

Política Nacional de Atenção Básica (2006-2026): camadas de indução e agenda futura

Brazilian National Primary Care Policy (2006-2026): Induction layers and a future agenda

Política Nacional de Atención Básica (2006-2026): capas de inducción y agenda futura

Aline Gonçalves Pereira¹, Dirceu Ditmar Klitzke², Ana Cláudia Cardozo Chaves³, Hannah Carolina Tavares Domingos¹, Ana Júlia Tomasini², José Félix de Brito Júnior³, Luciana Gonzaga de Oliveira¹

DOI: 10.1590/2358-2898202615111825P

RESUMO Este estudo qualitativo analisa a trajetória da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil entre 2006 e 2026, articulando revisões normativas, instrumentos de indução, condicionantes político-fiscais e emergências em saúde pública. Realizou-se uma análise documental de atos federais e de documentos institucionais, complementada por uma síntese narrativa da literatura. As ‘camadas de indução’ foram definidas como conjuntos incrementais de instrumentos regulatórios, financeiros, organizacionais, informacionais e relacionais que operacionalizam a Atenção Primária à Saúde (APS). Os documentos foram classificados em dez dimensões: organização do cuidado; atuação profissional; modalidades assistenciais; saúde bucal; equidade; provimento e formação; infraestrutura e transformação digital; cofinanciamento; gestão e governança; relações, participação e corresponsabilização; e resposta a emergências. Os resultados indicam a permanência da PNAB como norma-núcleo, acompanhada de processos de adição e conversão institucional. A revisão de 2017 ampliou a flexibilidade organizativa em contexto de restrição fiscal, enquanto instrumentos posteriores intensificaram a indução por cofinanciamento, informação e equidade. Conclui-se que a agenda futura depende da coerência entre cofinanciamento, força de trabalho, coordenação regional, transformação digital, continuidade do cuidado e proteção dos atributos da APS.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Sistema Único de Saúde. Equidade em saúde. Continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT This qualitative study analyzes the trajectory of Brazil's National Primary Care Policy (PNAB) from 2006 to 2026 by linking normative revisions, policy-induction instruments, political-fiscal conditions, and public health emergencies. Federal acts and institutional documents were examined through documentary analysis, complemented by narrative synthesis. ‘Induction layers’ were defined as incremental sets of regulatory, financial, organizational, informational, and relational instruments that operationalize Primary Health Care (PHC). Documents were classified into ten dimensions: care organization; professional practice; care modalities; oral health; equity; workforce provision and training; infrastructure and digital transformation; co-financing; management and governance; relationships, participation, and co-responsibility; and emergency response. Findings indicate that the PNAB remains a core norm, accompanied by institutional layering and conversion. The 2017 revision increased organizational flexibility amid fiscal constraint, while later instruments intensified induction through financing, information, and equity. The future agenda depends on coherence among equitable financing, workforce stability, regional coordination, digital transformation, continuous care, social participation, and protection of PHC attributes.

KEYWORDS Primary Health Care. Health policy. Unified Health System. Health equity. Continuity of patient care.

RESUMEN Este estudio cualitativo analiza la trayectoria de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) en Brasil entre 2006 y 2026, articulando revisiones normativas, instrumentos de inducción, condicionantes político-fiscales y emergencias de salud pública. Se realizó un análisis documental de actos federales y de documentos institucionales, complementado por síntesis narrativa. Las ‘capas de inducción’ fueron definidas como conjuntos incrementales de instrumentos regulatorios, financieros, organizativos, informacionales y relacionales que operacionalizan la Atención Primaria de Salud (APS). Los documentos se clasificaron en diez dimensiones: organización del cuidado; actuación profesional; modalidades asistenciales; salud bucal; equidad; provisión y formación; infraestructura y transformación digital; cofinanciamento; gestión y gobernanza; relaciones, participación y corresponsabilidad; y respuesta a emergencias. Los resultados indican la permanencia de la PNAB como norma-núcleo, acompañada de adición y conversión institucional. La revisión de 2017 amplió la flexibilidad organizativa en un contexto de restricción fiscal, mientras que instrumentos posteriores intensificaron la inducción mediante financiamiento, información y equidad. La agenda futura depende de la coherencia entre financiamiento, fuerza de trabajo, coordinación regional, transformación digital, cuidado continuo, participación social y atributos de la APS.

PALABRAS CLAVE Atención Primaria de Salud. Política de salud. Sistema Único de Salud. Equidad en salud. Continuidad de la atención al paciente.

¹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Gabinete da Secretaria de Atenção Primária à Saúde – Brasília (DF), Brasil.

²Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Departamento de Estratégias, Acreditação e Componentes da Atenção Primária à Saúde (Deaps) – Brasília (DF), Brasil. anajulia.tomasini@gmail.com

³Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Departamento de Saúde da Família (Desf) – Brasília (DF), Brasil.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como componente estruturante de sistemas de saúde por combinar acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além de atributos derivados relacionados à orientação familiar e comunitária e à competência cultural¹. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou um arranjo territorializado e multiprofissional compatível com esse referencial², com efeitos associados à redução da mortalidade infantil e das mortes por doenças cardiovasculares e cerebrovasculares^{3,4}.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) constitui o principal marco normativo federal para orientar a APS no Sistema Único de Saúde (SUS). Instituída em 2006 e revisada em 2011 e 2017, estabelece diretrizes, responsabilidades e parâmetros organizacionais ao mesmo tempo que interage com programas, incentivos e arranjos de cofinanciamento que modulam sua implementação nos territórios⁵⁻⁷. Embora a denominação legal permaneça ‘Atenção Básica’, a agenda contemporânea exige reconhecer que a APS assumiu responsabilidades mais amplas de coordenação das trajetórias de cuidado, articulação entre vigilância, promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, saúde bucal, cuidado continuado e participação social.

A revisão de 2017 foi acompanhada de intensa disputa técnico-política. A literatura descreve controvérsias sobre modelo assistencial, composição de equipes, padrões mínimos nacionais, autonomia local, agentes comunitários de saúde e sustentabilidade da ESF em contexto de restrição político-fiscal⁸⁻¹⁵. A instituição do Novo Regime Fiscal, pela Emenda Constitucional nº 95/2016, estabeleceu limites de longo prazo às despesas primárias da União, com efeitos potenciais sobre a participação do gasto público em saúde no Produto Interno Bruto e sobre sua disponibilidade em termos per capita^{16,17}. Essa controvérsia não se esgota na comparação

textual das portarias: a política também se transforma por meio de instrumentos laterais, como cofinanciamento, sistemas de informação, provimento, digitalização, redes temáticas e respostas a emergências^{18,19}.

Neste estudo, ‘camadas de indução’ designam conjuntos incrementais de instrumentos regulatórios, financeiros, organizacionais, informacionais e relacionais que operacionalizam a APS, orientam os comportamentos de gestores e equipes e condicionam a produção concreta do cuidado. A matriz dialoga com o debate sobre *policy mix*, voltado à coerência entre instrumentos²⁰, e com a mudança institucional gradual, especialmente o *layering*, entendido como adição de novas regras e arranjos a uma estrutura preexistente²¹. As camadas foram organizadas em dez dimensões: organização do cuidado; atuação profissional; modalidades assistenciais; saúde bucal; equidade; provimento e formação; infraestrutura e transformação digital; cofinanciamento; gestão e governança; relações, participação e responsabilização; e resposta a emergências.

Optou-se por manter PNAB no título porque essa é a denominação oficial das portarias analisadas e expressa uma construção histórica própria do SUS. Ao mesmo tempo, o artigo reconhece que a agenda futura da política se insere no debate mais amplo sobre a APS, considerando a ampliação contemporânea de suas funções no sistema: coordenação do cuidado, integração em rede, vigilância, promoção da saúde, participação social, equidade e acompanhamento das trajetórias das pessoas. Essa distinção evita reduzir o debate a uma mudança terminológica e permite situá-lo no campo das responsabilidades sistêmicas da APS no Brasil.

Objetivou-se analisar a trajetória da PNAB entre 2006 e junho de 2026, identificando os mecanismos de indução incorporados à sua implementação e examinando suas implicações para o modelo assistencial, a equidade territorial, a coordenação regional, o cuidado contínuo e a agenda futura da APS no SUS.

Material e métodos

Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, composto por análise documental e síntese narrativa de normas, atos federais e documentos institucionais disponibilizados publicamente. A análise documental foi empregada para reconstruir trajetórias de políticas por meio de leitura sistemática, extração, organização e interpretação temática do conteúdo²². A síntese narrativa foi utilizada para integrar controvérsias e evidências de campos heterogêneos, seguindo orientação para transparência, encadeamento lógico e avaliação da robustez interpretativa²³.

Corpus documental e estratégia analítica

O *corpus* abrangeu o período de março de 2006 a junho de 2026 e incluiu 48 documentos: versões da PNAB de 2006, 2011 e 2017; atos instituintes e normativas federais de programas, estratégias, equipes e iniciativas com interface direta com a APS; marcos de regionalização, redes, regulação, cofinanciamento, saúde digital, saúde bucal e resposta a emergências; e documentos político-fiscais com potencial impacto sobre a sustentabilidade do SUS.

A literatura narrativa reuniu 26 estudos sobre atributos da APS, revisão da PNAB 2017, cofinanciamento, equidade, resposta a crises e mudança institucional. Para apresentação dos achados, o recorte foi organizado em quatro janelas históricas que agrupam ciclos federais identificados por letras, sem personalizar a análise dos governos: 2006-2011 (Ciclos A-B; início do C), 2011-2017 (Ciclos C-D), 2017-2022 (final do Ciclo D; Ciclo E) e 2023-2026 (Ciclo F, considerado até junho de 2026).

A seleção documental foi intencional e teórico-orientada, priorizando atos com potencial para alterar as capacidades operacionais da APS – acesso, longitudinalidade,

integralidade, coordenação, orientação comunitária, saúde bucal, participação e continuidade do cuidado – e sua integração com a atenção especializada. Os documentos foram localizados em repositórios oficiais do governo federal, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde e em páginas institucionais dos organismos responsáveis pelos atos analisados.

Para fins de organização histórica, adotou-se nomenclatura neutra dos ciclos de gestão federal: Ciclo A (2003-2006, considerado no *corpus* a partir de março de 2006); Ciclo B (2007-2010); Ciclo C (2011-2014); Ciclo D (2015-2018); Ciclo E (2019-2022); e Ciclo F (2023-2026, considerado no *corpus* até junho de 2026). Essa nomenclatura permite situar as inflexões político-institucionais do período sem personalizar a análise.

Para cada documento, foram extraídos objeto, finalidade, mecanismo predominante – regulação, incentivo ou cofinanciamento, informação, organização do cuidado, intersectorialidade ou indução relacional –, camada correspondente e implicações potenciais para os atributos da APS. As camadas foram definidas com base nas dimensões recorrentes das PNAB e refinadas pela síntese transversal dos achados, especialmente no que se refere às relações de cuidado, participação dos usuários, corresponsabilização e continuidade das trajetórias. A extração, a classificação e a síntese foram conferidas pelo segundo autor; divergências foram discutidas até consenso.

Após a agregação dos achados por camadas, realizou-se uma síntese transversal para identificar tensões estruturantes recorrentes em diferentes ciclos de gestão ou instrumentos, respaldadas ou problematizadas pela literatura. A agenda futura foi construída a partir dessas tensões, distinguindo dimensões que dependem predominantemente de mudanças normativas daquelas que exigem implementação, governança regional, cofinanciamento, infraestrutura informacional e fortalecimento das relações de cuidado.

Uso de inteligência artificial

Foi utilizada a ferramenta ChatGPT, da OpenAI®, exclusivamente como apoio à revisão linguística e à correção gramatical. A definição do objeto, a seleção das fontes, a análise documental, a interpretação dos resultados e as conclusões foram elaboradas pelos autores, que assumem integral responsabilidade pelo conteúdo final.

Aspectos éticos

Por se tratar de pesquisa baseada em documentos públicos e literatura científica, sem envolvimento de participantes humanos identificáveis, não houve necessidade de submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

A análise evidenciou que a trajetória da PNAB entre 2006 e 2026 combina uma norma estruturante com camadas de indução que se acumulam, deslocam pesos relativos e produzem efeitos práticos sobre a APS. Para a apresentação, os achados foram sistematizados em três quadros: o *quadro 1* organiza os marcos normativos estruturantes; o *quadro 2* reúne os programas, as estratégias e os instrumentos de indução; e o *quadro 3* articula o contexto político-fiscal, as mudanças institucionais e os eventos críticos.

Quadro 1. Linha histórica da PNAB e marcos normativos estruturantes da APS (2006-2026), por ciclos federais

Janela histórica (ciclos federais)	Marcos normativos estruturantes	O que mudou para a APS	Articulação com camadas de indução
2006-2011 (Ciclos A: 2003-2006; B: 2007-2010; início do C: 2011-2014)	PNAB 2006 (Portaria nº 648/2006)	Consolida diretrizes nacionais e reafirma a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo organizador, reforçando territorialização, adscrição, vínculo e responsabilidades sanitárias. No período, a expansão da APS favorece instrumentos complementares e a incorporação progressiva da saúde bucal ao cuidado territorial.	Abre espaço para instrumentos complementares de indução – intersectorialidade, apoio matricial, tecnologias de cuidado, saúde bucal e fortalecimento do trabalho em equipe – que ganham maior densidade no período.
2011-2017 (Ciclos C: 2011-2014; D: 2015-2018)	PNAB 2011 (Portaria nº 2.488/2011); Decreto nº 7.508/2011; PNAB 2017 (Portaria nº 2.436/2017)	A PNAB 2011 densifica parâmetros organizativos e reforça coordenação do cuidado, longitudinalidade e articulação em rede. A revisão de 2017 amplia a flexibilidade regulatória e reposiciona o debate sobre padrões mínimos, composição das equipes e equidade, preservando a ESF como modelo prioritário. Também se consolidam modalidades territoriais, como Consultório na Rua, equipes ribeirinhas/fluviais e atenção primária prisional.	Consolida e amplia instrumentos de indução relacionados à qualificação/desempenho, informação, provimento, modalidades assistenciais, equidade, saúde bucal e integração em redes, com maior exigência de coordenação do cuidado em territórios específicos.
2017-2022 (final do Ciclo D; Ciclo E: 2019-2022)	PNAB 2017 como marco vigente, com implementação sob mudança de instrumentos	A norma permanece, mas cresce o peso de instrumentos infralegais e programáticos, especialmente cofinanciamento e informação, para orientar prioridades e monitoramento. A saúde bucal e as modalidades territoriais permanecem integradas à APS, mas são atravessadas por mudanças no financiamento, nos indicadores e na priorização programática.	Consolida-se uma inflexão para indução predominantemente financeira e informacional, com reordenamento de programas, prioridades e maior exigência de gestão de dados. Paralelamente, houve esvaziamento de instâncias participativas e fragilização do controle social – exemplificada pelo Decreto nº 9.759/2019 –, reduzindo espaços de deliberação e pactuação social.

Quadro 1. Linha histórica da PNAB e marcos normativos estruturantes da APS (2006-2026), por ciclos federais

Janela histórica			
(ciclos federais)	Marcos normativos estruturantes	O que mudou para a APS	Articulação com camadas de indução
2023-2026 (Ciclo F: 2023-2026)	Recalibração do cofinanciamento (Portaria GM/MS nº 3.493/2024); Programa SUS Digital (Portaria GM/MS nº 3.232/2024); Rede Alyne (Portaria GM/MS nº 5.350/2024); incentivos para equipes específicas e territórios vulnerabilizados (Portaria GM/MS nº 7.799/2025; Portaria GM/MS nº 9.572/2025)	Reforça governança operacional e critérios de implementação, aproximando diretrizes normativas de instrumentos de cofinanciamento, qualidade e dados. Aumenta a centralidade da coordenação em rede, da integração com a atenção especializada e da recomposição de capacidades institucionais da APS, incluindo saúde bucal, atenção domiciliar com apoio das eMulti, equipes ribeirinhas/fluviais, Consultório na Rua, unidades móveis, equipes de fronteira, atenção primária prisional e incentivos como o eQuilombola.	Eleva a densidade das camadas – equidade, multiprofissionalidade, atenção domiciliar, modalidades territoriais, qualidade, infraestrutura, saúde digital e saúde bucal – e intensifica pactuações operacionais para populações e territórios com barreiras históricas de acesso.

Fonte: elaboração própria com base no corpus documental do estudo (Brasil, 2006-2026).

Na janela histórica 2006-2011, que reúne o final do Ciclo A, o Ciclo B e o início do Ciclo C, a PNAB consolidou diretrizes nacionais, reafirmou a ESF como eixo organizador e acompanhou a expansão de equipes, do cofinanciamento federal, do apoio matricial e das tecnologias de suporte. Nesse momento, predominou *layering*: novas iniciativas foram adicionadas à norma-núcleo sem alterar seu sentido principal, ampliando escopo assistencial, intersectorialidade, capacidade clínica, saúde bucal e presença territorial^{5,24}.

Na janela histórica 2011-2017, que reúne o Ciclo C e o Ciclo D, a PNAB 2011 densificou parâmetros organizativos e reforçou a coordenação do cuidado em diálogo com regionalização e redes^{6,15}. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica – Sisab/e-SUS APS, Programa Mais Médicos, Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Requalifica UBS, Atenção Domiciliar e Consultório na Rua exemplificam adições que qualificaram a avaliação, a informação, o provimento, a infraestrutura e as modalidades assistenciais. Trata-se de *layering* orientado à expansão de capacidades e à formalização de padrões de qualidade.

A PNAB 2017 marcou a inflexão regulatória. A norma preservou a ESF como orientação prioritária, mas ampliou a flexibilidade organizativa, reconheceu os arranjos não equivalentes à equipe de Saúde da Família e reabriu as disputas sobre a cobertura por agentes comunitários, padrões nacionais e equidade⁷⁻¹⁴. O efeito não foi a substituição imediata da ESF, mas a ampliação do repertório regulatório disponível aos gestores, criando condições para mudanças graduais dependentes das capacidades locais.

Na janela histórica 2017-2022, correspondente ao final do Ciclo D e ao Ciclo E, cresceu o peso dos instrumentos infralegais, financeiros e informacionais. Previne Brasil, Informatiza APS, Carteira de Serviços e reorganizações institucionais deslocaram parte da indução para cadastramento, registro, indicadores e gestão de dados²⁵⁻²⁸. Aqui observa-se conversão institucional: instrumentos já existentes, especialmente cofinanciamento e informação, passaram a orientar novos comportamentos organizacionais, ainda que a PNAB permanesse como marco normativo vigente.

Na janela histórica 2023-2026, correspondente ao Ciclo F, a recomposição da multiprofissionalidade, a recalibração do cofinanciamento, o SUS Digital, a Rede Alyne e os

instrumentos de regulação e qualidade ampliaram a densidade do *policy mix*²⁹⁻³⁴. A indução federal passou a combinar equidade, vínculo, qualidade, infraestrutura, transformação digital, integração APS-atenção especializada e cuidado contínuo. Nesse ciclo, modalidades territoriais e incentivos específicos – equipes

ribeirinhas/fluviais, Consultório na Rua e unidades móveis, equipes de fronteira, atenção primária prisional e eQuilombola – evidenciam que a equidade demanda arranjos diferenciados para territórios historicamente desassistidos. A saúde bucal compõe a integralidade e a equidade territorial.

Quadro 2. Iniciativas instituintes da APS por ciclos federais e camadas de indução (2006-2026)

Janela histórica (ciclos federais)	Iniciativas instituintes (exemplos)	Camada de indução predominante	Função estratégica na APS
2006-2011 (Ciclos A-B; início do C)	Programa Saúde na Escola (PSE); Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS); Telessaúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf)/apoio matricial; Pacto pela Saúde; publicação das condicionalidades do Programa Bolsa Família; Programa Farmácia Popular do Brasil; expansão das equipes de Saúde Bucal na ESF.	Intersetorialidade; tecnologia; apoio multiprofissional; saúde bucal.	Amplia integralidade, educação em saúde, articulação intersetorial e capacidade clínica/assistencial das equipes. A saúde bucal fortalece a compreensão da APS como cuidado integral, territorial e multiprofissional.
2011-2017 (Ciclos C-D)	PMAQ; Sisab/e-SUS APS; Programa Mais Médicos; redes temáticas e linhas de cuidado; Requalifica UBS; Atenção Domiciliar; Consultório na Rua; equipes ribeirinhas e fluviais; atenção primária prisional; Provab; pontos de apoio da UBS e reconhecimento do gerente de UBS; mudança da nomenclatura Nasf para Nasf-AB; integração vigilância-APS; escopo de práticas da APS; piso salarial dos ACS; inclusão de equipes de Saúde Bucal em instrumentos de qualificação e monitoramento.	Qualificação/desempenho; informação; provimento; infraestrutura; modalidades territoriais; redes temáticas; saúde bucal; equidade.	Padroniza avaliações e incentivos; fortalece monitoramento; enfrenta escassez de profissionais; sustenta longitudinalidade; expande capacidade instalada e exige integração APS-especializada. As modalidades territoriais ampliam a capacidade da APS de alcançar populações em situação de rua, águas, prisões e territórios de difícil acesso.
2017-2022 (final do Ciclo D; Ciclo E)	Saúde na Hora; Previne Brasil; flexibilização da modalidade de carga horária médica; Informatiza APS; Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS); Programa Médicos pelo Brasil; reordenação de incentivos e parâmetros de monitoramento que repercutem sobre equipes, modalidades territoriais e ações de Saúde Bucal.	Acesso; cofinanciamento; transformação digital; governança informacional; carteira de serviços; saúde bucal; modalidades assistenciais.	Reorganiza acesso e incentivos; aumenta a centralidade de dados, cadastro e monitoramento; acelera a digitalização e reposiciona prioridades na APS. As modalidades territoriais e a saúde bucal permanecem como dimensões da integralidade, mas passam a ser atravessadas por critérios de financiamento, registro, desempenho e organização da oferta.
2023-2026 (Ciclo F)	Recomposição do provimento e da multiprofissionalidade; eMulti e apoio multiprofissional à atenção domiciliar; novos arranjos de cofinanciamento; novos indicadores de qualidade da APS; SUS Digital; Rede Alyne; investimentos estruturantes; relançamento do Programa Farmácia Popular do Brasil; unificação dos programas de provimento; fortalecimento do Brasil Sorridente e das Unidades Odontológicas Móveis; equipes ribeirinhas/fluviais; Consultório na Rua e unidades móveis vinculadas; equipes de fronteira; atenção primária prisional; incentivos de equidade, como o eQuilombola.	Cofinanciamento e governança; equidade territorial; multiprofissionalidade; atenção domiciliar; modalidades territoriais específicas; transformação digital; integração em rede; qualidade; saúde bucal.	Intensifica a indução federal em múltiplas camadas, reforçando capacidades locais, coordenação do cuidado e integração APS-atenção especializada. A atenção domiciliar apoiada pelas eMulti amplia a capacidade de cuidado contínuo, compartilhado e territorializado. A equidade deixa de aparecer apenas como princípio geral e passa a ser operacionalizada por arranjos diferenciados para populações ribeirinhas, pessoas em situação de rua, territórios de fronteira, população prisional, comunidades quilombolas e territórios com barreiras históricas de acesso.

Fonte: elaboração própria com base no corpus documental do estudo (Brasil, 2006-2026).

A comparação entre os agrupamentos de ciclos de gestão federal indica uma mudança qualitativa. O conjunto formado pelo final do Ciclo A e pelo Ciclo B expandiu capacidades básicas; o Ciclo C e o início do Ciclo D refinaram avaliação, informação, provimento, redes e modalidades territoriais; o final do Ciclo D e o Ciclo E concentraram indução em cofinanciamento, cadastro e monitoramento; e o Ciclo F diversificou instrumentos redistributivos, multiprofissionais, digitais, estruturantes, relacionais e territorializados. Essa trajetória mostra que a política não opera apenas por portarias: ela se realiza na interação entre regras, incentivos, infraestrutura, trabalho vivo, vínculo, capacidade regional de

coordenação e dispositivos capazes de levar cuidado a populações ribeirinhas, em situação de rua, em fronteiras, no sistema prisional e em territórios quilombolas.

Essa periodização também revela que a densidade da APS aumentou sem que uma nova PNAB substituísse formalmente a versão de 2017. O deslocamento ocorre por acúmulo e reorientação de instrumentos: alguns ampliam capacidades, como provimento, equipes multiprofissionais e infraestrutura; outros reordenam prioridades, como cofinanciamento, indicadores e sistemas de informação; e outros tensionam o modelo, como respostas emergenciais que podem suspender ou fragilizar o cuidado longitudinal.

Quadro 3. Contexto político-fiscal, institucional e eventos críticos na trajetória da APS e da PNAB (2006-2026)

Janela histórica (ciclos federais)	Marcos de contexto político-fiscal e institucional	Emergências de saúde pública / eventos críticos	Implicações para a APS e para a leitura da PNAB
2006-2011 (Ciclos A-B; início do C)	Expansão da APS e fortalecimento incremental de capacidades locais; indução federativa por instrumentos complementares; ampliação da ESF e das equipes de Saúde Bucal como parte do esforço de territorialização e integralidade.	Fragilidade da integração entre APS e vigilância em saúde para atuação frente a emergências em saúde pública; pandemia de influenza A(H1N1)pdm09 como evento crítico para vigilância, vacinação e resposta territorial.	O contexto de expansão favorece a implementação da PNAB como norma-núcleo e a criação de instrumentos indutores complementares. Ao mesmo tempo, evidencia a necessidade de articular cuidado clínico, vigilância, promoção da saúde, saúde bucal e ações intersetoriais no território.
2011-2017 (Ciclos C-D)	Regionalização e redes ganham institucionalidade com o Decreto nº 7.508/2011; intensificam-se instrumentos de qualificação, provimento, infraestrutura, informação, modalidades territoriais e organização em rede.	Zika e microcefalia, com declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional e reconhecimento internacional da situação.	A APS passa a ser cobrada por coordenação em redes, integração com atenção especializada e capacidade de resposta territorial. As crises testam a integração vigilância-cuidado, incluindo acompanhamento longitudinal, atenção à gestante, desenvolvimento infantil, saúde bucal, cuidado familiar, suporte comunitário e capacidade de alcançar territórios específicos.
2017-2022 (final do Ciclo D; Ciclo E)	Implementação da PNAB 2017 sob os efeitos do Novo Regime Fiscal instituído pela EC nº 95/2016, com maior pressão por eficiência, monitoramento e reconfiguração dos instrumentos de indução; intensificação do papel da informação, do cadastro, dos indicadores e do cofinanciamento.	Covid-19, com declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, e mpox, reconhecida como emergência internacional, com repercussões para vigilância, notificação, organização do acesso e continuidade do cuidado.	As crises exigem manter cuidado longitudinal e reorganizar acesso em contexto de sobrecarga. Reforçam a necessidade de APS resiliente, vigilância integrada, coordenação em rede e preservação de cuidados não interrompíveis, como condições crônicas, saúde mental, vacinação, saúde materno-infantil, saúde bucal, atenção domiciliar e cuidado a populações em territórios vulnerabilizados.

Quadro 3. Contexto político-fiscal, institucional e eventos críticos na trajetória da APS e da PNAB (2006-2026)

Janela histórica (ciclos federais)	Marcos de contexto político-fiscal e institucional	Emergências de saúde pública / eventos críticos	Implicações para a APS e para a leitura da PNAB
2023-2026 (Ciclo F)	Transição pós-emergência inter- nacional da covid-19; recalibração do cofinanciamento; saúde digital como eixo estruturante; recom- posição da multiprofissionalidade; expansão de investimentos; reordenação de redes temáticas; territorialização de incentivos para populações vulnerabilizadas e contextos específicos.	Persistência de ondas epidêmi- cas, incluindo arboviroses; fluxos migratórios envolvendo pessoas migrantes, refugiadas e apátridas; enchentes no Rio Grande do Sul e outros eventos climáticos extre- mos; emergências ambientais, humanitárias e sociais; necessi- dade crescente de preparação e resposta territorial.	A agenda desloca-se para a coerência entre norma, cofinanciamento, qualidade, saúde digital, força de trabalho e infraestrutura territorialmente adequada. A integração entre APS e atenção especializada torna- -se condição prática da coordenação do cuidado. A resiliência passa a ser compreendida como capacidade estratégica da APS, exigindo continuidade do cuidado, atenção domiciliar apoiada pelas eMulti, abordagem comunitária, participação social, saúde bucal integra- da, modelos físicos, tecnológicos e logísticos de UBS preparados para crises e capacidade de acompanhar trajetórias de vida em contextos de desigualdade.

Fonte: elaboração própria com base no corpus documental e nos documentos de resposta a emergências analisados.

As emergências de saúde pública atuaram como testes de estresse. Zika, covid-19, mpox, arboviroses, fluxos migratórios envolvendo pessoas migrantes, refugiadas e apátridas, enchentes no Rio Grande do Sul e outros eventos climáticos extremos evidenciaram que a APS depende de capacidades previamente construídas para integrar vigilância, cuidado, comunicação de risco, vacinação, saúde mental, saúde bucal, cuidado domiciliar e acompanhamento de condições crônicas. A resiliência, portanto, não é um atributo isolado, mas uma capacidade estratégica produzida por cofinanciamento, força de trabalho, informação interoperável, presença comunitária, continuidade do cuidado e infraestrutura adequada às vulnerabilidades territoriais.

Essa leitura desloca a agenda da APS para além da organização de equipes e fluxos assistenciais, alcançando também os modelos físicos, tecnológicos e logísticos das UBS. Unidades capazes de funcionar em contextos de instabilidade climática, interrupção de energia, deslocamento populacional, barreiras de acesso, sobrecarga assistencial e necessidade de resposta rápida no território tornam-se condição para sustentar cuidado contínuo, seguro e equitativo.

A síntese transversal identificou cinco tensões estruturantes: modelo nacional abrangente e flexibilidade local; indução equitativa e capacidades territoriais desiguais; qualificação por cofinanciamento, indicadores e informação e risco de conformidade administrativa; coordenação atribuída à APS e fragmentação das redes; e continuidade do cuidado diante de emergências, condições crônicas, fluxos populacionais e transformações sociais, tecnológicas, ambientais e climáticas. Essas tensões sustentam a discussão e a agenda futura.

Discussão

A principal contribuição do artigo é interpretar a PNAB não apenas como sucessão de portarias, mas também como política em movimento, cuja capacidade de produzir APS depende da coerência entre instrumentos de indução, relações de cuidado, coordenação regional e continuidade das trajetórias das pessoas nos territórios. Essa leitura evita reduzir a política ao texto normativo e permite compreender como cofinanciamento, informação, equipes, redes, saúde bucal, participação e emergências redefinem as prioridades de implementação.

PNAB 2017: inflexão regulatória e condições de implementação

A PNAB 2017 exige análise ambivalente: de um lado, manteve territorialização, adscrição, coordenação do cuidado e prioridade declarada da ESF; de outro, flexibilizou parâmetros, reconheceu outras equipes e diferenciou padrões essenciais e ampliados⁷⁻¹⁴. A questão central não é a flexibilidade em si, mas o contexto em que ela opera. Em municípios com cofinanciamento, profissionais, conectividade, regulação e retaguarda especializada, a adaptação pode ampliar o acesso. Em territórios vulnerabilizados, pode legitimar ofertas restritas e aprofundar a segmentação.

As evidências indicam que a PNAB 2017 não produziu substituição imediata da ESF por outros arranjos, mas alterou o campo de possibilidades institucionais¹². Seu efeito mais relevante é gradual: ao deslocar padrões mínimos, composição de equipes e margem decisória local, a norma passou a interagir com o Novo Regime Fiscal^{16,17}, com mudanças no provimento, no cofinanciamento e nos sistemas de informação. Esse contexto não explica, isoladamente, a revisão normativa, mas ajuda a compreender as inflexões que se deflagraram na PNAB e em seus instrumentos de implementação: maior flexibilidade regulatória, pressão por eficiência, centralidade crescente do monitoramento, reconfiguração do cofinanciamento e disputa sobre padrões nacionais mínimos, equidade e sustentabilidade da ESF. Por isso, a crítica à PNAB 2017 deve ser articulada às condições concretas de implementação e à capacidade federativa de proteger atributos essenciais da APS.

A tensão federativa é decisiva para interpretar essa inflexão. A PNAB 2017 ampliou a margem de adaptação municipal, mas a autonomia local não tem o mesmo significado em todos os territórios. Quando há escassez de profissionais, baixa capacidade administrativa ou dependência intensa dos repasses federais, a flexibilidade pode operar menos como inovação e mais como autorização para padrões

mínimos. Esse é o ponto em que norma, cofinanciamento e desigualdade federativa se encontram.

A Carteira de Serviços da APS pode apoiar a transparência e o planejamento³⁵, inclusive ao explicitar ofertas de saúde bucal, cuidado às condições crônicas, saúde mental e ações preventivas. Contudo, sem força de trabalho, insumos, educação permanente, regulação e integração com a atenção especializada, o escopo pode ser apropriado como um *checklist* de procedimentos, deslocado da longitudinalidade, da orientação comunitária e da corresponsabilização clínica.

Equidade territorial, Índice de Equidade e Dimensionamento e risco de implementação desigual

O risco de que instrumentos uniformes ampliem desigualdades decorre da heterogeneidade municipal. Regras iguais incidem sobre territórios com capacidades muito distintas de registro, conectividade, provimento profissional, infraestrutura, ruralidade, dispersão populacional, logística, oferta especializada e organização da saúde bucal. A equidade, portanto, não depende apenas do desenho formal do incentivo, mas, sobretudo, da suficiência dos valores, da atualização das bases e do apoio institucional para que municípios vulneráveis consigam responder às exigências operacionais.

A nova metodologia de cofinanciamento instituída em 2024 respondeu parcialmente a esse problema ao incorporar o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), que combina vulnerabilidade social e porte populacional^{29,30}. Trata-se de um avanço diante de incentivos estritamente uniformes, pois reconhece que necessidades sociais e custos de provisão não se distribuem igualmente. Entretanto, seus critérios ainda captam, de modo incompleto, ruralidade, dispersão territorial, especificidades amazônicas, fluxos migratórios, barreiras de acesso à atenção especializada, vazios assistenciais e desigualdades na capacidade de registro.

A ampliação posterior do componente de equidade e qualidade para equipes ribeirinhas, Consultório na Rua e atenção primária prisional sugere correção progressiva do desenho³¹. A incorporação de equipes de fronteira, unidades móveis vinculadas ao cuidado de populações em situação de rua e incentivos específicos, como o eQuilombola, amplia essa direção, pois desloca a equidade de um princípio abstrato para mecanismos operacionais voltados a territórios e populações com barreiras históricas de acesso.

Ainda assim, o IED deve ser entendido como uma camada necessária, não suficiente. Sua efetividade dependerá de avaliação distributiva, atualização de bases, incentivos específicos, provimento regionalizado, apoio institucional e proteção de uma base universal estável de cofinanciamento.

Na janela histórica 2023-2026, correspondente ao Ciclo F, a pergunta analítica deixa de ser apenas se há equidade no desenho do componente financeiro e passa a ser se o conjunto de instrumentos permite que municípios desiguais alcancem resultados comparáveis. Indicadores de qualidade, vínculo e acompanhamento territorial podem reforçar o cuidado quando apoiados por equipes estáveis e dados úteis; porém, podem punir indiretamente territórios com maior rotatividade, menor conectividade e maior dispersão populacional. Essa tensão indica que o IED precisa ser articulado a apoio institucional, saúde digital, provimento e integração regional, para não transformar diferenças de capacidade em diferenças de desempenho²⁹⁻³¹.

Cofinanciamento, transformação digital e indução relacional

O Programa Previne Brasil aumentou a centralidade do cadastro, do desempenho e da qualidade da informação, mas foi criticado por deslocar parte da indução do território para indivíduos registrados e indicadores restritos²⁵⁻²⁸. O SUS Digital e a informatização ampliam possibilidades de continuidade clínica, telessaúde e

integração regional^{28,32}, bem como podem aumentar desigualdades quando equipamentos, conectividade, interoperabilidade e suporte técnico são insuficientes.

A camada relacional explicita um limite dos instrumentos administrativos. Nenhuma portaria produz cuidado sozinho: vínculo, confiança, comunicação, trabalho colaborativo, participação ativa do usuário, apoio familiar e corresponsabilização tornam a política viva. Esses elementos não substituem cofinanciamento, informação e normas; ao contrário, indicam que sua efetividade depende de tempo de equipe, estabilidade profissional, educação permanente, abordagem comunitária e governança que reconheça o trabalho vivo em saúde.

Nesse sentido, a transformação digital deve servir à decisão clínica e comunitária, e não apenas ampliar as exigências de registro. Informação útil é aquela que apoia o acompanhamento, a busca ativa, os planos terapêuticos compartilhados, a segurança do paciente, o cuidado em saúde bucal, o monitoramento remoto quando pertinente e a comunicação entre pontos da rede. Quando a digitalização se converte em conformidade administrativa, enfraquece a potência relacional da APS.

Agenda futura: das normas às trajetórias de cuidado

A literatura e o *corpus* documental sugerem que a agenda futura não deve partir da negação das versões anteriores da PNAB, mas da seleção crítica de suas conquistas e incoerências^{5-14,24,29-35}. A versão de 2006 legou a centralidade da ESF, da territorialização e da responsabilidade sanitária. A revisão de 2011 adensou a organização da APS, fortaleceu a articulação em redes, a multiprofissionalidade, a avaliação, a saúde bucal e as modalidades de cuidado. Já a PNAB 2017 reconheceu a diversidade territorial e a necessidade de adaptação local, bem como tornou mais visíveis os riscos de flexibilização sem proteção de padrões nacionais, segmentação do acesso e fragilização da coordenação federal.

Assim, a agenda futura exige uma política capaz de combinar base universal forte, cofinanciamento equitativo, modalidades territoriais diferenciadas, saúde bucal integrada, cuidado contínuo, atenção domiciliar com apoio multiprofissional, participação social, transformação digital útil ao cuidado e infraestrutura resiliente para responder às desigualdades e emergências contemporâneas.

A agenda futura não se resume à edição de nova portaria. Parte dela depende de mudanças normativas, como explicitar parâmetros nacionais que protejam a ESF, atualizar regras de cofinanciamento e fortalecer integração entre APS, regulação e atenção especializada. Outra parte depende de implementação: provimento, conectividade, infraestrutura, educação permanente, apoio institucional, pactuação regional e mecanismos de participação social. A tensão central é combinar a estabilidade de princípios com a adaptação territorial sem legitimar padrões desiguais.

No curto prazo, a maior viabilidade político-institucional parece estar no aperfeiçoamento de instrumentos já existentes: refinar o IED, avaliar seus efeitos distributivos, reduzir a sobrecarga de registro, qualificar os indicadores, fortalecer as eMulti, a saúde bucal, a telessaúde e a regulação regional. Mudanças mais profundas, como reorganizar a PNAB em torno das trajetórias de cuidado, exigem pactuação federativa e debate social mais amplo. Isso significa deslocar o enfoque da política para a experiência concreta das pessoas na rede: como acessam os serviços, como mantêm vínculo com as equipes, como transitam entre a APS e a atenção especializada e como recebem cuidado contínuo diante de condições crônicas, vulnerabilidades e emergências.

As condições crônicas e a multimorbidade tornam essa mudança visível. O desafio deixa de ser apenas coordenar serviços e passa a ser acompanhar pessoas por anos ou décadas, articulando profissionais, tecnologias, autocuidado apoiado, saúde bucal, saúde mental, atenção especializada, cuidado domiciliar, apoio familiar e comunitário e cuidados

paliativos quando necessários. Cuidado contínuo não é apenas a permanência de vínculo; é a capacidade de sustentar trajetórias seguras, integrais e corresponsáveis ao longo da vida.

A agenda também contém tensões internas. Ampliar a saúde digital pode favorecer a continuidade, mas pode produzir novas desigualdades se não vier acompanhada de conectividade, equipamentos e suporte. Fortalecer indicadores pode induzir a qualidade, mas pode reduzir o cuidado ao que é mensurável. Expandir modalidades e equipes pode ampliar a integralidade, mas pode fragmentar as responsabilidades se não houver coordenação regional. Por isso, a agenda futura precisa ser pensada como uma combinação coerente de instrumentos, e não como a soma de programas.

Participação social, abordagem comunitária e intersetorialidade atravessam todos esses pontos. Conselhos, pactuação federativa e mecanismos de escuta são necessários para identificar efeitos territoriais, corrigir instrumentos excludentes e impedir que a agenda de qualidade se reduza ao que é mensurável. Uma APS orientada por trajetórias precisa combinar qualidade técnica, segurança, equidade e democracia sanitária.

Considerações finais

A trajetória da PNAB entre 2006 e junho de 2026 evidencia uma mudança institucional gradual. A política permanece como norma-núcleo, enquanto camadas regulatórias, financeiras, organizacionais, informacionais e relacionais redefinem prioridades, capacidades e padrões de implementação. O ponto decisivo não é apenas o texto da política, mas também a coerência do *policy mix* que se acumula ao seu redor.

A PNAB 2017 constituiu uma inflexão regulatória relevante, mas seus efeitos dependem da interação com o Novo Regime Fiscal, provimento, cofinanciamento, sistemas de informação e capacidades locais. O IED

representa um avanço redistributivo, embora insuficiente para captar toda a complexidade territorial. Emergências sanitárias, climáticas e humanitárias demonstraram que a resiliência depende de investimentos prévios em força de trabalho, informação interoperável, vigilância integrada, abordagem comunitária, continuidade do cuidado e infraestrutura de UBS preparada para responder a instabilidades ambientais, fluxos populacionais e interrupções operacionais.

Como limitação, a análise documental e a síntese narrativa delineiam trajetórias e mecanismos de indução, mas não estimam efeitos causais nem substituem estudos avaliativos sobre a implementação local. A seleção documental pode não contemplar todos os atos infralegais do período. Ainda assim, a validação cruzada entre normas, instrumentos operacionais e literatura crítica sustenta a interpretação histórica apresentada.

A agenda futura da APS no SUS deve alinhar cofinanciamento equitativo, qualidade, saúde digital, multiprofissionalidade, saúde bucal, regulação regional e participação social à preservação dos atributos essenciais da APS. Mais do que organizar serviços, a política precisa

sustentar trajetórias de cuidado contínuas, integrais, seguras e compartilhadas, especialmente diante de condições crônicas, multimorbidade, envelhecimento, desigualdades territoriais e eventos críticos. Uma PNAB viva depende de instrumentos coerentes, relações de cuidado fortes e integração efetiva das redes para reduzir iniquidades e sustentar o SUS universal.

Contribuições de autoria

Pereira AG (0000-0001-8231-8538)* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, metodologia, análise e interpretação dos dados, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Klitzke DD (0009-0008-0138-9253)*, Chaves ACC (0000-0003-3711-3829) e Domingos HCT (0000-0002-5918-9333)* contribuíram para metodologia, redação, revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. Tomasini AJ (0000-0002-7900-8878)*, Brito Júnior JF (0009-0008-4142-9889)* e Oliveira LG (0000-0003-2399-3052)* contribuíram para revisão crítica e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
2. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica. *Ciênc saúde coletiva*. 2018;23(6):1903-14. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
3. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93. DOI: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.127480>
4. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349:g4014. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g4014>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2006 mar 29 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 61; Seção I:71. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
6. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 out 24 [acesso em 2026 jul 8]; Seção I-48-55. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
7. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2017 set 22 [acesso em 2026 jul 8]; Seção I. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
8. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. 2018;42(116):11-24. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
9. Almeida ER, Sousa ANA, Brandão CC, et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015-2017). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e180. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>
10. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde Debate. 2018;42(Esp 1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
11. Mitros VMS, Rocha RN, Costa NGS, et al. Mudanças na Política de Atenção Básica à Saúde: consensos e contestações em espaços deliberativos do SUS. Saúde Debate. 2023;47(138):444-61. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313806>
12. 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 coletiva. 2020;25(4):1327-38. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>
13. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciênc saúde coletiva. 2020;25(4):1475-82. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
14. Mendonça FF, Lima LD, Pereira AMM, et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. Saúde Debate. 2023;47(137):13-30. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>
15. Presidência da República (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2011 jun 29 [acesso em 2026 jul 8]; Seção I:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm
16. Presidência da República (BR). 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016 dez 16 [acesso em 2026 jul 8]; Seção I:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
17. Menezes APR, Moretti B, Reis AAC. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate. 2019;43(Esp 5):58-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>

18. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional por alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2015 nov 12 [acesso em 2026 jul 8]; Seção I:51. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html
19. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2020 fev 4 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 24-A; Seção I:1. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0188_04_02_2020.html
20. Howlett M, Rayner J. Design principles for policy mixes: cohesion and coherence in new governance arrangements. *Policy Soc.* 2007;26(4):1-18. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1449-4035\(07\)70118-2](https://doi.org/10.1016/S1449-4035(07)70118-2)
21. Mahoney J, Thelen K. A theory of gradual institutional change. In: Mahoney J, Thelen K, editores. Explaining institutional change: ambiguity, agency, and power. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 1-37.
22. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qual Res J.* 2009;9(2):27-40. DOI: <https://doi.org/10.3316/QRJ0902027>
23. Popay J, Roberts H, Sowden A, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews [Internet]. Lancaster: Lancaster University; 2006 [acesso em 2026 jul 8]. Disponível em: <https://www.york.ac.uk/media/crd/Guidance%20on%20the%20conduct%20of%20narrative%20synthesis%20in%20systematic%20review.pdf>
24. Fernandez M, Tasca R, Klitzke DD, et al. O financiamento federal da Atenção Primária à Saúde: modelos, desafios e potencialidades. *Saúde Debate.* 2026;50(148):e10924. DOI: <https://doi.org/10.1590/2358-2898202614810924P>
25. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. 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 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 nov 13 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 220; Seção I:97. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html
26. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc saúde coletiva.* 2020;25(4):1181-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
27. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previnir Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saúde Pública.* 2020;36(9):e00040220. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
28. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2019 nov 13 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 220; Seção I:99. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2983_12_11_2019.html
29. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 abr 11 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 70; Seção I:100. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html

30. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 122/2024-CGFAP/SAPS/MS: metodologia de cálculo do Índice de Equidade e Dimensionamento [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2026 jul 8]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-122-2024-cgfap-saps-ms.pdf>
31. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017 e a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, bem como revoga a Portaria GM/MS nº 5.668, de 1º de novembro de 2024, para dispor sobre a metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde – APS no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e o incentivo financeiro federal de custeio das equipes de Consultório na Rua – eCR e equipes de Atenção Primária Prisional – eAPP, e dispor sobre os eixos temáticos do componente de qualidade para as equipes de Saúde da Família Ribeirinha – eSFR [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2025 ago 21 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 158; Seção I:97. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt7799_21_08_2025.html
32. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Programa SUS Digital [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 mar 4 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 43; Seção I:52. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3232_04_03_2024.html
33. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2023 maio 22 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 96-B; Seção I:11. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html
34. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyne [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2024 set 13 [acesso em 2026 jul 8]; Edição 178; Seção I:90. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html
35. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS): versão profissionais de saúde e gestores – completa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019.

Recebido em 30/03/2026

Aprovado em 19/07/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Maria Lucia Frizon Rizzotto, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), Cascavel (Paraná/PR), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7877904356698023> – Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – e-mail: marialuciarizzotto@gmail.com