incluem visitas domiciliares, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, orientação sobre aleitamento materno, vacinação e identificação precoce de sinais de risco em gestantes e recém-nascidos (Gomes *et al.*, 2023). Estudos têm demonstrado que a atuação efetiva dos ACS está associada a uma redução significativa na mortalidade infantil. Ao realizarem visitas domiciliares regulares, os ACS podem identificar precocemente problemas de saúde em gestantes e recém-nascidos, garantindo o encaminhamento rápido para unidades de saúde e a adoção de medidas preventivas adequadas (Victora *et al.*, 2011).

Pereira; Limongi (2011) detectaram que a implementação de programas de saúde comunitária, envolvendo ACS, resultou em melhorias significativas nas condições de saúde das populações vulneráveis e, conseqüentemente, em uma diminuição das taxas de mortalidade infantil. Estes autores também identificaram que, em regiões com programas de

saúde comunitária e atuação com atuação dos ACS, houve uma redução de aproximadamente 15% na mortalidade infantil.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Nesta seção, o presente estudo delinea os métodos adotados durante a condução da pesquisa. Mais do que uma categorização das técnicas e procedimentos empregados, destaca-se a ênfase na descrição do processo de pesquisa e na análise das razões subjacentes à escolha da estratégia metodológica adotada. Também são apresentadas informações dos bancos de dados utilizados, bem como, a estratégia empírica utilizada para investigar o impacto da Cobertura da Atenção Básica, a partir da Política Nacional da Atenção Básica publicada em 2017 nas Taxas de Óbitos Infantis.

DESENHO E DADOS DA PESQUISA

O estudo, conduzido sob uma abordagem quantitativa, constitui uma avaliação empírica do impacto da cobertura da Atenção Básica nas Taxas de Óbitos Infantis, em resposta às alterações ocorridas, em 2017, com a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Desenvolve-se sob a forma de estudo descritivo, transversal e retrospectivo, tendo como unidades de análises os 27 (vinte e sete) estados que integram o território nacional. As análises sobre a cobertura abrangem o período compreendido entre 2008 e 2020. Desta forma, foram realizadas 156 observações a partir da estratificação dos meses estudados. Os dados referentes aos estados brasileiros foram agregados a fim de realizar análises comparativas entre as regiões brasileiras.

COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados para esta pesquisa foi conduzida por meio do acesso a sites institucionais de domínio público, abrangendo o período entre os anos de 2008 e 2020. Isso se deve ao fato de que, durante a elaboração desta dissertação, o ano de 2020 representava o dado mais recente disponível. Sendo assim, foram coletados dados de 27 estados em um período de 10 anos. Com exceção dos dados sobre TMI, cujos dados estavam disponíveis até 2022.

A análise dos dados foi realizada de duas formas. Na primeira fase, realizou-se a análise descritiva dos dados sobre o comportamento histórico das coberturas de Atenção Básica, ESF e ACS, assim como, das TMI, os quais foram analisados por meio dos *Softwares*

RStudio e o Excel 365. Todos os testes foram aplicados com nível de significância de 5% ($p\text{-valor} \leq 0,05$). As variáveis numéricas estão representadas pelas medidas de tendência central e medidas de dispersão. Com relação à projeção da TMI, utilizou-se séries temporais com o modelo Auto Regressive Integrated Moving Average (ARIMA).

As informações relacionadas às taxas de mortalidade infantil foram obtidas do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), por meio do acesso online ao Departamento de Informação do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde. Os dados sobre a Cobertura da Atenção Básica de Agentes Comunitários de Saúde nos estados brasileiros foram obtidos dos relatórios públicos disponíveis na plataforma e-Gestor AB e no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Na segunda etapa, foi realizada a análise econométrica, na qual utilizou-se dados extraídos das plataformas IPEADATA, IBGE e DATASUS, abrangendo um painel de dados composto por 156 períodos (dados mensais entre 2008 e 2020) e as 27 unidades federativas brasileiras (26 estados mais o Distrito Federal). A análise foi conduzida com o auxílio dos softwares Microsoft Office Excel para tratamento dos dados, análise gráfica e tabular, e do Stata 17.0 MP para a estimação dos modelos de regressão em dados em painel.

Com base nos dados recolhidos, elaborou-se uma planilha no Excel que abrange todas as variáveis do estudo, sendo cada uma identificada por meio do código do município, da unidade federativa e da região. Posteriormente, foi seguida como estratégia metodológica o agrupamento dos dados no programa STATA- 2017.

Após a extração da base de dados, os dados foram tabulados em planilhas do Excel. Em seguida, foi utilizado o procedimento estatístico de dados em painel com efeito fixo, com dados balanceados, e todos os modelos foram processados no software *Stata*. Para Gujarati e Porter (2011), os dados em painel possuem várias vantagens em relação às séries temporais, pois levam em consideração a heterogeneidade, oferecem dados mais informativos, menos colinearidade entre as variáveis, mais graus de liberdade e eficiência, entre outros aspectos de análise. Sendo assim, os dados apresentados em painel permitem estudar, em simultâneo, as variações das variáveis ao longo do tempo e entre diferentes indivíduos, que podem representar um conjunto de países, regiões, setores, empresas, consumidores, entre outras categorias de análise.

Passo 1: Trajetória da Cobertura de ACS no Brasil

Inicialmente, foi realizado um levantamento da trajetória da cobertura média de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos estados brasileiros. Essa análise exploratória foi

essencial para compreender as tendências temporais antes e depois da implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017.

Passo 2: Análise de Regressão – PNAB x Cobertura de ACS

Em seguida, foi estimado um modelo de regressão em Dados de Painel com Efeitos Fixos para avaliar o impacto da PNAB sobre a cobertura de ACS nos estados brasileiros. Este modelo foi escolhido devido a sua capacidade de controlar características individuais dos estados que não variam ao longo do tempo, permitindo uma análise mais precisa dos efeitos da política (Gujarati; Porter, 2011).

A equação estimada está estruturada como segue:

$$ACS_{it} = \beta_0 + \beta_1 PNAB_{it} + X_{it}\gamma + \alpha_i + \epsilon_{1it}$$

onde ACS_{it} representa a cobertura de ACS (em termos percentuais) do estado i no período t , $PNAB_{it}$ é a variável *dummy* que indica a implementação da PNAB no estado i no período t , X_{it} são as variáveis de controle (logaritmo da população, logaritmo do PIB per capita, logaritmo da despesa em saúde per capita e percentual de beneficiários do Bolsa Família), α_i são os efeitos fixos individuais do estado i , e ϵ_{1it} é o termo de erro.

Passo 3: Variação da Cobertura de ACS entre as Regiões

Posteriormente, foi realizada uma análise tabular para comparar a variação percentual na cobertura de ACS entre as diferentes regiões brasileiras após a implementação da PNAB. Essa análise permitiu identificar as regiões que experimentaram as maiores alterações na cobertura de ACS.

Passo 4: Análise de Regressão – PNAB x Taxa de Óbitos Infantis

Em seguida, utilizando um modelo de regressão em dados de painel com efeitos fixos, investigou-se o impacto da PNAB sobre a taxa de óbitos infantis nos estados brasileiros:

$$Y_{it} = \lambda_0 + \lambda_1 PNAB_{it} + X_{it}\theta + \delta_i + \epsilon_{2it}$$

onde Y_{it} representa a taxa de óbitos infantis por 1000 nascidos vivos do estado i no período t , $PNAB_{it}$ é a variável *dummy* que indica a implementação da PNAB no estado i no período t , X_{it} são as variáveis de controle (logaritmo da população, logaritmo do PIB per capita, logaritmo da despesa em saúde per capita e percentual de beneficiários do Bolsa Família), δ_i são os efeitos fixos individuais do estado i , e ϵ_{2it} é o termo de erro do estado i no período t .

Passo 5: Análise de Regressão – PNAB por Região x Taxa de Óbitos Infantis

Foi realizada uma análise separada para cada região brasileira, utilizando modelo de regressão em dados de painel com efeitos fixos, para examinar como o impacto da PNAB sobre a taxa de óbitos infantis variou regionalmente. Esta abordagem permitiu entender se as regiões que sofreram menores reduções na cobertura de ACS apresentaram melhores resultados em termos de redução da mortalidade infantil. A reta estimada está de acordo com a estrutura que segue:

$$Y_{it} = \rho_0 + \omega(REGI\tilde{A}O_i.PNAB_{it}) + X_{it}\phi + \mu_i + \epsilon_{3it}$$

onde Y_{it} representa a taxa de óbitos infantis por 1000 nascidos vivos do estado i no período t ; $REGI\tilde{A}O_i$ é a região brasileira sede do estado i ; $PNAB_{it}$ é a variável *dummy* que indica a implementação da PNAB no estado i no período t , X_{it} são as variáveis de controle (logaritmo da população, logaritmo do PIB per capita, logaritmo da despesa em saúde per capita e percentual de beneficiários do Bolsa Família), δ_i são os efeitos fixos individuais do estado i , e ϵ_{3it} é o termo de erro do estado i no período t .

Passo 6: Análise da Cobertura de ACS e Óbitos Infantis antes e depois da PNAB na Região Destaque.

Por fim, uma análise específica foi conduzida para a região destaque das análises anteriores. Essa análise comparativa destaca a mudança na cobertura de ACS e na taxa de óbitos infantis nessas unidades federativas antes e depois da implementação da PNAB.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo segue a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012 e, por utilizar dados secundários de acesso público, não houve submissão.

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, inicialmente, com a análise descritiva da evolução histórica das coberturas da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família, bem como, o comportamento da linha evolutiva das taxas de Óbitos Infantis. Logo a seguir, será exposta a análise econométrica dos possíveis impactos da cobertura de Atenção Básica sobre as taxas de óbitos infantis, nas diferentes regiões brasileiras, considerando a Revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a partir publicação da Portaria 2.436 de setembro de 2017.

EVOLUÇÃO DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA

Entre os anos analisados, identifica-se que houve um aumento linear no quantitativo de equipes com o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nas regiões norte e Centro-Oeste. A região nordeste apresentou diminuição na quantidade de ESF, logo após a revisão da PNAB em 2017, oscilando entre 15.738 (2017) e 15.695 (2018). Contudo, o nordeste recuperou o aumento linear nos anos de 2019 e 2020, com respectivamente, 16.177 e 16.273 equipes. Ademais, ressalta-se que a região Nordeste sempre apresentou os maiores quantitativos de ESF, comparada a outras regiões brasileiras. Este fato pode estar relacionado ao pioneirismo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família nesta região (Tabela 1).

Tabela 1: Evolução do quantitativo de Equipes na Atenção Básica, por Região (2008 – 2020)

Regiões	Anos												
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Norte													
Qtd SF*	2.307	2.431	2.557	2.639	2.695	2.845	3.248	3.417	3.433	3.533	3.661	3.756	3.780
Qtd SF AB**	2.875	2.978	3.082	3.138	3.202	3.425	3.862	3.919	3.964	3.998	4.130	4.207	4.418
Nordeste													
Qtd SF	12.210	12.601	13.025	13.026	13.029	13.973	14.890	15.284	15.099	15.738	15.695	16.177	16.273
Qtd SF AB	13.308	13.695	13.987	13.815	13.969	14.954	15.883	16.161	16.122	16.609	16.548	17.029	17.607
Centro-Oeste													
Qtd SF	2.034	2.139	2.321	2.358	2.490	2.578	2.749	2.823	2.841	2.985	3.254	3.240	3.288
Qtd SF AB	2.745	2.901	3.064	2.993	3.058	3.223	3.448	3.471	3.513	3.589	3.648	3.705	3.847
Sudeste													
Qtd SF	9.058	9.445	9.914	10.554	10.939	11.237	12.909	13.286	13.694	14.142	14.220	14.331	13.953
Qtd SF AB	14.066	14.705	15.115	15.555	16.189	16.743	18.258	18.386	18.967	19.210	19.302	19.404	20.120
Sul													
Qtd SF	4.160	4.282	4.426	4.558	4.747	4.933	5.629	5.956	5.993	6.115	6.186	6.251	5.993
Qtd SF AB	5.749	6.007	6.074	6.189	6.446	6.617	7.249	7.393	7.470	7.615	7.613	7.740	8.112

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do e-Gestor.

*Qtd SF AB: Número de Estratégia Saúde da Família e equipes de Atenção Básica tradicional (equivalentes e parametrizadas).

**Qtd SF: Número de equipes da Estratégia Saúde da Família, formada por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo haver uma equipe de Saúde Bucal vinculada, formada por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico em higiene denta.

A Tabela 2 apresenta os valores de médias e desvio padrão das coberturas de Atenção Básica e de Equipes de Saúde da Família entre as regiões brasileiras. A região Norte apresentou aumento constante na média da cobertura da AB, até o ano de 2016, com pico de 80,4% nos anos de 2015 e 2016. Contudo, observa-se queda de 3.2 pontos percentuais na média de cobertura da AB, entre os anos de 2016 e 2017. O mesmo ocorre com a cobertura de SF, cujos valores apontam para o crescimento linear até 2016 e uma queda de 2.0 pontos percentuais entre 2016 e 2017.

A região Nordeste sempre liderou as maiores coberturas de equipes de Saúde da Família, alcançando níveis máximos de cobertura deste modelo de equipe em 2020. Esta região também se destaca pelas menores diferenças entre os valores de coberturas de AB e de SF, com menor diferença percentual nos anos de 2019 (3,6 pontos percentuais), seguido do ano de 2018 (3.7 pontos percentuais). Isso exprime que mesmo com as flexibilizações impostas pela revisão da PNAB-2017, como o reconhecimento de modelos de equipes sem a presença do profissional ACS, a região nordeste sustentou a decisão de manutenção do modelo da ESF.

A região Sudeste se destaca com as maiores diferenças entre as Coberturas da AB e as Coberturas de SF, apresentando uma média dessas diferenças, entre os anos analisados, equivalente a 14.6 pontos percentuais. Entretanto, mesmo com as grandes diferenças entre as coberturas de AB e ESF, esta região manteve o esforço em aumentar a cobertura pelas equipes da ESF.

Seguida da região Sudeste, a região Sul obteve uma média, equivalente a 14.2 pontos percentuais, na comparação entre as Coberturas da AB e as Coberturas de SF. Ademais, destaca-se que, embora o Sul tenha alcançado o pico de 80,7% na média da cobertura de AB no ano de 2020, o mesmo não ocorreu com a média da cobertura de Saúde da Família. Isso reafirma que a análise isolada da cobertura da Atenção Básica não descreve o acesso às equipes de Saúde da Família e, dessa forma, aos Agentes Comunitários de Saúde

Tabela 2: Evolução da Cobertura da AB* e Cobertura de SF, por Região (2008 – 2020)**

Regiões	% Cobertura SF	% Cobertura AB
Norte		
2008	61,1 ± 14,6	72,5 ± 14,0
2009	62,7 ± 15,2	73,8 ± 14,7
2010	63,5 ± 14,7	73,9 ± 14,1
2011	62,3 ± 13,8	72,7 ± 13,0
2012	63,1 ± 13,4	73,4 ± 12,7
2013	62,5 ± 13,6	72,3 ± 12,2
2014	68,0 ± 13,5	78,7 ± 13,4
2015	70,8 ± 12,3	80,4 ± 12,5
2016	71,7 ± 12,6	80,4 ± 11,9
2017	69,2 ± 13,8	77,2 ± 11,8
2018	71,2 ± 12,1	79,7 ± 11,1
2019	68,6 ± 11,0	76,2 ± 9,6
2020	69,0 ± 11,0	79,5 ± 9,1
Nordeste		
2008	77,6 ± 13,1	82,5 ± 11,8
2009	77,8 ± 13,0	82,8 ± 11,6
2010	78,6 ± 12,3	83,2 ± 11,1
2011	78,6 ± 11,0	82,6 ± 9,9
2012	78,1 ± 10,6	82,2 ± 9,7
2013	79,7 ± 10,3	84,0 ± 9,2
2014	81,8 ± 9,7	86,0 ± 8,5
2015	82,6 ± 9,2	86,5 ± 8,1
2016	82,5 ± 8,7	86,3 ± 7,7
2017	82,1 ± 8,7	85,9 ± 7,5
2018	83,1 ± 8,4	86,8 ± 7,2
2019	82,8 ± 8,5	86,4 ± 7,4
2020	84,3 ± 8,0	88,4 ± 6,4
Centro-Oeste		
2008	45,3 ± 23,0	61,0 ± 12,2
2009	47,0 ± 21,3	63,1 ± 10,8
2010	49,7 ± 21,1	64,6 ± 11,7
2011	50,5 ± 20,5	64,6 ± 10,7
2012	51,6 ± 20,0	64,6 ± 8,3
2013	53,8 ± 16,9	67,0 ± 5,7
2014	55,2 ± 15,8	68,8 ± 4,9
2015	56,3 ± 16,0	69,6 ± 4,7
2016	56,7 ± 16,2	69,5 ± 4,7
2017	57,0 ± 15,5	68,8 ± 6,8
2018	62,4 ± 11,8	71,2 ± 7,5
2019	62,6 ± 10,2	70,0 ± 8,1
2020	65,6 ± 8,5	73,6 ± 8,8
Sudeste		
2008	42,5 ± 15,1	57,2 ± 12,0
2009	43,3 ± 15,5	59,4 ± 12,2
2010	44,7 ± 15,9	60,7 ± 12,5
2011	47,5 ± 15,9	62,4 ± 12,0
2012	49,5 ± 15,2	64,5 ± 10,9
2013	50,4 ± 15,0	65,9 ± 11,2
2014	52,9 ± 15,1	68,0 ± 11,3
2015	55,3 ± 14,8	69,7 ± 11,3
2016	56,7 ± 13,9	70,6 ± 10,1
2017	57,1 ± 13,8	70,8 ± 10,0
2018	59,0 ± 14,3	72,3 ± 10,5
2019	57,5 ± 14,7	70,8 ± 11,2
2020	57,3 ± 15,1	71,6 ± 11,9
Sul		
2008	51,6 ± 14,5	67,2 ± 11,0
2009	52,3 ± 14,2	67,8 ± 10,9
2010	53,2 ± 14,1	69,2 ± 10,9
2011	54,6 ± 13,8	70,3 ± 9,7
2012	56,6 ± 13,9	72,5 ± 9,3
2013	58,5 ± 13,5	74,2 ± 9,3
2014	61,3 ± 12,0	76,0 ± 8,6
2015	65,5 ± 10,0	78,2 ± 6,8

2016	66,8 ± 9,1	79,3 ± 6,4
2017	66,7 ± 9,5	78,8 ± 6,8
2018	68,3 ± 8,2	80,0 ± 6,6
2019	67,9 ± 9,1	79,8 ± 7,3
2020	66,2 ± 9,8	80,7 ± 6,7

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do e-Gestor.

Cobertura AB*: Cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional.

Cobertura SF**: Cobertura populacional estimada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, dada pelo percentual da população coberta por essas equipes em relação à estimativa populacional.

Considerando que o banco de dados disponibiliza o quantitativo de óbitos infantis até o ano de 2022, a **Tabela 3** exibe a modelagem e a projeção da Taxa de Mortalidade Infantil, por 1.000 nascidos vivos, para cada região do Brasil, entre os anos de 2008 e 2023. Para essa análise, foi aplicada a metodologia de previsão utilizando séries temporais, com ênfase no uso dos modelos Autoregressive Integrated Moving Average (ARIMA). Observa-se que a região Norte lidera as maiores TMI, seguida da região Nordeste.

Embora todas as regiões tenham registrado diminuição significativa da TMI entre o período analisado, observa-se um aumento desta taxa entre os anos de 2021 e 2022, o que sugere correlação com a pandemia da COVID-19. A região Nordeste e Centro Oeste, apresentaram respectivamente um aumento de 0,97 e 0,83 pontos percentuais, entre estes dois anos (2021-2022). A região Nordeste também liderou a maior diminuição da TMI, entre os anos de 2009 e 2010.

Mesmo com as variações identificadas, a aplicação do método ARIMA demonstrou uma constância na prospecção dos valores após o ano de 2023. A elevada TMI é uma questão crítica que gera profundas consequências sociais e econômicas. Neste contexto, a utilização de métodos preditivos em séries temporais, como o modelo ARIMA, pode constituir uma abordagem eficaz para identificar padrões e tendências que auxiliem na formulação de políticas públicas mais eficientes, além de contribuir para a melhoria das condições de vida da população.

Tabela 3: Taxa de Mortalidade Infantil das regiões brasileiras, entre os anos de 2008 e 2022, com projeção para 2023.

Regiões	Anos															
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 *
TMI																
Norte	17,62	17,98	17,26	16,23	16,58	16,48	15,71	15,19	15,51	15,43	15,35	15,12	14,54	15,01	15,11	15,10
Nordeste	17,14	17,03	15,69	15,28	15,05	15,48	14,54	13,97	14,45	14,06	13,52	13,70	12,97	13,12	14,09	14,10
Centro-Oeste	14,48	14,62	13,79	13,46	13,60	13,62	13,02	12,24	12,68	11,66	11,80	11,84	11,19	11,73	12,56	12,60
Sudeste	13,52	13,18	12,57	12,39	12,24	11,98	11,68	11,32	11,70	11,31	11,17	11,52	10,52	10,94	11,64	11,60
Sul	12,65	11,88	11,41	11,62	11,10	10,70	10,75	10,39	9,96	10,15	9,94	10,24	9,08	9,45	10,23	10,20

(*) ARIMA

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do DATA-SUS.

A aplicação de métodos de séries temporais, como o ARIMA, por conseguinte, possibilita a identificação de tendências de longo prazo na mortalidade infantil. O modelo ARIMA é amplamente utilizado para prever séries temporais, pois combina componentes autorregressivos, de médias móveis e diferenciação para lidar com dados não estacionários. A análise de dados históricos com o uso de ARIMA permite prever futuros picos ou quedas nas taxas de mortalidade, proporcionando uma base empírica para a tomada de decisões. Compreender essas tendências é fundamental para a formulação de políticas que respondam de forma proativa aos desafios emergentes.

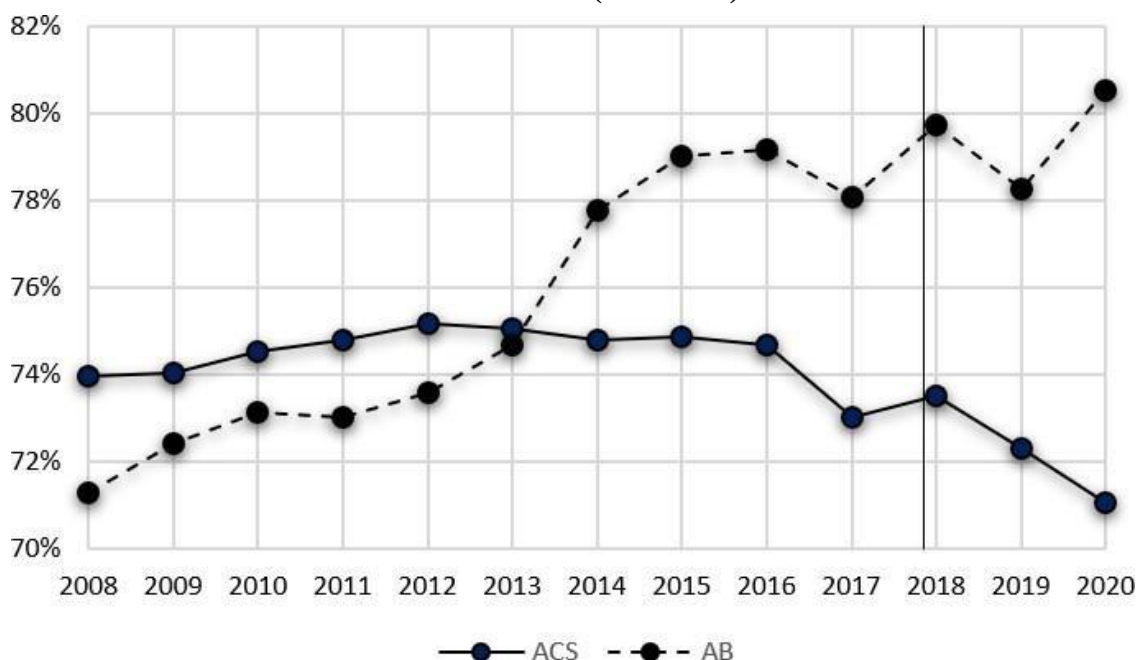
EFEITO DA COBERTURA DA ATENÇÃO BÁSICA E DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE AS TAXAS DE ÓBITOS INFANTIS

Observando os dados, em território nacional, de 2008 a 2017, a cobertura de ACS manteve-se relativamente estável, oscilando entre 73% e 75%, com a maior cobertura registrada entre 2012 e 2013, alcançando 75%. Identifica-se que no ano de 2017 houve uma leve queda para 73%. Já a cobertura da Atenção Básica mostrou um crescimento contínuo ao longo dos anos, subindo de 71% em 2008 para 78% em 2017, com picos de 79% em 2015 e 2016.

Após a implementação da PNAB em 2017, a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde inicialmente aumentou ligeiramente para 74%, mas posteriormente diminuiu para 72% em 2019 e 71% em 2020. Por outro lado, a cobertura da Atenção Básica continuou a crescer após 2018, atingindo 80% no ano da implementação da PNAB-2017 e alcançando 81% em 2020, o maior valor registrado no período analisado.

Essa análise revela que a revisão da PNAB teve impactos distintos nas coberturas de ACS e AB. A cobertura de ACS não se manteve estável, apresentando uma diminuição considerável após 2018, o que pode indicar dificuldades na integração ou manutenção dos Agentes Comunitários de Saúde dentro do contexto de transição do modelo de financiamento da Atenção Básica. Em contrapartida, a cobertura da AB beneficiou-se com a implementação da PNAB, demonstrando um crescimento contínuo e alcançando níveis recordes em 2020. Isso sugere que a PNAB conseguiu expandir a Atenção Básica no Brasil (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Evolução histórica da Cobertura da Atenção Básica e de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil (2008-2020)



Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do e-Gestor.

A análise de regressão linear múltipla (**Tabela 04**), com efeitos fixos em dados em painel, foi realizada para avaliar o impacto da revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, sobre o percentual de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nos estados brasileiros. Este modelo considera as características dos estados, como o logaritmo neperiano da população ($\ln$ População), o logaritmo neperiano do PIB *per capita* ($\ln$ PIB *per capita*), o logaritmo neperiano da despesa com saúde *per capita* ($\ln$ Despesa Saúde *per capita*) e o percentual de beneficiários do programa Bolsa Família.

O coeficiente estimado referente à correlação entre PNAB (que indica a implementação da política a partir de 2017) e ACS apresentou um valor negativo (-0.009), com um erro padrão de 0.004 e um p-valor de 0.037. Isso indica que a implementação da PNAB está associada a uma redução estatisticamente significativa na cobertura de ACS ($p < 0,05$), sugerindo uma diminuição média de 0,009 pontos percentuais na cobertura.

O coeficiente estimado relacionado com logaritmo neperiano da população, segundo a tabela, revelou uma correlação negativa e estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre número de habitantes dos estados e cobertura de ACS, indicando que estados com maiores populações tendem a ter uma menor cobertura de ACS. Os resultados também mostram que há evidências estatisticamente significativas sobre a relação entre PIB *per capita* e ACS.

Além disso, o coeficiente referente à despesa com saúde *per capita* (0,053) sugere que estados que destinam mais recursos para a estrutura de saúde pública, por habitante, tendem a

apresentar maiores cobertura de ACS, dado que o coeficiente se apresentou significativo estatisticamente ao nível de 5%. Por fim, a estimativa em Dados em Painel com efeitos Fixos também mostra que o percentual de beneficiários do programa Bolsa Família no estado não possui correlação estatisticamente significativa com a cobertura de ACS.

Tabela 4: Resultado do Modelo de dados em Painel com Efeitos Fixos, referente a PNAB sobre cobertura de ACS no Brasil

ACS	COEFICIENTE	ERRO PADRÃO	P-VALOR
PNAB	-0.009	0.004	0.037
<i>lnPopulação</i>	-0.363	0.127	0.008
<i>lnPIB per capita</i>	0.033	0.032	0.311
<i>lnDespesa Saúde per capita</i>	0.053	0.023	0.027
Percentual Bolsa Família	0.004	0.006	0.482
constante	5.851	1.844	0.004
R2	0.1208		
observações	27 estados em 156 períodos		

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do e-Gestor.

A **tabela 5** apresenta a média da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) antes e depois da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 em cada região do Brasil, assim como a diferença em pontos percentuais (p.p.) entre os dois períodos. Uma análise dos dados revela que, entre todas as regiões, o Sudeste foi a única a registrar um aumento na média de cobertura de ACS após a implementação da PNAB. Enquanto as outras regiões apresentaram quedas na cobertura, o Sudeste passou de 55,2% para 56,0%, o que representa um crescimento de 0,88 p.p. Esse aumento, embora modesto, é um ponto positivo e contrasta com as reduções observadas em outras partes do país.

Tabela 5: Cobertura média de ACS (%) nos períodos Pré e Pós PNAB das regiões brasileiras

REGIÃO	MÉDIA COBERTURA ACS		
	PRÉ-PNAB	PÓS-PNAB	DIFERENÇA (p.p)
NORTE	82.3%	77.5%	-4.79
NORDESTE	87.5%	85.9%	-1.51
SUDESTE	55.2%	56.0%	0.88
SUL	60.1%	58.2%	-1.90
CENTRO OESTE	62.9%	60.6%	-2.37
BRASIL	74.7%	72.5%	-2.18

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do e-Gestor.

No Norte, por exemplo, a cobertura de ACS caiu de 82,3% para 77,5%, uma redução de 4,79 p.p. No Nordeste, a região que historicamente tem uma das maiores coberturas de ACS, houve uma queda de 87,5% para 85,9%, resultando em uma diminuição de 1,51 p.p. O Sul também apresentou uma redução significativa, passando de 60,1% para 58,2%, com uma queda de 1,90 p.p. No Centro-Oeste, a cobertura caiu de 62,9% para 60,6%, com uma redução de 2,37 p.p.

O Sudeste, por outro lado, destaca-se como a única região com um aumento na cobertura média de ACS, o que reflete um esforço para expandir o acesso aos serviços dos Agentes Comunitários de Saúde. Esse crescimento é ainda mais relevante ao se considerar que a região historicamente apresentava uma das menores coberturas de ACS. Mesmo que o aumento seja pequeno, ele representa um avanço importante para a Estratégia de Saúde da Família no Sudeste, especialmente em um contexto onde as demais regiões experimentaram quedas consideráveis em suas coberturas.

A análise de regressão de dados em painel com efeitos fixos foi realizada para avaliar o impacto da implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017 sobre a taxa de óbitos infantis nos estados brasileiros. O modelo considera as características dos estados, como o logaritmo neperiano da população ($\ln \text{População}$), o logaritmo neperiano do PIB *per capita* ($\ln \text{PIB per capita}$), o logaritmo neperiano da despesa com saúde *per capita* ($\ln \text{Despesa Saúde per capita}$) e o percentual de beneficiários do programa Bolsa Família.

De acordo com os resultados estimados e apresentados na tabela abaixo, o coeficiente relacionado à revisão da PNAB-2017 apresentou valor negativo, indicando que a política reduziu a taxa de óbitos infantis. No entanto, o coeficiente estimado apenas apresentou significância estatística ao nível de 10%. Os resultados também sugerem que a taxa de óbito infantil é correlacionada negativamente com o PIB *per capita* dos estados ($p\text{-valor} < 0,05$). Os demais coeficientes não apresentaram significância estatística.

Como a implementação da PNAB-2017 está associada a uma redução marginalmente significativa na taxa de óbitos infantis, mas não ao nível de significância de 5%, apenas ao nível de 10%. Esse resultado sugere que a redução na cobertura de Agentes Comunitários de Saúde causada pela PNAB pode ter levado a política a não ter impactos médios significativos na taxa de óbitos infantis, durante o período analisado e considerando todo o território nacional.

Tabela 6: Resultado do Modelo de dados em Painel com Efeitos Fixos, impacto da PNAB-2017 nas taxas de óbitos infantis no Brasil

Tx Óbito Infantil	COEFICIENTE	ERRO PADRÃO	P-VALOR
PNAB	-0.390	0.210	0.075
<i>lnPopulação</i>	-6.655	6.250	0.297
<i>lnPIB per capita</i>	-4.694	2.061	0.031
<i>lnDespesa Saúde per capita</i>	-1.466	0.965	0.141
Percentual Bolsa Família	0.013	0.128	0.922
constante	137.626	93.390	0.153
R2	0.2129		
observações	27 estados em 156 períodos		

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do IPEADATA, IBGE e DATASUS.

Para uma compreensão mais aprofundada, foi necessário avaliar se o efeito da PNAB-2017 varia entre as regiões, e se as regiões que apresentaram menores reduções na cobertura de ACS obtiveram melhores resultados na redução da mortalidade infantil. Esse tipo de análise pode esclarecer se os impactos são diferentes entre as regiões brasileiras e como a PNAB pode ser ajustada para melhorar seus efeitos em diferentes contextos regionais (**Tabela7**).

Tabela 7: Resultado do Modelo de dados em Painel com Efeitos Fixos, impacto da PNAB-2017 nas taxas de óbitos infantis nas regiões do Brasil

Taxa Obito Inf	COEFICIENTE	ERRO PADRÃO	p-valor
PNAB NO	0.297	0.331	0.378
PNAB NE	-0.716	0.333	0.041
PNAB SE	-0.732	0.272	0.012
PNAB SUL	-0.207	0.235	0.387
PNAB CO	-0.278	0.576	0.633
<i>lnPopulação</i>	-8.607	6.532	0.199
<i>lnPIB per capita</i>	-5.060	2.175	0.028
<i>lnDespesa Saúde per capita</i>	-1.168	1.019	0.262
Percentual Bolsa Família	0.031	0.142	0.829
constante	166.4939	97.86726	0.101
R2	0.1999		
observações	27 estados em 156 períodos		

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do IPEADATA, IBGE e DATASUS.

A análise de regressão em dados em painel com efeitos fixos também foi realizada para avaliar o impacto da implementação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 sobre a taxa de óbitos infantis nas diferentes regiões brasileiras. As variáveis PNAB NO, PNAB NE, PNAB SE, PNAB SUL e PNAB CO representam os efeitos da PNAB sobre a taxa de óbitos infantis nas regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, respectivamente.

Os coeficientes das variáveis que medem o impacto da PNAB nas diferentes regiões revelam diferenças significativas. No Norte, o coeficiente de 0.297 não é estatisticamente significativo (p-valor de 0.378), indicando que a PNAB não teve um impacto claro na taxa de óbitos infantis. No Nordeste, o coeficiente de -0.716 é estatisticamente significativo (p-valor de 0.041), sugerindo que a PNAB está associada a uma redução na taxa de óbitos infantis. Este resultado é consistente com a menor redução na cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) observada nessa região. No Sudeste, o coeficiente de -0.732 é estatisticamente significativo (p-valor de 0.012), indicando que a PNAB também está associada a uma redução significativa na taxa de óbitos infantis. Novamente, isso é consistente com o aumento na cobertura de ACS observada apenas no Sudeste.

Na regiões Sul e Centro-Oeste, os coeficientes, respectivamente, de -0.207 e de -0.278 não são estatisticamente significativos (p-valor de 0.387 e 0.633), sugerindo que a PNAB não teve um impacto claro na taxa de óbitos infantis. Entre as variáveis de controle, o logaritmo neperiano do PIB *per capita* ($\ln \text{PIB per capita}$) tem um coeficiente de -5.060, com um erro padrão de 2.175 e um p-valor de 0.028, sendo estatisticamente significativo. Isso indica que estados com um PIB *per capita* mais alto tendem a ter uma menor taxa de óbitos infantis. Outras variáveis, como $\ln \text{População}$, $\ln \text{Despesa Saúde per capita}$ e Percentual Bolsa Família, não são estatisticamente significativas.

A PNAB-2017 teve um possível impacto significativo na redução da taxa de óbitos infantis nas regiões Nordeste e Sudeste, onde a redução na cobertura de ACS foi menor. Isso sugere que a manutenção ou menor redução na cobertura de ACS pode estar associada a melhores resultados em termos de diminuição da mortalidade infantil. Nas regiões Norte, Sul e Centro-Oeste, onde a redução na cobertura de ACS foi maior, a PNAB-2017 não apresentou impacto significativo na taxa de óbitos infantis. Isso indica a necessidade de políticas regionais específicas para melhorar a eficácia da PNAB e garantir que a cobertura de ACS seja mantida ou aumentada para reduzir a mortalidade infantil de forma mais eficaz.

Considerando que a região Sudeste destacou-se pelo aumento da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde e, conseqüentemente, pela maior redução das taxas de óbitos infantis; as **Tabelas 8 e a Tabela 9** apresentam, respectivamente, a variação da cobertura de ACS e das taxas de óbitos infantis nos estados da região Sudeste entre os anos de 2008 e 2020.

Tabela 8: Variação da Cobertura de ACS na Região Sudeste (2008-2020)

COBERTURA DE ACS										
ANO	MG	var%	ES	var%	RJ	var%	SP	var%	SUDESTE	var%
2008	67.4%		70.0%		34.5%		30.7%		50.6%	
2009	68.4%		68.8%		35.6%		30.9%		50.9%	
2010	69.7%		69.5%		37.5%		32.8%		52.4%	
2011	72.3%		71.3%		43.7%		34.5%		55.4%	
2012	73.9%		69.6%		49.0%		36.4%		57.2%	
2013	73.2%		69.6%		49.4%		36.2%		57.1%	
2014	73.6%		68.1%		49.5%		36.6%		56.9%	
2015	74.4%		68.4%		50.3%		37.9%		57.8%	
2016	73.8%		66.7%		53.2%		38.4%		58.0%	
2017	73.2%	8.6%	62.4%	-10.9%	54.7%	58.8%	37.6%	22.6%	57.0%	12.5%
2018	74.9%		62.0%		54.5%		37.4%		57.2%	
2019	75.1%		62.2%		49.1%		37.7%		56.0%	
2020	74.8%	2.3%	60.8%	-2.6%	43.8%	-19.9%	36.3%	-3.3%	54.0%	-5,3%

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do e-Gestor.

A análise da variação da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos estados de Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), juntamente com a região Sudeste como um todo, ao longo dos anos de 2008 a 2020, revela diferentes trajetórias e impactos possíveis da Política Nacional de Atenção Básica de 2017.

Após o ano de 2017, no estado Minas Gerais, a cobertura de ACS cresceu de 67,4% em 2008 para 75,1% em 2019, com uma pequena variação positiva de +2,3% até 2020, indicando uma expansão contínua das ações de saúde comunitária. Já no Espírito Santo, a cobertura diminuiu de 70,0% em 2008 para 62,2% em 2019, com uma leve queda de -2,6% até 2020.

Por outro lado, o Rio de Janeiro começou com uma cobertura de apenas 34,5% em 2008, alcançando 49,1% em 2019, mas registrou uma queda acentuada de -19,9% até 2020. Essa redução significativa pode estar associada às mudanças na PNAB após 2017, refletindo desafios na continuidade dos serviços de saúde comunitária. São Paulo também viu um crescimento moderado na cobertura de ACS, de 30,7% em 2008 para 37,7% em 2019, com uma leve diminuição de -3,3% até 2020.

Na análise da região Sudeste como um todo, a cobertura de ACS aumentou de 50,6% em 2008 para 56,0% em 2019, mas registrou uma redução de -2,7% até 2020. Esses resultados destacam que enquanto alguns estados como MG e ES conseguiram manter ou expandir moderadamente suas coberturas de ACS ao longo dos anos, RJ e SP enfrentaram desafios significativos, especialmente após as mudanças na PNAB.

A variação na cobertura de ACS tem implicações diretas na qualidade e no acesso aos serviços de saúde básica, podendo influenciar indicadores de saúde como a taxa de óbitos infantis. A análise detalhada desses dados é essencial para compreender como políticas de saúde, como a PNAB, impactam diferentes regiões e para orientar futuras intervenções que visem melhorar a eficácia dos serviços de saúde comunitária no Brasil.

Tabela 9: Variação das taxas de óbitos infantis nos estados da região Sudeste entre os anos 2008 e 2020

TX ÓBITO INFANTIL										
ANO	MG	var%	ES	var%	RJ	var%	SP	var%	SUDESTE	var%
2008	14.7		14.5		14.4		12.6		14.0	
2009	14.0		12.0		14.5		12.5		13.3	
2010	13.1		11.9		13.9		11.9		12.7	
2011	13.1		11.8		13.9		11.6		12.6	
2012	12.7		11.5		13.8		11.6		12.4	
2013	12.1		11.1		13.1		11.6		12.0	
2014	11.3		11.3		12.7		11.5		11.7	
2015	11.5		11.4		12.6		10.8		11.6	
2016	11.5		11.6		13.7		11.1		12.0	
2017	11.4	-22.1%	10.7	-26.2%	12.4	-13.6%	10.9	-13.2%	11.4	-19.0%
2018	11.0		10.6		12.7		10.8		11.2	
2019	11.5		10.7		13.2		11.0		11.6	
2020	10.5	-8.4%	9.8	-8.3%	12.6	1.5%	9.9	-9.6%	10.7	-6.0%

Fonte: Elaborado pela autora (2024), segundo dados do e-Gestor.

Minas Gerais (MG) e Espírito Santo (ES) mostraram reduções consistentes na taxa de óbitos infantis ao longo do período, refletindo melhorias significativas na assistência à saúde infantil. O estado de MG viu sua taxa diminuir de 14,7 por mil nascidos vivos em 2008 para 10,5 em 2020, enquanto o ES passou de 14,5 para 9,8 no mesmo período. Essas quedas indicam possíveis benefícios de políticas de saúde pública focadas e eficazes.

Por outro lado, o Rio de Janeiro apresentou uma trajetória com maior variação. Inicialmente, a taxa de óbitos infantis oscilou, mas a partir de 2018, coincidindo com a implementação da PNAB-2017, houve um aumento, subindo de 12,4 em 2017 para 12,6 em 2020. Esta inversão contrasta com os outros estados da região Sudeste e sugere que a redução significativa na cobertura de ACS do RJ pode ter contribuída para o aumento da mortalidade infantil durante esse período crítico.

São Paulo, por sua vez, manteve uma tendência consistente de redução na taxa de óbitos infantis, de 12,6 em 2008 para 9,9 em 2020. Em resumo, enquanto MG, ES e SP

demonstraram melhorias na saúde infantil, o Rio de Janeiro enfrentou desafios significativos, possivelmente devido à redução na cobertura de ACS após a implementação da PNAB-2017.

6 DISCUSSÃO

A implementação da PNAB-2017 indica a melhoria da cobertura AB, mas enfrentou desafios na manutenção da cobertura de ACS, indicando a necessidade de ajustes nas políticas e programas para assegurar, não apenas a cobertura da população adscrita às Unidades Básicas de Saúde, como também, acesso qualificado e longitudinalidade do cuidado

Os resultados deste estudo apontam para um aumento da cobertura da AB, em território nacional, entre os anos de 2008 e 2020, com uma variação entre 70% e 81%. Assim como, demonstram uma influência positiva nesta cobertura a partir da implementação da revisão da Política Nacional de Atenção Básica em 2017.

É essencial diferenciar a compreensão sobre a cobertura da Atenção Básica, frequentemente confundida com acesso, das diversas dimensões que o conceito de acesso abrange. Neste contexto, vários autores refletem sobre a discrepância semântica entre os termos “cobertura” e “acesso”, como por exemplo, Noronha (2013), cujo artigo aborda diferentes sentidos sobre o conceito de cobertura. Primeiro, para este autor, o conceito de cobertura remete ao alcance de uma medida sanitária, representando, por exemplo, a proporção de gestantes que realizaram o pré-natal. Essa medida está associada à efetivação do serviço oferecido, englobando tanto o acesso ao serviço quanto a sua utilização pelos indivíduos. Depois, o autor menciona que o termo cobertura também pode ser empregado para expressar a potencialidade de acesso a um determinado serviço.

O autor supracitado também exemplifica que, no âmbito dos cuidados de saúde, declarar que uma unidade de saúde atende um determinado número de indivíduos não significa que todas essas pessoas estejam de fato utilizando os serviços da unidade ou que conseguirão usá-los quando necessário. Em outras palavras, a cobertura pode indicar apenas a existência do serviço, sem assegurar que ele está sendo utilizado ou que será acessível a todos que precisarem dele.

Unglert (1990), enfatiza a relevância da compreensão de acesso como acessibilidade geográfica, que considera o tempo e a facilidade ou dificuldade do deslocamento necessário para percorrer a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde em uma área específica. Além disso, o autor identifica outras duas dimensões fundamentais no estudo do acesso: a dimensão técnica, relacionada diretamente à organização dos serviços e aos cuidados e procedimentos oferecidos, e a dimensão econômica, que se refere aos custos associados ao deslocamento para atendimento e a obtenção de meios diagnósticos e

terapêuticos. Portanto, segundo o autor, o acesso aos serviços de saúde é determinado por fatores geográficos, técnicos e econômicos.

Giovanella e Fleury (1995) identificam cinco dimensões que compõem o conceito de acesso: disponibilidade, que relaciona o tipo e a quantidade de serviços ofertados com as necessidades reconhecidas pela população; capacidade financeira, que avalia a relação entre custo e oferta dos serviços disponibilizados; acessibilidade, que considera a disposição e a distância dos serviços em relação aos locais de moradia dos usuários, influenciando a necessidade de deslocamento; e aceitabilidade, que se refere ao reconhecimento, pelos usuários, da relevância das ações oferecidas, refletindo no interesse e adesão a elas.

Outros autores associam o acesso não apenas à disponibilidade de consultas e ao agendamento dessas, mas também à capacidade de acessar os serviços para atender a demandas não agendadas, que são consideradas prioritárias pelos usuários (Assis; Jesus, 2012; Malta *et al.*, 2016). Verifica-se, por conseguinte, que a compreensão sobre o acesso aos serviços de saúde é complexa e abrange diversas facetas e dimensões. Uma vez que, envolve não apenas aspectos políticos, econômicos e sociais, mas também organizacionais, técnicos e simbólicos. Trata-se de criar estratégias para tornar o atendimento de saúde acessível a todos, visando à sua universalização.

Reitera-se que a avaliação da Cobertura da Atenção Básica, nesta dissertação, corresponde ao conceito adotado na base de dados utilizada (e-Gestor), sendo referente à cobertura populacional estimada de equipes de saúde da família (eSF) e de equipes de Atenção Básica (eAB) utilizada para o monitoramento da adscrição dos usuários nos serviços de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2020). Desta forma, identificar um aumento da cobertura da Atenção Básica não garante que houve igual aumento na cobertura das Equipes de Saúde da Família e no acompanhamento pelos Agentes Comunitários de Saúde.

É inegável, contudo, que a expansão do acesso à Atenção Básica no Brasil pode ser observada pela significativa ampliação do número de equipes de Saúde da Família implementadas nas últimas duas décadas. No contexto brasileiro, a Atenção Primária à Saúde (APS), conforme descrita por Starfield (2002), é representada, prioritariamente, pela Estratégia de Saúde da Família.

Esta dissertação também aponta para resultados dicotômicos entre coberturas de Agentes Comunitários de Saúde e Atenção Básica. Logo, além de discutir estas diferenças conceituais, faz-se necessário refletir sobre a importância do modelo prioritário da Estratégia de Saúde da Família e, conseqüentemente, do Agente Comunitário de Saúde na garantia do acesso longitudinal pelos usuários.

Segundo Giovanella e Almeida (2017), os ACS são fundamentais para ampliar o acesso aos cuidados de saúde, pois estão inseridos nas comunidades onde atuam, conhecem de perto as realidades locais e facilitam o acesso das famílias aos serviços oferecidos pela Estratégia Saúde da Família. Eles não apenas realizam visitas domiciliares para promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também estabelecem vínculos de confiança com os usuários, contribuindo para a integralidade do cuidado, mobilização social e para a efetividade das ações de saúde pública.

Nos anos iniciais da primeira publicação da PNAB (2006), a ESF foi concebida como modelo prioritário de organização da APS, sendo formada por uma equipe multiprofissional, desempenhando o papel de porta de entrada preferencial e de coordenação do cuidado. Neste caso, outras conformações de equipes, sem a presença do Agente Comunitário de Saúde não eram legitimadas e estimuladas para alcance da cobertura na APS (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Um estudo censitário de avaliação de cobertura, de delineamento ecológico, realizado pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, com 5.543 municípios brasileiros em 2012, observou altas coberturas de Atenção Básica (AB) em 21 das 27 Unidades Federativas (UF), com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) presentes em 13 das 27 UF, e acompanhamentos realizados por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ocorrendo em 23 das 27 UF. Quanto aos ACS, os autores também apontaram para altas coberturas (87,6%). Entretanto, nesta publicação, os pesquisadores reforçam as disparidades geográficas das coberturas de AB e ACS, reforçando sobre unidades federativas com coberturas potenciais de AB e ESF bastante insipientes (Poças *et al.*, 2017).

Outra pesquisa com o objetivo de analisar a evolução temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, entre os anos de 2006 e 2016, apontou que em 2006, cerca de 84 milhões de pessoas eram cobertas pela ESF, enquanto em 2016 eram aproximadamente 125 milhões. A maioria das Unidades Federativas (UFs) registrou uma tendência de crescimento na cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), com exceção de Roraima, Amapá, Piauí, Rio Grande do Norte e Paraíba, onde foi observada estabilidade (Carmo; Silva; Campos, 2018).

A pesquisa de Gomes *et al.* (2019), realizada com o objetivo de analisar as alterações nas composições das equipes da Atenção Básica a partir das revisões da PNAB, identificou que, em 2007, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estavam entre as principais categorias profissionais de trabalho atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), totalizando

240.220. Em 2012, esse número havia crescido em torno de 17%, chegando a 280.000, quantidade que praticamente não aumentou até 2019 (Gomes *et al.*, 2020).

Estas alterações sugerem correlação com as flexibilizações impostas com a revisão da PNAB (2017) envolvendo os ACS na composição das equipes, cuja publicação reporta à exigência de, no mínimo, 01 ACS por Equipe de Saúde da Família (eSF), além da não obrigatoriedade desse profissional nas Equipes de Atenção Básica (eAB).

Um estudo de Giovanella; Franco; Almeida (2020), cujo objetivo foi analisar a evolução da cobertura da ESF a partir dos resultados dos inquéritos populacionais das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS), entre os anos de 2013 e 2019, também identificou um aumento de cobertura pela Atenção Básica e redução na visita mensal do ACS. No cenário nacional, houve um incremento de 6,5 pontos percentuais na proporção de pessoas moradoras em domicílios cadastrados em Unidades Básicas de Saúde, elevando-a de 56,1% em 2013 para 62,6% da população em 2019. Isso representa um crescimento proporcional de 11,6% ao longo de seis anos, resultando na adesão de mais 18,7 milhões de residentes cadastrados.

Os dados encontrados sobre a cobertura de ACS, nesta dissertação, também corroboram com o estudo de Giovanella *et al.* (2020), que identificou uma diminuição na frequência das visitas mensais realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde em todo o território brasileiro, abrangendo todas as grandes regiões, assim como áreas urbanas e rurais. Além disso, a autora também verificou um aumento significativo na proporção de pessoas que não receberam visita domiciliar de ACS nos 12 meses anteriores à pesquisa em todas as regiões. Ao analisar os domicílios cadastrados há mais de um ano, observou-se que a proporção de lares que relataram visitas mensais dos ACS no último ano diminuiu de 47,2% em 2013 para 38,4% em 2019.

Vários fatores podem estar associados a esta redução do número de visitas realizadas pelos ACS, como por exemplo, as alterações nas responsabilidades dos ACS a partir da PNAB-2017, com intensificação de atividades dentro das UBS, no acolhimento, no preenchimento de formulários do Bolsa Família e dos sistemas de informação, aferição de pressão arterial e realização de curativos. Essas práticas, portanto, reforçam o modelo curativista e burocrático, no qual os profissionais minimizam o seu tempo de trabalho nos territórios e visitas domiciliares.

Um estudo de Garnelo; Souza e Silva (2017) discutiu o acesso e a cobertura da APS ofertada às populações rurais e urbanas que vivem nos sete estados da região norte do Brasil. O autor destacou que, dos 450 municípios analisados, 34% (n=153) apresentaram cobertura populacional de 100%. Foi encontrada uma correlação negativa entre a população dos

municípios e a cobertura das equipes. Quanto menor o porte populacional, maior o percentual de cobertura ($r_s = -0,55$, $p < 0,001$).

Com relação aos diferentes modelos de composições de equipes na Atenção Básica (eSF, EACS, eAB), alguns autores defendem que, ao analisar os dois anos pós-revisão da PNAB, não foram registradas mudanças significativas (Gomes *et al.*, 2020). Essa observação é respaldada pela análise de Cecílio e Reis (2018), os quais destacam que o reconhecimento do modelo convencional de Atenção Básica tem sido uma demanda antiga dos gestores de municípios de médio e grande porte nas regiões

No contexto da Política Nacional de Atenção Básica de 2017, apesar das evidências científicas contrárias e da posição discordante do Departamento Nacional de Atenção Básica, houve uma predominância de forças que favoreceram a implementação de modelos alternativos ao Sistema de Saúde da Família e a redução do número de Agentes Comunitários de Saúde, conforme documentado por Giovanella; Almeida (2017).

Este cenário revela um ambiente de decisões políticas complexas, onde diferentes interesses e perspectivas podem influenciar a formulação e implementação de políticas de saúde transversais à Atenção Básica. Durante o período analisado, várias publicações, descritas no Apêndice A, foram divulgadas sobre as principais políticas estratégicas para consolidação da Atenção Básica, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), Academia da Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Práticas Integrativas e Complementares (PIC), E-SUS, Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), Programa Saúde na Escola (PSE), Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), Telessaúde, Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), Brasil Sorridente e a Rede Cegonha. A maioria das normas foi divulgada principalmente por portarias, seguidas de resoluções, leis, decretos e instruções normativas e operacionais.

Foi constatado um significativo aumento nas normas jurídicas a partir do ano de 2011, no governo da Presidente Dilma Rousseff. Em contrapartida, no governo do presidente Michel Temer, mesmo em pouco tempo, logo efetivou a agenda de revisão da Política Nacional de Atenção Básica. É válido salientar que ele assumiu a presidência interinamente em agosto de 2016, após o impeachment da presidente Dilma Rousseff, e depois foi efetivado como presidente.

A discordância entre evidências científicas e decisões políticas ressalta a importância de um diálogo contínuo e baseado em evidências entre pesquisadores, gestores de saúde e formuladores de políticas públicas, visando promover práticas de saúde pública eficazes e

alinhadas com as reais necessidades da população. Uma vez que, No governo de Jair Bolsonaro, observou-se uma falta de priorização de temáticas relacionadas ao Sistema Único de Saúde. Isso se evidenciou em uma série de políticas e ações que não receberam a devida atenção e investimento, resultando em desafios significativos para a saúde pública no Brasil até os dias atuais. A ausência de uma abordagem direcionada e coerente para fortalecer o SUS e enfrentar os problemas de saúde enfrentados pela população gerou críticas e preocupações entre os profissionais de saúde e a sociedade em geral. Essa falta de priorização de questões relacionadas ao SUS durante o governo de Bolsonaro impactou negativamente a capacidade do sistema de fornecer serviços de saúde acessíveis e de qualidade para todos os brasileiros.

Em 2023, durante o retorno de Luiz Inácio Lula da Silva à presidência do Brasil, observou-se uma retomada de agendas importantes no âmbito do Sistema Único de Saúde. Sob sua liderança, foram implementadas políticas e iniciativas destinadas a fortalecer e expandir os serviços de saúde oferecidos pelo SUS, visando garantir o acesso universal e equitativo à saúde para toda a população brasileira. A reafirmação do compromisso com a saúde pública refletiu-se na focalização de investimentos em infraestrutura de saúde, capacitação de profissionais, ampliação da cobertura de Atenção Básica e aprimoramento dos programas de prevenção e promoção da saúde. O retorno de Lula ao governo em 2023 representou um marco significativo na promoção do direito à saúde e no resgate do papel central do SUS como pilar fundamental do sistema de saúde brasileiro.

Apesar da PNAB 2017 estabelecer que a Equipe de Atenção Básica (eAB) deve adotar os mesmos princípios e diretrizes da ESF e ter caráter transitório, uma crítica que tem sido levantada é a possibilidade de essa equipe não incluir o ACS. Essa crítica ganha relevância ao considerar o papel fundamental do ACS na mobilização e orientação comunitária, bem como na compreensão sobre inserção territorial (Alonso *et al.*, 2021).

Ainda sobre a cobertura de Agentes Comunitários de Saúde, os resultados desta dissertação sugerem que estados com maiores populações tendem a ter uma menor cobertura de ACS. Dados recentes mostram uma variação na cobertura dos ACS entre os estados. Enquanto alguns estados do Nordeste apresentam cobertura próxima de 100%, outros estados das regiões Sul e Sudeste ainda enfrentam desafios para alcançar uma cobertura mais ampla (Giovanella; Almeida, 2017). Essa discrepância pode ser atribuída a diferenças na gestão local dos programas de saúde, nos recursos disponíveis e nas condições socioeconômicas das regiões.

Os resultados desta dissertação também corroboram com os achados de Freire et al. (2021), cuja pesquisa avaliou o impacto da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 na quantidade de Agentes Comunitários de Saúde por Equipe de Atenção Primária em saúde. Os autores identificaram uma redução significativa no número de Agentes Comunitários de Saúde em municípios das regiões Centro-Oeste e Sul, com quedas de 77,1% e 86,5%, respectivamente. Essas regiões, segundo a pesquisa de Freire *et al.* (2021), são caracterizadas por uma maior concentração de renda, com um índice de Gini superior a 0,62 em 72,3% dos municípios afetados. Além disso, a redução foi particularmente acentuada em municípios com populações de até 30 mil habitantes, atingindo 86,9%. Esses resultados indicam que áreas com maior desigualdade econômica e menor porte populacional são as mais afetadas pelas mudanças introduzidas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017.

Por outro lado, a análise da cobertura de ACS, entre as regiões do país, aponta para o Sudeste como a única região com aumento da cobertura (0,88). Este resultado é discrepante com o estudo de Freire et al. (2021), já que estes autores identificaram que os municípios das regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram maior probabilidade de diminuir o número de ACS por equipe. Observa-se, por conseguinte, diferenças nos resultados da análise de “cobertura de ACS” e “quantidade de ACS por equipe”, sugerindo que a região sudeste pode ter investido no aumento de cadastros individuais para cada profissional Agente Comunitário de Saúde, após a publicação da PNAB-2017.

Com relação à região Nordeste, observa-se que foi a região com manutenção das maiores coberturas e, após a publicação da PNAB-2017, sofreu baixa diminuição na cobertura de ACS, com uma diferença de -1.51 p.p. Este resultado é congruente com várias outras pesquisas. Segundo Schenkman *et al.* (2023), a presença dos ACS tem sido determinante para a melhoria dos indicadores de saúde na região, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e para o aumento da cobertura vacinal. Em muitos estados nordestinos, a atuação dos ACS tem permitido uma maior aproximação dos serviços de saúde com a população, facilitando o acompanhamento contínuo e personalizado das famílias.

Um estudo com o objetivo de descrever a implementação da Atenção Primária à Saúde no Nordeste brasileiro e sua correlação com os indicadores sociais, identificou que a taxa média de variação percentual (APC) dos Agentes Comunitários de Saúde entre 1998 e 2000 foi de 15,0%. Entre 2000 e 2005, essa taxa caiu para 4,0%, e no período de 2005 a 2016, a variação foi de apenas 1,1% (Carvalho; Jesus; Senra, 2017).

Pesquisadores apontam que a menor probabilidade de redução dos ACS na região Nordeste pode ser atribuída à história do Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS), iniciado no Ceará em 1987 como parte do extinto Programa de Emergência, destinado a melhorar os indicadores de saúde infantil ao integrar agentes de saúde. A repercussão positiva do trabalho desses agentes levou a sua institucionalização por meio da criação do PACS. Essa experiência bem-sucedida serviu de modelo para a implementação nacional do PACS em 1991 (Freire *et al.*, 2021).

A diminuição no número de ACS na maioria das regiões brasileiras pode comprometer a capacidade de oferecer cuidados primários de saúde de forma eficaz, prejudicando a promoção da saúde e a prevenção de doenças em comunidades vulneráveis. Isso ressalta a necessidade de políticas de saúde mais equitativas que levem em consideração as especificidades regionais e socioeconômicas (Massuda, 2020).

Ao sugerir que a PNAB-2017 está associada a uma redução na taxa de óbitos infantis, sendo estatisticamente significativa nas regiões Nordeste e Sudeste, os resultados desta dissertação corroboram com pesquisas que analisam essa associação desde o período de implantação do Programa Saúde da Família. Macinko *et al.* (2006), ao analisar o impacto do Programa de Saúde da Família sobre as taxas estaduais de mortalidade infantil (TMI) entre 1990 e 2002, identificaram uma redução de 4,5% da TMI associada a um aumento de 10% na cobertura do Programa Saúde da Família.

A ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), impulsionada pelo Programa de Saúde da Família (PSF) e pela Estratégia Saúde da Família (ESF), resultou em melhorias significativas nos indicadores de saúde, incluindo quedas substanciais na mortalidade infantil e nas hospitalizações que poderiam ser evitadas, além de uma redução na disparidade racial nos índices de mortalidade (Massuda, 2020).

Os dados aqui apresentados corroboram com os resultados da pesquisa de Andrade (2011), cujo objetivo foi analisar as tendências da mortalidade na infância no Brasil e regiões, no período de 2000 a 2011. Os autores identificaram que, em todo território nacional, a Taxa de Mortalidade na Infância tem mostrado uma tendência constante de declínio, passando de 30,1 óbitos em menores de 5 anos por mil nascidos vivos (NV) em 2000 para 17,7 por 1.000 NV em 2011. Os pesquisadores também apontaram destaque para a região Nordeste, com 49,7% de redução. Como também, no período de 2000 a 2011, os dados indicaram que "apenas" 27,5% da população nordestina não teve acesso à Atenção Básica.

Ao examinar a evolução temporal das hospitalizações por condições sensíveis à de Atenção Primária à Saúde em crianças menores de cinco anos na região Nordeste do Brasil, entre 2004 e 2013, Ribeiro *et al.* (2019) detectou uma redução (26,7%) da taxa de internações no Nordeste, correspondente a 26,7%. A Bahia registrou a maior taxa de internações, com

465,14 por 10 mil habitantes, enquanto Sergipe apresentou a menor taxa, com 220,19 por 10 mil habitantes. Os autores correlacionaram o resultado da Bahia ao fato de o estado possuir uma maior densidade populacional e uma maior extensão territorial em comparação com outros estados nordestinos, o que pode dificultar a cobertura dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Um estudo de Sousa (2014), conduzido pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, da Universidade Federal de Campina Grande, que examinou o impacto da Política de Atenção Básica, com ênfase na Estratégia Saúde da Família (ESF), sobre a TMI nos municípios brasileiros, entre 1998 e 2010, também publicou achados congruentes com essa dissertação. A autora afirmou que as regiões Nordeste e Sudeste também se destacaram por possuírem o maior número de municípios com estabilidade no tempo de adesão ao programa, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família. A pesquisa destacou que cerca de 39,5% dos municípios da região Sudeste, e 34,1% da região Nordeste, não sofreram oscilações no tempo de adesão ao programa.

Conforme estudo de Sousa (2014), isso reforça a historicidade do Nordeste, pioneiro no projeto piloto do PSF, impulsionado pelos piores indicadores de mortalidade infantil do país. No caso do Sudeste, a pesquisa indicou que, apesar das dificuldades de implementação das equipes de saúde da família nos grandes centros urbanos, suas raízes nas ações de medicina comunitária podem ter facilitado a instalação das equipes e o desenvolvimento preciso de ações de saúde.

Isso sublinha a importância dos serviços de saúde primária, como os prestados pelos ACS, na promoção da saúde infantil e destaca a necessidade de políticas que fortaleçam esses serviços para alcançar melhores resultados em saúde pública (Fausto *et al.*, 2018). A oferta de visitas domiciliares é um componente crucial na satisfação dos usuários com os serviços de saúde. A satisfação ou insatisfação dos usuários geralmente é mediada pelo modo como são tratados pelas equipes de saúde. A valorização da gentileza, da escuta e do acolhimento por parte dos profissionais destaca a importância de cultivar vínculos e adotar tecnologias leves. Essas práticas reforçam a confiança e a satisfação dos usuários com o serviço prestado (Belfort *et al.*, 2021).

Ao analisar a trajetória da TMI nos estados de Minas Gerais (MG), Espírito Santo (ES), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP), assim como na região Sudeste como um todo, entre os anos de 2008 e 2020, observa-se resultados variados que destacam a importância da cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no cuidado infantil.

Conforme os dados apresentados na seção de Resultados desta dissertação, o Modelo de Dados em Pannel com Efeitos Fixos revelou que, em todo território Nacional, entre as variáveis de controle, o logaritmo neperiano do PIB per capita apresentou um p-valor de 0,031%, sugerindo que regiões com um PIB per capita mais elevado tendem a apresentar menores taxas de mortalidade infantil. Por outro lado, a correlação entre PIB *per capita* e Cobertura de ACS foi positiva, indicando que regiões com maiores PIB per capita possuem maiores Coberturas de Agentes Comunitários de Saúde.

Estes achados são consistentes com a pesquisa ecológica de Boing e Boing (2008), cujo objetivo foi investigar a associação entre indicadores socioeconômicos, serviços de saúde e investimentos no setor, e a mortalidade infantil por causas evitáveis nos municípios brasileiros com mais de 80 mil habitantes. Os autores utilizaram como unidade de análise os 296 municípios brasileiros que apresentaram, no censo do ano 2000, população superior a 80 mil. Ao comparar o grupo de municípios com melhor distribuição de renda e maior PIB *per capita* com o grupo oposto, observou-se uma acentuada sobremortalidade infantil no grupo com piores indicadores. Enquanto no primeiro grupo a média de mortalidade infantil por causas evitáveis é de 7,3 por mil nascidos vivos, no último grupo o coeficiente é de 18,2, o que representa uma sobremortalidade de aproximadamente 150%.

Autores correlacionam, de forma semelhante, que os municípios com maiores PIB per capita apresentam melhores indicadores de saneamento básico (Hora *et al.*, 2015). Conforme os resultados apresentados por Bayer (2019), há uma relação direta entre a qualidade dos serviços de saneamento e a mortalidade infantil, bem como com as questões socioeconômicas. Regiões com indicadores inadequados de saneamento registram uma maior incidência de óbitos infantis.

Em um estudo sobre a relação entre saneamento básico e indicadores epidemiológicos, conduzido em 21 países da América Latina, utilizando dados secundários fornecidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), os resultados demonstraram que a expansão da cobertura dos serviços de abastecimento de água e dos sistemas de esgotamento sanitário pode reduzir os casos de diarreia e a mortalidade infantil (Teixeira; Gomes; Souza, 2012).

Silva e Esperidão (2017), ao investigar a influência dos serviços de abastecimento de água e esgotamento sanitário na mortalidade infantil e no desenvolvimento econômico dos estados da região Nordeste nos anos de 1991, 2000 e 2010, identificaram uma forte relação negativa. Este achado sugere que um aumento no Produto Interno Bruto *per capita* (PIBp) pode estar associado a uma redução na Mortalidade Infantil. Supõe-se que um PIBp mais elevado na região esteja correlacionado com maiores investimentos em áreas como saúde,

educação e trabalho, o que contribui para a redução das desigualdades sociais e, consequentemente, para a diminuição dos óbitos infantis. Estes autores também afirmam que quanto menores forem as desigualdades sociais, menor será o número de mortalidade infantil.

Como citado no tópico dos resultados desta dissertação, o coeficiente referente à despesa per capita com saúde (0,053) indica que, ao avaliar todo o território nacional, estados que alocam mais recursos para a estrutura de saúde pública por habitante tendem a apresentar uma maior cobertura de Agentes Comunitários de Saúde. No entanto, ao contrário desses resultados, um estudo que visou avaliar a viabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, considerando a população residente entre 2000 e 2006, constatou que os municípios da região Sudeste, a mais desenvolvida do país, apresentam, em média, melhores desempenhos econômico-financeiros, mas, menores valores médios de cobertura do ESF. Por outro lado, este mesmo estudo apontou que os municípios das regiões Norte e Nordeste, mesmo apresentando as menores médias para indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, foram os que mais fizeram esforço fiscal no período (Portela; Ribeiro, 2011).

Uma investigação, ao descrever a evolução da estrutura (em termos de financiamento e cobertura) e os resultados (em termos de impacto sobre o problema de saúde da população), constatou que, entre 2008 e 2019, houve um aumento na mediana referente à despesa municipal com Atenção Básica dos municípios brasileiros, bem como, na cobertura da AB. Os autores divulgaram que a despesa municipal com APS, por habitante coberto, aumentou 12,1% na mediana no período estudado. Já com relação ao aumento da cobertura da AB, verificaram o crescimento da mediana, partindo de 98,8% em 2008, para 100% em 2019 (Barros; Aquino; Souza, 2022). Estes autores também reforçam que a evolução da AB no Brasil variou conforme o tamanho da população e o grau de privação socioeconômica dos municípios. Essas variações sustentam a ideia de que a carência socioeconômica influencia o nível de investimento destinado à Atenção Básica nas diferentes regiões do país.

Com relação à predição da TMI, nesta dissertação, para o ano de 2023, observa-se que houve a manutenção das TMI. Sendo necessário, desta forma, investimento em diagnósticos situacionais para alocar recursos considerando as reais particularidades locais regionais. É válido ressaltar que o modelo ARIMA oferece uma ferramenta valiosa para a avaliação da eficácia das políticas públicas atuais. Ao projetar como essas políticas podem impactar a mortalidade infantil no futuro, torna-se possível ajustar intervenções de maneira mais precisa. Esse ajuste contínuo permite não apenas a mitigação de riscos, mas também a maximização dos benefícios das políticas implementadas. O ARIMA, ao modelar dados históricos, permite

que os formuladores de políticas avaliem diferentes cenários e ajustem as intervenções conforme necessário (Souza *et al.*, 2022).

7 CONCLUSÃO

Esta dissertação investigou a trajetória histórica das atualizações da Política Nacional da Atenção Básica, concentrando-se especialmente nos possíveis efeitos da versão de 2017. Uma vez que, embora a PNAB seja reconhecida como um marco legal fundamental para a organização da Atenção Básica no Brasil, a terceira versão de 2017, induziu mudanças significativas, dentre as quais: flexibilização na composição das Equipes de Saúde da Família, reconhecimento de novos modelos de equipes e mudança no papel dos Agentes Comunitários de Saúde.

Desta forma, era esperado que a versão de 2017 impactasse negativamente na cobertura dos ACS. Embora o efeito nas taxas de óbitos infantis não tenha alcançado o nível de significância de 5%, apresentando-se apenas no nível de 10%, esse achado sugere que a diminuição na cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde, resultante da PNAB, pode ter impedido que a política exercesse um impacto médio significativo na taxa de óbitos infantis ao longo do período analisado e em todo o território nacional.

Os diferentes resultados, ao agregar os dados e comparar as diferentes regiões do Brasil, demonstrou a importância do modelo estatístico de dados em painel com efeito fixo. A região Sudeste se sobressaiu por ser a única a apresentar um aumento na cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o que resultou possivelmente na maior diminuição das taxas de mortalidade infantil.

Os resultados ressaltam a importância de investimentos no modelo da Estratégia de Saúde da Família, considerado essencial para a organização da Atenção Básica. A presença do ACS, com o trabalho focalizado nas particularidades dos territórios, contribui significativamente para o acesso e a continuidade do cuidado. Entretanto, o aumento da cobertura da Atenção Básica não reflete, necessariamente, uma vinculação às equipes da ESF, visto que as equipes mínimas, sem a inclusão dos ACS, são contabilizadas na cobertura geral.

Destaca-se, ainda, a relevância do cadastro qualificado realizado pelos ACS, que considera o conceito ampliado de saúde, incorporando determinantes sociais como renda, educação, moradia, emprego, saneamento, segurança alimentar, condições clínicas, entre outros. Em contraste, cadastros realizados por equipes mínimas tendem a ser simplificados, dificultando diagnósticos situacionais adequados, planejamento e tomada de decisões que respondam às reais demandas da população.

Apesar dos resultados significativos, é importante ressaltar que o impacto das políticas públicas pode levar tempo para ser totalmente compreendido, e, no caso da PNAB de 2017,

ainda é cedo para uma avaliação completa de seus efeitos. Soma-se, ainda, o desafio da descontinuidade metodológica dos relatórios disponibilizados pela plataforma e-Gestor, cujas informações, a partir do ano de 2020, são divulgadas a partir de relatórios com metodologias distintas, a saber, Cobertura Potencial e Cobertura a partir do método de cálculo do Plano Nacional de Saúde.

Ainda que tenha havido uma redução nas taxas de mortalidade infantil em âmbito nacional, o Brasil continua enfrentando desafios regionais desiguais para garantir a saúde das crianças. Demonstrando a necessidade de novos estudos que investiguem, além da cobertura populacional pela Atenção Básica, os impactos da revisão de 2017 no acesso dos usuários a este nível de assistência à saúde. Investimentos contínuos, por conseguinte, em políticas de saúde são essenciais, com foco na ampliação do acesso a cuidados pré-natais, incentivo ao aleitamento materno, fortalecimento dos serviços materno-infantis e combate às desigualdades regionais.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C. M. C. *et al.* Agente comunitário de saúde: um mundo profissional em busca de consolidação. *In: Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 31, p. e310129, 2021.

ANDRADE, F. F. A institucionalidade da assistência social na proteção social brasileira. *In: Serviço Social em Revista*, v. 13, n. 2, p. 19-44, 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/eb63/86a259188a7bce766dfc995916fd970c0362.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2023.

AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *In: American Journal of Public Health*, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009.

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos políticas e modelo de análise. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 2865-2875, 2012.

BARBOZA, N. A. S. *et al.* A história do SUS no Brasil e a política de saúde. *In: Brazilian Journal of Development*, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19348>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BARROS, R. D.; AQUINO, R.; SOUZA, L. E. P. F. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 27, p. 4289-4301, 2022.

BAYER, N. M. **Dois ensaios sobre saneamento básico.** [Dissertação de Mestrado]. Rio Grande do Sul: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2019.

BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. *In: Primary care in the driver's seat*, p. 3-21, 2006.

BOING, A. F.; BOING, A. C. Mortalidade infantil por causas evitáveis no Brasil: um estudo ecológico no período 2000-2002. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, p. 447-455, 2008. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 692, de 25 de março de 1994.** Dispõe sobre a criação, enquanto metas do MS, do PISUS (Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde) e do PSF (Programa de Saúde da Família). Brasília: Diário Oficial da União, 29 mar. 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 5 nov. 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica(PMAQ):** manual instrutivo. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica** [Internet]. 2020 [citado em 2024 jan 10]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses até a semana epidemiológica 49 de 2022. In: **Bol Epidemiol**, v. 53, p. 1-36, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade infantil no Brasil. In: **Bol Epidemiol**, v. 52, n. 37, p. 1-15, 2021.

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 19 set. 1990a.

BRASIL. **Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1.

CARETI, C. M. *et al.* Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. In: **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 67-75, 2016.

CARLETTTO, A. F. *et al.* O sentido político da Atenção Básica: descompassos da Portaria n. 2.436 de 2017 ameaçam o coração do SUS. 2021.

CARMO, A. D. N.; SILVA, S. L. A.; CAMPOS, E. M. S. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00042523, 2023.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1155-1164, 2017.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. Atenção básica como eixo estruturante do SUS: quando nossos consensos já não bastam!. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. e00136718, 2018.

COSTA, E. V. Políticas públicas de saneamento: uma análise entre investimento e mortalidade infantil no Brasil (2009-2019). In: **Revista Debates em Economia Aplicada-REDEA**, v. 3, n. 1, 2023.

DANTAS, A. V. Saúde, luta de classes e o ‘fantasma’ da Reforma Sanitária Brasileira: apontamentos para sua história e crítica. In: **Saúde em debate**, v. 42, p. 145-157, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe3/145-157/>. Acesso em: 23 dez. 2022.

DUARTE, L. S.; BALBIM, R.; CONTEL, F. B. Regionalização da saúde e ordenamento territorial: análises exploratórias de convergências. In: BOUERI, R.; COSTA, M. A. (Org.). **Brasil em Desenvolvimento**, p. 147-172, 2013.

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

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 12–14, set. 2018.

FREIRE, D. E. W. G. *et al.* A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/S3qYTtYsxxX8KXsKvDVzhLh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

FRIAS, P. G.; SZWARCOWALD, C. L.; LIRA, P. I. C. Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, p. 463-470, 2011.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. In: **Ciênc Saúde Colet.**, n. 22, v. 4, p. 1225-1234, 2017.

GAULD, R. *et al.* The World Health Report 2008—primary healthcare: how wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems?. In: **Healthcare Policy**, v. 7, n. 3, p. 38, 2012.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. suppl 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v33s2/1678-4464-csp-33-s2-e00118816.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2023.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise. In: **Política de Saúde: o público e o privado**. 1996. p. 177-198.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. G. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. p. 493-545, 2014.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 01 jan. 2023.

GIRARDI, S. *et al.* O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. In: **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 45, n. 11-23, p. 7, 2010.

GOMES, C. B. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1327-1338, 2020.

GOMES, G. F. *et al.* O financiamento da Atenção Básica no Brasil: um balanço de duas

décadas (2000-2020). In: **Revista de APS**, v. 26, 2023.

GUJARATI, D. N.; PORTER, D. C. **Econometria básica**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2011.

HATISUKA, M. F. B.; MOREIRA, R. C.; CABRERA, M. A. S. Relação entre a avaliação de desempenho da atenção básica ea mortalidade infantil no Brasil. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 09, p. 4341-4350, 2021.

HORA, A. L. B. *et al.* Análise da eficiência dos serviços de saneamento básico nos municípios do estado do Rio de Janeiro. In: **Pesquisa Operacional para o Desenvolvimento**, v. 7, n. 1, p. 55-81, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. In: **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

MACINKO, J. *et al.* Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. In: **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MALTA, D. C. *et al.* Family health strategy coverage in Brazil, according to the National Health Survey, 2013. In: **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016.

MARTINS, P. C. R.; PONTES, E. R. J. C.; HIGA, L. T. Convergência entre as Taxas de Mortalidade Infantil e os Índices de Desenvolvimento Humano no Brasil no período de 2000 a 2010. **Interações (Campo Grande)**, v. 19, p. 291-303, 2018.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. In: **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1181-1188, 2020.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. In: **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MENDES, E. V. Entrevista: O SUS e a Atenção Primária à Saúde. In: **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. In: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 77-92, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 177-184, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/NCyMFPJ7KyZPpBSHKjLGG8s/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MOROSINI, M. V. Atenção primária à saúde no Brasil: uma história tecida em pensamento e práticas. In: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 30, 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. In: **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2023.

- MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *In: Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.
- NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *In: Cadernos de saúde pública*, v. 29, p. 847-849, 2013.
- OLIVEIRA, J. C.; ALBUQUERQUE, F. R. P. C.; LINS, I. B. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050**. Rio de Janeiro, out. 2004.
- OLIVEIRA, F. P. *et al.* Brazilian More Doctors Program: assessing the implementation of the Education Axis from 2013 to 2015. *In: Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, n. suppl 1, 2019.
- PAIM, J. S. **Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira**. 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/5978>. Acesso em: 23 dez 2022.
- PAIM, J. S. *et al.* **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39645>. Acesso em: 15 jan. 2023.
- PAIM, J. S. O futuro do Sistema Único de Saúde (SUS) em questão. *In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS*, 2018. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/wpcontent/uploads/2018/08/CONASSDebateN8.pdf#page=67>. Acesso em: 20 dez. 2022.
- PAIXÃO, N.; FERREIRA, T. Determinantes da mortalidade infantil no Brasil. *In: Informe Gepec*, n. 16, v. 2, p. 6-20, 2012.
- PEREIRA, H. S.; LIMONGI, J. E. Agentes comunitários de saúde: atribuições e desafios. *In: Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 7, n. 12, p. 83-89, 2011.
- PEREIRA, A. M. M. *et al.* **Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS**. 2022. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/55606>. Acesso em: 12 jan. 2023.
- PINTO, H. A. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *In: Saúde em Redes*, v. 4, n. 1, p. 35-53, 2018. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1795>. Acesso em: 01 jan. 2023.
- 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). *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1903-1914, 2018.
- POÇAS, K. C.; FREITAS, L. R. S.; DUARTE, E. C. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. *In: Epidemiologia e serviços de saúde*, v. 26, p. 275-284, 2017.
- PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *In: Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1719-1732, 2011.
- QUEIRÓS, A. A. L.; LIMA, L. P. A institucionalização do trabalho do agente comunitário de saúde. *In: Trabalho, Educação e Saúde*, v. 10, p. 257-281, 2012.

REIS, A. A. C. *et al.* Tudo a temer: financiamento, relação público e privado e o futuro do SUS. In: **Saúde em Debate**, v. 40, p. 122-135, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2016.v40nspe/122-135/pt/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

RIBEIRO, M. G. C.; ARAUJO FILHO, A. C. A.; ROCHA, S. S. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em crianças do Nordeste Brasileiro. In: **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, p. 491-498, 2019.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 343-352, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n2/343-352/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. In: **Saúde em debate**, v. 44, p. 17-31, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xmZCCHhZYYd7CwZfnsVnTQp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SANTOS, J. C.; MELO, W. Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba. In: **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 79-98, 2018.

SCHENKMAN, S. *et al.* Padrões de desempenho da atenção primária à saúde diante da COVID-19 no Brasil: características e contrastes. In: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, p. e00009123, 2023.

SILVA, V. A.; ESPERIDIÃO, F. Saneamento básico e seus impactos na mortalidade infantil no desenvolvimento econômico da região Nordeste. In: **Scientia Plena**, v. 13, n. 10, 2017.

SILVA, E. S. A.; PAES, N. A. Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: revisão integrativa. In: **Holos**, v. 1, p. 201-211, 2018.

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. In: **Saúde em debate**, v. 44, p. 58-69, 2020.

SILVEIRA, A. C.; MACHADO, C. V.; MATTA, G. C. Primary health care in the agenda of the pan american health organization in the 2000s. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 13, p. 31-44, 2015.

SONEGHET, L. Atenção primária à saúde no Brasil: um processo tortuoso e inacabado. In: **Caminhos da História**, v. 28, n. 2, p. 263-270, 1 jul. 2023.

SOUSA, M. L. B. **Impacto da política de atenção básica a saúde na taxa de mortalidade infantil nos municípios brasileiros**. [Dissertação em Mestrado em Ciências Sociais]. Campina Grande: Universidade Federal de Campina Grande, 2014.

SOUZA, C. C. *et al.* Comparação dos modelos ARIMA, RNA e híbrido ARIMA-RNA para a previsão dos custos de internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na região Centro-Oeste do Brasil. In: **Research, Society and Development**, v. 11, n. 16, p. e29111637547-e29111637547, 2022.

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

TEIXEIRA, J. C.; GOMES, M. H. R.; SOUZA, J. A. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados

secundários. *In: Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 32, p. 419-425, 2012.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Avaliação das práticas de promoção da saúde: um olhar das equipes participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *In: Saúde em Debate*, v. 38, p. 52-68, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/rkxdpDKTbkQfb6x56PzHcPg/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 jan. 2023.

UNICEF. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME), **Levels & Trends in Child Mortality: Report 2023**, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, United Nations Children's Fund, New York, 2024.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *In: Revista de Saúde Pública*, v. 24, p. 445-452, 1990.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *In: The lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011.

VIRGENS, J. H. A.; TEIXEIRA, C. F. Estudos sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: olhares diversos sobre um mesmo fenômeno. *In: Saúde em Debate*, v. 46, p. 211-226, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46n132/211-226/>.

APÊNDICE A - Marcos legislativos da Atenção Primária à Saúde publicados entre 1988 e 2024.

ANO	MARCO LEGAL	CONTEÚDO	REPRESENTANTE DO GOVERNO FEDERAL
1988	Constituição da república federativa do Brasil	Determinação de princípios, direitos e deveres fundamentais do país.	José Sarney
1988	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990	Determinação sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Fernando Collor
1990	Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990	Determinação sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Fernando Collor
1991	Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991	Criação da política de financiamento do SUS para 1991 - Norma Operacional Básica Nº 01/91.	Fernando Collor
1992	Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992	Publicação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Normaliza a assistência à saúde no SUS; estimula a implantação, o desenvolvimento e o funcionamento do sistema; e dar forma concreta e instrumentos operacionais à efetivação dos preceitos constitucionais da saúde.	Fernando Collor
1993	Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993	Designação de normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.	Fernando Collor
1994	Portaria nº. 692, de 25 de março de 1994	Criação do Programa de Saúde da Família.	Fernando Henrique Cardoso

1994	Portaria nº. 692, de 25 de março de 1994	Criação do Programa de Saúde da Família.	Fernando Henrique Cardoso
1996	Portaria nº 1.742, de 30 de agosto de 1996	Consolidação do pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com consequente redefinição das responsabilidades dos Estados, do DF e da união – NOB-96.	Fernando Henrique Cardoso
1997	Portaria nº 1886 de 18 de dezembro de 1997	Aprovação das normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.	Fernando Henrique Cardoso
1998	Portaria nº 3.925, de 13 de novembro de 1998	Aprovação do manual para organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde; implantação do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e do PAB variável.	Fernando Henrique Cardoso
1999	Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999	Publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.	Fernando Henrique Cardoso
	Portaria nº 1348/GM de 18 de novembro de 1999	Definição dos critérios para a regulamentação do incentivo a municípios que tenham projetos similares ao Programa de Saúde da Família - PSF.	Fernando Henrique Cardoso
2001	Portaria nº 17, de 04 de janeiro de 2001	Implementação do cadastro nacional de usuários do sistema único de saúde, que passa a compor o banco de dados do SUS.	Fernando Henrique Cardoso
	Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001	Aprovação da forma do anexo desta portaria, a norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica.	Fernando Henrique Cardoso

	Portaria n° 267, de 06 de março de 2001	Aprovação das normas e diretrizes de inclusão da saúde bucal na estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF).	Fernando Henrique Cardoso
	Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental.	Fernando Henrique Cardoso
	Portaria n° 737, de 16 de maio de 2001	Aprovação a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.	Fernando Henrique Cardoso
2002	Portaria n° 373, de 27 de fevereiro de 2002	Aprovação da norma operacional da assistência à saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na atenção básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do sistema único de saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.	Fernando Henrique Cardoso
	Lei no 10.507, de 10 de julho de 2002	Criação da profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências.	Fernando Henrique Cardoso
2003	Medida provisória n° 132 de 20 de outubro de 2003.	Criação do Programa Bolsa Família.	Luiz Inácio Lula da Silva
2004	Política Nacional de Saúde Bucal	Implementação das diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal no SUS, resultantes de um processo de discussões com os coordenadores estaduais de saúde bucal e fundamentando-se nas proposições que, nas últimas décadas foram geradas, bem como em	Luiz Inácio Lula da Silva

		consonância com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e da I e II Conferência Nacional de Saúde Bucal.	
	Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004	Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	Luiz Inácio Lula da Silva
2005	Documento Técnico– Caderno de auto avaliação AMAQ	Documentação que reúne as referências conceituais, metodológicas e operacionais de um modelo de avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia de Saúde da Família.	Luiz Inácio Lula da Silva
	Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005.	Instituição do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências.	Luiz Inácio Lula da Silva
2006	Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006	Aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.	Luiz Inácio Lula da Silva
	Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006	Regulamentação do §5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências.	Luiz Inácio Lula da Silva
2007	Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007	O Programa Saúde na Escola (PSE), política Inter setorial da Saúde e da Educação.	Luiz Inácio Lula da Silva
2008	Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008	Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.	Luiz Inácio Lula da Silva

2009	Portaria nº 3.091, de 16 de dezembro de 2009	Declaração a elegibilidade Municipal para a Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF e define as diretrizes, ações e prazo de participação.	Luiz Inácio Lula da Silva
	Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009	Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.	Luiz Inácio Lula da Silva
2010	Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010	Implementação no âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências.	Luiz Inácio Lula da Silva
	Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Luiz Inácio Lula da Silva
2011	Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011	Definição das diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.	Dilma Rousseff
	Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011	Instituição do Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Dilma Rousseff
	Portaria nº 940, de 28 de abril de 2011	Regulamentação do Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão).	Dilma Rousseff
			Dilma Rousseff

	Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011	Redefinição e ampliação do Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).	
	Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011	Atualização da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.	Dilma Rousseff
	Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011	Instituição da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF).	Dilma Rousseff
	Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011	Instituição, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).	Dilma Rousseff
2012	Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012	Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.	Dilma Rousseff
	Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012	Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.	Dilma Rousseff
2013	Portaria nº 339, de 4 de março de 2013	Redefinição do Componente Ampliação do Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS).	Dilma Rousseff
	Medida provisória nº 621, de 8 de julho de 2013	Criação do Programa Mais Médicos e de outras providências.	Dilma Rousseff

2015	Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.	Instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Dilma Rousseff
	Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015	Instituição da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS).	Dilma Rousseff
	Portaria nº 2.121, de 18 de dezembro de 2015	Alteração do Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para reforçar as ações voltadas ao controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica.	Dilma Rousseff
2016	Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016	Redefinição da Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualização das equipes habilitadas.	Dilma Rousseff
	Portaria nº 958, de 10 de maio de 2016	Alteração no Anexo I da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, para ampliar as possibilidades de composição das Equipes de Atenção Básica.	Dilma Rousseff
2017	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Michel Temer
2018	Portaria nº 3.733, de 22 de novembro de 2018	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2018.	Michel Temer
2019	Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019	Instituição do Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família.	Jair Bolsonaro
			Jair Bolsonaro

Portaria nº 1.710, de 8 de julho de 2019	Instituição do fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.	Jair Bolsonaro
Portaria nº 2.855, de 5 de novembro de 2019	Criação do incentivo financeiro para a aquisição de câmaras refrigeradas para as salas de imunização da Rede de Frio.	Jair Bolsonaro
Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019.	Instituição do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS.	
Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019	Implementação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018.	Jair Bolsonaro
Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019	Instituição do Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autorização do Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).	Jair Bolsonaro
Portaria nº 930, de 15 de maio de 2019	Instituição do Programa "Saúde na Hora", que dispõe sobre o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família.	Jair Bolsonaro

	Portaria nº 1.710, de 8 de julho de 2019.	Instituição do fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.	Jair Bolsonaro
	Portaria nº 2.855, de 5 de novembro de 2019	Criação do incentivo financeiro para a aquisição de câmaras refrigeradas para as salas de imunização da Rede de Frio.	Jair Bolsonaro
	Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019	Instituição do Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS.	Jair Bolsonaro
	Portaria nº 3.047, de 28 de novembro de 2019.	Implementação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2018.	Jair Bolsonaro
	Lei nº 13.958 de 18 de dezembro de 2019.	Instituição do Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autorização do Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS).	Jair Bolsonaro
2020	Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020	Declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).	Jair Bolsonaro
	Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020	Aprovação sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde.	Jair Bolsonaro

Portaria nº 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020	Criação em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o correspondente incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.	Jair Bolsonaro
Portaria nº 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020.	Criação em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o correspondente incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.	Jair Bolsonaro
Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020.	Criação em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.	Jair Bolsonaro
Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020	Declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).	Jair Bolsonaro
Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020	Aprovação sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde.	Jair Bolsonaro

	Portaria nº 2.222/GM/MS, de 25 de agosto de 2020	Criação em caráter excepcional e temporário, Ações Estratégicas de Apoio à Gestação, Pré-Natal e Puerpério e o correspondente incentivo financeiro federal de custeio para o enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da pandemia do coronavírus.	Jair Bolsonaro
	Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020.	Criação em caráter excepcional e temporário, incentivo financeiro federal de custeio, para desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no contexto do Enfrentamento da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) decorrente da Covid-19.	Jair Bolsonaro
2020	Portaria de consolidação nº 1 SESAI/MS, de 17 de dezembro de 2020	Consolidação de normas do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.	Jair Bolsonaro
2021	Portaria nº 32, de 19 de maio de 2021	Alteração da Portaria SAPS/MS nº 60, de 26 de novembro de 2020, que define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio.	Jair Bolsonaro
2023	Medida provisória nº 1.165, de 20 de março de 2023	Instituição da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do Programa Mais Médicos, e altera a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013.	Luiz Inácio Lula da Silva
	Resolução nº 708, de 13 de março de 2023	Implementação sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde.	Luiz Inácio Lula da Silva

Resolução nº 710, de 16 de março de 2023	Conversação sobre a definição de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde para 2024.	Luiz Inácio Lula da Silva
Lei nº 14.572 de 08 de maio de 2023	Instituição da Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS.	Luiz Inácio Lula da Silva
Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023	Definição e criação do incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.	Luiz Inácio Lula da Silva
Resolução nº 713, de 15 de junho de 2023	Implementação sobre a reprovação do Relatório Anual de Gestão 2022 do Ministério da Saúde e a indicação de medidas corretivas de gestão.	Luiz Inácio Lula da Silva
Resolução nº 714, de 02 de julho de 2023	Implementação sobre Campanha pela Criação de Conselhos Locais de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde do SUS.	Luiz Inácio Lula da Silva
Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023	Implementação da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e criação de novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde	Luiz Inácio Lula da Silva

	(Adaps) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS).	
Lei nº 14.655, de 23 de agosto de 2023	Alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para assegurar a participação de especialista indicado pela Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde.	Luiz Inácio Lula da Silva
Lei nº 14.654, de 23 de agosto de 2023	Obrigação a divulgação dos estoques dos medicamentos das farmácias que compõem o Sistema �nico de Saúde (SUS).	Luiz In�cio Lula da Silva
Resolução n� 719, de 17 de agosto de 2023	Implementação sobre as diretrizes, propostas e moções aprovadas na 17� Conferência Nacional de Saúde.	Luiz In�cio Lula da Silva
Resolução n� 725, de 09 de novembro de 2023	Aprovação da Política Nacional de Atenção Integral � Saúde das Pessoas com Albinismo.	Luiz In�cio Lula da Silva
Lei n� 14.737, de 27 de novembro de 2023	Alteração da Lei n� 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados	Luiz In�cio Lula da Silva
Lei n� 14.737, de 27 de novembro de 2023	Alter��o da Lei n� 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados.	Luiz In�cio Lula da Silva
Resolução n� 729, de 07 de dezembro de 2023	Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP).	

	Portaria GM/MS Nº 1.464, de 3 de outubro de 2023	Altera a Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil.	Luiz Inácio Lula da Silva
			Luiz Inácio Lula da Silva
2024	Portaria GM/MS nº 3.084, de 12 de janeiro de 2024.	Implementação sobre as repactuações entre o Ministério da Saúde e os entes federativos e a reativação de obras ou serviços de engenharia destinados à saúde no âmbito do Pacto Nacional pela Retomada de Obras e de Serviços de Engenharia Destinados à Educação Básica e Profissionalizante e à Saúde.	Luiz Inácio Lula da Silva
	Lei nº 14.820, de 16 de janeiro de 2024.	Alteração da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a revisão periódica dos valores de remuneração dos serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com garantia da qualidade e do equilíbrio econômico-financeiro.	Luiz Inácio Lula da Silva
	Portaria GM/MS nº 3.130, de 30 de janeiro de 2024.	Implementação do Programa de Gestão e Melhoria da Qualidade da Atividade de Auditoria Interna do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde - ProQuali.	Luiz Inácio Lula da Silva
2024	Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024	Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)	Luiz Inácio Lula da Silva