

Processo histórico de mudanças na saúde pública até a implantação da política nacional de atenção básica

Historical process of changes in public health until the implementation of the national primary care policy

Proceso histórico de cambios en salud pública hasta la aplicación de la política nacional de atención primaria

RESUMO

Objetivo: refletir teoricamente sobre o processo histórico de mudanças na saúde pública até a implantação da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil. Métodos: estudo reflexivo, embasado na formulação discursiva sobre o histórico de mudanças da atenção básica no contexto da saúde pública. A pesquisa foi realizada no período de outubro a dezembro de 2021. Resultados: a atenção básica, atua na integralidade das ações com a busca da promoção, proteção e recuperação, além das atividades preventivas, redução de danos ou sofrimentos é desenvolvida com nível elevado de descentralização, visando atender maior parte da demanda da população. A política nacional de atenção básica foi criada com o objetivo de estabelecer as diretrizes organizacionais visando expandir a atenção básica no Brasil. Conclusão: com as novas atribuições propostas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017, as mudanças propostas caminham para a comercialização da prestação de serviços.

DESCRIPTORES: Saúde Pública; Estratégia de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: to theoretically reflect on the historical process of changes in public health until the implementation of the National Primary Care Policy in Brazil. Methods: reflective study, based on the discursive formulation on the history of changes in primary care in the context of public health. The research was carried out from October to December 2021. Results: primary care operates in the integrality of actions with the search for promotion, protection and recovery, in addition to preventive activities, reduction of harm or suffering is developed with a high level of decentralization, aiming to meet most of the population's demand. The national primary care policy was created with the objective of establishing organizational guidelines to expand primary care in Brazil. Conclusion: with the new attributions proposed by the National Primary Care Policy of 2017, the proposed changes move towards the commercialization of the provision of services.

DESCRIPTORS: Public Health; Family Health Strategy; Primary Health Care.

RESUMEN

Objetivo: reflexionar teóricamente sobre el proceso histórico de cambios en la salud pública hasta la implementación de la Política Nacional de Atención Primaria en Brasil. Métodos: estudio reflexivo, a partir de la formulación discursiva sobre la historia de los cambios en la atención primaria en el contexto de la salud pública. La investigación se realizó de octubre a diciembre de 2021. Resultados: la atención primaria opera en la integralidad de acciones con la búsqueda de promoción, protección y recuperación, además de las actividades preventivas, la reducción del daño o sufrimiento se desarrolla con un alto nivel de descentralización, con el objetivo de satisfacer la mayor parte de la demanda de la población. La política nacional de atención primaria fue creada con el objetivo de establecer pautas organizativas para ampliar la atención primaria en Brasil. Conclusión: con las nuevas atribuciones propuestas por el Política Nacional de Atención Primaria de 2017, los cambios propuestos avanzan hacia la comercialización de la prestación de servicios.

DESCRIPTORES: Salud Pública; Estrategia de Salud Familiar; Atención Primaria de Salud.

RECEBIDO EM: 12/12/21 **APROVADO EM:** 30/01/22

Débora Lorena Melo Pereira

Enfermeira. Universidade Federal do Maranhão. Discente da Pós-graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

ORCID: 0000-0001-7883-1830

Iderlania Maria de Oliveira Sousa

Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Discente da Pós-graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão.

ORCID: 0000-0001-5502-6337

Rita da Graça Carvalho Frazão Correa

Enfermeira. PhD Ciências Médicas – UERJ. Doutora em Biotecnologia- UECE Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.
ORCID: 0000-0002-6451-5156

Poliana Pereira Costa Rabelo

Enfermeira. Doutora em Ciências-EERP/USP. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.
ORCID: 0000-0003-0161-1359

Isaura Letícia Tavares Palmeira Rolim

Enfermeira. Doutora em Enfermagem – UFC. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.
ORCID: 0000-0002-8453-2543

Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira

Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva – IESC. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.
ORCID: 0000-0001-8053-7972

INTRODUÇÃO

A mudança do paradigma no Brasil proporcionou a construção do modelo assistencial vigente que contrapôs o modelo biomédico, e teve origem no passado. As mudanças políticas e na saúde nortearam movimentos de reforma, buscando o direito e a ampliação do acesso à saúde. O modelo hospitalocêntrico foi alvo de críticas no final dos anos 70, em detrimento dos altos custos gerados e a resolubilidade duvidosa dos problemas de saúde, sendo necessário uma nova organização dos serviços, criando a APS como centralizadora do sistema¹.

No contexto histórico, desde o século XX a Atenção Primária à Saúde é estruturada a nível mundial. Em 1922 o relatório de Dawson serviu de base para a implantação do sistema de saúde pautado nos serviços centrados a partir de núcleos primários com autoridade regional^{2,3}.

Em 1978, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), ocorreu a Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, desenvolvida em Alma-Ata que teve como estratégia a redução das disparidades entre os países centrais e os de terceiro mundo, a participação dos usuários e a APS como um importante fator para atingir a meta de “Saúde para To-

dos até o Ano 2000”. Dentre as discussões na conferência, destaca-se a crítica ao modelo médico hegemônico e o combate às endemias⁴.

Essa declaração Alma-Ata, serviu de base para os movimentos de reforma sanitária no Brasil incentivou os cuidados primários como principal foco de atenção à saúde^{2,3}. O movimento sanitário no Brasil, empregou a utilização do termo Atenção Básica (AB) que se refere à Atenção Primária à Saúde, visto que traz um sentido integral mais amplo, que se diferencia da proposta Atenção Primária Seletiva⁵.

Em âmbito nacional, a saúde como um direito fundamental do ser humano e um dever do Estado foi reconhecida a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, no artigo 196, que passa a reconhecer como algo inerente à cidadania. É reformulada a partir da Lei 8080 de 19902.

Vinculado a essas propostas, o Programa de Saúde da Família (PSF) surge com o objetivo de colaborar na organização do SUS especialmente no processo de municipalização, participação da comunidade, integralidade do atendimento e reorganizando as práticas de cuidado à saúde⁶. Visto a necessidade de ampliação, como uma estratégia de mudanças do modelo de atenção hegemônico o PSF se redefiniu em Estratégia de Saúde da Família (ESF), tornando um modelo alternativo e prioritário

da organização da Atenção Básica (AB), se caracterizando por aliar a prática do cuidado individual e coletivo, como um meio de fortalecer e consolidar os princípios e diretrizes do SUS⁷.

Contudo, diversas ações demandaram a criação de uma política que reorganize a APS, em vista a essa necessidade, foi criada em 2006 a primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). No tocante, a seguinte pergunta norteia o estudo realizado: como ocorreu o processo histórico de mudanças na saúde pública até a implantação da Política Nacional de Atenção Básica e quais impactos? Ante tais inquietações, propõe-se uma reflexão sobre as questões relacionadas ao processo histórico de mudanças na saúde pública até a implantação da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de reflexão embasado na formulação discursiva sobre o histórico de mudanças da atenção básica no contexto da saúde pública. A pesquisa foi realizada no período de outubro a dezembro de 2021. O texto foi organizado em três partes, com abordagem nas temáticas: “Ocorrências no marco histórico da saúde e a influência na saúde pública brasileira”, “marco teórico da atenção básica em saúde

e surgimento da PNAB e suas implicações à consolidação da atenção básica".

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ocorrências no marco histórico da saúde e a influência na saúde pública brasileira

Desde o período da colonização com o monopólio comercial por Portugal, as ações de saúde eram por meio da criação da Santa Casas de Misericórdia, uma entidade filantrópica, com intuito de tratar os doentes, cujo desafio era controlar as doenças pestilenciais, além de uma organização sanitária incipiente. No período Imperial, o impacto da abertura dos portos em 1808, trouxe uma estrutura de saúde mínima voltada para a polícia sanitária, onde as grandes endemias prevaleciam, sendo necessário a adoção de medidas de vigilância sanitárias dos portos⁸.

A assistência à saúde eclode nos sistemas previdenciários, na República velha, com a promulgação da Lei Eloy Chaves em 1923, foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAPS, inicialmente aos ferroviários, expandindo-se para outras categorias profissionais, que também eram responsáveis pela prestação de assistência à saúde aos trabalhadores assalariados, inicialmente as caixas eram ligadas às empresas⁹.

No contexto da saúde pública, havia uma predominância de endemias rurais e grandes campanhas de saúde pública visando combater as epidemias. Cabe ressaltar a unificação da CAP, que passam a ser Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), conferida pela administração do Estado, permitindo em seu orçamento o custeio da assistência previdenciária, abrangendo as categorias profissionais, estendendo a previdência a maior parte dos trabalhadores urbanos^{9,10}.

A assistência previdenciária seguia de forma fragmentada, e restrita, no âmbito da saúde pública, grandes acontecimentos foram fundamentais ao processo evolutivo da situação de saúde, sendo o primeiro marco ocorrido em 1949, durante o segundo governo Vargas, quando foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), outro importante

marco foi a desvinculação do Ministério da Educação e Saúde, dando origem ao Ministério da Saúde (MS), em 1953¹¹.

No período autoritário no Brasil em

Desde o período da colonização com o monopólio comercial por Portugal, as ações de saúde eram por meio da criação da Santa Casas de Misericórdia, uma entidade filantrópica, com intuito de tratar os doentes, cujo desafio era controlar as doenças pestilenciais, além de uma organização sanitária incipiente

1964, os direitos políticos e civis dos cidadãos foram suprimidos até 1985, nesse momento histórico, foi marcado pela ampliação dos IAP para Instituto Nacional

de Previdência Social (INPS), agregando todos os IAPs, além da privatização da assistência médica, e a capitalização do setor Saúde, que levou a uma grande crise do sistema de saúde. A assistência à saúde era restrita aos trabalhadores que exerciam atividades remuneradas, deixando maior parte da população desassistida, centradas na doença e em procedimentos¹⁰.

Visando a expansão da cobertura, o INPS, se unificou para a criação do Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os institutos eram responsáveis por prestar assistência médica à saúde apenas a população que contribui com previdência social. A estrutura de saúde da época, aos pobres era feita por entidades filantrópicas e pela igreja, e à classe trabalhadora, pelo INAMPS¹².

Frente às essas repercussões da medicina previdenciária no Brasil, influenciada por ideais expostos pela Declaração Alma-Ata, no mesmo período, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) veio na luta contra o período ditatorial, com o tema Saúde e Democracia. Segundo Arouca (2003)¹² a ideia da RSB surge como um pensamento inicial vinculada à crítica feita ao movimento ideológico da medicina preventiva e, de outro, à busca de alternativas para a crise da saúde durante a ditadura militar. Para enfrentar o dilema preventivista, era necessária uma prática teórica capaz de produzir conhecimento, e uma prática política voltada às mudanças das relações sociais.

As lutas populares foram cruciais para luta pelos direitos e pela democracia, e também para a participação popular no planejamento de novas medidas para o sistema de saúde nacional e reivindicando mudanças na prestação de serviços de saúde. Reitera-se que, esses movimentos foram motivados por direitos que deveriam ser considerados fundamentais, tais como à saúde, educação e a cultura.

Em 1979 surge a proposição de criação do SUS, retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Sustentando essa ideia, a RSB envolveu ideologias e políticas culturais, o movimento sanitário também ficou conhecido como movimento pela democratização da saúde. Parte da formali-

zação deste projeto encontra-se na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, de 1990¹³.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde veio com a prerrogativa do acesso à saúde universal, integral e equânime, além disso, defendia a promoção da saúde e a APS. A formalização do direito à saúde no Brasil se deu em 1988 quando foi consagrada a Constituição Federal, tornando as ações e os serviços de saúde como um direito de cidadania, criando o Sistema Único de Saúde, direcionando os artigos 196 a 200 à seção saúde, tendo como principal prioridade o acesso universal e igualitário.

Em 1988 a Constituição Federal institucionalizou o SUS, que prevê em suas diretrizes a descentralização, trazendo importantes responsabilidades e autonomia aos municípios, em contrapartida, a descentralização não veio em conjunto com o fortalecimento das esferas federais, estaduais e municipais em promover a cooperação entre os municípios¹⁴.

A regulamentação do SUS veio em 1990 com a Lei 8.080, reforçando a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie como um direito, ainda garantiu a gratuidade da atenção impedindo o acesso dificultado pelas barreiras econômicas além das já existentes, como a distância dos serviços, o tempo de espera, o horário de funcionamento, a expectativa negativa quanto ao acolhimento, além de fatores educacionais e culturais¹⁵.

No mesmo ano da Lei 8080 de 1990, foi promulgada a Lei 8.142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros, estabelecidos nas Conferências e os Conselho de Saúde como instâncias colegiadas do SUS; Fato esse que propiciou a criação de vários mecanismos de participação e controle social sobre as políticas públicas e da articulação entre esferas de governo¹⁶.

A partir da década de 90, a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi inicialmente caracterizado por programas hierarquizados e verticais com intuito de controlar determinadas doenças, alcançando um caráter “sanitarista”. Poste-

riormente, o Programa Saúde da Família (PSF) foi um modelo que reorganizou a prática assistencial na APS7.

As ações que envolviam a rede básica, cresceram com a implantação de novas unidades em comunidades de baixa renda. É notório que, mesmo com impasses e lacunas, foram as políticas essenciais direcionadas para o fortalecimento da APS, e que mais colaboraram com a implantação dos princípios e diretrizes do SUS no Brasil

Marco teórico da atenção básica em saúde

No início dos anos 1980, um novo surto de expansão da rede básica se deu em decor-

rência do processo de redemocratização do país. Em um contexto de crise do modelo da saúde previdenciária acarretou grandes medidas de racionalização dos gastos com a saúde, privilegiou-se a APS, medidas essas respaldadas pela Conferência de Alma-Ata².

As ações que envolviam a rede básica, cresceram com a implantação de novas unidades em comunidades de baixa renda. É notório que, mesmo com impasses e lacunas, foram as políticas essenciais direcionadas para o fortalecimento da APS, e que mais colaboraram com a implantação dos princípios e diretrizes do SUS no Brasil⁶.

Pondera-se que, os impactos históricos marcados pelos modelos assistenciais hegemônicos e sanitários foram importantes para a consolidação da Atenção Primária à Saúde. Durante o processo de implantação do SUS, as ações de APS passaram a ser denominadas de Atenção Básica à Saúde (ABS), que assume importantes papéis no âmbito do SUS, como porta de entrada preferencial, a integralidade do cuidado e a expansão do acesso aos serviços de saúde.

Dentre os processos de implantação do SUS, os esforços de construção de um novo modelo assistencial na APS se materializaram em 1991, com a implantação do PACS, que teve como objetivo organizar a prática da atenção à saúde e trabalhar com a família como unidade de ação programática. Inicialmente com a cobertura do Norte e Nordeste em áreas periféricas e rurais focando em situações de alto risco para a desnutrição e as doenças infecciosas¹⁷.

O Ministério da Saúde (MS) criou em 1994 o PSF, tendo como principal antecedente, o PACS. Com os resultados positivos do PACS, especialmente na redução da mortalidade infantil, buscou sua expansão a outros territórios brasileiro através do PSF e uma maior resolutividade das ações e, a partir de janeiro de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes de Saúde da Família¹⁸.

Nacionalmente, a AB, passa a atuar em sua singularidade, na integralidade das ações com a busca da promoção, proteção e recuperação, além das atividades preventivas, redução de danos ou sofrimentos,

inserção sociocultural, é desenvolvida com nível elevado de descentralização, municipalização, capilaridade e na sua complexidade de atenção, visando atender maior parte da demanda da população. A APS no Brasil passou a funcionar por meio do PSF e do PACS, que posteriormente em 1996 o PSF foi ampliado e substituído pela ESF. Essa estratégia induz uma maior cobertura de Atenção Primária à saúde no Brasil.

Destarte, a APS até 2006, era regulada por diversas normas e portarias criadas pelo Ministério da Saúde, onde destaca-se a publicação em 1996, da Norma Operacional Básica (NOB/SUS/96), que determinou a implantação das equipes de ESF, alterando a lógica do financiamento, viabilizando a maior modificação no modelo assistencial até então¹⁹⁻²⁰.

A criação do Piso de Atenção Básica (PAB), instituído pela NOB- 96 fixo e variável, operados pelo repasse financeiro fundo a fundo, crucial na implantação da ESF, superando a lógica do financiamento por procedimentos (produção) ou convênios. O PAB apresenta caráter redistributivo e amplo, por meio do PAB fixo (per capita/ano) e do PAB-Variável (por adesão a componentes da ESF)³.

Nos processos de fortalecimento, reestruturação e racionalização dos sistemas públicos de saúde, tem sido reservado um papel de grande relevância à APS, como se consolidou denominando os cuidados ofertados pela ampla rede de serviços básicos²¹. Essa estratégia passa a avançar e ser reconhecida como um meio importante de ação, com vistas a reorganização do SUS. Nessa prerrogativa, essas ações demandaram a criação de uma política que reorganizou a APS, visando regular tal estratégia, foi aprovado em 2006 a primeira PNAB que revisa as diretrizes e normas para a organização da APS²².

No mesmo ano, foi criado o Pacto pela Saúde no Brasil composto por três pactos: Pacto pela vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, que redefiniu as responsabilidades dos gestores, por meio da adesão dos municípios, Estados e União. Nos anos de 2007 e 2008 as prioridades do Pacto pela Saúde eram pautadas no

fortalecimento da ABS por intermédio da ESF, traçando objetivos indicadores e metas para o acompanhamento da situação

Até o ano de 2006, não havia uma política responsável por organizar o papel da APS, a partir do ano de 2006, com o objetivo de estabelecer as diretrizes organizacionais visando expandir a ESF, o governo Federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica à Saúde – PNAB

de saúde dos brasileiros.

Surgimento da PNAB suas implicações à consolidação da atenção básica

Logo no início dos anos 2000, a ESF sofreu uma grande expansão nos centros urbanos e ampliação dos das Equipes de Saúde Bucal (ESB), a criação e incorporação dos Núcleos de apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF surgiu com propósito de ampliar a capacidade resolutiva, composta por uma equipe multiprofissional atuante em diferentes áreas de conhecimento em parceria com os profissionais das ESF. Em concomitância, com a expansão, as dificuldades persistiram, tais como subfinanciamento, modelo assistencial, infraestrutura imprópria, além das dificuldades na baixa demanda de profissionais médicos³.

Até o ano de 2006, não havia uma política responsável por organizar o papel da APS, a partir do ano de 2006, com o objetivo de estabelecer as diretrizes organizacionais visando expandir a ESF, o governo Federal publicou a primeira Política Nacional de Atenção Básica à Saúde – PNAB.

Reitera-se que, para ampliar as ações em saúde de modo que possibilite a maior efetivação do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica é essencial, visto que um dos principais atributos da APS é o primeiro contato, de forma abrangente e holística, proporcionando uma maior captação dos usuários e suprindo suas necessidades²³.

A PNAB de 2006 deu início à importantes discussões, ao trazer recomendações norteadoras para os serviços de saúde, para o processo de trabalho, para a composição das equipes, para o financiamento do sistema, para as atribuições das categorias profissionais, e itens cruciais para a implantação de equipes de saúde da família (eSF) nas unidades básicas de saúde²².

A política incorporou os atributos da APS definidos por Starfield (2002)²² a autora traz aspectos como: integralidade da assistência, longitudinalidade, primeiro contato com a população, coordenação e centralidade na família e suas competências culturais. Além disso, reporta-se a equipe multiprofissional responsável por até 4.000 habitantes, com a recomendação média de 3.000 habitantes, com 40 horas semanais para todos os profissionais e composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou auxiliar de enferma-

gem e ACS, sendo que o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população adstrita, com até de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família²⁴.

Com a perspectiva de ampliação, a PNAB foi se moldando mediante aspectos singulares de diferentes realidades. Em 2011, ocorreu a primeira revisão, com intuito de melhorar ainda mais a qualidade da assistência. O movimento de mudanças na PNAB iniciou-se reafirmando as diretrizes propostas na última edição, além da flexibilização da carga horária média de 20 a 30 horas semanais, essa mudança visava suprir o déficit de profissionais nas equipes²⁵. Essa alteração trouxe impactos negativos, tais como, a diminuição da carga horária médica favoreceu a maior rotatividade desses profissionais, rompendo com a ideia de estabelecer um vínculo com o cliente, além da sobrecarga aos demais membros da equipe.

A última alteração concebida a PNAB, a Portaria nº 2.436, em vigor até a atualidade ocorreu em 2017, essa nova mudança consolida as principais ideias contidas nas versões anteriores. Um dos principais desdobramentos de risco, tem-se a descaracterização da atuação do ACS, que fortalece as desi-

gualdades de acesso e rompe a integralidade do cuidado à saúde. Outrora, no arcabouço da equipe multiprofissional, houveram retrocessos frente a assistencial da ESF nas políticas de atenção, na última atualização.

Além da descaracterização do papel do ACS, houve a interseção entre o ACS e o técnico de enfermagem de natureza mais curativa, comparado com as ações de natureza educativas do seu trabalho, outro fator negativo associa-se com as ESF com apenas um ACS e as equipes de Atenção Básica (eAB) sem nenhum. Essa prerrogativa reforça a ausência de um dos principais pilares da ESF, componente responsável pela promoção da saúde, com base na concepção da determinação social, na clínica ampliada e no processo saúde-doença⁶.

Dentre as alterações, cabe ressaltar, a carga horária mínima exigida do profissional médico, de dez horas semanais, na AB, e a extinção e enfraquecimento do financiamento federal ao NASE, com a justificativa da maior autonomia para os gestores municipais, desse modo, o componente multiprofissional tornara mais enfraquecido. Essas alterações põem em risco a consolidação da AB no Brasil, fragilizando muitas conquistas populares desde a sua implantação.

CONCLUSÃO

Indubitavelmente a trajetória da atenção primária à saúde no Brasil, teve impactos positivos, colaborando na consolidação dos princípios e diretrizes do sistema único de saúde. De fato, a política nacional da atenção básica trouxe aspectos relevantes na organização, mas por outro lado, sua terceira edição, revela importantes desafios que rompem o caráter universal do sistema único de saúde e dificultam a consolidação da atenção básica.

Tais desafios ecoam com as novas atribuições propostas pela a política nacional da atenção básica de 2017, as mudanças propostas caminham para a comercialização da prestação de serviços na atenção básica. A atenção primária à saúde é um importante instrumento utilizado na organização dos serviços de saúde. Espera-se que esses interesses possam convergir na efetivação de uma atenção primária à saúde mais resolutiva e acessível, colaborando com o fortalecimento do sistema único de saúde, ao invés do seu desmonte.

REFERÊNCIAS

1. Braga Neto FC, Barbosa PR, Santos IS, Oliveira CMF de. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. 2014;577-608.
2. Campos CEA. A organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil; The organization of Primary Care in Brazil. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2006; 2(6).131-47.
3. Melo EA, Mendonça MHM de, Oliveira JR de, Andrade GCL de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate. 2018 Sep;42(spe1):38-51.
4. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? Cad Saude Publica. 2008; 24(Supl. 1):21- 23.
5. Giovanella, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?. Cad. Saúde Pública, 2018; 34:7-27.
6. Viana ALA, Poz MRD. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de saúde da família. Physis: Rev Saúde Coletiva 2005; 15(Supl.):225-264..
7. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. PNAB: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.
8. Batich, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. 2004. São Paulo em Perspectiva, 18(3), 33-40.
9. Paim JS. Saúde, política e reforma sanitária. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2002.
10. Mercadante, AO. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman, Jacobo (Org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2002; p.236-313.
11. Paim JS. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?. Saúde em Debate. 2012; v. 36, n. 94, p. 343-347, 2012
12. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora da Unesp/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
13. Batista, MHJ. Mudanças e perspectivas teóricas no âmbito da saúde pública: a Política Nacional de Atenção Básica. 2018.
14. Presidente da República (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.

15. Moreira, MD, Mota HB. Os Caminhos da Fonoaudiologia no Sistema Único de Saúde – SUS. Revista CEFAC. 2009 Jul-Set; 11(3):516-521.
16. Morosini, MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate 2018; 42(116):11-24.
17. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Competência para o trabalho em uma unidade básica de saúde sob a Estratégia de Saúde da Família: médico e enfermeiro. Brasília, 2000.
18. Ministério da Saúde (Brasil). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Ministério da Saúde (MS). 1997.
19. Soranz, D. Reformas de sistemas de saúde informadas em evidências. Ciência & Saúde Coletiva. 2019; v. 24, p. 1994-1995.
20. Cecilio, LCO; Reis, AAC. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. Cadernos de saúde pública. 2018; v. 34, p. e00056917.
21. Ministério da Saúde. (Brasil). Portaria/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Diário Oficial da União 2006;
22. Starfield. Atenção primária — Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.
23. Evangelista, Brenda Pinheiro, et al. Efetivação do atributo essencial primeiro contato na atenção primária à saúde: perspectiva dos usuários. Saúde Coletiva (Barueri) 11.70 (2021); 8706-8721.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União 2011.
25. Ministério da Saúde (Brasil) Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.