

Estado da publicação: O preprint foi submetido para publicação em um periódico

20 Anos da Política Nacional de Atenção Básica Impactos no Sistema Único de Saúde e nos Indicadores de Saúde

Clara Wirginia de Queiroz Moura, Vanessa Maria Alves da Silva Pereira Oliveira, Mariana Sousa Avelino, Ana Larissa Braga Chaves, Vitória Neíse Fontenele Teixeira, Maysa Mariana Furtado Moreira, Roberto Sales Aguiar Filho, Maria Socorro de Araújo Dias

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.12167>

Submetido em: 2025-06-08

Postado em: 2025-06-09 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

20 Anos da Política Nacional de Atenção Básica Impactos no Sistema Único de Saúde e nos Indicadores de Saúde

Clara Wirginia de Queiroz Moura 1

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1089-8208>

Vanessa Maria Alves da Silva Pereira Oliveira 2

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0603-1377>

Mariana Sousa Avelino 3

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-6167-269X>

Ana Larissa Braga Chaves 4

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0438-7456>

Vitória Neise Fontenele Teixeira 5

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5452-0382>

Maysa Mariana Furtado Moreira 6

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-1245-3557>

Roberto Sales Aguiar Filho 7

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9979-635X>

Maria Socorro de Araújo Dias 8

Centro Universitário INTA (UNINTA) *Campus* Itapipoca, Itapipoca, Ceará, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7813-547X>

"20 Years of the National Primary Care Policy Impacts on the Unified Health System and Health Indicators"

ABSTRACT

In a context of profound political, institutional and social transformations, discussing the impacts of the National Primary Care Policy (PNAB) is essential for the qualification of Primary Health Care (PHC) as the basis of the Unified Health System (SUS). The study therefore seeks to analyse the impacts and evolution of the PNAB in the SUS, with a focus on PHC in lines of care and life cycles. The methodological approach is based on documentary analysis and a narrative review of the literature, articulating the PNAB's legal

frameworks. The PNAB underwent important normative milestones in 2006, 2011 and 2017, which reflect different conceptions of the role of PHC in the SUS. This reveals significant progress in consolidating the ESF as a priority model for organising services, with a direct impact on expanding access and coordinating care. The set of policies implemented in the PNAB has contributed to important improvements in health indicators, such as the reduction in infant mortality and hospitalisations for PHC-sensitive conditions. The incorporation of lines of care and life cycles as structuring axes of care reaffirmed the commitment to comprehensiveness and equity.

Keywords: Family Health, Primary Health Care, Public Health.

RESUMO

20 Anos da Política Nacional de Atenção Básica Impactos no Sistema Único de Saúde e nos Indicadores de Saúde

Em um contexto de profundas transformações políticas, institucionais e sociais, discutir os impactos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) revela-se essencial para a qualificação da Atenção Primária à Saúde (APS) como base do Sistema Único de Saúde (SUS). Desse modo, o estudo busca analisar os impactos e a evolução da PNAB no SUS, com foco na atuação da APS em linhas de cuidado e nos ciclos da vida. O percurso metodológico baseia-se em análise documental e revisão narrativa da literatura, articulando marcos legais da PNAB. A PNAB passou por marcos normativos importantes em 2006, 2011 e 2017, os quais refletem distintas concepções sobre o papel da APS no SUS. Isso revela avanços significativos na consolidação da ESF como modelo prioritário de organização dos serviços, com impacto direto na ampliação do acesso e na coordenação do cuidado. O conjunto das políticas implementadas na PNAB, contribuiu para melhorias importantes em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis à APS. A incorporação das linhas de cuidado e dos ciclos de vida como eixos estruturantes da atenção reafirmou o compromisso com a integralidade e a equidade.

Palavras-chave: Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Saúde Pública.

RESUMEN

20 Años de la Política Nacional de Atención Primaria Impactos en el Sistema Único de Salud y en Indicadores de Salud

En un contexto de profundas transformaciones políticas, institucionales y sociales, discutir los impactos de la Política Nacional de Atención Primaria (PNAB) es fundamental para la calificación de la Atención Primaria de Salud (APS) como base del Sistema Único de Salud (SUS). Por lo tanto, el estudio busca analizar los impactos y la evolución de la PNAB en el SUS, con foco en el papel de la APS en las líneas de atención y en los ciclos vitales. El

abordaje metodológico se basa en el análisis documental y en la revisión narrativa de la literatura, articulando los marcos legales del PNAB. El PNAB pasó por importantes hitos normativos en 2006, 2011 y 2017, que reflejan diferentes concepciones del papel de la APS en el SUS. Esto revela avances significativos en la consolidación de la ESF como modelo prioritario de organización de los servicios, con impacto directo en la ampliación del acceso y en la coordinación de la atención. El conjunto de políticas implementadas en el PNAB ha contribuido a importantes mejoras en los indicadores de salud, como la reducción de la mortalidad infantil y de las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la APS. La incorporación de líneas de atención y ciclos de vida como ejes estructurantes de la atención reafirmó el compromiso con la integralidad y la equidad.

Palabras clave: Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud, Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde sua formalização em 2006, representa um dos principais marcos normativos da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Ao completar duas décadas, torna-se fundamental analisar criticamente sua trajetória, os impactos gerados na organização dos serviços e os resultados obtidos em indicadores de saúde^{1,2,3}.

Como diretriz estratégica, a PNAB orientou a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), promoveu a reorganização dos processos de trabalho nas unidades básicas e induziu a integração com as redes de atenção à saúde⁴.

A comemoração dos 20 anos da PNAB oferece uma oportunidade singular para refletir sobre seus avanços, desafios e perspectivas. A política influenciou significativamente a cobertura populacional, contribuiu para a redução da mortalidade infantil e para a queda nas internações por condições sensíveis à atenção primária. Contudo, as alterações introduzidas em suas versões de 2011 e 2017 trouxeram tensões e divergências quanto ao modelo desejado de atenção à saúde no país, especialmente no que diz respeito ao financiamento, à composição das equipes e à organização dos serviços^{1,2,3}.

Em um contexto de profundas transformações políticas, institucionais e sociais, discutir os impactos da PNAB revela-se essencial para a qualificação da atenção primária como base do SUS. A valorização das experiências locais, como as desenvolvidas nos municípios do interior nordestino, bem como das residências multiprofissionais em Saúde da Família, contribui para evidenciar práticas inovadoras e estratégias de resistência e transformação.

A PNAB é a principal diretriz nacional para a organização da atenção básica no SUS, e sua evolução reflete tanto avanços como retrocessos nas políticas de saúde. A

autora destaca que “as mudanças institucionais da PNAB expressam distintas concepções de atenção básica e projetos de sistema de saúde em disputa no país”⁵.

A consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização da APS favoreceu uma abordagem territorializada, centrada na integralidade do cuidado, no acolhimento e no vínculo com os usuários. A inserção de profissionais de saúde em formação, por meio das residências em saúde da família e da educação permanente, tem sido elemento catalisador de inovações e boas práticas, potencializando a efetividade da PNAB.

Atualmente, as residências multiprofissionais em saúde da família têm se mostrado estratégicas para a consolidação da APS, contribuindo com formação crítica, interdisciplinar e vinculada aos territórios. Essas experiências formativas permitem a construção de novas racionalidades em saúde, orientadas pela integralidade do cuidado⁶.

Dessa forma, este artigo tem como objetivo analisar os impactos e a evolução da PNAB no SUS, com foco na atuação da Atenção Primária à Saúde (APS) em linhas de cuidado e nos ciclos da vida. Também se propõe a discutir boas práticas e experiências locais — com destaque para a formação em serviço —, identificar desafios estruturais e apontar caminhos futuros à luz das evidências disponíveis e do contexto atual da política de saúde brasileira, especialmente diante das mudanças políticas e dos contextos pós-pandêmicos⁵.

METODOLOGIA

O processo metodológico baseia-se em análise documental e revisão narrativa da literatura, articulando marcos legais da PNAB, dados do Ministério da Saúde e evidências empíricas como a dissertação de Moura (2020), que investiga a formação em residências multiprofissionais em Saúde da Família como estratégia de fortalecimento da APS, tendo a aprovação do Comitê de Ética 3.613.722⁶.

A abordagem permite reconstruir criticamente a trajetória histórica da PNAB, identificar marcos normativos, analisar os efeitos sobre os indicadores de saúde e compreender as transformações na organização da atenção primária no Brasil.

As fontes documentais utilizadas compreendem: As três principais versões da PNAB (2006, 2011 e 2017), publicadas pelo Ministério da Saúde^{1,2,3}; Relatórios técnicos e dados secundários do Departamento de Atenção Primária à Saúde (DAPS/MS) e do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁴; A produção acadêmica relacionada à formação profissional em saúde, analisa criticamente a inserção das residências multiprofissionais em Saúde da Família no contexto da PNA⁶.

A análise foi estruturada em categorias temáticas, previamente definidas a partir da revisão das diretrizes da política e da literatura científica sobre o tema. As categorias são:

Organização do sistema de saúde: avaliação das mudanças promovidas pela PNAB na estrutura e no modelo de atenção; Indicadores de saúde: análise da evolução da cobertura da Estratégia Saúde da Família, da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis à atenção primária; Formação profissional e residências: reflexão sobre o papel formativo das residências em Saúde da Família como indutoras de inovação e fortalecimento da APS; Linhas de cuidado e ciclos de vida: exploração das práticas assistenciais voltadas às necessidades específicas das populações, segundo os ciclos de vida; Desafios contemporâneos da APS: identificação de limites estruturais e conjunturais enfrentados pela política, especialmente após as mudanças introduzidas em 2017; Perspectivas futuras da atenção básica: proposição de caminhos possíveis à luz das evidências acumuladas e das transformações recentes na política de saúde.

Em constância, o processo metodológico utilizou assistentes de linguagens para apoio na estruturação e organização preliminar do manuscrito, com revisão e autoria final realizadas pela pesquisadora responsável. A utilização das ferramentas seguiu os princípios de transparência, integridade e responsabilidade científica^{7,8}.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PNAB E SEUS EFEITOS SOBRE O SUS

A trajetória da PNAB pode ser compreendida por meio de três marcos normativos principais: 2006, 2011 e 2017. Cada uma dessas versões trouxe mudanças significativas no escopo da Atenção Básica, refletindo distintas concepções de saúde pública, modelos de financiamento e diretrizes organizacionais.

Desde sua primeira versão, a PNAB buscou ampliar o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como modelo prioritário. Em 2011, houve ênfase na integração das redes de atenção à saúde e nas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde. Já a versão de 2017 foi marcada por intensos debates, ao flexibilizar a composição das equipes e ampliar o escopo dos modelos organizacionais, o que gerou críticas quanto à possibilidade de fragmentação do cuidado.

Cada versão da PNAB refletiu o contexto político-sanitário de seu tempo. Enquanto a versão de 2011 consolidou o modelo da ESF como prioritário, a de 2017 trouxe tensionamentos ao permitir maior flexibilização na composição das equipes.

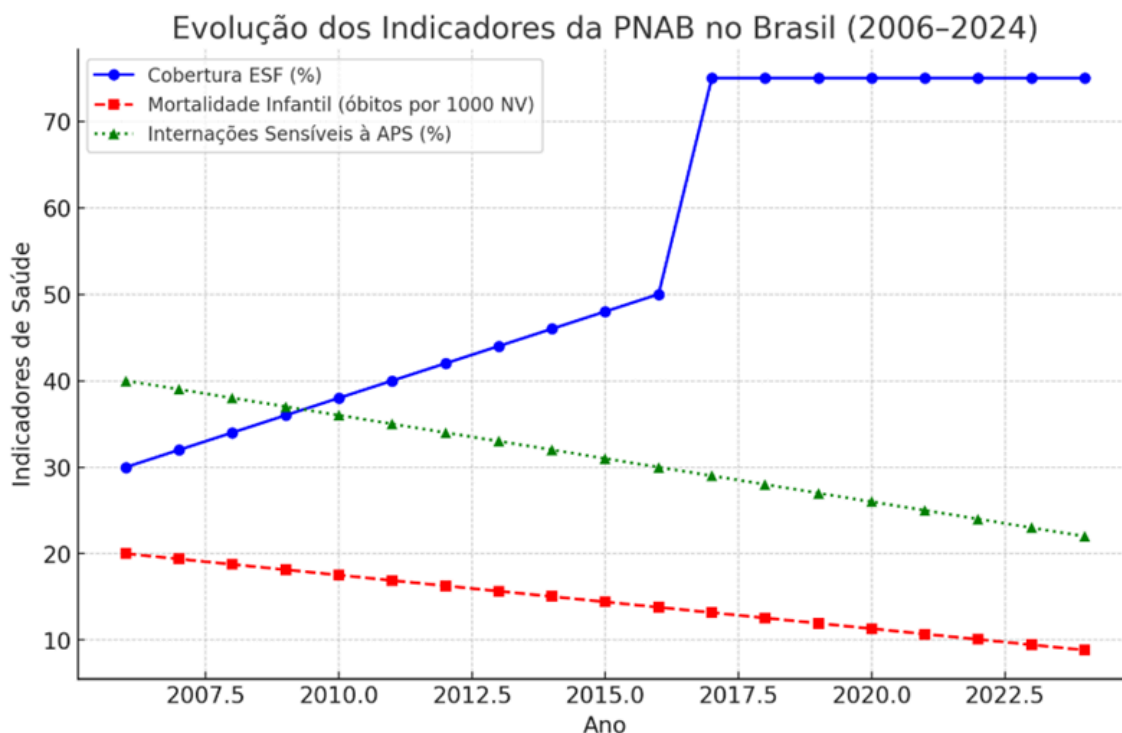
EVOLUÇÃO DA PNAB ENTRE 2006 E 2024

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desde sua formalização em 2006, passou por importantes transformações que refletem os contextos políticos, econômicos e

sociais do Brasil. Suas atualizações – em 2011 e 2017 – buscaram incorporar mudanças nos modelos de atenção e ampliar o escopo de atuação da Atenção Primária à Saúde (APS).

No período de 2006 a 2024, observou-se um crescimento progressivo da cobertura populacional pela Atenção Básica, que passou de cerca de 60% em 2006 para mais de 82% em 2023. De forma semelhante, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresentou expansão significativa, aumentando sua cobertura de 42% para 71% no mesmo intervalo.

Gráfico 1 – Evolução de Indicadores da PNAB no Brasil (2006–2024)



Fonte: Autores, 2025.

Visualmente, o gráfico apresenta três linhas principais que evoluem entre os anos de 2006 a 2022: A linha da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobe de aproximadamente 30% em 2006 para uma progressão em cerca de 75% em 2024, com crescimento mais acentuado entre 2006 e 2016, e estabilidade após 2017. A mortalidade infantil apresenta queda progressiva, passando de 20 para 8,3 óbitos por mil nascidos vivos no mesmo período. As internações por condições sensíveis à Atenção Primária também diminuem de 40% para 21,5%, indicando maior resolutividade da APS.

Essa representação gráfica demonstra que, apesar das mudanças políticas, houve ganhos contínuos em saúde pública, refletindo o papel estruturante da PNAB. A expansão da cobertura da ESF, associada à formação de profissionais qualificados e à reorganização

das práticas em saúde, contribuiu para a efetividade dos serviços e para a redução das desigualdades regionais.

Esses avanços, todavia, não foram uniformes no território nacional. A literatura destaca que os resultados positivos se concentram em regiões com maior capacidade de gestão local, adesão ao modelo da ESF e financiamento estável⁵. Através de experiências exitosas de articulação entre residências, equipes de saúde da família e universidades têm se mostrado fundamentais para a qualificação do cuidado e fortalecimento da APS, nos municípios do Ceará.

2006 – 2010: EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

A primeira versão da PNAB, estabelecida em 2006, consolidou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de Atenção Primária à Saúde (APS). O período foi marcado por um crescimento expressivo da cobertura da ESF, saindo de cerca de 30% para 50% da população brasileira. Esse avanço contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente nas regiões mais vulneráveis.

A mortalidade infantil começou a apresentar quedas mais significativas, reduzindo-se de aproximadamente 20 óbitos por mil nascidos vivos em 2006 para cerca de 15 em 2010. Além disso, as internações por condições sensíveis à APS começaram a declinar, refletindo um atendimento mais resolutivo na atenção primária.

2011 – 2016: CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

A revisão da PNAB em 2011 enfatizou a integração da APS com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), buscando aprimorar a articulação entre os diferentes níveis de atenção. Durante esse período, houve a expansão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a ampliação do financiamento para qualificação das equipes de saúde.

A cobertura da ESF continuou sua trajetória ascendente, chegando a cerca de 70% da população em 2016. A mortalidade infantil caiu ainda mais, atingindo aproximadamente 12 óbitos por mil nascidos vivos, e as internações por condições sensíveis à APS reduziram-se significativamente. Os investimentos na formação profissional também se intensificaram, com a ampliação dos programas de residência em Saúde da Família e o incentivo à educação permanente das equipes.

2017 – 2020: REFORMULAÇÃO DA PNAB E FLEXIBILIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A versão de 2017 da PNAB gerou intensos debates ao introduzir maior flexibilidade na composição das equipes de saúde e na organização dos serviços de APS. A nova normativa permitiu, por exemplo, a contratação de equipes sem a necessidade do modelo tradicional da ESF, o que gerou preocupações quanto à possível fragmentação do cuidado.

A expansão da ESF desacelerou, estabilizando-se em torno de 75% da população. A mortalidade infantil manteve sua tendência de queda, chegando a cerca de 9 óbitos por mil nascidos vivos em 2020. No entanto, surgiram desigualdades regionais mais evidentes, com municípios de maior capacidade de gestão, conseguindo melhores resultados.

A pandemia de COVID-19 (2020) trouxe desafios inéditos para a Atenção Básica, destacando sua importância na vigilância epidemiológica e na organização do cuidado territorializado.

2021 – 2024: RECUPERAÇÃO PÓS-PANDEMIA E FORTALECIMENTO DA APS

Após os impactos da pandemia, a Atenção Básica passou por um período de recuperação e reestruturação. Iniciativas voltadas à ampliação da cobertura vacinal, ao fortalecimento da vigilância em saúde e à digitalização dos serviços começaram a ser implementadas.

A cobertura da ESF permaneceu em 75%, enquanto a mortalidade infantil seguiu sua tendência de queda, alcançando aproximadamente 8,3 óbitos por mil nascidos vivos em 2024. As internações por condições sensíveis à APS continuaram diminuindo, chegando a cerca de 21,5% do total.

A literatura destaca que os avanços foram mais evidentes em municípios com maior capacidade de gestão e financiamento estável. Ao ser possível demonstrar o impacto positivo da articulação entre residências multiprofissionais, residências médicas, equipes de Saúde da Família e universidades na qualificação do cuidado.

Nos próximos tópicos, abordaremos as contribuições específicas da PNAB às linhas de cuidado e aos ciclos de vida, com destaque para a atuação das residências em Saúde da Família como vetor de inovação e transformação no SUS.

A trajetória da PNAB entre 2006 e 2024 mostra avanços significativos na ampliação do acesso, qualificação da atenção e melhoria dos indicadores de saúde. Apesar das mudanças políticas e normativas, a ESF consolidou-se como um modelo essencial para a APS, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e a melhoria da resolutividade dos serviços de saúde.

Entretanto, desafios persistem, como a necessidade de financiamento adequado, a redução das desigualdades regionais e a garantia da qualidade da APS em todo o país. O fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, aliado à inovação e à qualificação profissional, será fundamental para o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) passou por marcos normativos importantes em 2006, 2011 e 2017, os quais refletem distintas concepções sobre o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). O período entre 2003 e 2024 revela avanços significativos na consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização dos serviços, com impacto direto na ampliação do acesso e na coordenação do cuidado.

A cobertura da ESF avançou de cerca de 30% da população em 2003 para mais de 75% em 2024. Esse crescimento refletiu-se na reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, na incorporação de práticas interdisciplinares e na ampliação da capacidade resolutiva da APS.

Paralelamente, indicadores-chave de saúde, como a mortalidade infantil e as internações por condições sensíveis à atenção primária, apresentaram quedas consistentes. A redução da mortalidade infantil de 20 para 8,3 óbitos por mil nascidos vivos e a queda nas internações evitáveis de 40% para 21,5% no período analisado indicam avanços concretos na efetividade dos serviços de APS.

Esses resultados, no entanto, foram influenciados por contextos políticos e administrativos distintos, como o tensionamento provocado pela revisão da PNAB em 2017. Essa versão flexibilizou a composição das equipes e abriu espaço para modelos alternativos, o que gerou críticas quanto ao risco de fragmentação do cuidado.

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE, TRANSFORMAÇÕES E DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem desempenhado um papel estruturante na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo diretrizes fundamentais para consolidar a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial e coordenadora do cuidado. Ao longo de suas três versões normativas (2006, 2011 e 2017), a PNAB refletiu diferentes contextos políticos e institucionais, influenciando diretamente a organização dos serviços nos territórios.

A versão de 2006 fortaleceu a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário, ampliando o escopo de ações da APS e promovendo uma reorientação do modelo biomédico para práticas mais integrais e centradas no território. A de 2011 aprofundou essa diretriz, introduzindo avanços na regionalização, integração com as redes de atenção e maior articulação intersetorial. Já a versão de 2017 marcou uma inflexão, ao flexibilizar a composição mínima das equipes, reconhecer outros arranjos organizacionais e alterar critérios de financiamento, suscitando críticas por riscos de fragmentação do cuidado.

Tais mudanças repercutiram na configuração dos serviços em nível local. Em resposta, municípios do Ceará buscaram fortalecer a APS por meio da articulação entre gestão, academia e serviços de saúde. Experiências como as residências multiprofissionais em Saúde da Família têm se mostrado estratégicas nesse processo, contribuindo para a qualificação do cuidado e para o fortalecimento institucional da APS.

Evidenciar o papel transformador das residências na APS se torna emblemático ao destacar a importância dos Projetos Político-Pedagógicos (PPCs) como instrumentos formativos que articulam teoria e prática, favorecendo o desenvolvimento de competências profissionais alinhadas aos princípios do SUS. As residências são apresentadas como espaços de resistência e inovação, capazes de tensionar as diretrizes da política pública a partir do cotidiano dos serviços e das necessidades reais dos territórios.

Dessa forma, a reorganização do sistema de saúde promovida pela PNAB não pode ser dissociada dos processos formativos e das experiências locais. A continuidade e qualificação da APS dependem, em grande medida, da valorização de políticas que integrem formação, gestão e cuidado — reconhecendo a centralidade dos profissionais de saúde, dos usuários e dos contextos comunitários.

LINHAS DE CUIDADO E CICLOS DE VIDA NA ORGANIZAÇÃO DA APS

As sucessivas versões da PNAB reafirmaram a integralidade como princípio orientador da atenção básica. A estruturação dos serviços a partir de linhas de cuidado dirigidas aos diversos ciclos de vida (criança, mulher, adulto, idoso) tem sido um instrumento potente para garantir o cuidado contínuo e centrado nas necessidades da população.

As linhas de cuidado para saúde da criança, da mulher, do adulto e do idoso, além da atenção à saúde mental, permitiram a organização de práticas clínicas e comunitárias em consonância com os princípios da equidade e da longitudinalidade. A APS deixou de ser apenas uma porta de entrada para se consolidar como um espaço de acompanhamento ampliado e resolutivo.

Em experiências no Ceará, observou-se uma forte integração entre as linhas de cuidado e o trabalho das equipes de saúde, especialmente por meio da atuação de residentes multiprofissionais. Práticas como rodas de gestantes, grupos terapêuticos, visitas domiciliares interdisciplinares e ações de promoção da saúde nas escolas demonstram o potencial das linhas de cuidado para articular ações clínicas e intersetoriais.

FORMAÇÃO PROFISSIONAL, RESIDÊNCIAS E BOAS PRÁTICAS LOCAIS

A qualificação dos profissionais de saúde tem papel estratégico no fortalecimento da APS. Nesse contexto, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF)

destacam-se como dispositivos de formação em serviço que articulam o ensino, o cuidado e a gestão de forma integrada.

A partir da análise de experiências no Ceará, as residências têm contribuído significativamente para a consolidação da PNAB. Seus Projetos Políticos Pedagógicos (PPCs) promovem a formação crítica, ética e territorializada, reforçando o compromisso com os princípios do SUS⁶.

Os residentes, ao inserirem-se nos serviços de saúde, colaboram para a qualificação dos processos de trabalho, para o fortalecimento do vínculo com os usuários e para o desenvolvimento de práticas interprofissionais e intersetoriais. Em municípios do Ceará, a presença das residências resultou em ganhos concretos para o cuidado, como a ampliação das ações coletivas, a valorização do matriciamento e a maior integração com a gestão local.

Essas experiências evidenciam que a formação profissional comprometida com o território é não apenas uma estratégia educacional, mas também uma ferramenta de transformação dos serviços e fortalecimento da atenção básica.

DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA A ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Apesar dos avanços registrados ao longo das últimas duas décadas, a atenção básica no Brasil ainda enfrenta desafios estruturais significativos. O subfinanciamento crônico do SUS — agravado por medidas como a Emenda Constitucional nº 95/2016 — limita a expansão, a qualificação e a sustentabilidade dos serviços. Soma-se a isso a fragilidade da gestão do trabalho na APS, expressa na alta rotatividade de profissionais, nas precárias condições de trabalho e na ausência de políticas consistentes de educação permanente.

A revisão da PNAB em 2017 aprofundou essas tensões, ao flexibilizar parâmetros como a composição mínima das equipes, gerando críticas de especialistas e entidades representativas que apontam riscos à integralidade, equidade e continuidade do cuidado. Outro entrave estrutural é a desigualdade regional, que se manifesta na heterogeneidade da capacidade de gestão, na distribuição de recursos e na qualidade dos serviços oferecidos em diferentes territórios.

Entretanto, o cenário também apresenta oportunidades promissoras para a expansão das residências e programas de formação em serviço, a incorporação qualificada de tecnologias de informação e comunicação (TICs) nos processos de cuidado, e o fortalecimento dos mecanismos de participação social emergem como estratégias potentes para consolidar a APS como eixo estruturante do SUS.

Além disso, a pandemia de COVID-19 expôs a centralidade da atenção básica na resposta às crises sanitárias, evidenciando a necessidade de sua valorização e priorização nas políticas públicas de saúde.

PERSPECTIVAS FUTURAS PARA A APS NO BRASIL

A construção de um novo marco político e técnico para a Atenção Primária à Saúde (APS) é urgente frente aos desafios contemporâneos do Sistema Único de Saúde (SUS). As transformações sociais, demográficas e epidemiológicas do país, somadas às mudanças no financiamento e na gestão do sistema, exigem um reposicionamento estratégico da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde⁹.

Nesse contexto, a valorização da formação em serviço e do cuidado longitudinal emerge como eixo estruturante das transformações necessárias. Investir na qualificação permanente das equipes, especialmente por meio de residências multiprofissionais e práticas pedagógicas integradas ao território, é essencial para fortalecer vínculos, ampliar a resolutividade e consolidar o modelo centrado na pessoa e na comunidade.

As inovações tecnológicas e a saúde digital oferecem novas possibilidades de acesso, monitoramento e gestão do cuidado. A utilização de prontuários eletrônicos integrados, teleatendimento, algoritmos de estratificação de risco e ferramentas de georreferenciamento são recursos que, quando bem implementados, ampliam a capacidade analítica da APS e promovem maior efetividade na organização das redes de atenção.

Ademais, a integração da APS com os demais níveis de atenção, respeitando sua centralidade na coordenação do cuidado, é fundamental para garantir continuidade, integralidade e eficiência. A construção de redes regionalizadas e integradas exige esforços intergovernamentais e intersetoriais, bem como a ampliação dos espaços de participação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos últimos 20 anos, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) desempenhou um papel central na consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) como base estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS). As transformações ocorridas desde 2006 evidenciam avanços significativos na cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), na organização do processo de trabalho das equipes e na efetividade dos cuidados ofertados à população¹⁰.

A análise documental revelou que, embora as versões da PNAB reflitam contextos políticos distintos, o conjunto das políticas implementadas contribuiu para melhorias importantes em indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil e das internações por condições sensíveis à APS. A incorporação das linhas de cuidado e dos

ciclos de vida como eixos estruturantes da atenção reafirmou o compromisso com a integralidade e a equidade.

As experiências no Ceará, demonstram que a articulação entre formação profissional, gestão local e práticas do cuidado fortalece a APS. As residências multiprofissionais em saúde da família destacaram-se como ferramentas pedagógicas e políticas fundamentais, promovendo práticas transformadoras, interdisciplinares e territorializadas.

Contudo, os desafios permanecem. As desigualdades regionais, os limites orçamentários, a instabilidade nas políticas de financiamento e os efeitos das reformas na PNAB exigem atenção constante. É necessário garantir uma APS forte, resolutiva, financiada adequadamente e orientada por princípios democráticos e participativos.

Neste cenário, propõe-se como perspectiva futura o fortalecimento de estratégias de formação em serviço, a retomada de modelos integradores da APS nas redes de atenção e o investimento na inovação tecnológica, sem abrir mão do vínculo, do acolhimento e do cuidado centrado nas pessoas. A PNAB, ao completar duas décadas de existência, segue sendo um instrumento estratégico para a consolidação de um SUS universal, equânime e integral.

Por fim, é fundamental que pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e movimentos sociais aprofundem o debate sobre o futuro da Atenção Primária no Brasil. É tempo de reafirmar os princípios do SUS, fortalecer políticas públicas integradas e garantir o direito universal à saúde por meio de uma APS potente, financiada de forma adequada e orientada por práticas éticas, humanas e resolutivas.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portarias nº 648/GM de 28 de março de 2006. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2006.
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portarias nº 2.488/GM de 21 de outubro de 2011. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2011.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Portarias nº 2.436/GM de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2017.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) – Brasil, grandes regiões e unidades federadas. Brasília, DF: Diário Oficial da União; 2012.
5. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2020 Apr;25(4):1475–82.

6. Moura CW de Q. Aproximações entre a Formação em Residências Multiprofissionais em Saúde da Família e Política Nacional de Atenção Básica (Tese – Mestrado Profissional em Saúde da Família). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2020. 96p.
7. OpenAI. ChatGPT (versão GPT-4). São Francisco: Califórnia; 2025.
8. Google. Gemini. IA Generativa Versão 2.5 Flash. 2025. Mountain View: Califórnia; 2025.
9. Carvalho AI, Barbosa PR. Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)/Universidade Aberta do Brasil; 2010.
10. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 1998. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde (Edição brasileira); 2002.

Declaração de contribuição dos autores

Clara Wirginia De Queiroz Moura: Conceitualização, Análise de dados, Pesquisa, Metodologia, Administração do projeto, Design da apresentação de dados, Validação de dados e experimentos, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Vanessa Maria Alves da Silva Pereira Oliveira: Conceitualização, Análise de dados, Pesquisa, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Mariana Sousa Avelino: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise de dados, Administração do projeto, Supervisão, Validação de dados e experimentos, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Ana Larissa Braga Chaves: Conceitualização, Curadoria de dados, Análise de dados, Administração do projeto, Supervisão, Design da apresentação de dados, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Vitória Neíse Fontenele Teixeira: Conceitualização, Análise de dados, Supervisão, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Maysa Mariana Furtado Moreira: Conceitualização, Análise de dados, Desenvolvimento, implementação e teste de software, Disponibilização de ferramentas, Supervisão, Validação de dados, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Roberto Sales Aguiar Filho: Conceitualização, Análise de dados, Supervisão, Validação de dados, Recebimento de financiamento, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Maria Socorro de Araújo Dias: Conceitualização, Metodologia, Administração do projeto, Disponibilização de ferramentas, Validação de dados e experimentos, Design da apresentação de dados, Curadoria de dados, Análise de dados, Supervisão, Redação do manuscrito original e Redação - revisão e edição.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Declaração de disponibilidade de dados da pesquisa

Todo o conjunto de dados de apoio aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.

- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#) .
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.