

## Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica

Temporal analysis of Family Health Strategy indicators from the perspective of the Brazilian National Primary Health Care Policy

Análisis temporal de los indicadores de la Estrategia Salud de la Familia desde la perspectiva de la Política Nacional de la Atención Básica

Andressa Daiana Nascimento do Carmo <sup>1</sup>  
Silvia Lanzioti Azevedo da Silva <sup>1</sup>  
Estela Márcia Saraiva Campos <sup>1</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT042523

### Resumo

Ao longo das três versões da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) alterações foram realizadas em relação à estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF), com destaque para modificações em relação ao caráter prioritário da ESF como estratégia de organização e de cuidado na atenção básica. O objetivo foi analisar tendências temporais de indicadores referentes à ESF sob o olhar das três versões da PNAB 2006, 2011 e 2017. Estudo descritivo de tendência temporal de indicadores selecionados a partir de modelo lógico construído por componentes referentes à ESF nas três versões da PNAB. O modelo lógico foi elaborado baseado nos componentes Território/Adscrição, Equipes, Processo de Trabalho, Planejamento e Gestão do Território, e Cuidados à Grupos Prioritários pelas Equipes de Saúde da Família, sendo cada um representado por indicadores selecionados. A construção das séries temporais entre 2007 e 2020, nacional e regionais, foi realizada utilizando o software Joinpoint. A maioria dos indicadores apresentou tendência de crescimento nos primeiros segmentos temporais identificados pelos modelos, seguidos por seguimentos de estabilidade ou queda, principalmente após o ano de 2017. Destaca-se o indicador Número de Agentes Comunitários de Saúde que apresentou queda após 2017 na maioria das regiões geográficas e no Brasil. A PNAB 2017 pode ter proporcionado um desestímulo à continuidade e ampliação da ESF como modelo prioritário da atenção básica, ao permitir e financiar novos arranjos e processos de trabalhos de equipes.

*Estratégia Saúde da Família; Atenção Básica; Análise Espaço-Temporal*

### Correspondência

S. L. A. Silva  
Universidade Federal de Juiz de Fora.  
Av. Eugênio do Nascimento s/n, Juiz de Fora, MG  
36038-330, Brasil.  
silviafisiojff@yahoo.com.br

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.



## Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado no Brasil em 1994, como proposta de ampliação do acesso aos serviços de saúde, baseado no trabalho de equipes multiprofissionais responsáveis por uma população adscrita <sup>1</sup>. Em junho de 2004, o PSF já estava presente em 84% dos municípios brasileiros <sup>2</sup>. Em 2019, o Ministério da Saúde registrou 45.798 equipes de saúde da família (EqSF) aptas a serem financiadas pelo Governo Federal <sup>3</sup>. Em 2006, com a publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o PSF passou a ser considerado estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica no país, passando a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) <sup>4</sup>. A assistência deixou de ser focada na doença para priorizar o cuidado do indivíduo, da família e da comunidade, reordenando o modelo de atenção da atenção básica <sup>1</sup>.

A primeira PNAB espera que a ESF, como o modelo de atenção para orientação da atenção básica, alcance um cuidado resolutivo, com base nos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social <sup>4</sup>. Nos anos de 2011 e 2017, a PNAB passou por revisões que acarretaram mudanças. Em 2011, a ESF é mantida como modelo prioritário e substitutivo da atenção básica tradicional, ampliando sua cobertura e resolubilidade <sup>5</sup>. Em 2017, versão mais atual da PNAB <sup>6</sup>, expressivas mudanças foram incorporadas, especialmente em relação à ESF, como modelo prioritário e para o estímulo de outras configurações de equipe, como a atenção básica tradicional, sem a presença do agente comunitário de saúde (ACS) obrigatória <sup>7</sup>. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram renomeados como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), e passaram a poder apoiar, também, equipes de atenção básica tradicional, não somente a ESF, como preconizado inicialmente <sup>6</sup>.

Outro aspecto importante a ser considerado é o cenário de instabilidade política, especialmente a partir de 2016, que gerou atrasos nos repasses federais e corte de gastos, culminando na aprovação da *Emenda Constitucional* (EC) que congela os gastos em saúde e educação, a *EC nº 95/2016* <sup>8</sup>. Na sequência do momento político, em 2019 foi aprovado o programa Previnde Brasil, que muda a lógica do financiamento da atenção básica dos pisos fixo e variável *per capita* e da responsabilidade municipal pela gestão dela, para um pagamento por cadastramento da população adscrita e bom desempenho em indicadores determinados pelo Ministério da Saúde, o que pode prejudicar o acesso de alguns grupos populacionais e agravar o subfinanciamento da atenção básica <sup>9</sup>.

Vários estudos em relação à atenção básica foram realizados considerando a ESF como seu modelo de atenção, com o objetivo de identificar seus impactos nos indicadores de saúde, e conhecer melhor o processo de trabalho das equipes. Em um estudo realizado por Vieira <sup>10</sup>, foi destacada a importância das EqSF na erradicação da hanseníase e no processo de trabalho organizado em equipes multiprofissionais. Ferreira et al. <sup>11</sup> avaliaram, em Belo Horizonte (Minas Gerais), o conhecimento dos profissionais da EqSF e equipes de apoio sobre os indicadores de saúde, evidenciando a importância da ESF em seu bom desempenho.

Sabe-se do caráter positivo da ESF como modelo prioritário da atenção básica, mas ainda não existem informações sobre a possibilidade de as mudanças realizadas ao longo da promulgação das três PNAB terem impactado em seu papel. Analisar o comportamento da ESF sob o olhar das três PNAB se torna relevante ao possibilitar o estudo das nuances de cada versão da política, e como elas podem ter influenciado no crescimento e consolidação da ESF como modelo de atenção para a atenção básica ao longo do tempo. Assim, o objetivo do presente estudo é analisar a tendência temporal de indicadores da ESF sob o olhar das PNAB 2006, 2011 e 2017 para o Brasil e regiões.

## Métodos

Estudo descritivo de série temporal de indicadores referentes à ESF, definidos a partir de modelo lógico.

## Elaboração do modelo lógico

Para elaboração do modelo lógico (Figura 1), foi realizada por três profissionais especialistas uma análise dos documentos oficiais das PNAB 2006, 2011 e 2017 (disponíveis *online*). Dois fizeram a leitura em separado dos documentos e elencaram pontos importantes do item ESF em cada PNAB. Em seguida, os especialistas se reuniram em diversos momentos, e, por consenso, identificaram cinco componentes que expressam a recomendação do papel da ESF como modelo preferencial: (I) Território/Adscrição; (II) Equipes; (III) Processo de Trabalho; (IV) Planejamento e Gestão do Território; (V) Cuidados a Grupos Prioritários pelas EqSF. Para cada componente foram identificados os objetivos e as estratégias adotadas para sua organização de acordo com orientações expressas em cada PNAB. Ao final, o terceiro profissional, que também fez a leitura dos documentos com foco na ESF, confirmou a

**Figura 1**

Modelo lógico de análise da Estratégia Saúde da Família (ESF) sob o olhar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Brasil, 2006, 2011 e 2017.

COMPONENTE	OBJETIVOS E ESTRATÉGIAS POR EDIÇÃO DA PNAB
ESF	PNAB 2006: objetivos – caráter substitutivo atenção básica tradicional/Estratégia – definição processo implantação ESF PNAB 2011: objetivos – modelo reorganização atenção básica/Estratégia – ESF para expansão e qualificação da atenção básica PNAB 2017: objetivos – ESF não é prioritária/Estratégia – reconhecimento de outras formações para atenção básica
Território/ Adscrição	PNAB 2006: objetivos – atuação por territórios/Estratégia – 1 ESF por 4.000 habitantes, recomendado 3.000 PNAB 2011: objetivos – atuação por territórios/Estratégia – 1 ESF por 4.000 habitantes, recomendado 3.000 PNAB 2017: objetivos – território como localização geográfica/Estratégia – EqSF/EqAB por 2.000 a 3.000 habitantes *
Equipes	PNAB 2006: objetivos – equipe multiprofissional/Estratégia – equipe mínima 40 horas/semanais PNAB 2011: objetivos – equipe multiprofissional/Estratégia – equipe mínima, EqSB e NASF 40 horas semanais PNAB 2017: objetivos – equipes de diferentes formatos/Estratégia – EqSF, EqAB, EqSB e NASF-AB 40 horas semanais
Processo de Trabalho	PNAB 2006: objetivos – foco na família e comunidade/Estratégia – intervenções no processo saúde-doença com foco no indivíduo/família/comunidade pelas EqSF PNAB 2011: objetivos – foco na RAS/Estratégia – intervenções no processo saúde-doença com foco na indivíduo/família/comunidade pelas EqSF PNAB 2017: objetivos – ampliar a resolutividade/Estratégia – intervenções no processo saúde-doença com foco na indivíduo/família/comunidade, em todos os tipos de equipe
Planejamento e Gestão do Território	PNAB 2006: objetivos – planejamento com base no diagnóstico situacional/Estratégia – ações estratégicas PNAB 2011: objetivos – análise da situação de saúde do território/Estratégia – ações implantadas por critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência PNAB 2017: objetivos – programação de acordo com demandas da comunidade/Estratégia – vigilância em saúde e identificação da causalidade do processo saúde-doença
Cuidado à Grupos Prioritários pelas EqSF	PNAB 2006: objetivos – Pacto de Atenção Básica e ações prioritárias/Estratégia – indicadores de resultados do Pacto de Atenção Básica PNAB 2011: objetivos – mecanismos de acompanhamento sistemático de resultados/Estratégia – apoio institucional ao acompanhamento dos indicadores PNAB 2017: objetivos – monitoramento e avaliação das ações da atenção básica/Estratégia – metas e acompanhamentos dos resultados por indicadores pré-definidos

EqSF: equipes de saúde da família; EqAB: equipes de atenção básica; EqSB: equipes de saúde bucal; ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; RAS: Rede de Atenção à Saúde.

\* PNAB 2017, item 3.3 – funcionamento, (i) "além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na atenção básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado" <sup>6</sup>.

identificação dos cinco componentes, validando o modelo. Baseado neste modelo lógico, foi possível identificar a imagem-objetivo de componentes importantes para a configuração da ESF como modelo de atenção da atenção básica, que poderiam ser mensuradas pelos indicadores selecionados.

### **Seleção e coleta dos indicadores**

Para avaliação dos componentes identificados no modelo lógico das versões das PNAB, foram selecionados indicadores capazes de refletir a ESF como modelo prioritário da atenção básica. A seleção dos indicadores foi baseada no Pacto de Indicadores da Atenção Básica<sup>12</sup>. Os valores dos indicadores em cada ano do acompanhamento foram coletados de bancos de dados públicos dos sistemas de informação da atenção básica (e-Gestor, SISAB – Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) e do aplicativo Tabnet, disponível no *site* do Departamento de Informática do SUS (DATASUS; <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>), na seção Assistência à Saúde (Atenção Básica – Saúde da Família – de 1998 a 2015). A coleta dos dados abrangeu o período entre 2007 e 2020, considerando os valores do mês de agosto de cada ano, dependendo da disponibilidade das informações. O Tabnet/DATASUS foi substituído pelo e-Gestor/SISAB devido à mudança nos registros dos dados e do modelo de financiamento da atenção básica brasileira, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo os indicadores ajustados à mudança. A maioria dos indicadores, mesmo com a mudança do sistema de informação, foi coletada de um mesmo sistema, evitando inconsistência dos registros. Somente os indicadores de Cuidados a Grupos Prioritários pelas EqSF foram coletados de sistemas diferentes, mas as informações não foram incorporadas na mesma linha do tempo, evitando que indicadores com métricas de cálculo diferentes fossem analisados em conjunto. Os indicadores referentes ao componente Equipes só estavam disponíveis no sistema e-Gestor até o ano de 2019, sendo então considerado o acompanhamento até este ano.

O indicador Número de Equipes de ESF foi considerado a partir do número total de equipes “Credenciadas pelo Ministério da Saúde”, disponível no SISAB, incluindo equipes com carga horária de 40 horas semanais. As equipes de 20 horas, consideradas equipes de atenção básica (EqAB), não foram consideradas.

Os indicadores selecionados foram coletados para o Brasil e para cada uma de suas regiões geográficas (Norte, Nordeste, Centro-oeste, Sudeste e Sul), e tabulados em planilha Excel (<https://products.office.com/>). Os dados de cada um dos indicadores selecionados foram interpretados conforme as orientações disponíveis nas notas técnicas de cada sistema de informação.

Por se tratar de indicadores localizados em bancos de dados públicos, o estudo dispensou aprovação de comitê de ética em pesquisa. Os indicadores selecionados, a indicação de cálculo, as bases de dados consultadas e o período de coleta estão descritos no Quadro 1.

### **Análise da série temporal**

O cálculo das séries temporais para cada indicador foi realizado por modelo regressão do tipo *joinpoint*, utilizando o software de análise de tendência temporal Joinpoint (versão 4.9.0.0, <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>). Os *joinpoints* estabelecidos pelos modelos fazem ligação de várias linhas diferentes através dos “pontos de junção”, indicando mudanças na tendência e identificando aumento ou diminuição dos valores dos indicadores ao longo do período avaliado para cada um.

A avaliação das tendências foi baseada nos valores da porcentagem de mudança anual (APC), que reflete a mudança nos indicadores em segmentos de análise definidos pelo software, e da média das porcentagens de mudança anual (AAPC), que apresenta a média da tendência do período de acompanhamento conforme disponibilidade dos anos de registros dos indicadores nas bases de informação. Valores APC e AAPC positivos indicam tendência de crescimento, e negativos tendência de queda, quando significativos. As significâncias das tendências foram verificadas pelo intervalo de 95% de confiança (IC95%). Quando a APC e a AAPC não foram significativas, foi considerada estabilidade.

**Quadro 1**

Indicadores representativos dos componentes relacionados à Estratégia Saúde da Família de acordo com modelo lógico de análise.

INDICADOR	FÓRMULA DO CÁLCULO	FONTE DO INDICADOR	PERÍODO DA SÉRIE TEMPORAL
<b>Componente: Território/Adscrição</b>			
Cobertura populacional estimada ESF	$n^{\circ} \text{EqSF} \times 3.450 (n^{\circ} \text{EqAB} + n^{\circ} \text{EqSF}) \times 3.000 \times 100/$ Estimativa populacional	e-Gestor	2007-2020
<b>Componente: Equipes</b>			
EqSF	Número absoluto de EqSF	e-Gestor	2007-2019
ACS	Número absoluto de ACS	e-Gestor	2007-2019
EqSB I e II	Número absoluto de EqSB I e II	e-Gestor	2007-2019
Equipes de NASF-AB I, II e III	Número absoluto de equipes NASF-AB I, II e III	e-Gestor	2011-2019
<b>Componente: Processo de Trabalho</b>			
Visitas domiciliares	Número absoluto de visitas domiciliares realizadas	SISAB	2013-2020
Ações de educação em saúde	Número absoluto de ações de educação em saúde realizadas	SISAB	2013-2020
Atividades em grupo	Número absoluto de atividades em grupo realizadas	SISAB	2013-2020
<b>Componente: Planejamento e Gestão do Território</b>			
Diagnóstico e monitoramento do território	Número absoluto de ações de diagnóstico e monitoramento do território realizadas	SISAB	2013-2020
Planejamento e monitoramento do território	Número absoluto de ações de planejamento e monitoramento do território realizadas	SISAB	2013-2020
<b>Componente: Cuidados a Grupos Prioritários pelas EqSF</b>			
Gestantes cadastradas que iniciaram pré-natal até a 13ª semana de gestação	Número absoluto de gestantes	DATASUS	2007-2015 *
Gestantes acompanhadas em pelo menos 6 consultas até a 20ª semana de gestação	Percentual de gestantes	SISAB	2018-2020 *
Hipertensos cadastrados que receberam ao menos uma visita domiciliar do ACS por mês	Número absoluto de hipertensos	DATASUS	2007-2015 *
Hipertensos que tiveram a pressão arterial aferida no último semestre	Percentual de hipertensos	SISAB	2018-2020 *

ACS: agentes comunitários de saúde; DATASUS: Departamento de Informática do SUS; EqSF: equipes de saúde da família; EqAB: equipes de atenção básica; EqSB: equipes de saúde bucal; ESF: Estratégia Saúde da Família; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica; SISAB: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica.

\* Em relação aos indicadores do componente Cuidados a Grupos Prioritários pelas EqSF, não foram localizados dados referentes aos anos de 2016 e 2017 nas bases de dados consultadas.

**Resultados**

Foram construídas séries temporais para 15 indicadores, abrangendo os cinco componentes do modelo lógico. Todos os indicadores foram trabalhados considerando o Brasil e as cinco regiões, totalizando 90 séries temporais. As análises das séries temporais identificaram tendências diferentes para cada indicador, e tendências diferentes no mesmo indicador em relação ao Brasil e às regiões. De forma geral, os indicadores apresentaram tendência de crescimento em todo o período, mas este foi maior nos anos iniciais da série, e, nos seguimentos seguintes, foi observado estabilidade e até mesmo queda, como, por exemplo, em relação ao número de ACS.

A Tabela 1 apresenta as tendências, baseadas nos valores de APC e AAPC das séries temporais construídas com dados nacionais. Foi observada tendência de crescimento total (AAPC) para os seguintes indicadores: cobertura da ESF, número de EqSF, número total de equipes de saúde bucal (EqSB), número total de equipes dos NASF-AB, número de ações direcionadas ao diagnóstico e monitoramento e planejamento do território, e número de visitas domiciliares. Os demais indicadores apresentaram estabilidade na análise da AAPC. Considerando os segmentos das séries temporais (APC), o crescimento, para a maioria dos indicadores, é observado somente no início do acompanhamento, sendo nos anos finais identificadas tendências de estabilidade ou queda.

Alguns indicadores apresentaram baixo registro de dados nos anos iniciais do acompanhamento, levando a identificação de uma tendência de aumento inicial expressiva com a regularidade da alimentação do sistema de informação. Tal situação foi observada nos indicadores do componente Processo de Trabalho: Número de Visitas Domiciliares, Número de Ações de Educação em Saúde e Número de Atividades em Grupo, e do componente Planejamento e gestão do Território, medido pelos indicadores Número de Ações Direcionadas ao Diagnóstico e Monitoramento do Território.

Em relação aos indicadores do componente Cuidado a Grupos Prioritários pelas EqSF: Acompanhamento de Gestantes e Hipertensos, a mudança no cálculo dos indicadores nos sistemas de informação consultados influenciou a tendência temporal. O número de gestantes cadastradas que iniciaram pré-natal até a 13ª semana de gestação apresentou tendência de queda, e o percentual de gestantes acompanhadas com pelo menos seis consultas realizadas até a 20ª semana de gestação apresentou estabilidade. Já os indicadores referentes ao acompanhamento de hipertensos, em suas diferentes formas de medição trabalhadas, apresentaram estabilidade. A ausência de dados desses indicadores nos anos de 2016 e 2017 prejudicou a avaliação completa da tendência no período selecionado para estudo.

A Tabela 2 apresenta os resultados das tendências por segmento temporal e todo o período de análise dos indicadores por regiões geográficas que apresentaram comportamentos diferenciados do cenário nacional. Somente na Região Centro-oeste o indicador de cobertura populacional pela ESF apresentou tendência de crescimento nos segmentos e em todo o período da série temporal, sendo bem maior no primeiro (2007-2009), o que resultou também na tendência de crescimento no número de EqSF. A Região Sul teve queda no número de EqSB a partir de 2017, diferentemente do Brasil, que apresentou estabilidade a partir de 2016. A Região Nordeste foi a que apresentou menor número de indicadores com tendências diferentes das nacionais. A maioria dos indicadores selecionados apresentou tendências semelhantes às nacionais nos seguimentos e no acompanhamento total, sendo seus valores de APC e AAPC apresentados no Material Suplementar ([https://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/suppl-e00042523-port\\_4120.pdf](https://cadernos.ensp.fiocruz.br/static//arquivo/suppl-e00042523-port_4120.pdf)).

## Discussão

A partir da construção de modelo lógico relacionado à saúde da família pela análise das edições da PNAB 2006, 2011 e 2017, foi possível identificar componentes importantes referentes à ESF como modelo de atenção prioritário da atenção básica. O comportamento de cada componente foi avaliado pela tendência temporal, entre 2007 e 2020, de indicadores. De forma geral, estes mostraram tendência de crescimento nos anos iniciais, resultante do potencial indutor das PNAB em 2006 e 2011, seguido de estabilização ou queda recente, especialmente após a última edição da política, em 2017.

Considera-se que a PNAB 2006 foi um marco para a organização da atenção básica no país, baseada na ESF. Poucas vezes o Brasil conseguiu definir, no âmbito nacional, uma política que fosse indutora de cuidado integral, acessível, com capacidade de capilarizar-se por todo o território e provocar uma reorientação do modelo assistencial proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>13</sup>. A PNAB 2006 representou um grande potencial inovador ao assumir a ESF como estratégia de fortalecimento da atenção básica e organização dos níveis de atenção, estabelecendo uma equipe multiprofissional porta de entrada preferencial na busca por cuidados em saúde das populações. Esta equipe é responsável pela coordenação da atenção e ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), orientação reforçada pela PNAB 2011. Entretanto, a última reedição da PNAB, em 2017, pode ter proporcionado um desestímulo à continuidade da ampliação da ESF como modelo prioritário da atenção básica <sup>14</sup>, como

**Tabela 1**

Tendências temporais dos indicadores selecionados por componentes do modelo lógico de análise da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Brasil, 2007-2020.

Componente/Indicador	Segmento	Ano inicial	Ano final	APC	IC95%	Tendência APC	AAPC *	IC95%	Tendência AAPC
Componente: Território/Adscrição									
Cobertura populacional ESF	1	2007	2018	3,08 **	2,5; 3,7	Crescimento	1,9 **	0,6; 3,2	Crescimento
(% da população coberta por ESF)	2	2018	2020	-4,42	-12,5; 4,4	Estabilidade			
Componente: Equipes									
Número de ACS	1	2007	2016	2,6 **	1,5; 3,8	Crescimento	0,1	-1,5; 1,6	Estabilidade
	2	2016	2019	-7,3 **	-13,0; -1,3	Queda			
Número de EqSF	1	2007	2018	4,5 **	3,8; 5,2	Crescimento	3,1 **	1,7; 4,5	Crescimento
	2	2018	2019	-4,5	-13,3; 5,3	Estabilidade			
Número de EqSB I e II	1	2007	2015	7,2 **	5,4; 9,0	Crescimento	3,3 **	1,6; 5,0	Crescimento
	2	2015	2019	-4,0	-8,5; 0,7	Estabilidade			
Número de Equipes NASF-AB I, II e III	1	2007	2015	7,2 **	5,4; 9,0	Crescimento	3,3 **	1,6; 5,0	Crescimento
	2	2015	2019	-4,0	-8,5; 0,7	Estabilidade			
Componente: Processo de Trabalho									
Número de visitas domiciliares	1	2013	2015	1.428,7 **	1071,1; 1894,4	Crescimento	132,4 **	120,3; 145,2	Crescimento
	2	2015	2020	9,4 **	3,1; 16,1	Crescimento			
Número de ações de educação em saúde	1	2013	2016	492,0	-3,1; 3.514,5	Estabilidade	77,0	-5,2; 230,6	Estabilidade
	2	2016	2020	-28,4	-77,2; 124,8	Estabilidade			
Número de atividades em grupo	1	2013	2016	332,5	-19,8; 2.233,3	Estabilidade	42,4	-20,4; 154,8	Estabilidade
	2	2016	2020	-38,1	28,7; 79,8	Estabilidade			
Componente: Planejamento e Gestão do Território									
Número de ações para diagnóstico e monitoramento do território	1	2013	2015	2.684,5 **	530,9; 2.990,9	Crescimento	165,0 **	96,5; 257,5	Crescimento
	2	2015	2020	3,4	-25,8; 44,2	Estabilidade			
Número de ações para planejamento de monitoramento do território	1	2013	2015	2.012,0 **	253,9; 2.504,9	Crescimento	131,0 **	61,2; 231,2	Crescimento
	2	2015	2020	-4,7	-36,1; 42,2	Estabilidade			
Componente: Cuidado a Grupos Prioritários pelas EqSF									
Número de gestantes cadastradas iniciando pré-natal até 13ª semana	1	2007	2009	-24,9	-48,0; 8,5	Estabilidade	-7,8 **	-14,3; -0,8	Queda
	2	2009	2015	-1,3	-7,2; 5,1	Estabilidade			
% de gestantes acompanhadas em pelo menos 6 consultas até 20ª semana	1	2018	2020	21,4	-70,7; 403,4	Estabilidade	21,4	-70,7; 403,4	Estabilidade
Número de hipertensos cadastrados com ao menos uma visita domiciliar/ACS/mês	1	2007	2015	-8,8	0,2; -2,3	Estabilidade	-8,8	0,2; -2,3	Estabilidade
% de hipertensos com pressão arterial aferida no último semestre	1	2018	2020	29,1	-80,2; 740,7	Estabilidade	29,1	-80,2; 740,7	Estabilidade

AAPC: média das porcentagens de mudança anual; ACS: agentes comunitário de saúde; APC: porcentagem de mudança anual; EqSF: equipes de saúde da família; EqAB: equipes de atenção básica; EqSB: equipes de saúde bucal; ESF: Estratégia Saúde da Família; IC95%: intervalo de 95% de confiança; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Nota: ano inicial = ano de início do segmento; ano final = último ano do segmento.

\* A AAPC é calculada para todo o período de acompanhamento de cada indicador, representando o período total expresso pelos segmentos;

\*\* Significativo pelo IC95%.

**Tabela 2**

Tendências temporais diferenciadas entre regiões geográficas e Brasil, indicadores modelo lógico de análise da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 2007-2020.

Região/Indicador	Segmento	Ano inicial	Ano final	APC	IC95%	Tendência APC	AAPC	IC95%	Tendência AAPC *
<b>Norte</b>									
Componente: Equipes									
Número de equipes NASF-AB	1	2011	2014	34,9 **	18,9; 53,1	Crescimento	16,8 **	12,0; 21,7	Crescimento
I, II e III	2	2014	2019	7,1 **	1,2; 13,3	Crescimento			
Componente: Processo de Trabalho									
Número de ações de educação em saúde	1	2013	2015	780,4 **	76,2; 4.299,0	Crescimento	74,3 **	26,0; 141,1	Crescimento
	2	2015	2020	-8,8	-36,6; 30,7	Estabilidade			
Componente: Planejamento e Gestão do Território									
Número de ações para planejamento de monitoramento do território	1	2014	2017	93,8	-5,5; 297,2	Estabilidade	29,2 **	2,5; 62,8	Crescimento
	2	2017	2020	-13,9	-58,0; 76,6	Estabilidade			
Componente: Cuidado a Grupos Prioritários pelas EqSF									
Número de gestantes cadastradas iniciando pré-natal até 13ª semana	1	2007	2013	-8,2	-18,6; 3,5	Estabilidade	-12,3	-23,8; 1,0	Estabilidade
	2	2013	2015	-23,4	-62,4; 55,8	Estabilidade			
Número de hipertensos cadastrados com ao menos uma visita domiciliar/ACS/mês	1	2007	2015	-8,4 **	-13,2; -3,2	Queda	-8,4 **	-13,2; -3,2	Queda
% de hipertensos com pressão arterial aferida no último semestre	1	2018	2020	29,1 **	1,9; 63,6	Crescimento	29,1 **	1,9; 63,6	Crescimento
<b>Nordeste</b>									
Componente: Equipes									
Número de equipes NASF-AB	1	2011	2014	32,7 **	26,1; 39,8	Crescimento	14,0 **	12,0; 15,9	Crescimento
I, II e III	2	2014	2019	4,0 **	1,6; 6,4	Crescimento			
Componente: Cuidado a Grupos Prioritários pelas EqSF									
Número de gestantes cadastradas iniciando pré-natal até 13ª semana	1	2007	2009	-36,1 **	-45,1; -25,7	Queda	-9,7 **	-12,4; -7,0	Queda
	2	2009	2015	1,3	-1,2; 3,9	Estabilidade			
<b>Centro-oeste</b>									
Componente: Território/Adscrição									
Cobertura populacional ESF (% da população coberta por ESF)	1	2007	2009	10,0 **	4,2; 16,2	Crescimento	3,1 **	2,3; 3,9	Crescimento
	2	2009	2020	1,9 **	1,5; 2,2	Crescimento			
Componente: Equipes									
Número de ACS	1	2007	2016	2,2 **	0,6; 3,9	Crescimento	-0,7	-2,8; 1,5	Estabilidade
	2	2016	2019	-8,8 **	-16,6; -0,4	Crescimento			
Número de EqSF	1	2007	2009	13,3 **	3,7; 19,4	Crescimento	4,8 **	3,8; 5,9	Crescimento
	2	2009	2019	3,7 **	3,2; 4,2	Crescimento			
Componente: Processo de Trabalho									
Número de ações de educação em saúde	1	2013	2015	1.496,6	-36,7; 4.189,7	Estabilidade	131,8 **	20,9; 344,5	Crescimento
	2	2015	2020	7,2	-47,9; 120,6	Estabilidade			
Número de atividades em grupo	1	2013	2018	134,8 **	46,3; 276,8	Crescimento	17,6	-23,2; 80,2	Estabilidade
	2	2018	2020	-79,1	-97,5; 73,5	Estabilidade			

(continua)



Tabela 2 (continuação)

Região/Indicador	Segmento	Ano inicial	Ano final	APC	IC95%	Tendência APC	AAPC	IC95%	Tendência AAPC *
Componente: Planejamento e Gestão do Território									
Número de ações para planejamento de monitoramento do território	1	2014	2018	73,5 **	23,7; 143,3	Crescimento	15,3	-4,9; 39,7	Estabilidade
	2	2018	2020	-49,1	-82,5; 48,8	Estabilidade			
Componente: Cuidado a Grupos Prioritários pelas EqSF									
Número de gestantes cadastradas iniciando pré-natal até 13ª semana	1	2007	2009	-37,8 **	-48,4; -25,1	Queda	-11,2 **	-14,4; -7,8	Queda
	2	2009	2015	0,1	-3,0; 3,3	Estabilidade			
<b>Sudeste</b>									
Componente: Equipes									
Número de ACS	1	2007	2017	3,5 **	3,0; 3,9	Crescimento	0,2	-0,6; 1,1	Estabilidade
	2	2017	2019	-14,4 **	-19,9; -9,4	Queda			
Componente: Processo de Trabalho									
Número de ações de educação em saúde	1	2013	2015	2.474,2 **	50,4; 3.963,1	Crescimento	129,8 **	29,6; 307,4	Crescimento
	2	2015	2020	-12,6	-53,7; 65,0	Estabilidade			
Componente: Cuidados a Grupos Prioritários pelas EqSF									
Número de gestantes cadastradas iniciando pré-natal até 13ª semana	1	2007	2011	-10,6 **	-19,9; -1,2	Queda	-4,3	-9,0; 0,6	Estabilidade
	2	2011	2015	2,4	-7,3; 13,1	Estabilidade			
Número de hipertensos cadastrados com ao menos uma visita domiciliar/ACS/mês	1	2007	2015	3,9 **	0,1; 7,5	Crescimento	3,9 **	0,1; 7,5	Crescimento
<b>Sul</b>									
Componente: Equipes									
Número de EqSB I e II	1	2007	2016	6,3 **	4,8; 7,8	Crescimento	2,3 **	0,4; 4,2	Crescimento
	2	2016	2019	-8,9 **	-15,7; -1,6	Queda			
Componente: Processo de Trabalho									
Número de visitas domiciliares	1	2013	2015	2.865,5 **	1.617,1; 5.733,2	Crescimento	343,6 **	295,4; 397,5	Crescimento
	2	2015	2020	-16,4 **	-26,4; 5,0	Queda			
Número de ações de educação em saúde	1	2013	2016	416,4 **	89,0; 1.310,8	Crescimento	68,9 **	19,4; 139,0	Crescimento
	2	2016	2020	-26,9	-61,3; 38,0	Estabilidade			
Número de atividades em grupo	1	2013	2016	480,9 **	13,6; 869,8	Crescimento	56,7	-10,8; 175,3	Estabilidade
	2	2016	2020	-41,3	-79,1; 64,7	Estabilidade			
Componente: Cuidados a Grupos Prioritários pelas EqSF									
Número de gestantes cadastradas iniciando pré-natal até 13ª semana	1	2007	2015	-5,5 **	-9,2; -1,5	Queda	-5,5 **	-9,2; -1,5	Queda
Número de hipertensos cadastrados com ao menos uma visita domiciliar/ACS/mês	1	2007	2015	-5,7 **	-9,3; -0,9	Queda	-5,7 **	-9,3; -0,9	Queda

AAPC: média das porcentagens de mudança anual; ACS: agentes comunitário de saúde; APC: porcentagem de mudança anual; EqSF: equipes de saúde da família; EqAB: equipes de atenção básica; EqSB: equipes de saúde bucal; ESF: Estratégia Saúde da Família; IC95%: intervalo de 95% de confiança; NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica.

Nota: ano inicial = ano de início do segmento; ano final = último ano do segmento.

\* A AAPC é calculada para todo o período de acompanhamento de cada indicador, representando o período total expresso pelos segmentos;

\*\* Significativo pelo IC95%.

observado pela queda ou estabilidade de vários indicadores analisados no final das séries temporais apresentadas no presente estudo.

Quando analisada em comparação às outras PNAB, o retrocesso da PNAB 2017 fica claro, uma vez que ela promove a relativização da cobertura universal, a segmentação do acesso, a recomposição das equipes, valorizando as tradicionais, a fragilização dos ACS, a reorganização do processo de trabalho, mudança da jornada de trabalho dos médicos, não obrigatoriedade da especialização em saúde da família, e a perda do protagonismo da atenção básica como coordenadora do cuidado em rede <sup>15</sup>. O principal efeito da PNAB 2017 sentido em relação à ESF, na sequência da fragilização da presença dos ACS, é a flexibilização da modalidade de organização e permissividade do modelo tradicional de atenção básica, priorizando este modelo em detrimento da ESF, favorecendo seu desmonte e prejuízos da longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado <sup>16</sup>. O presente estudo reforça o reflexo destes aspectos nas tendências dos indicadores dos componentes do modelo lógico.

O primeiro componente do modelo lógico, Território/Adscrição, apresentou, para o Brasil e regiões, tendência de crescimento do indicador cobertura populacional da ESF. Entretanto, no final da série histórica, a cobertura parou de crescer, mantendo-se estável. Esses resultados são encontrados em outros estudos. A cobertura passou de 48%, em 2007, para 64% em 2017, e, em período maior de acompanhamento, de 4,4%, em 1998, para 70% em 2017 <sup>17</sup>. Após 2017, a nova PNAB, ao permitir novos arranjos de EqAB, com garantia de financiamento, pode ter levado à estagnação ou até à diminuição da cobertura da ESF <sup>16</sup>, a qual sofreu diminuição na cidade do Rio de Janeiro após o ano crítico, passando de 62,6% para 40,5% em 2020 <sup>18</sup>.

O segundo componente identificado foi “Equipes”, representado pelos indicadores do número de diferentes equipes atuantes na atenção básica. O número de EqSF teve um aumento expressivo entre os anos de 1998 e 2017, o que gerou uma ampliação no acesso a atenção básica no país <sup>8,14</sup>. Porém, é notória a valorização das EqAB em detrimento das EqSF na PNAB 2017, desestimulando os gestores municipais a incentivarem a ESF, provocando um desmonte da mesma e colocando o modelo de atenção da ESF sob ameaça <sup>14,16</sup>. No Rio de Janeiro, o número de EqSF que apresentava crescimento, desde 2010, diminuiu de 1.180, em 2017, para 789 em 2020 <sup>18</sup>. Estes resultados corroboram a tendência de crescimento encontrada no início das séries temporais no presente estudo, mas que apresenta estabilidade no final.

A Região Centro-oeste não apresentou queda na cobertura populacional da ESF e no número de EqSF, o que não significa que não sofreu impacto da PNAB 2017. A região, especialmente o Distrito Federal, apresentou um crescimento importante na cobertura de ESF entre 2006 e 2016 <sup>19</sup>. No presente estudo, o menor crescimento observado nas séries temporais nos anos finais não foi suficiente para configurar queda ou estabilidade, mantendo o padrão de crescimento, mesmo sendo menor.

Em relação ao número total de EqSB, a tendência observada foi de aumento entre 2007 e 2015, seguido por estabilidade até 2019. Um estudo realizado por Melo et al. <sup>16</sup>, analisou o período de 2006 a 2011 e evidenciou aumento na cobertura da saúde bucal, de 29,9% para 41,2% em período coincidente com a promulgação das duas primeiras PNAB. A saúde bucal teve sua inserção de maneira mais igualitária e resolutive a partir da PNAB 2011, quando a EqSB foi incorporada à ESF <sup>20</sup>. No Brasil, apenas 56,61% da população brasileira é coberta pelas EqSB, e somente 46,14% dos habitantes são assistidos por uma EqSB vinculada à ESF <sup>20</sup>. Após a PNAB 2017, a EqSB teve sua inserção à ESF desobrigada, prejudicando a continuidade de sua ampliação <sup>21</sup>.

Outro indicador do componente Equipes é o número de ACS, que apresentou tendência de aumento nos anos iniciais da série temporal. No Estado do Mato Grosso do Sul, o número de ACS evidenciou aumento de 12% entre os anos de 2008 e 2013, período após a PNAB 2006, e que engloba também a PNAB 2011 <sup>22</sup>, corroborando com os resultados deste estudo. Porém, o presente levantamento identificou tendência de queda no número de ACS a partir de 2018, assim como outros estudos que também identificaram tal declínio após a PNAB 2017 <sup>8,16,23</sup>. Esta última versão da política altera o perfil de atuação destes profissionais <sup>13,14</sup>.

O número de equipes de NASF-AB é o último indicador referente ao componente Equipes, e apresentou tendência de crescimento em todo período de estudo, sendo maior no início das séries temporais. O NASF-AB, criado em 2008, foi fortalecido na PNAB 2011, recebendo incentivo financeiro, o que gerou ampliação do acesso aos profissionais dessas equipes <sup>17</sup>. A PNAB 2017 traz mudan-

ças importantes na estrutura dos NASF-AB, ao sair da exclusividade do apoio às EqSF para todas as modalidades de EqAB, uma forma de desvalorização da saúde da família como modelo prioritário <sup>17</sup>.

O terceiro componente do modelo lógico é o Processo de Trabalho, representado por indicadores ligados às ações desenvolvidas para uma melhor assistência à população adscrita: número de visitas domiciliares, número de ações de educação em saúde e número de atividades em grupo. Estes indicadores têm a particularidade de cujos registros nos sistemas de informação da atenção básica só foram iniciados nos anos de 2013 e 2014, o que gerou, de forma global, uma tendência de aumento muito expressiva no início, seguida por um aumento menor, mas ainda significativo, nos seguimentos subsequentes.

A visita domiciliar é uma atividade que contribui para um maior e melhor vínculo entre a equipe e a população adscrita, atuando de forma educativa e assistencial, contribuindo de maneira fundamental para a redução de agravos no processo saúde-doença <sup>6</sup>. Na ESF, a visita domiciliar constitui uma importante ação de vigilância à saúde, caracterizada pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e reabilitação de indivíduos e famílias <sup>24</sup>. Na cidade do Rio de Janeiro, a realização de visita domiciliar apresentou números crescentes de 2010 até 2017, seguido de queda, passando de uma média anual de 2,47 visitas por 1.000 habitantes em 2017, para 0,04 visitas por 1.000 em 2020 <sup>20</sup>, como observado também nas regiões Norte e Sul pelo presente estudo. A redução das visita domiciliar aponta a fragilidade da ESF, uma vez que tal estratégia é capaz de humanizar o atendimento e desencadear vínculos entre usuários, equipe e família, além de manter o trabalho das ESF na lógica da vigilância, promovendo a captação precoce de agravos. A visita domiciliar é considerada uma ação permeada por tecnologias leves, como comunicação, acolhimento, vínculo, diálogo e escuta <sup>25</sup>.

O número de ações de educação em saúde, outro indicador de Processo de Trabalho, é considerado ação estratégica, e é realizado de forma programada, sendo capaz de fortalecer o processo de educação da população, potencializar a incorporação de atitudes de promoção da saúde e prevenção de doenças, melhorar a adesão ao tratamento, promover atividades voltadas para a participação popular, e monitorar e planejar as ações de saúde no território <sup>26</sup>. Profissionais pertencentes às EqSF realizam ações de educação em saúde para a população adscrita nos momentos mais diversos, como aferição de pressão arterial, consultas de pré-natal e imunização, buscando promover o autocuidado e a diminuição de agravos <sup>27</sup>. Esta ação deve ser estimulada na EqSF, especialmente pelos profissionais que não forem vinculados à ESF, evitando quedas em sua realização.

O último indicador do componente Processo de Trabalho é o número de atividades em grupo, e está muito relacionado às ações de educação em saúde. Um estudo realizado no Município de Recife, Pernambuco <sup>28</sup> evidenciou a importância dos grupos de educação em saúde na adesão de pacientes ao tratamento das doenças crônicas e no estímulo ao autocuidado, a partir da ampliação dos espaços de construção de saber compartilhado <sup>28</sup>.

Na atenção básica, o planejamento das ações que serão adotadas nos territórios das unidades de saúde da família é uma das características do trabalho das equipes ao orientar a tomada de decisão para o alcance dos resultados desejados. É neste sentido que, no modelo lógico, o componente Planejamento e Gestão do Território incluiu os indicadores referentes a ações de diagnóstico e planejamento e monitoramento do território. Ambos apresentaram tendências semelhantes de crescimento nos anos iniciais, seguidas de estabilidade. Estes indicadores também tiveram seus registros iniciados de forma tardia nos sistemas de informação consultados, o que pode explicar a tendência de crescimento elevada nos primeiros segmentos.

As reuniões de equipe são importantes para o compartilhamento de saberes e vivências, em especial entre os ACS e os demais profissionais que compõe as EqSF, oportunizando conhecimento e melhoria da situação epidemiológica do território <sup>29</sup>. Possibilitam uma visão mais global e coletiva dos casos identificados na população adscrita, proporcionando integração, escuta, valorização do profissional, planejamento de casos, elaboração de projetos terapêuticos, troca de conhecimento e estabelecimento de consensos <sup>25</sup>. Por outro lado, tais reuniões podem ser percebidas apenas como ferramenta burocrática, e não como instrumento eficaz para a construção do cotidiano do trabalho em saúde <sup>30</sup>. A burocratização do trabalho após um tempo pode ser responsável pela redução do crescimento das ações, que passam a se tornar menos estimulantes na rotina do profissional e deixam de serem realizadas, cedendo lugar a ações assistenciais <sup>30</sup>.

O último componente do modelo lógico foi o Cuidados a Grupos Prioritários pelas EqSF, estudado pelos indicadores relacionados ao acompanhamento de gestantes e hipertensos, os quais foram mantidos na análise mesmo apresentando mudança em sua metodologia de cálculo, em busca de maior tempo de acompanhamento. A maioria das tendências temporais regionais para ambos os indicadores foi de queda ou estabilidade. Essas tendências devem ser cuidadosamente analisadas, uma vez que era esperado que estes indicadores apresentassem tendência de crescimento, demonstrando efetividade das ações da ESF.

A maioria das gestantes realiza mais de seis consultas de pré-natal, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Porém, apesar das ações de prevenção de agravos durante a gestação, o número de intercorrências na gravidez, parto e pós-parto ainda são alarmantes<sup>31</sup>. Considerando 13 capitais do Brasil, entre 2007 e 2017, mais de 60% das gestantes realizaram seis ou mais consultas na atenção básica, concentrando-se, a grande maioria, nas regiões Sul e Sudeste do país. Índices menores de consultas de pré-natal foram evidenciados nas regiões Norte e Nordeste<sup>32</sup>. No presente estudo, a região Nordeste também apresentou queda deste indicador, observados nos anos mais recentes do acompanhamento pela metodologia de coleta do SISAB. No Município de Rio de Janeiro, a média de nascidos vivos de mulheres com sete ou mais consultas de pré-natal apresentou uma pequena redução após a PNAB de 2017, passando de 80,2% de nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal, em 2017, para 77,8%, em 2020<sup>18</sup>. A média anual de consultas de pré-natal na atenção básica teve uma redução acentuada, passando de 6,1 consultas por nascido vivo em 2017, para 0,2 consultas por nascido vivo em 2020<sup>18</sup>. Esses resultados corroboram as tendências de estabilidade e queda encontradas no presente estudo.

Em relação ao acompanhamento de hipertensos, Maciel et al.<sup>33</sup>, em estudo realizado no norte de Minas Gerais, demonstraram que pacientes hipertensos acompanhados por EqSF e que tiveram orientação sobre sua condição clínica apresentaram melhor adesão ao tratamento. Aurélio et al.<sup>34</sup>, em estudo realizado em Brasília, analisaram a percepção de usuários hipertensos acerca das EqSF, e identificou que 43,7% consideravam o acesso aos serviços básicos de saúde antes da ESF ruins, e, ao partir do acompanhamento desta, 99% dos pacientes relataram que o atendimento ficou melhor.

Para uso dos indicadores de acompanhamento de hipertensos e de gestantes pela ESF, foi necessário usar registros computados nos sistemas de informações atenção básica de maneiras diferentes a fim de atingir maior período de avaliação. Até o ano de 2015, os dados coletados para os indicadores foram extraídos do Tabnet/DATASUS. Com a publicação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019<sup>35</sup>, a qual institui o Programa Previne Brasil, houve uma mudança na forma de financiamento da atenção básica no país, e conseqüentemente, uma mudança na forma de registro dos dados. Este novo modelo de financiamento substituiu o Piso da Atenção Básica (PAB) fixo e o variável, saindo de um financiamento com base no número de habitantes e de EqSF existentes nos municípios, para um baseado na capitação de pessoas pelas equipes da atenção básica e na avaliação de desempenho<sup>36</sup>. Esta mudança pode ter refletido e influenciado o comportamento dos indicadores de forma geral.

Outro item importante relacionado ao comportamento dos indicadores e sua estabilidade ou queda nos anos finais das séries temporais foi a redução do financiamento da saúde, reforçando o progressivo subfinanciamento do SUS, atualmente considerado desfinanciamento, uma vez que os recursos são insuficientes para manutenção dos serviços, desde sua estrutura até força de trabalho<sup>37</sup>. A austeridade põe em risco a universalidade, pois a redução de recursos reduz a oferta de serviços, prejudicando o acesso, realidade observada no presente estudo através dos resultados identificados na redução e estabilidade dos indicadores referentes à ESF, a partir de 2017, ano seguinte à EC nº 95<sup>8</sup>. A EC nº 95, junto à PNAB 2017, retiram da agenda prioritária do Governo Federal o financiamento a profissionais, como ACS e equipe NASF-AB, deixando seu custeio sob responsabilidade dos municípios, quem nem sempre têm recursos próprios para tal<sup>38</sup>.

A agenda neoliberal que invade o Ministério da Saúde desde 2017 acaba com incentivos ao crescimento da atenção básica, como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), que em suas três edições (2013, 2015 e 2018) promoveu a certificação das equipes da atenção básica e incorporou recursos ao PAB variável, mostrando-se um mecanismo de indução de novas práticas e aumento da qualidade, que foi capaz de ampliar a cobertura de atenção básica em muitos municípios do país nos anos que esteve vigente<sup>15</sup>.

O presente estudo apresenta limitações relacionadas a instabilidades dos dados públicos pertencentes às plataformas disponíveis para pesquisa, o que gerou indisponibilidade de algumas informações nos períodos analisados, incluindo ausência de dados de alguns indicadores. Os indicadores que foram analisados até 2020 podem ter sofrido efeito da pandemia da COVID-19. Entretanto, as informações são de agosto de 2020, com poucos meses de emergência sanitária, e não foram observadas mudanças bruscas e quedas das atividades em relação aos anos anteriores nas tendências, optando-se, então, por manter a informação de 2020 na análise. O artigo avalia indicadores de processo (mais operacionais), e não de impacto e efeito das ações na população adscrita. Desta forma, futuros estudos são necessários para avaliar o efeito das PNAB na produção do cuidado, com reflexos no comportamento das populações, e de impacto em indicadores como, por exemplo, mortalidade infantil e internações por causas sensíveis à atenção primária.

O ponto forte do estudo é seu pioneirismo na análise do papel da ESF sob o olhar das três PNAB publicadas, com base em um modelo lógico e seus indicadores e uso de análise de tendência temporal. O levantamento também problematiza um dos maiores desafios da atenção básica no Brasil, que é a presença de indicadores comparáveis em forma de série temporal. Reforça a fragilidade de uma padronização, que gera alterações na métrica de medição e alterações dos sistemas de informação (inicialmente SIAB, depois SISAB e e-Gestor), que contribuem para descontinuidades. Além do mais, os dados da série histórica obviamente refletiram a inflexão na agenda federativa para a atenção básica brasileira após a tomada de poder de um grupo com um projeto de governo fortemente neoliberal em 2016.

## Conclusão

Foi possível identificar mudanças importantes na organização da atenção básica no Brasil, em especial da ESF, ao longo do tempo no qual foram publicadas as PNAB. Após um grande período de estímulo à ESF como modelo de estruturação da atenção básica, com a publicação das PNAB 2006 e 2011, a divulgação da PNAB de 2017 coloca a ESF em uma situação de risco, passando a ter uma equipe “concorrente” a ela, a EqAB. Tais mudanças podem causar retrocessos em avanços conquistados com a implementação da ESF, que puderam ser refletidos pelas tendências de queda ou estabilidade nos indicadores estudados. Elas também podem impactar diretamente nos atributos da atenção básica, ao reduzirem o acesso, prejudicarem a cobertura, fragilizarem a capacidade de coordenação do cuidado e a integralidade, não permitindo a resolução de grande parte dos problemas da população no primeiro nível de atenção, tendo consequências para o cuidado em rede ao sobrecarregar outros pontos da RAS.

## Colaboradores

A. D. N. Carmo contribuiu com a concepção e desenho do estudo, elaboração do modelo lógico, coleta e análise dos dados, redação e revisão crítica, e aprovou a versão final do manuscrito. S. L. A. Silva contribuiu com a concepção e desenho do estudo, elaboração do modelo lógico, coleta e análise dos dados, redação e revisão crítica, e aprovou a versão final do manuscrito. E. M. S. Campos contribuiu com a concepção e desenho do estudo, elaboração do modelo lógico, coleta e análise dos dados, redação e revisão crítica, e aprovou a versão final do manuscrito.

## Informações adicionais

ORCID: Andressa Daiana Nascimento do Carmo (0000-0001-6448-1390); Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva (0000-0002-2323-2029); Estela Márcia Saraiva Campos (0000-0002-3569-9785).

## Referências

1. Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
2. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 2:164-76.
3. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.566, de 19 de dezembro de 2019. Fixa o quantitativo de equipes de Saúde de Família e equipe Saúde Bucal composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais e estabelece regra transitória para às equipes de Saúde da Família com as tipologias I, II, III, IV e V. *Diário Oficial da União* 2019; 20 dec.
4. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2006; 29 mar.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 2011; 22 oct.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 sep.
7. Almeida ER, Alves de Sousa AN, Castro Brandão C, Tavares G, Carvalho FFB, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). *Revista Panam Salud Pública* 2018; 42:e180.
8. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 15 dec.
9. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:181-8.
10. Vieira NF. Fatores relacionados ao desempenho da atenção primária à saúde nas ações de controle da hanseníase [Doctoral Dissertation]. Belo Horizonte: Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2019.
11. Ferreira AL, Magalhães ACF, Corrêa LP, Rodrigues MC, Viegas SMF. A aplicabilidade dos indicadores de saúde no contexto da atenção primária à saúde. *Revista APS* 2014; 17:134-42.

12. Ministério da Saúde. Portaria nº 493, de 10 de março de 2006. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica – 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde. Diário Oficial da União 2006; 13 mar.
13. Sperling S. Política Nacional de Atenção Básica: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde. Saúde Debate 2018; 42:341-5.
14. Pinto HA. Análise da mudança da Política Nacional de Atenção Básica. Saúde Redes 2018; 4:191-217.
15. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate 2018; 42:11-24.
16. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade, GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde Debate 2018; 42:38-51.
17. Pinto LF, Giovannella L. Do programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAP). Ciênc Saúde Colet 2018; 8:1903-13.
18. Garcia FL, Socal M. Impacts of the 2017 Brazilian National Primary Care Policy on public primary health care in Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Pública 2022; 38:e00219421.
19. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. Epidemiol Serv Saúde 2018; 27:e2017170.
20. Morais HGF, Barros JM, Silva WR, Santos AA, Galvão MHR. Saúde bucal no Brasil: uma revisão integrativa do período de 1950 a 2019. Rev Baiana Saúde Pública 2020; 44:181-95.
21. Rocha ES, Gomes AA, Santos LGS, Ribeiro FP, Silva APB, Lima DM. A evolução da cobertura do número de equipes de saúde bucal nos estados do Nordeste do Brasil. Research, Society and Development 2022; 11:e14311729703.
22. Ferreira JS, Gonçalves CCM, Brito FCKJ, Tsuha DH. Educação permanente em saúde no contexto da atenção primária: estudo descritivo de uma região de saúde em Mato Grosso do Sul. Rev Saúde Pública Mato Grosso do Sul 2018; 1:19-27.
23. Gomes CBS, Gutiérrez AC, Soranz D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família. Ciênc Saúde Colet 2020; 25:1327-38.
24. Paula MRS, Barbosa VVC. Relato de experiência: cuidado pré-natal em uma unidade de saúde da família de Cachoeira Alta, Goiás. Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago 2019; 1:22-32.
25. Carvalho J, Duarte MLC, Glanzner CH. Cuidado em saúde mental infantil no contexto da Estratégia da Saúde da Família: estudo avaliativo. Rev Gaúcha Enferm 2020; 41 (esp):e20190113.
26. Santos FS. A gestão da saúde em São Bernardo do Campo – SP: um estudo sobre as atribuições dos coordenadores de unidade básica de saúde [Master's Thesis]. São Paulo: Curso de Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2018.
27. Lubini VT, Willrich JQ, Pinheiro GEW, Kantorski LP, Pickersgill MF. Impactos da ação educativa nos indicadores de saúde: potencialidade e fragilidades. Rev Enferm UFPE on line 2018; 12:1640-7.
28. Gomes ET, Bezerra SMMS. Níveis pressóricos de pacientes em acompanhamento pelo Programa Hiperdia. ABCS Health Sci 2018; 43:91-6.
29. Ramos DT, Riquinho DL, Silveira MR, Santos VCF, Broch D. As redes de conhecimentos do agente comunitário de saúde. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online) 2020; 12:46-53.
30. Garcia ACP, Lima RCD, Galavote HS, Coelho APS, Vieira ECL, Silva RC, et al. Agente Comunitário de Saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. Trab Educ Saúde 2016; 15:283-300.
31. Melo DEB, Costa e Silva SP, Matos KKC, Martins VHS. Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. Rev Enferm UFSM 2020; 10:18.
32. Aratani N. Avaliação do acompanhamento pré-natal em serviços da Atenção Primária a Saúde [Doctoral Dissertation]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública do Estado de São Paulo; 2020.
33. Maciel APF, Macedo OHO, Caldeira AP, Pimenta HB, Medeiros Filho RA. Avaliação de intervenção para profissionais de saúde e impacto na gestão do cuidado de pessoas hipertensas. Rev Enferm UFPE online 2017; 11:411-8.
34. Aurélio M, Fonseca V, Mendonça D. Perfil epidemiológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica acompanhados por um programa saúde da família de São Sebastião – DF, Brasil. Revista APS 2015; 17:373-81.
35. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União 2019; 13 nov.
36. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciênc Saúde Colet 2020; 25:1181-8.
37. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universidade. Saúde Debate 2019; 43(n esp. 5):58-70.
38. Pitombeira DF, Oliveira LC. Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária. Ciênc Saúde Colet 2020; 25:1699-708.

## Abstract

Throughout the three editions of the Brazilian National Primary Health Care Policy (PNAB), changes were made in relation to the structure of the Family Health Strategy (FHS), with emphasis on modifications concerning the priority nature of the FHS as an organization and care strategy in primary health care. The objective was to analyze temporal trends in indicators related to the FHS from the perspective of the three PNAB editions: 2006, 2011, and 2017. This is a descriptive study of the temporal trend of indicators selected from a logical model constructed by components related to the FHS in the three editions of the PNAB. The logical model was developed based on the components Territory/Enrollment, Teams, Work Process, Territory Planning and Management, and Care for Priority Groups by Family Health Teams, each one being represented by selected indicators. The construction of the national and regional time series between 2007 and 2020 was carried out using the Joinpoint software. Most of the indicators showed an upward trend in the first time segments identified by the models, followed by segments of stability or decrease, especially after the year 2017. The indicator Number of community health workers stands out, which decreased after 2017 in most geographical regions and in Brazil. The 2017 PNAB may have discouraged the continuation and expansion of the FHS as the priority model of primary health care, by allowing and financing new teamwork arrangements and processes.

Family Health Strategy; Primary Care;  
Spatio-Temporal Analysis

## Resumen

A lo largo de las tres versiones de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) alteraciones fueron realizadas en relación con la estructuración de la Estrategia Salud de la Familia (ESF), con destaque para modificaciones en relación con el carácter prioritario de la ESF como estrategia de organización y de cuidado en la atención básica. El objetivo fue analizar tendencias temporales de los indicadores referentes a la ESF desde la perspectiva de las tres versiones de la PNAB, 2006, 2011 y 2017. Estudio descriptivo de la tendencia temporal de los indicadores seleccionados a partir del modelo lógico construido por componentes referentes a la ESF en las tres versiones de la PNAB. El modelo lógico fue elaborado basado en los componentes Territorio/Adscripción, Equipos, Proceso de Trabajo, Planificación y Gestión del Territorio y Atención a Grupos Prioritarios por Equipos de Salud de la Familia, siendo cada uno representado por indicadores seleccionados. La construcción de las series temporales entre 2007 y 2020, nacional y regional, se realizó utilizando el software Joinpoint. La mayoría de los indicadores presentaron una tendencia de crecimiento en los primeros segmentos temporales identificados por los modelos, seguidos por segmentos de estabilidad o la caída, principalmente después del año 2017. Se destaca el indicador Número de Agentes Comunitarios de Salud que presentó una caída después de 2017 en la mayoría de las regiones geográficas y en Brasil. La PNAB 2017 puede haber proporcionado un desaliento a la continuidad y ampliación de la ESF como modelo prioritario de la atención básica, al permitir y financiar nuevos arreglos y procesos de trabajo de los equipos.

Estrategia de Salud Familiar; Atención Básica;  
Análisis Espacio-Temporal

---

Recebido em 04/Mar/2023

Versão final reapresentada em 05/Mai/2023

Aprovado em 19/Mai/2023