



11º Encontro Internacional de Política Social 18º Encontro Nacional de Política Social

Tema: Entre o capital e a vida: questão social,
crise ambiental e resistências

Vitória, ES, Brasil, 18 a 20 de agosto de 2026

Eixo: Política Social: fundamentos histórico-teóricos, análise, avaliação e financiamento

Política Nacional de Atenção Básica: uma análise das mudanças recentes

Júlia Gomes da Silva Lemos¹

Mônica de Castro Maia Senna²

Resumo: Este trabalho analisa as mudanças na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) após a revisão de 2017, focando no financiamento e na composição das equipes. Por meio de pesquisa bibliográfica, discute-se a cisão com as versões anteriores e a consequente indução de um modelo seletivo e ambulatorial de assistência à saúde. A análise situa a política na conjuntura de restrição de gastos e austeridade fiscal, contrastando as alterações com as recentes recomposições do Ministério da Saúde a partir de 2023, como as equipes eMulti e a nova metodologia de financiamento de 2024. Conclui-se que, embora o cenário atual sinalize avanços na estruturação de uma Atenção Básica mais conectada aos princípios do SUS, permanece tensionada por limites estruturais e disputas políticas.

Palavras-chave: política nacional de atenção básica; financiamento; composição de equipes.

National Primary Care Policy: An analysis of recent changes

Abstract: This study analyzes changes in the National Primary Care Policy (PNAB) following the 2017 revision, focusing on funding and team composition. Through bibliographic research, it discusses the rift with previous versions and the resulting shift toward a selective, ambulatory healthcare model. The analysis situates the policy within a context of fiscal austerity, contrasting these changes with recent Ministry of Health updates since 2023, such as eMulti teams and the 2024 funding methodology. It concludes that while the current scenario signals progress in structuring Primary Care more closely aligned with SUS principles, it remains strained by structural limits and political disputes.

Keywords: national primary care policy; funding; team composition.

1. Introdução

Inspirada pelo preconizado na Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Básica (AB) brasileira foi estruturada como a base do sistema, assumindo papel central na redução das desigualdades regionais em termos de oferta de serviços de atenção à saúde (Giovanella, *et al.*, 2019). Desde a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) de 1996 (NOB SUS 01/96), cresceu a discussão em

¹ Psicóloga pela Universidade Federal Fluminense (UFF/ESR) e mestranda no Programa de estudos pós-graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. lemosjulia@id.uff.br

² Mestre e Doutora em Ciências - Saúde Pública. Professora da Escola de Serviço Social e do Programa de estudos pós-graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense. monica_senna@id.uff.br

torno do modelo de atenção a ser construído na AB, abrindo espaço para inflexões no modelo hospitalocêntrico anterior (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Definiu-se também o financiamento específico para esse nível de atenção, por meio da implantação do Piso da Atenção Básica (PAB). A partir de então, a AB expandiu-se no país, caracterizada como o primeiro nível de atenção, por meio, sobretudo, do então Programa Saúde da Família (PSF). Em 2006, com a primeira edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), o PSF, agora transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), passou a ser caracterizado como modelo organizador da AB brasileira (Brasil, 2006). A ampliação da cobertura e a capilaridade do SUS a partir da ESF estimularam debates no espaço local/municipal acerca da necessidade de esse nível do governo organizar e gerenciar seus próprios serviços e coordenar o cuidado integral em saúde (Giovanella; Mendonça, 2012) além de fortalecer o vínculo entre equipes de saúde e comunidades, sobretudo em territórios historicamente vulneráveis (Macinko; Mendonça, 2018).

Desde sua instituição, em 2006, a PNAB passou por duas revisões, uma em 2011, e outra, mais recente, em 2017 (Brasil, 2011; Brasil, 2017). É possível afirmar que as alterações introduzidas na PNAB 2011 decorrem de um aperfeiçoamento da primeira edição, sobretudo a partir da implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Já a PNAB 2017, implantada em um novo contexto político do país, promoveu alterações principalmente no que diz respeito ao financiamento da Atenção Básica, e aos modelos de assistência em saúde, cujo efeito acaba por reconfigurar as composições das equipes da AB. Destaca-se ainda, no bojo desse processo, a instauração do Programa Previne Brasil (PPB) em 2019 (Brasil, 2019), que alterou substancialmente o modelo de financiamento da AB. A partir de então, estudos como os de Massuda (2020) e Toccillo, *et al.* (2025) apontam impactos que indicam um retrocesso da saúde como direito universal, tal qual se fundamenta a Constituição Federal de 1988, para um modelo de acesso à saúde mais restrito e para uma Atenção Básica mais seletiva.

Nesse sentido, este trabalho objetiva analisar as principais mudanças na Atenção Básica a partir da última revisão da PNAB em 2017, estabelecendo dois eixos centrais de análise: o financiamento da AB e a composição das equipes. O trabalho apoiou-se em revisão de literatura a partir de artigos científicos indexados nas bases

Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), e em teses e dissertações publicadas no Portal de Periódicos CAPES. Como descritores, foram utilizadas combinações entre: Atenção Básica *and* Financiamento; Atenção Básica *and* Redes de Atenção à Saúde; Atenção Básica *and* Política Nacional de Atenção Básica.

O período de análise da revisão considerou a conjuntura mais recente (2017-2025), tomando a última revisão da PNAB, em 2017, e as alterações decorrentes do cenário de crescimento de políticas de austeridade fiscal (Salvador, 2024), bem como os tensionamentos decorrentes da recomposição do Ministério da Saúde em 2023, no terceiro governo Lula. A análise considera o contexto e o conteúdo da política nacional, situando-a na atual conjuntura de restrição de gastos e tensionamentos políticos, e reconhecendo o modelo que reorganiza a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Como critérios de inclusão foram consideradas produções da literatura nacional que abordassem a PNAB em seus aspectos históricos, normativos, organizacionais e de financiamento, particularmente no que se refere à Estratégia Saúde da Família. Foram desconsiderados estudos cujo foco recaísse sobre outros arranjos ou equipes da Atenção Básica, como as equipes de Saúde Bucal (eSB) e as equipes de Atenção Primária (eAP), por não se alinharem ao objeto específico de análise deste trabalho.

Parte-se, portanto, da compreensão de que se as edições da PNAB de 2006 e de 2011 revelaram avanços a partir de um aprendizado institucional, o mesmo não se pode dizer da revisão da PNAB de 2017 que representou uma cisão em relação às anteriores (Morosini, Fonseca, Lima, 2018). Dessa forma, este trabalho enfatiza as mudanças na PNAB, elegendo eixos estratégicos de análise: a) composição das equipes; b) financiamento.

2. Mudanças na composição das equipes

Um dos campos mais disputados na PNAB e, conseqüentemente, em seu financiamento, é a dimensão de qual arranjo assistencial é considerado prioritário e, portanto, incentivado (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022). A implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi decisiva para a expansão da AB no país (Giovannella; Mendonça, 2012). De acordo com Massuda (2020), somado à

descentralização de recursos federais para municípios, a ESF ampliou o acesso a serviços básicos de saúde e promoveu melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais.

Desde sua instituição, a PNAB prevê uma Atenção Básica desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, sendo operacionalizada a partir das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Por meio da PNAB 2011, estabelece-se que a AB deve posicionar-se como o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Em seus princípios, orienta-se pela universalidade; acessibilidade, vínculo; continuidade do cuidado; da integralidade da atenção; responsabilização; humanização; equidade e participação social (Brasil, 2011).

Seus fundamentos e diretrizes, portanto, priorizam a proximidade com os territórios adscritos, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação local. Além disso, suas ações são baseadas na longitudinalidade do cuidado que pressupõe uma continuidade da relação, com construção de vínculo e corresponsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, cujo papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), cotidianamente presente nos territórios, é fundamental para fortalecimento do vínculo e da confiança entre usuários e UBS.

Entretanto, na última revisão da PNAB de 2017, a disputa pelo modelo prioritário da AB fez com que a ESF tivesse sua centralidade questionada. A revisão da PNAB nesse período não está dissociada do contexto mais amplo do Golpe de Estado que depôs a presidente Dilma Rousseff e retrocessos e desmonte do padrão constitucional de políticas sociais no país. Embora a ESF tenha sido estabelecida como prioritária no plano do discurso, admitiram-se outras estratégias de organização da AB, como as equipes de Atenção Primária (eAP), que passam a ser possíveis e incentivadas. Trata-se de composição baseada em arranjos que possibilitam a flexibilidade na carga horária dos profissionais, sobretudo médicos, e a não obrigatoriedade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (Brasil, 2017) e que reduzem a centralidade do território e do vínculo continuado a um modelo de assistência ambulatorial e biomédica.

Além disso, foi a revisão da PNAB em 2017 que também marcou uma mudança profunda no papel e na sustentabilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado com o objetivo de aumentar a capacidade resolutiva da ESF e ampliar o cuidado ofertado aos usuários nos territórios acompanhados. A gênese do NASF, em 2008 (Brasil, 2008), ocorreu em um cenário próximo à publicação da PNAB de 2006, em que a ESF aparece enquanto estratégia prioritária para orientar toda a Atenção Básica do país. Nesse mesmo período, ganharam projeção os debates sobre a clínica ampliada e compartilhada e sobre o apoio matricial (Custodio, 2025).

O apoio matricial visa transformar a lógica tradicional dos sistemas, centrado nos encaminhamentos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica são atenuados por ações horizontais que integram saberes no cuidado através de duas dimensões: técnico-pedagógico e clínico-assistencial. Assim, equipes especializadas apoiam as equipes de referência nas Unidades Básicas de Saúde. Uma mudança na posição do especialista em relação ao profissional que necessita de seu apoio, que passa a ser construído de modo dialógico, não hierarquizado e com projetos de intervenção compartilhados (Campos; Domitti, 2007).

No entanto, apesar do crescimento dessa perspectiva, à época, dois grupos disputavam politicamente os rumos da equipe a ser criada: como uma equipe de apoio, matricial, ou como um grupo de especialistas para ofertar assistência direta aos usuários (Almeida, 2016). Na intermediação desses interesses, o acordo possível proposto pela Portaria nº 154/2008 (Brasil, 2008) acabou por integrar parte das duas forças que estavam em disputa. Coexistiram, portanto, ações como a educação continuada e o atendimento a casos específicos. Apenas em 2011, houve a inclusão do conceito do apoio matricial na PNAB.

Na análise de Mattos, Gutiérrez e Campos (2022), o equilíbrio entre as dimensões técnico-pedagógica e clínico-assistencial permeiam a implementação do apoio matricial. Até 2016, observou-se uma expansão da legitimidade normativa e prática da metodologia. Todavia, a partir desse ano, numa conjuntura de austeridade fiscal, a dimensão clínico-assistencial foi enfatizada pelas normativas, priorizando atendimentos em perspectiva individualizante. Em 2017, a nova versão da PNAB retira novamente o conceito de apoio matricial do texto. Perde-se a centralidade da dimensão técnico-pedagógica, em detrimento da clínico-assistencial, bem como o “Apoio” que

compunha o NASF, sendo renomeado como Núcleo Ampliado da Saúde de Família e Atenção Básica (NASF-AB).

A partir de 2019, com a instituição do Programa Previne Brasil, o NASF teve seu financiamento discricionário extinto, ficando a cargo dos gestores municipais implantar ou não as equipes. Todos estes elementos somados sugerem um direcionamento intencional e coordenado para o desmonte (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022) que corroborou para o apagamento da clínica ampliada e arrefeceu o enfrentamento com o modelo biomédico hegemônico (Magalhães, *et al*, 2024).

Novos caminhos, porém, parece se desenhar com a instituição das eMulti e as alterações no cenário político. Em 2023, em face da recomposição do Ministério da Saúde, foram instituídas as eMulti (Brasil, 2023), definidas como equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas que atuam de forma complementar e integrada à AB, sendo corresponsáveis pela população e pelo território, em articulação intersetorial e com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Foram concebidas três modalidades de equipes: eMulti Ampliada; eMulti Complementar, e a eMulti Estratégica. As diferenças são baseadas na carga horária semanal, na quantidade de equipes da AB vinculadas, e nos repasses financeiros que variam entre as modalidades.

A nova proposta constitui um arranjo substitutivo ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF- AB). Na eMulti, há a retomada ao incentivo financeiro, e a ampliação das categorias profissionais que podem compor as equipes. Volta-se a ter o apoio matricial, que retorna na Portaria nº 635/2023, como a metodologia central do trabalho, na qual ações compartilhadas e colaborativas são incentivadas. Algo estratégico para o enfrentamento do tradicional modelo de assistência biomédica e curativista (Bispo; Almeida, 2023), que crescia com os marcos legais anteriores (Mattos; Gutiérrez; Campos, 2022).

3. Mudanças no financiamento da Atenção Básica

Com a última revisão da PNAB, evidenciaram-se cenários políticos de disputas, em que a alocação dos recursos opera como potencializador de certas concepções e práticas em detrimento de outras, e cujo papel indutivo acaba por conformar os modelos de atenção nos territórios e impactar nos resultados em saúde. Nesse sentido, as direções que apontam as versões da PNAB refletem os contextos em que foram produzidas, em que os gastos do Estado e as fontes de recursos para financiá-

los são escolhas econômicas, mas principalmente políticas, refletindo a correlação das lutas de classes e a hegemonia na sociedade (Oliveira, 2009). Assim, neste tópico, serão discutidos os modelos de financiamento da AB.

Quando analisadas longitudinalmente, as mudanças na alocação de recursos da AB marcam momentos de rupturas e continuidades em relação ao proposto pela Constituição de 1988 e o princípio do SUS da saúde como direito universal. Entre os avanços, a implementação do Piso da Atenção Básica (PAB) em 1998 foi central, pois substituiu o pagamento por procedimentos pela transferência regular e automática de recursos fixos (PAB fixo), e variáveis (PAB variável) do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal (Barbosa *et al.*, 2016). Em 2006, a primeira PNAB reforçou essa lógica ao adicionar incentivos ao PAB variável prioritariamente à ESF (Macinko; Mendonça, 2018). Posteriormente, a revisão da PNAB de 2011 integrou o componente de qualidade ao financiamento por meio do PMAQ-AB, visando instituir um padrão nacional de excelência para a Atenção Básica (Rodrigues; Eberhardt, 2024).

A partir de 2016, porém, uma nova conjuntura passou a afetar não só a Atenção Básica, como todas as políticas sociais. Num cenário de congelamento dos gastos sociais por 20 anos, com a Emenda Constitucional (EC nº 95) (Brasil, 2016), e as políticas crescentes de austeridade fiscal (Salvador, 2024), a PNAB foi revisada, em 2017. Em 2019, o contexto foi complexificado, e novas regras redirecionaram o financiamento da Atenção Básica. Assim, foi instituído o “Programa Previne Brasil” (Brasil, 2019) baseado em três componentes: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Assim, as transferências intergovernamentais passaram a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas pelos municípios e pelos resultados alcançados com base em um grupo selecionado de indicadores. O financiamento da AB, portanto, passou a operar por critérios seletivos e condicionados, tensionando o princípio da universalidade ao restringir o acesso aos recursos à capacidade de cadastro e ao desempenho em indicadores específicos (Massuda, 2020). Algo que se afasta dos princípios que orientam a política e privilegia a expansão de “pacientes” registrados em detrimento da qualidade e abrangência dos serviços, especialmente em relação aos serviços sem incentivos de desempenho (Massuda, 2020).

Sendo amplamente criticado politicamente pela Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), escancarou-se a necessidade de revisão desse modelo (Toccillo, *et al.*, 2025). Em 2024, durante o terceiro Governo Lula, instituiu-se uma nova metodologia de alocação de recursos para a AB, por meio de uma nova Portaria, a nº 3.493/2024 (Brasil, 2024), revogando o Programa Previne Brasil. Como foi recentemente instituído, os impactos do novo modelo ainda estão sendo ponderados pelos estudos.

Toccillo *et al.* (2025) salientam que o novo modelo volta a priorizar as equipes de Saúde da Família (eSF), ampliando seus recursos, diminuindo o repasse às equipes da Atenção Primária (eAP) e reforçando a relevância da ESF na estruturação dos serviços e na cobertura territorial, embora ainda contemple outros arranjos assistenciais. Destaca-se, ainda, a reintrodução dos repasses para eMulti, incentivando a atuação interdisciplinar na resolução dos problemas de saúde, sobretudo em cenários de alta complexidade social e epidemiológica (Fernandez *et al.*, 2026).

Além disso, a classificação da vulnerabilidade tem como base o “município” e não apenas o “indivíduo”, reduzindo o peso do cadastro dos indivíduos no cálculo dos repasses, o que tende a beneficiar municípios com menor capacidade instalada ou que apresentam dificuldades para cadastrar sua população (Toccillo, *et al.*, 2025). O novo modelo utiliza uma nova metodologia de classificação municipal: o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED) baseado no Índice de Vulnerabilidade Social do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e na classificação por porte populacional, a partir do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e confere maior peso para as condicionantes socioeconômicas do que o porte populacional (Melo; Pimenta; Paiva, 2025).

Todavia, entre as heranças do PPB, a lógica de pagamento baseada no parâmetro de pagamento por desempenho via alcance de metas por indicadores foi mantida, o que tende a gerar efeitos negativos especialmente nos municípios mais vulneráveis (Toccillo, *et al.*, 2025) ao invés de apostar na qualificação da gestão e do cuidado, com ciclos de melhoria contínuos no que tange o acesso e a qualidade (Melo; Pimenta; Paiva, 2025).

Além disso, um elemento que possibilitou estas modificações mais recentes no financiamento da AB foi a flexibilização, ainda que limitada e condicionada, promovida pelo chamado novo arcabouço fiscal (NAF) em relação ao anterior teto de gastos, instituído pela Emenda Constitucional 95/2016, que impôs entraves permanentes para o crescimento dos gastos públicos sociais a fim de viabilizar a retomada de resultados primários positivos, e, assim, garantir a sustentabilidade da dívida pública e a captura do fundo público para o pagamento de juros, em nítida submissão aos interesses do capital portador de juros (Salvador, 2024).

4. Considerações Finais

A análise das transformações na Política Nacional de Atenção Básica a partir de 2017 revela que o arranjo assistencial, a composição de equipes e o financiamento não são dimensões isoladas, mas engrenagens de projetos políticos em disputa. A revisão da PNAB em 2017, ao relativizar a centralidade da Estratégia Saúde da Família e desidratar o papel do NASF, operou uma transição de um modelo de direito universal e territorializado para uma lógica de Atenção Básica seletiva e ambulatorial.

O esvaziamento do suporte matricial e a imposição de regras de financiamento baseadas em metas com o Programa Previn Brasil representaram um distanciamento dos princípios da Constituição Federal 1988 e das PNAB anteriores, priorizando a produtividade biomédica em detrimento da integralidade do cuidado. No entanto, o cenário desenhado a partir de 2023 indica um movimento de retomada dos rumos anteriormente traçados. A instituição das eMulti e a nova metodologia de financiamento da Portaria nº 3.493/2024 buscam resgatar a equidade municipal e a interdisciplinaridade como pilares do SUS. Apesar desses avanços normativos, o sucesso dessa retomada enfrenta obstáculos estruturais substanciais. As políticas de austeridade fiscal e a redução dos gastos sociais impõem limites significativos ao gasto público.

Em síntese, a Atenção Básica brasileira encontra-se em um estágio de recomposição estratégica. Em face a uma conjuntura política mais favorável, sinaliza-se uma possível janela de oportunidade (Kingdon, 2011) nas agendas decisórias. No entanto, é imperativo considerar a volatilidade do cenário político. Em um período eleitoral, essa janela torna-se sensível aos resultados das urnas, sob o risco de retrocessos em caso de guinadas em direção a projetos políticos neoliberais, gerencialistas ou de austeridade fiscal mais duros.

Os arranjos atualmente instituídos no financiamento e na composição das equipes sinalizam avanços na estruturação de uma AB mais efetiva. Todavia, a expectativa deve manter-se cautelosa, evitando uma perspectiva puramente otimista que ignore as forças contrárias em disputa, a mutabilidade inerente às políticas sociais e ao cenário político e, sobretudo, os limites estruturais de um país marcado por profundas desigualdades sociais, dada sua inserção periférica no capitalismo global.

Referências

ALMEIDA, E. R. **A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. 2016. 201 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

BARBOSA, M. G. et al. **Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho**. In: GOMES, L. F.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. (org.). *Atenção básica: olhares a partir do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade – (PMAQ-AB)*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 101-123.

BISPO, José Patrício; ALMEIDA, Erika Rodrigues de. **Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 39, n. 10, e00045223, 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **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. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, n. 61, p. 71-76, 29 mar. 2006.

BRASIL. 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*: seção 1, Brasília, DF, n. 204, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. 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). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previnde Brasil, que estabelece o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde - eMulti. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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 dispor sobre a nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CUSTÓDIO, Ana Vitória Lossavaro. **Do NASF a eMulti: os caminhos da clínica ampliada na zona norte do município de São Paulo.** 2025. 139 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2025.

FERNANDEZ, Michelle; TASCA, Renato; DITMAR KLITZKE, Dirceu; SGUÁRIO KEMPER, Elisandrea; PILZ, Carlos; MAIA, Bárbara; FORMOSO, Gabriela. **O financiamento federal da Atenção Primária à Saúde: modelos, desafios e potencialidades:** Modelos, desafios y potenciales. Saúde em Debate, [S. l.], v. 50, n. 148, 2026.

GIOVANELLA, L., and MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde.** In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. V. C., NORONHA, J. C., and CARVALHO, A. I., eds. Políticas e sistemas de saúde no Brasil [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

GIOVANELLA, L. *et al.* **De Alma-Ata a Astana: atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde:** compromisso indissociável e direito humano fundamental. Cadernos de Saúde Pública, v. 35, n. 3, e00017619, 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. **Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, abr. 2020.

KINGDON, J. W. **Agendas, alternatives, and public policies.** 2. ed. Boston: Little, Brown & Co, 2011.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. **Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 18-37, set. 2018.

MAGALHÃES, B.M.F. *et al.* **Reflexões sobre o desfinanciamento do NASF-AB entre os anos de 2019-2022**. Cadernos ESP. 18; 2024.

MATTOS, M. P. DE.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. DE S.. **Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 9, p. 3503–3516, set. 2022.

MASSUDA, A. **Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 4, p. 1181–1188, abr. 2020.

MATTOS, M. P. de.; GUTIÉRREZ, A. C.; CAMPOS, G. W. de S. **Construção do referencial histórico-normativo do Núcleo Ampliado de Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 27, n. 9, p. 3503–3516, set. 2022.

MELO, M. A. et al.. **Financiamento da APS ao longo do tempo: indução, expansão e qualificação do modelo Estratégia Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 30, n. 12, p. e12642025, 2025.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

OLIVEIRA, F. **Economia e política das finanças públicas no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

RODRIGUES, E. C.; EBERHARDT, L. D. **Programa Previne Brasil: análise do processo de implementação em um município da região Sul**. Saúde em Debate, v. 48, n. 140, e8431, 2024.

SALVADOR, E. **O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais**. Argumentum, Vitória, v. 16, n. 1, p. 6-19, jan./abr. 2024.

TOCCILLO, G. L. et al. **O novo modelo de alocação de recursos federais da APS 2024: variação dos repasses nos municípios paulistas**. Saúde em Debate, v. 49, n. 147, p. e10205, 2025.