

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LUCAS LOBO ALCÂNTARA NEVES

**MODELOS TECNOASSISTENCIAIS EM DISPUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO GOVERNO LULA 3: crítica a partir da categoria de neoliberalismo**

João Pessoa/PB
2026

LUCAS LOBO ALCÂNTARA NEVES

**MODELOS TECNOASSISTENCIAIS EM DISPUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO GOVERNO LULA 3: crítica a partir da categoria de neoliberalismo**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração: Política, cuidados e gestão em saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes

João Pessoa/PB
2026

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

N518m Neves, Lucas Lobo Alcantara.

Modelos tecnoassistenciais em disputa na atenção primária à saúde no governo Lula 3 : crítica a partir da categoria de neoliberalismo / Lucas Lobo Alcantara Neves. - João Pessoa, 2026.
178 f. : il.

Orientação: Luciano Bezerra Gomes.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Neoliberalismo. 2. Atenção primária à saúde. 3. Modelo tecnoassistencial. 4. Saúde coletiva. I. Gomes, Luciano Bezerra. II. Título.

UFPB/BC

CDU 330.831.8(043)

LUCAS LOBO ALCÂNTARA NEVES

**MODELOS TECNOASSISTENCIAIS EM DISPUTA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO GOVERNO LULA 3: CRÍTICA A PARTIR DA CATEGORIA DE
NEOLIBERALISMO**

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
Orientador – UFPB

Dr. Allan Nuno Alves de Sousa
Membro externo – Ministério da Saúde

Dr. Hêider Aurélio Pinto
Membro externo – UFBA

AGRADECIMENTOS

À amada, à família, às amizades, às pessoas que ensinaram e guiaram, aos camaradas e às forças maiores desse universo. Venceremos!

EPÍGRAFE

"There is a tide in the affairs of men, which, taken at the flood, leads on to fortune; omitted, all the voyage of their life is bound in shallows and in miseries."

William Shakespeare, Júlio César, Ato IV, cena 3
(1599)

RESUMO

Esta dissertação analisa as políticas federais de Atenção Primária à Saúde (APS) do governo Lula 3, no período de 2023 a 2025, como campo de disputa entre modelos tecnoassistenciais no interior da totalidade neoliberal que atravessa a política de saúde no Brasil contemporâneo. O neoliberalismo é compreendido como determinação histórica do capitalismo em crise, expressa simultaneamente como projeto de classe e racionalidade governamental. A pesquisa adota abordagem qualitativa de caráter exploratório, em forma de ensaio crítico, tendo como base teórico-metodológica o materialismo histórico-dialético. A categoria de modelo tecnoassistencial é mobilizada para compreender disputas em torno da organização do cuidado, do financiamento, da gestão do trabalho, das configurações institucionais e das relações entre Estado, mercado e sociedade na APS. O corpus empírico foi constituído predominantemente por fontes documentais, incluindo documentos programáticos, atos normativos, portarias, notas técnicas, editais, relatórios de gestão, bases administrativas, séries históricas, painéis oficiais e materiais institucionais do Ministério da Saúde. A análise concentrou-se no governo Lula 3, mobilizando antecedentes históricos quando necessários à compreensão das continuidades, deslocamentos e contradições do período recente. Os resultados indicam que a gestão federal recolocou a APS em posição politicamente relevante, com retomada da centralidade da Estratégia Saúde da Família, expansão do Programa Mais Médicos, recriação de equipes multiprofissionais, mudanças no cofinanciamento federal, fortalecimento de agendas de infraestrutura e reconfigurações na saúde bucal. Contudo, essa recomposição ocorreu de modo contraditório, preservando ou reconfigurando elementos associados à neoliberalização da política de saúde, como mecanismos de desempenho, vínculos precários, arranjos institucionais híbridos, induções gerenciais e novas formas de articulação entre APS e atenção especializada. Conclui-se que as políticas analisadas expressam uma recomposição contraditória do modelo tecnoassistencial da APS, marcada por avanços parciais, limites estruturais e disputas ainda abertas sobre o sentido público, universal, territorializado e democrático do SUS.

Palavras-chave: Neoliberalismo; Atenção Primária à Saúde; Modelo Tecnoassistencial; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

This dissertation analyzes the federal Primary Health Care (PHC) policies of Lula's third administration, from 2023 to 2025, as a field of dispute between techno-healthcare models within the neoliberal totality that permeates health policy in contemporary Brazil. Neoliberalism is understood as a historical determination of capitalism in crisis, expressed simultaneously as a class project and as a governmental rationality. The study adopts a qualitative, exploratory approach, in the form of a critical essay, grounded theoretically and methodologically in historical-dialectical materialism. The category of techno-healthcare model is mobilized to understand disputes concerning the organization of care, financing, labor management, institutional configurations, and the relations between the State, the market, and society in PHC. The empirical corpus was composed predominantly of documentary sources, including programmatic documents, normative acts, ordinances, technical notes, public calls, management reports, administrative databases, historical series, official dashboards, and institutional materials from the Ministry of Health. The analysis focused on Lula's third administration, mobilizing historical antecedents when necessary to understand the continuities, shifts, and contradictions of the recent period. The findings indicate that the federal administration repositioned PHC as a politically relevant field, with the renewed centrality of the Family Health Strategy, the expansion of the Mais Médicos Program, the reestablishment of multiprofessional teams, changes in federal co-financing, the strengthening of infrastructure agendas, and reconfigurations in oral health. However, this recomposition took place in a contradictory manner, preserving or reconfiguring elements associated with the neoliberalization of health policy, such as performance-based mechanisms, precarious labor relations, hybrid institutional arrangements, managerial inducements, and new forms of articulation between PHC and specialized care. The dissertation concludes that the policies analyzed express a contradictory recomposition of the PHC techno-care model, marked by partial advances, structural limits, and ongoing disputes over the public, universal, territorially grounded, and democratic meaning of the Brazilian Unified Health System.

Keywords: Neoliberalism; Primary Health Care; Techno-healthcare Model; Collective Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos municípios no IED

65

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das vagas autorizadas do Programa Mais Médicos por estrato de vulnerabilidade social, antes e após o redimensionamento, jan. 2025.

84

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Blocos das fontes documentais mobilizadas e sua função analítica	20
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais ativos em programas federais de provimento, segundo categoria de IVS do município/Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em janeiro de 2023, fevereiro de 2024 e março de 2025.	39
Tabela 2 – Distribuição das Obras Habilitadas do Programa Requalifica UBS (2020-2024)	47
Tabela 3 – Investimentos em Infraestrutura de UBS por Fonte de Financiamento (2023-2024)	48
Tabela 4 – Evolução do Programa Saúde na Hora: unidades credenciadas e cofinanciadas (2019-2023)	49
Tabela 5 – Série mensal de equipes homologadas durante a gestão Nésio Fernandes (jan/2023-fev/2024)	51
Tabela 6 - Repasse do componente fixo estratificado por IED	66
Tabela 7 – Recurso de implantação	66
Tabela 8 - Classificação do componente vínculo e acompanhamento territorial	67
Tabela 9 - Parâmetro de pessoas vinculadas e limite máximo por porte populacional	68
Tabela 10 - Classificação do componente vínculo e acompanhamento territorial	69
Tabela 11 – Série mensal de equipes homologadas durante a gestão Felipe Proença (mar/2024-mar/2025)	85
Tabela 12 – APS Brasil 2014–2024	92
Tabela 13 – Variação percentual anual da quantidade de ACS (2014–2024)	101
Tabela 14 – Série histórica das equipes e cobertura de saúde bucal	105
Tabela 15 – Série histórica NASF/eMulti	107
Tabela 16 – Série histórica das equipes especiais	108
Tabela 17 – Gasto federal executado no bloco de manutenção e custeio do Ministério da Saúde, com destaque para APS e MAC, Brasil, 2018-2024 (R\$ bilhões, valores reais deflacionados pelo IPCA, preços de 2024).	111
Tabela 18 – Ações orçamentárias selecionadas da APS no Ministério da Saúde, Brasil, 2018-2024 (R\$ bilhões, valores reais deflacionados pelo IPCA, preços de 2024)	112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ADAPS – Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
AgSUS – Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CGFAP – Coordenação-Geral de Financiamento da Atenção Primária
CGU – Controladoria-Geral da União
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DGAPS – Departamento de Gestão da Atenção Primária à Saúde
DOU – Diário Oficial da União
eABP – Equipe de Atenção Básica Prisional
eAP – Equipe de Atenção Primária
eAPP – Equipe de Atenção Primária Prisional
eCR – Equipe de Consultório na Rua
eMulti – Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde
eSB – Equipe de Saúde Bucal
eSF – Equipe de Saúde da Família
eSFR – Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ESF – Estratégia Saúde da Família
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEPS – Instituto de Estudos para Políticas de Saúde
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IVS – Índice de Vulnerabilidade Social
MAC – Média e Alta Complexidade
MFC – Medicina de Família e Comunidade
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PMAE – Programa Mais Acesso a Especialistas
PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM – Programa Mais Médicos
PMpB – Programa Médicos pelo Brasil
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAES – Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
PNRF – Programa Nacional de Redução das Filas
PSF – Programa Saúde da Família
RASB – Rede de Atenção à Saúde Bucal
SAPS – Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SBMFC – Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SESB – Serviço de Especialidades em Saúde Bucal
SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SISMOB – Sistema de Monitoramento de Obras

SUS – Sistema Único de Saúde

TCU – Tribunal de Contas da União

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	21
2.1 Objetivo geral	21
2.2 Objetivos específicos	21
3 METODOLOGIA	22
3.1 Percurso investigativo e delimitação empírica	29
3.2 Modelos tecnoassistenciais e sua operacionalização nesta pesquisa	30
3.3 Construção e seleção do corpus documental	32
3.4 Estratégias de análise e de rigor metodológico	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 AGENDA GOVERNISTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	38
4.2 GESTÃO NÉSIO FERNANDES	42
4.2.1 Novo Mais Médicos para o Brasil	47
4.2.2 Equipes Multiprofissionais (eMulti)	56
4.2.3 Saúde bucal	59
4.2.4 Programas de infraestrutura e ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde	60
4.2.4.1 Infraestrutura APS	60
4.2.4.2 Ampliação dos Horários de Funcionamentos - Programa Saúde na Hora	65
4.2.5 EAP e eSF na gestão Nésio	67
4.2.6 Análise de Casos	70
4.2.6.1 Caso Boa Vista (Roraima)	70
4.2.6.2 Caso Recife (Pernambuco)	72
4.2.7 Contexto da exoneração do Secretário Nésio Fernandes	75
4.3 GESTÃO FELIPE PROENÇO	78
4.3.1 Novo modelo de cofinanciamento da APS: Mais Saúde da Família	79
4.3.1.1 Componente Fixo	82
4.3.1.2 Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP	82
4.3.1.3 Componente de Qualidade	85
4.3.1.4 Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, e outras composições de equipe que atuam na APS	89
4.3.1.5 Componente para Atenção à Saúde Bucal	89
4.3.1.6 Componente per Capita de Base Populacional	90
4.3.1.7 Mais Saúde da Família: uma visão geral	90
4.3.2 Mais Médicos para o Brasil	95
4.3.2.1 A integração do Programas Mais Médicos para o Brasil e Médicos pelo Brasil	96
4.3.2.2 A titulação em Medicina de Família e Comunidade para médicos do Programa Médicos pelo Brasil	98
4.3.2.3 Redimensionamento de Vagas	99
4.3.3 Saúde Bucal	101
4.3.4 EAP e eSF na gestão Proenço	101
4.3.5 Contexto de transição do Secretário Felipe Proenço	104
4.4 RESULTADOS A PARTIR DOS RELATÓRIOS: COBERTURA DA ESF E DA APS	107
4.4.1 Resultados de 2023 e 2024: relatórios do MS e complementações	112
4.4.1.1 Cobertura de eSF e eAP	112
4.4.1.2 Ampliação do cuidado	117
4.4.1.3 Cobertura de Saúde Bucal	121

4.4.1.4 NASF e eMulti	123
4.4.1.5 Serviços e equipes especiais da APS	124
4.4.1.6 Resultados orçamentários	127
4.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA	134
4.5.1 Subfinanciamento, hegemonia privada e o campo em disputa	134
4.5.2 A tensão entre os modelos	135
4.5.2.1 O Instituto Coalizão Saúde como chave de leitura	137
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	142
REFERÊNCIAS	154
APÊNDICE A – RELAÇÃO DETALHADA DAS FONTES DOCUMENTAIS UTILIZADAS	168

1 INTRODUÇÃO

As políticas de saúde, compreendidas como expressão das políticas sociais na atualidade do Sistema Único de Saúde (SUS), constituem o campo geral em que esta pesquisa se insere. Nesse campo, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi escolhida como objeto por constituir um terreno estratégico de disputa entre projetos distintos de organização do cuidado, de financiamento público, de gestão do trabalho e de relação entre Estado, mercado e sociedade.

Este estudo toma a Atenção Primária à Saúde como objeto por compreendê-la como um terreno estratégico de disputa entre diferentes projetos de SUS. Historicamente associada à territorialização, à adscrição populacional, à longitudinalidade, ao trabalho multiprofissional e à coordenação do cuidado, a APS também passou a ser atravessada, de modo crescente, por mecanismos de indução financeira, avaliação gerencial, flexibilização do trabalho, focalização e arranjos institucionais híbridos. Essa tensão tornou-se particularmente visível no período posterior a 2016, quando mudanças como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, a criação da Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), o Programa Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil e outras propostas de reorganização da atenção básica passaram a ser interpretadas por parte da literatura crítica como expressões de uma agenda de reconfiguração neoliberal da APS no SUS (MENDES; CARNUT, 2022). Nesse sentido, a escolha da APS não pressupõe tratá-la como espaço isolado ou autossuficiente de acumulação capitalista na saúde, mas como campo privilegiado para observar como a neoliberalização da política de saúde se desloca, se adapta e se combina contraditoriamente com projetos vinculados à Reforma Sanitária Brasileira.

De acordo com o arcabouço conceitual de Starfield (2002), a Atenção Primária constitui o alicerce fundamental dos sistemas de saúde. Em uma compreensão mais hierarquizada, os sistemas organizam-se em níveis primário, secundário e terciário, cada qual marcado por diferentes densidades tecnológicas. O nível primário constitui o primeiro contato dos indivíduos com o sistema e funciona como base de sustentação do conjunto da rede. Em uma compreensão mais próxima das redes de atenção, a APS assume o papel de coordenadora e integradora do cuidado, responsável pela maior parte das necessidades de saúde da população, na maior parte do tempo, em territórios definidos e com população adscrita. Essa dimensão territorial, relacional e longitudinal é uma das características centrais da forma pela qual a APS foi institucionalizada no SUS.

Do ponto de vista histórico, o início da década de 1990 foi um momento decisivo para a reorganização das políticas de atenção básica no Brasil e, ao mesmo tempo, para a ascensão do projeto neoliberal no país (SILVA JUNIOR, 2006). A implementação do SUS ocorreu em uma conjuntura marcada por disputas intensas em torno da descentralização, do financiamento público, da redefinição das responsabilidades federativas e da reorganização do modelo assistencial. Nesse contexto, o processo de municipalização assumiu sentidos contraditórios: por um lado, respondia a princípios democratizantes e descentralizadores da Reforma Sanitária; por outro, em determinados momentos, foi atravessado por restrição de recursos federais e transferência de responsabilidades aos municípios sem correspondente ampliação do financiamento

É nesse sentido que a análise de Silva Júnior (2006) permanece relevante. Ao discutir o início da municipalização no governo Collor, o autor mostra que esse processo se deu, em parte, sob forte compressão orçamentária federal, com estipulação de tetos financeiros, aumento da responsabilidade municipal e estímulo a soluções racionalizadoras ou privatizantes na gestão local. Seu exemplo de Niterói-RJ ilustra esse momento inicial de transferência de responsabilidades e retração do financiamento federal, pouco tempo anterior à consolidação nacional do Programa Saúde da Família. A relevância dessa passagem, para esta dissertação, está em evidenciar que a descentralização sanitária e a reorganização da atenção básica nasceram atravessadas por tensões entre democratização, racionalização do gasto, disputa federativa e projetos distintos de modelo assistencial.

Na mesma conjuntura, o Ministério da Saúde passou a formular iniciativas que viriam a reorganizar a atenção básica, inicialmente por meio do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, do Programa Saúde da Família (PSF), que se consolidaria como Estratégia Saúde da Família (ESF). A Saúde da Família incorporou equipes multiprofissionais, territorialização, população adscrita e a figura do Agente Comunitário de Saúde (ACS), articulando acompanhamento familiar, vínculo comunitário e longitudinalidade do cuidado. Como política pública, a ESF expressou uma tentativa de reorganização do modelo tecnoassistencial hegemônico, historicamente marcado pelo foco no indivíduo abstraído de seu contexto social, por intervenções biomédicas centradas na doença, pelo predomínio hospitalocêntrico e pela medicalização dos problemas de saúde.

Ao mesmo tempo, essa reorganização nunca esteve isenta de disputas, inclusive dentro do próprio campo “reformista”. A Saúde da Família incorporou elementos de diferentes propostas formuladas no campo da Reforma Sanitária Brasileira e em experiências locais de reorganização do cuidado, como os Sistemas Locais de Saúde da Bahia, Cidades Saudáveis de

Curitiba e Em Defesa da Vida, do LAPA/Unicamp (SILVA JUNIOR, 2006; FEUERWERKER, 2005). Contudo, como adverte Silva Júnior (2006), o PSF, mesmo podendo representar uma importante estratégia de mudança do modelo tecnoassistencial, também corria o risco de ser apropriado sob a forma de simplificações ou racionalizações identificadas com o receituário do Banco Mundial, especialmente quando reduzido a estratégia de extensão de cobertura, focalização e contenção de custos. É justamente essa dimensão contraditória da APS — simultaneamente espaço de universalização do cuidado e de disputa por sua racionalização gerencial — que constitui o ponto de partida desta pesquisa.

Assim, partindo do materialismo histórico-dialético enquanto método de análise social (NETTO, 2011), esta pesquisa investiga as políticas federais de Atenção Primária à Saúde do governo Lula 3, no período de 2023 a 2025, em sua relação com a totalidade neoliberal. Não se trata de testar, de maneira dicotômica, se a política de APS atual é ou não é neoliberal, tampouco de enumerar falas, ações, legislações ou gastos orçamentários para classificá-los segundo um grau supostamente objetivo de neoliberalização. O problema que orienta este estudo é compreender como políticas produzidas por um governo situado no campo progressista, em um contexto de recomposição parcial do papel do Estado após o ciclo ultraneoliberal de 2016 a 2022, expressam simultaneamente descontinuidades reais, permanências estruturais e reconfigurações da racionalidade neoliberal na APS.

Em outras palavras, a questão que orienta a pesquisa pode ser formulada da seguinte maneira: como as políticas federais de APS do governo Lula 3 expressam, no período analisado, as contradições entre a recomposição de agendas historicamente associadas à Reforma Sanitária Brasileira e a permanência de mediações neoliberais no financiamento, na gestão, no provimento do trabalho e na organização do cuidado?

A categoria de neoliberalismo é mobilizada, nesta dissertação, como totalidade histórica e contraditória, compreendida simultaneamente como projeto de classe e racionalidade governamental (BROWN, 2019; DARDOT; LAVAL, 2016; HARVEY, 2008). Sua utilidade não reside em permitir uma denúncia genérica das políticas públicas, mas em apreender como formas específicas de financiamento, gestão, avaliação, contratualização, focalização e disciplinamento do trabalho se articulam a um padrão mais amplo de reorganização do Estado e das relações sociais. Essa compreensão permite analisar a APS não como política técnica e neutra, mas como campo atravessado por disputas entre universalização e focalização, cuidado integral e produtividade, territorialização e cadastramento, carreira pública e vínculos flexíveis, coordenação pública da rede e abertura de novas formas de empresariamento.

Além da categoria de neoliberalismo, outra ferramenta central para a análise é a de modelo tecnoassistencial. Essa categoria parte do princípio de que a política de saúde não é apenas um conjunto de diretrizes técnicas, mas uma arena de disputa entre diferentes projetos sobre como o cuidado deve ser organizado, financiado, gerido e realizado. Nas palavras de Merhy:

“... Ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político” (MERHY, 1992, p. 84).

Dessa forma, a articulação entre neoliberalismo e modelos tecnoassistenciais permite tentar ir além de uma visão tecnocrática da política de saúde, compreendendo-a como resultado dinâmico de disputas sociais e, em última análise, também de projetos societários. Essa operação analítica não pretende reduzir toda política pública a expressão direta e linear dos interesses do capital, mas investigar como determinadas mediações neoliberais persistem, se deslocam ou são parcialmente contidas em um governo que também recolocou em cena agendas de reconstrução do SUS.

Um dos fios históricos centrais para compreender essas disputas recentes é o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979 do Ministério da Saúde, em novembro de 2019, durante o governo Bolsonaro (BRASIL, 2019b). O programa promoveu uma mudança profunda no modelo de alocação de recursos federais da APS, especialmente por meio da captação ponderada e do pagamento por desempenho. A substituição do Piso de Atenção Básica Fixo por um componente centrado no cadastramento individualizado tensionou o princípio da universalidade, ao deslocar o financiamento de uma base populacional geral para uma lógica de cadastro, focalização e mensuração. Já o pagamento por desempenho reforçou mecanismos gerenciais baseados em indicadores, métricas e incentivos variáveis, aproximando o financiamento federal da APS de dispositivos típicos da racionalidade neoliberal e da atenção gerenciada (IRIART; MERHY; WAITZKIN, 2001; MENDES; CARNUT, 2022).

É nessa historicidade que se situam os avanços, recuos, continuidades e descontinuidades das políticas de APS no governo Lula 3. Ao longo da gestão Nésio Fernandes

à frente da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, entre janeiro de 2023 e fevereiro de 2024, observou-se um movimento de retomada discursiva da centralidade da APS, com ênfase na APS do Futuro, na expansão da ESF, na reterritorialização, na retomada das equipes multiprofissionais, na ampliação do Mais Médicos e na agenda de infraestrutura. Contudo, parte importante dessa recomposição se apoiou em instrumentos herdados ou reconfigurados, como a expansão por médicos bolsistas, a permanência de componentes de desempenho e a ampliação de equipes em um cenário ainda atravessado por restrições fiscais, fragilidades municipais e disputas interfederativas.

Na gestão Felipe Proença, a revisão do modelo de cofinanciamento federal da APS, especialmente a partir da Portaria GM/MS nº 3.493/2024, produziu deslocamentos relevantes em relação ao desenho mais regressivo do Previner Brasil. A substituição da captação ponderada por um arranjo que combina componentes fixos, equidade, vínculo, qualidade e base populacional representou uma correção parcial da rota anterior e recolocou a ESF em posição mais favorável no financiamento federal. Ainda assim, o novo modelo preservou componentes variáveis expressivos, pagamento por desempenho e formas de indução gerencial, indicando que a recomposição da APS ocorreu de modo contraditório, combinando avanços reais e limites estruturais.

Ao final do período analisado, a relação entre APS e atenção especializada recolocou novas questões para a análise. A ascensão do debate sobre integração entre níveis de atenção, a ampliação do escopo da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS) e o lançamento de iniciativas como o Agora Tem Especialistas sugerem que a APS talvez deixe de aparecer isoladamente como “novo” locus de acumulação e passe a compor, de forma mais relacional, um arranjo em que sua função ordenadora pode tanto fortalecer a coordenação pública do cuidado quanto servir de mediação para fluxos especializados cada vez mais articulados ao setor privado. Essa tensão reforça a necessidade de compreender a APS não como objeto estático, mas como campo em disputa no interior de uma totalidade neoliberal em transformação.

Portanto, consciente dos riscos e desafios de pesquisar um objeto em constante transformação, esta pesquisa pretende se inserir no movimento contínuo de teoria-prática-teoria (práxis) da Reforma Sanitária Brasileira em sua luta pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde enquanto fundamento de um SUS universal, gratuito e público - com a esperança de que o próximo movimento de prática também seja a do leitor.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as políticas federais de Atenção Primária à Saúde do governo Lula 3, no período de 2023 a 2025, como campo de disputa entre modelos tecnoassistenciais, considerando sua relação com a totalidade neoliberal que atravessa a política de saúde no Brasil contemporâneo.

2.2 Objetivos específicos

1) Identificar os principais sujeitos políticos, documentos programáticos e formulações institucionais que disputaram a agenda federal de Atenção Primária à Saúde formulada e implementada pelo Ministério da Saúde no período analisado.

2) Examinar como as políticas federais de APS do governo Lula 3 reorganizaram mecanismos de indução, regulação e cofinanciamento, considerando suas implicações para a Estratégia Saúde da Família, para as equipes de Atenção Primária, para a adscrição populacional e para a cobertura territorial da APS.

3) Analisar os arranjos institucionais e trabalhistas mobilizados na implementação das políticas de APS, considerando programas de provimento, formas de vínculo, gestão do trabalho e organização das equipes

4) Investigar as reconfigurações do modelo assistencial da APS no governo Lula 3, com atenção às políticas de trabalho multiprofissional, saúde bucal, infraestrutura, ampliação do acesso e articulação com a atenção especializada.

5) Discutir as continuidades, descontinuidades e contradições das políticas analisadas em relação ao horizonte da Reforma Sanitária Brasileira e às formas contemporâneas de neoliberalização da política de saúde.

3 METODOLOGIA

Este trabalho se apresenta como uma abordagem qualitativa de caráter exploratório (GIL, 2002), tendo como base teórico-metodológica o método de investigação social do materialismo histórico-dialético. Ao afirmar-se qualitativa, pressupõe-se, então, uma busca pela compreensão de fenômenos, significados e processos, não da testagem de relações causais. Diferentemente das abordagens quantitativas, as categorias analíticas aqui trabalhadas irão se desenvolver durante a própria pesquisa, não fazendo sentido pensar em “variáveis” isoladas a serem testadas ex-post ou hipóteses rígidas a serem confirmadas ou refutadas ao final, mas se desenvolvem no próprio movimento da investigação, à medida que o objeto vai sendo reconstruído em suas múltiplas determinações.

Apesar de marginalizado pela literatura acadêmica tradicional, o ensaio crítico, enquanto a “forma” deste estudo, nega a visão positivista que separa rigidamente forma e conteúdo, permitindo que seu autor explore ideias sem as restrições impostas pelas categorias acadêmicas convencionais. Além disso, a forma ensaio permite uma liberdade de espírito e uma capacidade de engajamento com o mundo, que são fundamentais ao movimento de práxis em que se insere essa pesquisa (ADORNO, 2003). Nesse sentido, o ensaio não é entendido aqui como oposição ao rigor, mas como possibilidade de elaboração crítica adequada a um objeto histórico, contraditório e politicamente disputado.

Se analisarmos a relevância acadêmica e política dos ensaios de Sérgio Arouca (2003) e Maria Cecília Donnangelo (1979) na gênese do campo da Saúde Coletiva e na construção do Movimento da Reforma Sanitária, podemos chegar à conclusão que nenhuma meta-análise teve um impacto tão grande na saúde do Brasil como essas obras. Afinal, esses processos foram indissociáveis da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Mantendo a humildade e a despretensão de comparar essa pesquisa a essas obras-primas da Saúde Coletiva, afirmo apenas a importância histórica dessa forma como espaço de reflexão crítica e reinterpretação do conhecimento e da experiência.

Por sua vez, o método materialista histórico-dialético, conforme exposto por Netto (2011), caracteriza-se pela busca da reprodução ideal do movimento real do objeto, partindo da sua aparência fenomênica para atingir a sua essência. Nessa interminável aproximação entre o real e o ideal, o objetivo do conhecimento humano não é reunir todos os fatos possíveis, mas compreender a estrutura significativa do real e o lugar desses fatos dentro de uma totalidade historicamente determinada. Esse método pressupõe que o concreto é síntese de múltiplas determinações, e que o conhecimento deve partir do concreto caótico, percorrer o caminho da

abstração e retornar, então, ao concreto pensado, agora enriquecido pelas mediações descobertas.

Princípio central do método marxiano, a totalidade é definida como um todo estruturado, dinâmico, dialético, historicizado e contraditório. A totalidade não equivale à soma dos elementos sociais, mas à unidade das múltiplas determinações, capturando a síntese dos aspectos econômicos, políticos, culturais e ideológicos em suas relações internas e históricas (NETTO, 2011). No entanto, como nos ensina Kosík (2010), não é possível conhecer uma realidade concreta da sociedade sem mediação: o percurso dialético vai das partes ao todo e do todo às partes, do imediato ao complexo, do particular ao geral, evitando tanto o empirismo imediato quanto o abstracionismo vazio. Dessa forma, as mediações podem ser compreendidas como os processos, categorias, relações que ligam elementos particulares à totalidade permitindo que a investigação revele as determinações profundas subjacentes à superfície dos fenômenos sociais.

Para compreender as determinações mais importantes das políticas de APS em disputa na conjuntura recente, tomarei a categoria de neoliberalismo como a totalidade mais geral para buscar sentidos sociais e revelar os interesses de classes envolvidos na disputa de suas formulações, decisões e implementações. Antes de avançar nas definições dos sentidos dessa categoria neste estudo, cabe destacar que não se utiliza neoliberalismo como forma de ocultar os debates sobre capitalismo ou como uma maneira mais palatável de abordar a sociedade do capital para àqueles pesquisadores sociais que ainda seguem, consciente ou inconscientemente, uma tendência geral positivista no campo da saúde coletiva. Nesse sentido, neoliberalismo não é apenas o nome dado a uma agenda de política econômica ou uma racionalidade em abstrato, mas também a uma realidade concreta, ao momento atual do modo de produção capitalista. Neoliberalismo, portanto, enquanto uma determinação histórica particular do capitalismo em crise, que emerge no final dos anos 1970 visando restaurar a hegemonia da classe dominante: a burguesia (FLECK, 2022).

Consequentemente, alinhado ao pensamento marxista cujo método de análise social se tomará como base teórico-metodológica, como já sinalizado, afirmo que este trabalho parte do pressuposto de que não existe uma contraposição rígida entre o sujeito pesquisador e o objeto a ser pesquisado. Em outras palavras, ao destacar essa relação de implicação entre sujeito e objeto do conhecimento, esta pesquisa se aproxima de uma tradição crítica das ciências sociais e da Saúde Coletiva que recusa o ideal positivista segundo o qual o pesquisador social deveria se colocar diante da sociedade no mesmo “estado de espírito” dos físicos, químicos ou fisiologistas diante de uma região ainda inexplorada de seu domínio científico (DURKHEIM,

1956, p. 14). Como discutido por Löwy (1975), em se tratando das ciências sociais e das especificidades de seu objeto de estudo (a sociedade), as visões do mundo das classes sociais condicionam não somente a interpretação dos fatos, mas a própria escolha do objeto de estudo e a definição do problema a ser investigado.

Enquanto médico de família e comunidade, pesquisador da saúde coletiva e militante do SUS, também faço parte das forças sociais que disputam os rumos do neoliberalismo realmente existente no sentido da superação do modo de produção capitalista. Em que pese o peso ínfimo de qualquer contribuição individual em uma luta que é necessariamente coletiva, enunciar esse meu lugar de fala não elimina o viés ideológico deste estudo, que tampouco tem pretensão de assumir uma falsa neutralidade nas Lutas de Classes¹ que operam como um dos motores da história, mas permite ao leitor ponderá-lo quando eu utilizo uma estratégia de reflexividade sistemática e explícita sobre a minha produção científica. Assim nos ensina um importante pesquisador da Saúde Coletiva, José Ricardo Ayres, sobre o lugar ocupado pelos procedimentos compreensivos-interpretativos na validade discursiva, tanto em estudos quantitativo, quanto em estudos qualitativos:

“Sempre haverá, portanto, algum traço de hermenêutica epistemológica nos estudos empírico-analíticos. Da mesma forma, haverá sempre algum elemento explicativo-causal nos estudos hermenêuticos. Entende-se aqui que o que diferencia os diversos tipos de ciência não é exatamente a presença ou a ausência do procedimento hermenêutico, ou compreensivo-interpretativo, mas o lugar que ele ocupa nas suas pretensões de validade discursiva. Podemos assumir, então, que, na perspectiva epistemológica, estaremos sempre nos posicionando em algum ponto de um eixo que articula dois polos dialéticos – cada um dependendo do outro e o negando, simultaneamente: um “polo formal” (das explicações causais e estruturais, das regularidades, das quantidades) e um “polo hermenêutico” (da compreensão-interpretação, dos sentidos e significados, das qualidades) (AYRES, 2023, p. 4)”

¹ **Lutas de Classes:** O emprego do termo "Lutas de Classes" no plural segue a perspectiva do filósofo marxista Domenico Losurdo em "Guerra e Revolução" (2015), que nos ensina que a classe não existe em abstrato, como um condicionante isolado da realidade social. As lutas de classes devem ser compreendidas em sua multiplicidade concreta, englobando não apenas as contradições entre capital e trabalho, mas também as lutas emancipatórias contra o colonialismo/imperialismo, as lutas antirracistas, as lutas contra o patriarcado e contra a LGBTfobia, que constituem manifestações ou momentos específicos da luta classista mais ampla. O proletário não existe em abstrato: ele vive em determinado território (nacionalidade com determinada cultura e recortes étnicos), possui determinado gênero, orientações/identidades/expressões sexuais diversas, além de determinada raça/etnia (raça entendida como uma construção social).

Nessa pesquisa, portanto, a compreensão das políticas de APS não prescinde do trabalho interpretativo, mas também não abdica da busca de regularidades, de evidências documentais e de mediações objetivas capazes de sustentar discursivamente as conclusões apresentadas.

Explicitados os princípios epistemológicos que embasam este estudo, seguimos então ao detalhamento da categoria analítica de neoliberalismo que será utilizada como totalidade mais geral no presente trabalho. O termo neoliberalismo é comumente utilizado como uma forma de detratar os adversários políticos na arena de disputa das políticas públicas e, por isso, sua utilização em uma pesquisa qualitativa que almeja uma boa validade interna pode ser taxada como “enviesada” por aqueles pesquisadores que insistem em uma visão reducionista e simplificada de ideologia. Embora não exista uma definição estabelecida, existe uma literatura acadêmica robusta que busca compreender a essência por trás do que ele aparenta ser (FLECK, 2022). No entanto, como nos relembra Wendy Brown, reconhecer que o caráter amorfo da categoria de neoliberalismo gera dúvidas sobre sua própria existência seria “tão estranho quanto alegar que o sentido contestado de capitalismo, liberalismo ou cristandade significa que eles não existam” (BROWN, 2019, p. 28).

Nesse sentido, as polêmicas envolvendo a caracterização dessa categoria também não invalidam seu poder de criar mundos. O neoliberalismo - as ideias, as instituições, as políticas, racionalidade econômica e política, juntamente com a sua irmã-siamesa, a financeirização, moldaram o mundo recente de maneira tão profunda quanto qualquer outro fenômeno que possa ter ocorrido no mesmo contexto histórico (BROWN, 2019). Essa influência vai desde a forma como pensamos o conceito de saúde ou como realizamos nosso autocuidado até o modo como os serviços de saúde são produzidos ou os sistemas de saúde estão organizados, em outras palavras, o modo como se formula e se implementa uma Política de Saúde.

Em síntese, o neoliberalismo é um sistema de normas que hoje estão profundamente inscritas nas práticas governamentais, nas políticas institucionais, nos estilos gerenciais, tornando-se tanto mais resiliente quanto excede em muito a esfera mercantil e financeira que reina o capital. Para os foucaultianos, então, mais importante do que a reinicialização do capitalismo por meio da faceta neoliberal é sua alteração radical dos valores, coordenadas e princípios de realidade que governam, ou dirigem a conduta (BROWN, 2019).

Se por um lado a abordagem foucaultiana pouco se atenta aos novos e espetaculares poderes do capital financeiro globalizado que o neoliberalismo anuncia e edifica, por outro, a abordagem marxista o reforça como o que inaugura um novo capítulo do capitalismo, gerando

um novo Bloco Histórico², alterando a correlação de forças entre capital e trabalho, produzindo contradições e ampliando crises (BROWN, 2019; HARVEY, 2008; FLECK, 2022). Ambas as abordagens contribuem para compreensão das características do neoliberalismo realmente existente e de nossa atual conjuntura em uma das mais importantes lutas da reforma sanitária brasileira: o fortalecimento da atenção primária à saúde no âmbito de um sistema único de saúde universal, gratuito e público.

Dessa forma, para captar esse movimento dialético entre o todo (neoliberalismo) e as partes (as políticas de saúde da APS da atualidade), irei utilizar uma ferramenta analítica formulada principalmente por Emerson Elias Merhy (1992) e Gastão Wagner de Sousa Campos (1991), utilizando contribuições posteriores de outros autores que seguiram essa linha de investigação dentro do campo da saúde coletiva, como Aluísio Gomes da Silva Júnior (2006), Célia Beatriz Iriart (1999) e Laura Camargo Macruz Feuerwerker (2005), dentre outros. O aporte teórico destes últimos autores, no entanto, não receberá um tratamento metodológico nesta seção, sendo incorporados de maneira complementar durante a própria exploração e exposição do objeto/fenômeno em estudo nos capítulos seguintes, conforme discutido a seguir.

Já tendo apresentado inicialmente a categoria de Neoliberalismo, passemos ao tratamento da outra categoria analítica: os Modelos Tecnoassistenciais. Esses modelos foram primeiramente descritos por Merhy (1992), que buscava compreender a relação entre os formuladores e os decisores/implementadores das políticas públicas de saúde. Partindo das concepções tecnológicas de Ricardo Bruno (1986), que trouxe para a saúde o debate das tecnologias materiais e imateriais, Merhy (1992) argumenta que essas últimas, sintetizadas em saberes clínicos e epidemiológicos, por exemplo, sustentam o modo de organização e produção dos serviços de saúde, ou seja, a maneira que assistência à saúde é oferecida à população (atendimentos individuais ou atividades coletivas de promoção à saúde; clínicas organizadas por especialidade ou por problemas de saúde, etc).

No entanto, Merhy destaca que os estudos que se propõe a compreender a “formação da Saúde Pública como política governamental”, como assim o é este trabalho, devem tomar como central a dimensão assistencial, sem desconsiderar a dimensão tecnológica, pois é através da primeira que se pode “captar as questões à forma de organização da produção dos serviços e à sua concretização enquanto instituições específicas”. Nesse sentido, ele complementa afirmando que “a configuração dessas ações de saúde, enquanto política governamental,

² **Bloco Histórico:** A partir de uma leitura gramsciana, podemos compreender Bloco Histórico como “a estrutura global, na qual se inserem, como momentos dialéticos, a estrutura econômica e as superestruturas ideológicas” (GRAMSCI, 1995, p.4)

adquire o formato de modelos tecno-assistenciais para as formulações que procuram apresentá-los como projetos de políticas públicas, que disputam determinados rumos possíveis para as políticas governamentais, no campo da saúde coletiva” (MERHY, 1992, p. 24-25).

Nos capítulos iniciais da sua obra “A Saúde Pública como Política”, então, com base nesse ferramental analítico, ele salienta que, quando os formuladores de políticas elaboram modelos tecnoassistenciais, estão produzindo projetos políticos, e não meramente tecnológicos. Esses modelos são entendidos como projetos de políticas públicas que disputam direções determinadas para as políticas governamentais no campo da saúde coletiva, incorporando uma visão dos problemas de saúde, das práticas sociais, da organização dos serviços, dos trabalhadores e das trabalhadoras e das pessoas usuárias (MERHY, 1992). É aqui que entra a contribuição de Campos (1991) sobre como investigar a agenda/projeto político neoliberal para a saúde e, conseqüentemente para a APS, analisando o caso concreto do período da implementação do SUS durante a intensificação da neoliberalização do Estado brasileiro (formação de um novo bloco histórico), na década de 1990.

Em outras palavras, Campos (1991) nos apresenta qual seria o modelo tecnoassistencial defendido pelo bloco histórico neoliberal para a saúde brasileira justamente no início da implementação do SUS e de programas fundamentais para a saúde brasileira, como o Programa Saúde da Família (mais tarde efetivado enquanto Estratégia). Assim, ao investigar a agenda neoliberal para a saúde no início da década de 1990 no Brasil, o autor buscou identificar os sujeitos coletivos que a sustentavam, seus interesses e seus documentos programáticos. O que se retém dessa contribuição, conforme detalhamento do fundamento teórico deste trabalho abaixo, não é a reprodução mecânica de seu percurso nem a simples transposição de seu objeto para a conjuntura atual, mas o princípio segundo o qual a disputa entre projetos de saúde pode ser apreendida por meio da análise das formulações, dos documentos, das estratégias e das materializações institucionais dos blocos sociais em confronto (CAMPOS, 1991).

Conseqüentemente, um dos aspectos que vale a pena reforçar aqui da contribuição teórico-metodológica de Campos (1991) é justamente a forma como ele conseguiu identificar a agenda neoliberal que estava sendo formulada pelo bloco neoliberal da época. Segundo ele, há um bloco político que gestou e que dá sustentação à política neoliberal, apresentando um firme propósito de assegurar a sua hegemonia, desenvolvendo, com este objetivo, uma estratégia assentada em dois movimentos:

- 1) “Estender até os seus limites máximos a medicina de mercado com a maior independência possível do Estado (à época, estimava-se que haveria uma demanda potencial de 20-25% da população brasileira). Disputando esse mercado, haviam diversas modalidades

assistenciais: desde o modelo clássico da relação direta serviço/profissional com o cliente, até as cooperativas de profissionais, empresas médicas de grupo, programas de empresas médicas de grupo, programas de empresa industriais e comerciais (auto-programas ou planos administrados) e ainda os inúmeros seguros privados de saúde. Todas essas modalidades acima desfrutavam de relativa autonomia do SUS, reivindicando do governo apenas benefícios indiretos, como isenção de impostos e taxas, empréstimos preferenciais e incentivos fiscais. Aqui fica nítida a postura neoliberal de incentivo à concorrência, estimulando ativamente a formação de mercados, por mais que eles fossem lucrativos em curto prazo sem esses incentivos ou pouco competitivos em comparação com os serviços públicos” (CAMPOS, 1991, p. 68-69).

2) “Ao mesmo tempo, esse bloco político neoliberal busca ampliar a atenção individual curativa para além dessa parcela da população economicamente capaz de se inserir em uma das modalidades citadas acima, disputando, com esse fim, o recurso público agora sob controle do SUS. Para concretizar esse objetivo, essa articulação desenvolveu ações de luta ideológica e cultural, visando construir o consenso público favorável e ocupando espaços do poder governamental, e no intuito de moderar o projeto original do SUS, anulando sua linha mais socializante” (CAMPOS, 1991, p. 69).

Então o autor passa a caracterizar melhor quem compôs esse bloco à época - todos aqueles que têm interesse econômico imediato na preservação do modelo hegemônico: empresários de grupo e proprietários de hospitais, organizados respectivamente na Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) e Federação Brasileira de Hospitais (FBH); diretores dos hospitais filantrópicos e beneficentes, reunidos na Confederação das Misericórdias do Brasil; médicos e odontólogos, que, embora politicamente divididos, defendem uma visão neoliberal por meio de várias de suas entidades: cooperativas, a Associação Médicas Brasileira e a maioria de suas filiadas estaduais e alguns sindicatos e Conselhos Regionais (CAMPOS, 1991).

Em uma segunda linha, menos ativa, mas também importante para o predomínio do modelo neoliberal: parcelas do capital bancário envolvido com seguro-saúde; empresas industriais e comerciais que têm planos próprios ou contratados de atenção médica aos seus empregados, e que possuam até uma entidade específica para as questões de saúde - Associação Brasileira dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (Abraspe); bem como partidos e grupos políticos de orientação conservadora (CAMPOS, 1991).

Nesse sentido, o autor passa a analisar cada uma dessas forças e indica quais documentos utilizou para traçar suas análises, passo-a-passo valioso para meu estudo. Refere que estudou publicações, jornais e materiais de divulgação das empresas de medicina de grupo, das cooperativas (Unimed), e da Abraspe, notando que passaram adotar uma estratégia tipicamente empresarial, de disputa de mercado, fazendo referência ao SUS apenas para apontar suas limitações e deficiências. Sobre os sindicatos patronais de hospitais, representados pela FBH, refere uma interlocução maior com o SUS devido aos inúmeros convênios existentes e destacando seu papel de intenso lobby durante a constituinte e elaboração da legislação complementar de saúde (CAMPOS, 1991).

Em seguida, o mesmo autor refere que a elaboração mais detalhada de projetos e propostas de uma agenda propriamente neoliberal da saúde ficou a cargo de algumas entidades médicas, mas, logo em seguida, comumente, é apropriada com algumas modificações por outros segmentos da sociedade civil ou do Estado. Campos (1991) então cita dois documentos sintéticos do conjunto de diretrizes do bloco neoliberal:

1) O “Plano de Assistência Médica Viável” publicado em 1989 pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo

2) O “Plano de Saúde” elaborado em 1990/1991 pela Associação Médica Brasileira

O primeiro documento é mais analítico e o da AMB é mais operativo, contendo orientações práticas já considerando a realidade de descentralização e da municipalização, condicionados pelo SUS, sendo encaminhado para discussão em todos os municípios onde existissem médicos organizados e foi oficialmente apresentado como alternativa organizacional de sistema a todos os prefeitos e Conselhos Municipais de Saúde. No entanto, nota-se, em ambos os textos, uma tentativa de conciliação dos interesses da categoria médica e dos hospitais privados/filantrópicos com o atendimento de alguns direitos sociais previstos no SUS, também denominado pelo autor como “imperativos sociais e econômicos da conjuntura nacional”, adaptação essa alheia aos cânones liberais mais tradicionais (CAMPOS, 1991, p. 72).

3.1 Percorso investigativo e delimitação empírica

O percurso investigativo desta pesquisa concentrou-se prioritariamente no governo Lula 3, tomando o período de janeiro de 2023 a março de 2025 como núcleo empírico principal da análise documental. A reconstrução de processos anteriores não foi tratada como divisão rígida em planos temporais autônomos, mas mobilizada como mediação histórica sempre que necessária à compreensão das continuidades, deslocamentos e contradições identificados no

material empírico principal. Em termos de investigação, foi a análise documental do período recente que orientou a busca retrospectiva por determinações históricas relevantes, permitindo relacionar o singular — as políticas de APS do governo Lula 3 — com o universal — a totalidade neoliberal em que se inscrevem.

Essa opção decorre não apenas de uma escolha temática, mas do próprio modo como o objeto se apresentou ao longo da pesquisa. O exame das políticas recentes fez emergir contradições, permanências e deslocamentos que exigiram o retorno a formulações anteriores, a debates acumulados da saúde coletiva e a conjunturas precedentes, sempre como mediações explicativas do objeto principal. Desse modo, embora a exposição da dissertação recorra, em vários momentos, a antecedentes históricos, o centro empírico da investigação permanece situado nas políticas federais de APS do governo Lula 3.

A delimitação empírica da pesquisa estruturou-se em torno dos terrenos nos quais a disputa entre modelos tecnoassistenciais apareceu com maior nitidez na documentação analisada. Entre esses terrenos, destacam-se: os programas de provimento médico; os mecanismos de cofinanciamento federal da APS; a disputa entre Estratégia Saúde da Família e equipes de Atenção Primária; os arranjos institucionais da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a passagem da ADAPS à AgSUS; a retomada das equipes multiprofissionais; as mudanças em saúde bucal; os programas de infraestrutura e ampliação do horário de funcionamento das Unidade Básica de Saúde (UBS); e, ao final do período, a relação entre atenção primária e atenção especializada. Essa escolha decorreu menos da definição apriorística de “analísadores” fixos do que da própria dinâmica da pesquisa documental, que revelou esses pontos como condensações privilegiadas das contradições do período.

3.2 Modelos tecnoassistenciais e sua operacionalização nesta pesquisa

Merhy (1992) propõe três mediações principais para apreender, em sua dimensão concreta, os modelos tecnoassistenciais de uma política governamental: as informações orçamentárias, as configurações institucionais e os papéis funcionais. No plano conceitual, essas mediações permanecem decisivas para esta investigação, pois ajudam a distinguir entre o plano das formulações normativas e a expressão real das políticas, revelando como financiamento, desenho institucional e atribuições concretas dos serviços e equipes se articulam na constituição de determinado modelo assistencial. Conforme é sustentado pelo próprio autor (MERHY, 1992, p. 87-90):

1) **Informações orçamentárias:** A dimensão orçamentária foca nos fluxos de financiamento, na previsão e execução dos gastos públicos, buscando traduzir em termos concretos as intenções e as prioridades reais de cada política. A análise orçamentária indica para onde vão os recursos, que tipo de serviço ou ação é priorizado, as disputas em torno do financiamento (por exemplo: mais verbas para atenção básica, hospitais, campanhas específicas, etc.), e qual a consistência financeira dos modelos institucionais propostos. Esse exame é fundamental para distinguir políticas que existem apenas no plano das normas daquelas que se efetivam enquanto dispositivos materiais no território

2) **Configurações institucionais:** Este indicador refere-se à análise da organização formal e do desenho institucional dos serviços de saúde estabelecidos por uma dada política pública. Trata-se de identificar como o poder político se expressa na criação de órgãos, estruturas administrativas, fluxos de comando e modalidades de articulação entre níveis de atenção e setores públicos e privados. As configurações institucionais permitem compreender se os serviços propostos são centralizados ou descentralizados, verticalizados ou em rede, especializados ou generalistas, e qual é o arranjo organizacional (direto, terceirizado, conveniado) que vai materializar o modelo assistencial pretendido. Além disso, a entrada ou saída de dirigentes e secretários de saúde – assim como as reconfigurações de equipes e setores estratégicos – são consideradas componentes centrais desse indicador.

3) **Papéis funcionais:** Aqui, investigam-se as funções específicas e as finalidades concretamente atribuídas a cada órgão, serviço ou unidade assistencial da política em análise. Os papéis funcionais dizem respeito a quem faz o quê dentro do sistema, ao processo de trabalho em si: quais trabalhadores de saúde são convocados, quais suas atribuições diárias, rotinas e poderes, como se distribuem responsabilidades entre equipes e setores, e quais finalidades são dadas a cada unidade (promoção, prevenção, vigilância, assistência curativa, etc.). É por meio desse critério que se revela de fato qual concepção de cuidado e de saúde está sendo operada em cada contexto.

No entanto, a operacionalização dessa categoria nesta dissertação não se deu pela aplicação mecânica ou sistemática de um esquema fechado de indicadores. Os indicadores propostos por Merhy foram mantidos como referências heurísticas para uma primeira aproximação com o objeto e para a leitura das mediações mais importantes da política, mas não funcionaram como grade classificatória rígida de delimitação dos achados.

Essa adaptação se justifica também pelo fato de que o referencial de Merhy foi elaborado a partir da análise da Saúde Pública paulista entre 1920 e 1948, em um contexto no qual a política governamental estudada se expressava de modo mais diretamente apreensível na

organização institucional, orçamentária e funcional dos serviços estaduais de saúde. Em seu estudo, a leitura dos organogramas, das peças orçamentárias, das atribuições dos órgãos e da estrutura burocrático-administrativa permitia reconstruir, com maior imediatidade, o modelo tecnoassistencial em constituição.

No presente trabalho, contudo, o objeto analisado diz respeito a políticas federais de APS em um contexto de municipalização do SUS, no qual o Ministério da Saúde (MS) e, em particular, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) exercem sobretudo funções de formulação, indução, regulação e cofinanciamento, enquanto a implementação direta e cotidiana dos serviços recai majoritariamente sobre os municípios. Por essa razão, os indicadores propostos por Merhy foram mobilizados menos como uma grade rígida de operacionalização e mais como balizas analíticas para apreender mediações relevantes entre desenho federal da política, arranjos institucionais e efeitos esperados sobre a organização do cuidado.

Isso significa que a análise não partiu da aplicação sistemática, capítulo a capítulo, de um quadro fixo de indicadores, mas da utilização dessas mediações como orientação para o exame das contradições entre discurso, normatização, organização institucional, financiamento e efeitos assistenciais das políticas analisadas. Em vez de produzir uma classificação formal e exaustiva dos achados segundo cada indicador, a pesquisa buscou reconstruir como eles apareciam concretamente, de maneira desigual, combinada e historicamente situada, no material empírico examinado.

3.3 Construção e seleção do corpus documental

As fontes mobilizadas foram predominantemente documentais. A seleção do corpus não partiu de uma lista completamente fechada de documentos definida de antemão, mas de um processo progressivo, teoricamente orientado e metodicamente conduzido, no qual a busca, a coleta e a análise dos materiais se alimentaram reciprocamente. Tal procedimento é compatível com a lógica da pesquisa qualitativa, na qual delineamento, coleta e análise mantêm relações recursivas, e novos materiais podem ser incorporados à investigação à medida que suas implicações analíticas se tornam visíveis (YIN, 2016).

O núcleo inicial do corpus foi constituído por documentos centrais para a compreensão da agenda governista e das disputas em torno da APS no início do governo Lula 3, como o Relatório Final do Grupo Técnico da Saúde da transição governamental, os principais atos normativos do período e as bases administrativas mais relevantes para acompanhamento de equipes, financiamento e programas federais. A partir desse núcleo, o corpus foi ampliado por

busca documental encadeada, isto é, pela incorporação de novos materiais citados, regulamentados, pressupostos, operacionalizados ou contraditos pelos documentos já localizados.

No caso dos atos normativos e administrativos, realizou-se uma varredura sistemática do repositório Saúde Legis, concentrada no período de janeiro de 2024 a março de 2025, contemplando publicações do Ministério da Saúde cujos resumos faziam referência à atenção primária. Essa varredura permitiu identificar regularidades documentais importantes, como portarias de credenciamento, homologação, cancelamento, alteração de credenciamento ou homologação, exclusão, custeio emergencial, emendas destinadas à ampliação, construção, custeio ou reforma de UBS e atos de substituição de Equipe de Atenção Primária (eAP) por Equipe de Saúde da Família (eSF), além de documentos centrais ligados a temas como Mais Médicos, Equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), Saúde Bucal (como a criação do Serviço Especializado em Saúde Bucal) e o novo cofinanciamento da APS. Para o ano de 2023, bem como para atos anteriores cuja vigência ou efeitos se prolongavam no período estudado, procedeu-se a busca dirigida de portarias, leis, medidas provisórias, editais, notas técnicas e documentos operacionais diretamente relacionados aos eixos analíticos da investigação.

Além do Saúde Legis, foram consultados repositórios, painéis e sítios oficiais do Ministério da Saúde e de órgãos ou instituições diretamente relacionados ao objeto, como e-Gestor APS, Painel Mais Médicos, Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB), painéis de informação do Fundo Nacional de Saúde, Relatórios Integrados de Gestão do Ministério da Saúde, materiais da SAPS, documentos da AgSUS, bem como materiais disponibilizados por Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Esses documentos foram especialmente importantes para o acompanhamento de séries históricas, cobertura, composição de equipes, provisão de profissionais, execução orçamentária, pactuações interfederativas e formulações institucionais da gestão federal da APS.

Também foram mobilizados documentos programáticos e materiais institucionais de sujeitos políticos relevantes na disputa em torno da política de saúde, a exemplo do Instituto Coalizão Saúde, de entidades médicas e de sociedades profissionais. Em paralelo, reportagens, entrevistas públicas, notícias institucionais, diários oficiais municipais e outros materiais de mídia aberta foram incorporados quando permitiam contextualizar controvérsias, reconstituir processos políticos específicos ou identificar expressões territoriais da política, como nos casos de Recife e Boa Vista. Nessas situações, tais fontes não foram tomadas isoladamente como

prova suficiente, mas como peças de triangulação e contextualização, sendo cotejadas, sempre que possível, com normativas, dados administrativos e outros documentos.

O processo de identificação de fontes foi também alimentado pelo acompanhamento cotidiano do debate público sobre as políticas de saúde, pela circulação do pesquisador em espaços acadêmicos, profissionais e militantes da saúde coletiva, e por registros continuados de notícias, documentos e pistas de investigação em notas de pesquisa. Interloquções com colegas, participação em congressos e inserção no campo da APS funcionaram, assim, como observatórios do objeto e disparadores de novas buscas documentais. Esses insumos, contudo, não foram tomados como evidência autônoma do estudo: serviram como pontos de entrada para localizar documentos, controvérsias, atos normativos e bases de dados que, então, eram examinados diretamente e submetidos aos mesmos procedimentos de análise das demais fontes.

Ferramentas digitais de busca e sistemas de inteligência artificial também foram utilizados como apoio à localização de documentos, normas, notícias e bases públicas. Entretanto, esses recursos desempenharam função estritamente instrumental de rastreamento e apoio à busca, nunca de substituição da leitura direta das fontes. Todo material incorporado ao corpus foi localizado em suporte identificável, lido diretamente em sua versão original ou em versão institucionalmente reconhecível, e confrontado com outras evidências pertinentes.

A inclusão de documentos no corpus obedeceu, assim, a critérios de relevância analítica e de vinculação ao objeto. Foram priorizados materiais que: a) expressassem projetos, diagnósticos ou proposições dos sujeitos políticos em disputa; b) regulamentassem, operacionalizassem ou modificassem políticas federais de APS; c) permitissem acompanhar séries históricas, financiamento, cobertura, composição de equipes ou desenho institucional; d) iluminassem controvérsias relevantes para a interpretação dos modelos tecnoassistenciais em disputa; ou e) possibilitassem triangulação entre diferentes planos do fenômeno analisado. Por outro lado, foram desconsiderados materiais duplicados, republicações sem alteração substantiva, menções episódicas à APS sem incidência relevante sobre os eixos analíticos do estudo e documentos cuja relação com o objeto permanecesse periférica ou apenas ilustrativa.

O fechamento do corpus não decorreu de exaustão absoluta de tudo o que foi produzido sobre o tema, o que seria impraticável, mas de saturação teórico-analítica: novos materiais passaram a reiterar padrões, disputas e mediações já identificados, sem alterar substantivamente a reconstrução do objeto. Ainda assim, buscando maior transparência metodológica, a presente seção explicita os blocos documentais mobilizados e o apêndice final apresenta uma relação mais detalhada das principais fontes incorporadas à pesquisa.

Fontes documentais mobilizadas

As fontes documentais mobilizadas foram organizadas em blocos analíticos, de acordo com sua função no percurso investigativo e com o tipo de mediação que permitiam apreender na análise das políticas de Atenção Primária à Saúde no governo Lula 3. Essa organização não corresponde a categorias rígidas definidas previamente, mas à necessidade de distinguir documentos programáticos, atos normativos, bases administrativas, materiais institucionais, documentos de pactuação interfederativa e fontes complementares de contextualização. Com isso, buscou-se tornar mais nítida a articulação entre o plano das formulações político-programáticas, o plano da normatização e gestão federal, o plano da operacionalização administrativa e o plano das controvérsias e traduções territoriais da política. O quadro a seguir sintetiza esses blocos e sua função na pesquisa, enquanto a relação mais detalhada das fontes documentais mobilizadas encontra-se apresentada no Apêndice A.

Quadro 01 – Blocos das fontes documentais mobilizadas e sua função analítica

20

Bloco documental	Principais fontes mobilizadas	Função na análise
Documentos programáticos e de transição governamental	Plano de Governo da Coligação Brasil da Esperança; Relatório Final do GT-Saúde da transição governamental; Propostas para a Saúde do Brasil 2023-2030, do Instituto Coalizão Saúde;	Identificar projetos, diagnósticos e proposições dos principais sujeitos políticos em disputa no início do governo Lula 3.
Atos normativos e administrativos federais	Portaria nº 2.979/2019; Portaria GM/MS nº 3.493/2024; leis, medidas provisórias, portarias, notas técnicas, resoluções e editais referentes ao Previner Brasil, ao novo cofinanciamento da APS, ao Programa Mais Médicos, às eMulti, à saúde bucal, à infraestrutura das UBS, ao Saúde na Hora e à ADAPS/AgSUS.	Reconstruir o desenho jurídico-institucional das políticas e os mecanismos federais de financiamento, indução, regulação e provimento.

Bases administrativas e séries históricas	Relatórios Integrados de Gestão do Ministério da Saúde; e-Gestor APS; planilhas de equipes credenciadas, homologadas e cofinanciadas; Painei Mais Médicos; SISMOB; Saúde Legis; SIOPS, quando pertinente.	Acompanhar cobertura, composição de equipes, implantação de programas, execução orçamentária e tendências históricas do período analisado.
Materiais institucionais da gestão federal da APS	Materiais da SAPS sobre APS do Futuro, eMulti, Mais Médicos, saúde bucal, infraestrutura das UBS e relação entre APS e atenção especializada; apresentações na Comissão Intergestores Tripartite (CIT); informes e documentos técnicos correlatos.	Captar a formulação governamental da política, seus léxicos estratégicos e suas justificativas institucionais.
Documentos interfederativos e de entidades setoriais	Materiais da SAPS, CONASS, CONASEMS, AgSUS, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e demais entidades médicas e profissionais mobilizadas na pesquisa.	Analisar pactuações, controvérsias, disputas corporativas e posições de sujeitos coletivos relevantes.
Documentos territoriais e fontes complementares	Documentos municipais, relatórios locais, diários oficiais, notícias institucionais e mídia aberta, especialmente nos casos de Boa Vista e Recife.	Contextualizar formas locais de implementação, controvérsias públicas e expressões territoriais das políticas analisadas.

3.4 Estratégias de análise e de rigor metodológico

Como forma de controlar possíveis vieses e reforçar o rigor da investigação, foram mobilizadas, além da reflexividade sistemática já mencionada, três estratégias complementares: a triangulação de fontes de evidência, a análise de padrões e explicações rivais e a explicitação dos procedimentos de seleção e uso do corpus documental.

A triangulação de fontes de evidência mostrou-se particularmente necessária porque o objeto estudado não se deixa apreender adequadamente por uma única classe documental. Em consonância com Yin (2016), procurou-se integrar documentos programáticos, atos normativos, bases administrativas, painéis oficiais, materiais institucionais e fontes de contextualização, testando a consistência entre diferentes planos de evidência. Em termos analíticos, isso significou confrontar o que os documentos de governo anunciavam, o que as normas efetivamente instituíam, o que as bases e séries históricas mostravam quanto a financiamento, equipes e cobertura, e o que controvérsias públicas ou documentos territoriais revelavam sobre a implementação concreta das políticas.

Também se recorreu à análise de padrões e explicações rivais. Se o método dialético trabalha com contradições como motor do conhecimento, a investigação não pode reduzir o objeto a uma interpretação unívoca antecipadamente garantida. Ao contrário, foi necessário cotejar leituras concorrentes para os mesmos fenômenos — por exemplo, entre reconstrução e continuidade, entre reversão e recomposição, entre fortalecimento da APS e reatualização de mediações neoliberais — buscando compreender as condições em que cada explicação se mostrava mais consistente com o conjunto das evidências reunidas. Em vez de descartar casos, documentos ou movimentos que tensionassem a hipótese inicial, eles foram tratados como elementos importantes para qualificar, corrigir ou complexificar a interpretação.

Por fim, buscou-se reforçar a transparência metodológica por meio da explicitação dos critérios de construção do corpus e da distinção entre diferentes estatutos das fontes mobilizadas. Documentos oficiais, bases administrativas e atos normativos compuseram o núcleo mais robusto da evidência empírica; notícias, entrevistas públicas, materiais de circulação institucional e registros de acompanhamento do debate serviram sobretudo para contextualização, triangulação e abertura de novas frentes de busca documental. Com isso, pretendeu-se garantir rigor metodológico sem recair em positivismo mecanicista, preservando a complexidade dialética do objeto sem abdicar da objetividade possível em pesquisas qualitativas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 AGENDA GOVERNISTA PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A agenda governista para a saúde no início do terceiro governo Lula pode ser sintetizada a partir de dois documentos centrais: as Diretrizes para o Programa de Reconstrução e Transformação do Brasil e o Relatório Final do Grupo Técnico da Saúde, elaborado no contexto da transição governamental de 2022. Em conjunto, esses textos permitem identificar não apenas a crítica do novo governo ao desmonte recente das políticas públicas, mas também algumas intenções iniciais para a atenção primária à saúde (APS), especialmente nos planos orçamentário, funcional e institucional.

No plano mais geral, o programa de governo se apresenta como parte de uma estratégia de reconstrução nacional que busca “superar o modelo neoliberal que levou o país ao atraso” (COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA, 2022, p. 10). Nessa chave, o documento defende a revogação do teto de gastos, a revisão do regime fiscal e a recomposição do papel indutor e coordenador do Estado e das empresas estatais no desenvolvimento econômico e social do país (COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA, 2022, p. 10-15). Ao mesmo tempo, porém, o próprio plano assinala que o investimento privado também seria parte importante da reconstrução nacional, a ser estimulado “por meio de créditos, concessões, parcerias e garantias” (COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA, 2022, p. 14). Para esta pesquisa, essa ambivalência é relevante porque indica, desde a origem, uma agenda que reivindica maior protagonismo estatal, mas sem afastar a iniciativa privada dos arranjos centrais da reconstrução econômica e social.

No campo da saúde, o plano sustenta que o SUS foi tratado com descaso pelo governo anterior, marcado por falta de investimentos, ações preventivas, profissionais, consultas, exames e medicamentos, e reafirma o compromisso com o fortalecimento do SUS público e universal, com a valorização dos trabalhadores, com a retomada do Mais Médicos e do Farmácia Popular e com a reconstrução do Complexo Econômico e Industrial da Saúde (COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA, 2022, p. 6). Já o relatório do GT-Saúde fornece um diagnóstico mais preciso do ponto de partida da nova gestão e permite observar como a agenda de reconstrução se desdobra em propostas concretas para a APS.

Do ponto de vista orçamentário, o GT destaca dois condicionantes centrais do início do governo: os efeitos da EC 95 e o peso crescente das emendas parlamentares sobre o orçamento do Ministério da Saúde. Segundo o relatório, entre 2018 e 2022 as perdas para o SUS decorrentes da EC 95 chegaram a quase R\$ 60 bilhões, enquanto o PLOA de 2023 já aparecia

fortemente afetado pela absorção das emendas de relator, que consumiriam cerca de R\$ 10 bilhões do piso da saúde (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 6-7). O documento afirma ainda que, para acomodar essa dinâmica, houve redução orçamentária de programas relevantes, inclusive Farmácia Popular, Mais Médicos/Médicos pelo Brasil e Saúde Indígena, produzindo risco elevado de descontinuidade de serviços essenciais do SUS (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 6-7). Mais adiante, ao tratar dos pontos de alerta para a gestão, o relatório assinala que esse cenário poderia gerar “sobrecarga do financiamento do SUS recaindo principalmente sobre município” e “risco de interrupção do funcionamento de grande número de serviços estaduais e municipais sem financiamento federal por represamento de habilitações pelo MS” (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 35-36).

No que se refere especificamente à APS, o diagnóstico do GT é bastante incisivo ao afirmar que seus recursos estavam estagnados desde 2016, o que limitava a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF). Segundo o documento, 72 milhões de brasileiros e brasileiras ainda não estavam cobertos pela ESF, o equivalente a 34% da população, com maior concentração da não cobertura em regiões metropolitanas e em municípios socialmente vulneráveis do Norte e Nordeste (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12). Essa situação é articulada, no relatório, às mudanças promovidas pelo Previner Brasil, descritas como fator de desorganização do cofinanciamento federal, de redução de 80% das transferências fixas e de introdução de regras pouco transparentes e restritivas (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12). Além disso, o GT sustenta que a substituição do PMAQ por um conjunto mais restrito de indicadores de desempenho no Previner Brasil induziu a focalização das ações da APS, deslocando a lógica anterior de avaliação e financiamento (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12).

A crítica governista também incide sobre a PNAB de 2017, entendida como vetor de alteração do modelo assistencial da atenção básica. Segundo o GT, essa normativa estimulou a criação de equipes parciais e incompletas, ao mesmo tempo em que enfraqueceu o financiamento direto da ESF e dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), produzindo efeitos sobre a composição das equipes, a multiprofissionalidade e a própria capacidade de coordenação do cuidado na APS (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12). Nessa mesma direção, o documento denuncia a “interrupção do financiamento de obras de construção, ampliação, reforma e informatização de Unidades Básicas de Saúde (UBS)” (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12). O relatório ainda registra o congelamento do financiamento e da expansão dos Consultórios na Rua, a ruptura no processo de construção da RAPS, o encerramento do financiamento para os NASF e o desfinanciamento de arranjos

voltados a populações específicas, como as equipes de saúde da família fluvial, revelando que a crise da APS atingia simultaneamente cobertura, infraestrutura e densidade tecnológica do cuidado (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12-18).

Em resposta a esse quadro, o GT propõe um conjunto de medidas de fortalecimento da PNAB em sua dimensão orçamentária e organizativa. Entre elas, destacam-se o restabelecimento do financiamento da atenção básica com base em critérios populacionais e orientado pela equidade; a revisão dos indicadores de acesso e qualidade com garantia de investimentos para ampliar a capacidade resolutiva dos serviços; a ampliação do financiamento dos Consultórios na Rua; e o relançamento do Programa Nacional para Requalificação das UBS, contemplando construção, ampliação, reforma, informatização e acesso à internet (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 89). Também aparece com centralidade a defesa da priorização da ESF, incluindo os NASF, com ênfase na despreciação do trabalho na APS, o que sugere uma tentativa de recompor não apenas o volume de recursos, mas a direção política do financiamento federal nesse nível de atenção (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 89).

No plano dos papéis funcionais, o documento de transição associa parte importante da crise da APS à desestruturação das políticas de provimento médico para áreas de maior vulnerabilidade e menor atratividade. O relatório afirma que o programa que substituiu o Mais Médicos foi “incapaz de prover 3.218 vagas de médicos localizadas nas áreas mais vulneráveis do país, acarretando desassistência para populações em situação de pobreza, e diminuição da capacidade de resposta do SUS” (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12). Além disso, o GT menciona a fragilização da supervisão e da qualificação dos médicos vinculados a esse arranjo, bem como a descontinuidade de ações relativas à abertura de vagas em cursos de medicina, residências e programas como o Pró-Residência, com impactos sobre a formação e fixação de profissionais no território (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 12-13). Como contraponto, propõe-se o relançamento do Programa Mais Médicos, integrando os demais programas de provimento e recuperando seus eixos de formação e infraestrutura, além da ampliação dos NASF, do fortalecimento da integração entre ESF e atenção especializada e da articulação de medidas para provisão de especialistas (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 89).

No plano institucional, ganha relevo a proposta de criação do Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária, vinculada ao diagnóstico de que o organograma da SAPS não dispunha de estrutura adequada para exercer interlocução, regulação e acompanhamento do contrato de gestão com a ADAPS. O próprio GT sustenta que os departamentos então existentes

não favoreciam o protagonismo da atenção primária nem o papel regulador, avaliador e indutor do Ministério da Saúde na implantação da política de APS, além de registrar a redução de estruturas voltadas à RAPS e à saúde de populações vulnerabilizadas (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 45-47). Nessa mesma direção, o documento chama atenção para a natureza jurídico-institucional da ADAPS, definida como serviço social autônomo, isto é, uma entidade paraestatal regulada pelo direito privado, com maior flexibilidade para contratação de pessoal, compras e gestão contábil, o que coloca em evidência problemas de governança, conflitos de interesse e limites dos programas de provimento (GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE, 2022, p. 79).

Em conjunto, o plano de governo e o relatório do GT-Saúde apresentavam uma agenda inicial de reconstrução da APS, centrada na recomposição do financiamento federal, na expansão da ESF, na retomada do provimento médico, no fortalecimento do cuidado multiprofissional e na requalificação da infraestrutura das UBS. Ao mesmo tempo, essas formulações ainda tinham caráter programático, oferecendo diretrizes gerais e medidas prioritárias, mas sem definir integralmente os arranjos institucionais e operacionais por meio dos quais essa reconstrução seria conduzida. É justamente nesse ponto que se abre o subtópico seguinte: examinar como essas intenções iniciais passaram a ser formuladas no interior da SAPS e como ganharam expressão em propostas e estratégias anunciadas para a reorganização da APS, entre elas o que veio a ser apresentado como “APS do Futuro”.

4.2 GESTÃO NÉSIO FERNANDES

O primeiro comando da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) durante o Governo Lula 3 ficou sob a responsabilidade de Nésio Fernandes de Medeiros Junior. Graduado pela Escola Latino-Americana de Medicina de Cuba com revalidação pela Universidade Federal de Minas Gerais, o primeiro secretário de atenção primária à saúde do Ministério da Saúde já possuía uma trajetória relevante em gestões municipal e estadual (CONASS, 2025).

Concomitante à sua especialização em Medicina Preventiva e Social e em Administração em Saúde, Nésio atuou como secretário municipal de saúde em Palmas (TO) entre 2016 e 2018, onde levou a atenção básica a uma cobertura de 100%. De 2019 a 2022, foi secretário de saúde do Espírito Santo durante o período mais crítico da pandemia de COVID-19, levando a cobertura de atenção básica de 54% para 90% durante o seu mandato (CONASS, 2025).

Além disso, integrou o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), como membro de Câmaras Técnicas e grupos de Trabalho, sendo, posteriormente, eleito presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para a gestão 2022/2023 (SES-ES, 2022). Esta dupla experiência lhe proporcionou uma visão abrangente da articulação interfederativa no SUS, embora sua gestão à nível federal seja marcada pela dificuldade de pactuações formais justamente nessas instâncias, como analisaremos mais adiante.

Quando assumiu a SAPS em janeiro de 2023, Nésio criou os Fóruns 90/90 da APS do Futuro, que seriam realizados a cada 90 dias para apresentar, discutir e planejar as ações estratégicas da SAPS, o que incluiria o monitoramento de indicadores, ações e metas da pasta (APS REDES, 2023b). Durante os 13 meses em que integrou a gestão do governo Lula, o secretário da SAPS organizou apenas dois Fóruns 90/90, o primeiro em fevereiro de 2023 (BRASIL, 2023c) e o segundo em junho de 2023 (BRASIL, 2023i), ambos no início de seu mandato à frente da secretaria. Esses fóruns reuniam principalmente os trabalhadores da SAPS, mas também secretários de outras pastas do Ministério da Saúde e participações de representantes do próprio CONASS e CONASEMS, reproduzindo a lógica de gestão colaborativa que Nésio experimentou nos conselhos.

Embora se tenha muitas fotos e notícias destacando a ocorrência desses dois fóruns, refletindo seu caráter mais midiático, esses eventos não geraram nenhum documento aberto ao público para que se pudesse compreender melhor como a SAPS pretendia operacionalizar esse conceito de “APS do Futuro”. O único documento disponível que temos durante esse período

inicial é o Relatório da Conferência Livre Nacional APS do Futuro (BRASIL, 2023x). Sob esse mesmo slogan, o evento foi mobilizado pela SAPS e ocorreu no final de maio de 2023, entre os dois fóruns 90/90, na cidade de Luziânia-GO. O evento teve caráter deliberativo, direcionado à construção coletiva de propostas para nortear a atenção primária à saúde no Brasil e fortalecer as diretrizes para a 17ª Conferência Nacional de Saúde. Muitas propostas foram validadas nesse espaço, como a ampliação da cobertura da ESF, readequação do tamanho das eSF conforme a vulnerabilidade social e revisões do financiamento da APS, com a volta do componente fixo (BRASIL, 2023x). No entanto, embora os Fóruns 90/90 tenham tido perfil predominantemente interno à SAPS, a periodicidade anunciada no início de 2023 parece não ter tido continuidade após o segundo encontro. Ao menos na documentação pública localizada, essa descontinuidade não aparece acompanhada de uma explicação mais clara sobre seus motivos, tampouco se identifica documentação pública que sistematize essas discussões em um plano de ação formal para a implementação da chamada “APS do Futuro”.

O conceito de “APS do Futuro” foi utilizado por Nésio Fernandes como um elemento mobilizador que pretendia sintetizar as diretrizes para implementação de diferentes ações da SAPS, mas nunca chegou a ter uma formalização institucional adequada, por meio de leis e/ou portarias, apesar de ser referida como um “programa” nos noticiários nos momentos iniciais de articulação do MS com municípios específicos (G1 RR, 2023).

A primeira menção a esse conceito apareceu na primeira reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de 2023, no dia 16 de fevereiro. Nesse espaço permanente de negociação, articulação e decisão entre os gestores das três esferas de governo no SUS, o então Diretor de Programas da SAPS, Felipe Proença, que posteriormente viria a substituir o Nésio como secretário da pasta, expôs a apresentação intitulada “APS do Futuro - Desafios e Perspectivas” (BRASIL, 2023m).

Essa apresentação se inicia com a pergunta de “Qual seria a APS do futuro?”, refletindo sobre os sentidos do momento histórico vivenciado e concluindo que a “APS do futuro será aquela em que empregadora e a empregada façam pré-natal na mesma unidade, aquela em que profissional liberal, trabalhador celetista, precarizados e excluídos sejam cuidados com qualidade no mesmo serviço de saúde” e que “precisamos ser um país onde contratar um plano de saúde deixe de ser a primeira ideia que ocorre para quem melhora sua renda”. Em seguida traça um diagnóstico situacional da SAPS, revelando vários desafios (BRASIL, 2023m, p.4-5).

O primeiro desafio seria o represamento de 56.740 serviços e equipes divididos em 23 estratégias a serem habilitados pela SAPS, apresentando um impacto potencial no acesso de 33,8 milhões de pessoas. Havia, por exemplo, 1.444 solicitações de equipe de saúde da família

(eSF); 2.971, de equipes de atenção primária (eAP); 30.634, de Agentes Comunitários de Saúde; 133, de Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP) municipais; 53, de eAPP estaduais; 30, de consultórios na rua (CNR); 204, de Unidades de Saúde da Família (USF) com 60 horas; 12, de USF fluviais, entre outros serviços represados (BRASIL, 2023m, p.7-8).

O segundo desafio foram os cortes no Mais Médicos que o deixaram com recursos insuficientes para manter as ações do Programa em 2023. Porém, esses recursos foram viabilizados por meio da PEC da transição que previu 1,7 bilhões para o MS. Além disso, foram citados: baixa capacidade de incorporação tecnológica e da inovação em serviço; sustentabilidade do financiamento da APS e infraestrutura de cuidado insuficiente; desmobilização do cuidado multiprofissional; baixa cobertura da Saúde Bucal; ultrapassar a marca de 65/70% de cobertura de eSF; qualificação do cuidado e baixo número de especialistas na APS; persistência de iniquidades; fragilidade das estratégias de educação permanente; necessidade de reestruturar o papel da APS na RAVS; resgate da APS no centro do debate da saúde pública. Em suma, o diagnóstico apresentando parece ser uma síntese das conclusões do Grupo de Transição de Saúde (BRASIL, 2023m, p. 9-10).

Para lidar com esses desafios, a apresentação propõe alguns caminhos para a “APS do Futuro”: escutar o povo, os trabalhadores, gestores e todos que possuem pensamento estratégico na saúde; dimensionamento de recursos humanos e ‘promover a incorporação tecnológica; alcançar uma cobertura 90% na eSF; Serviço acessível e de qualidade; cuidado multiprofissional, com escopo ampliado na APS; integralidade e rede, com ações intersetoriais com outros Ministérios, em especial MDS; estratégia para 10 anos; transformar a rede de serviços da APS em rede de ensino e pesquisa aplicada ao SUS (BRASIL, 2023m, p. 11).

Conforme retratado acima, para além dos planos genéricos, comuns no início das gestões de qualquer governo, um dos tópicos que revelaram atrito nesta reunião da CIT foi a meta de cobertura de 90% da APS. De acordo, com o Resumo Executivo dessa reunião, Mauro Junqueira, secretário executivo do Conasems, enfatizou que a meta 90% é “ousada” e que “quem paga 65% da APS no país é o município” e, por tanto, ele deveria ser ouvido na construção dessas metas (BRASIL, 2023e, p. 8). Embora essa ampliação pareça ser um consenso entre as diferentes agendas para o SUS até aqui apresentadas, qual seria o prazo para bater essa “ousada” meta ? Seria ao final da “estratégia para 10 anos”, conforme descrito nos caminhos da APS do Futuro nessa apresentação?

No final de agosto de 2023, Nésio Fernandes, em reunião na sede da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS), em Washington-EUA, foi mais explícito em relação a esse apazamento: “A meta do governo brasileiro é passar de

65% para 90% de cobertura da estratégia Saúde da Família, até 2027, e melhorar a proporção de cobertura por equipe de saúde da família e população, com uma equipe atendendo entre 2 mil e 2,5 mil habitantes, alcançando padrões de países desenvolvidos” (APS REDES, 2023b). Esse tipo de anúncio, ao projetar metas elevadas de expansão da ESF sem explicitar com a mesma nitidez os meios institucionais, orçamentários e interfederativos de sua realização, antecipava uma marca da gestão na SAPS: a tensão entre a radicalidade do enunciado programático e os limites concretos impostos pela forma de financiamento, pela pactuação com os municípios e pelo ambiente fiscal herdado.

Sob o midiático slogan “APS do Futuro”, o secretário Nésio e outros integrantes da SAPS participaram de vários eventos ao longo de 2023, como o 17º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade (CBMFC), no mês de setembro do mesmo ano, em Fortaleza-CE (SBMFC, 2023). Enquanto congressista desse evento pude sentir na pele o entusiasmo gerado pelas promessas do secretário que, além da ampliação “ousada” da cobertura da ESF e o redimensionamento das populações adscritas pela eSF alardeados na reunião com a OPAS/OMS, incluíam a extensão de horários de UBS, chegando a um horário de funcionamento até às 22 horas, ao mesmo tempo em que algumas eSF poderiam ter seu horário de trabalho reduzido de 40 para 30 horas semanais, garantindo a flexibilidade de trabalho que muitos profissionais sonham na APS. Para completar essa APS futurística, os amplos investimentos em incorporação tecnológica na UBS permitiriam ainda mais flexibilidade na jornada de trabalho dos médicos, que poderiam manter horários de tele-atendimento, sem precisar estar fisicamente no território. Nada disso, no entanto, foi pactuado com os municípios e lhes explicado como de fato se viabilizaria, ampliando a sensação de “promessas vazias”.

Os planos que passaram a compor a estratégia de mobilização denominada APS do Futuro guardam forte proximidade com o texto “A Atenção Primária à Saúde do Futuro: Votos de Ano Novo ao SUS!”, elaborado pela Rede de Pesquisa APS da ABRASCO e publicado pouco antes da já mencionada apresentação da SAPS na CIT. Embora não seja possível afirmar uma relação de derivação direta entre ambos, a coincidência temporal, a semelhança do repertório discursivo e a ampla convergência programática sugerem a circulação de formulações comuns entre esse coletivo, o GT Saúde da transição e a agenda inicial da SAPS em 2023. O próprio documento se apresenta como síntese de contribuições dirigidas aos planos de governo de 2022 e ao Grupo de Transição da Saúde, inscrevendo-se, portanto, no mesmo circuito político-técnico em que se conformaram as primeiras diretrizes da gestão federal para a APS. Entre os pontos de maior convergência, destacam-se a ampliação da cobertura da ESF para 90%, a readequação do tamanho das equipes segundo a vulnerabilidade da população

adscrita — com parâmetro máximo de 2.500 pessoas em áreas mais vulnerabilizadas — e a retomada do financiamento do NASF, com composições diferenciadas conforme as necessidades dos territórios. Justamente por explicitar com maior detalhe proposições que, na SAPS, apareceram muitas vezes apenas como enunciação mobilizadora, esse documento ajuda a iluminar as contradições vividas pela primeira gestão da secretaria ao longo de 2023, sobretudo a distância entre o horizonte programático anunciado e suas condições concretas de institucionalização e implementação (APS REDES, 2023a).

No que tange à ampliação da cobertura da APS, esse documento é explícito em reafirmar a eleição da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de organização da APS no Brasil, defendendo a revogação da PNAB de 2017 e o restabelecimento da PNAB de 2011 e pactuação de uma PNAB para o ano de 2023. Assim, para universalizar a ESF, além da reposição das carências nas equipes atuais, orienta a necessidade de implantar cerca de 5.000 novas equipes de ESF (e não Equipes de Atenção Primária) por ano, para obter a cobertura de 90% em um período de 04 anos (APS REDES, 2023a).

Essa é uma questão que diz muito sobre os papéis funcionais previstos pela SAPS para o modelo tecnoassistencial brasileiro. Durante os estágios iniciais de implantação da APS, priorizou-se a expansão massiva de eSF, desenhadas em sintonia com os fundamentos do modelo de atenção que se buscava consolidar. Partia-se do pressuposto de que o crescimento quantitativo das eSF funcionaria como motor de transformação qualitativa, viabilizando a hegemonia de uma forma de organizar a APS que pudesse induzir as mudanças desejadas no novo modelo (MAGALHÃES JÚNIOR et al., 2025). Assim, um ponto a ser investigado neste estudo, então, seria a quantidade de eSF em comparação com a quantidade de eAP existentes em cada um dos períodos analisados. Outras informações desse documento da Rede APS serão trazidas ao longo das discussões seguintes, como questões relativas à qualificação dos profissionais da APS e de qualidade de seus vínculos empregatícios, que podem expressar outras contradições da gestão do Nésio.

Para avançar na compreensão desse primeiro período da SAPS ao longo do governo Lula 3, utilizarei como analisadores as principais ações/programas que ganharam contornos legais durante essa gestão: 1) a retomada do Programa Mais Médicos/ novo credenciamentos de equipes na APS; 2) o reinício de financiamento federal para equipes multiprofissionais de apoio a ESF (e-Multi); 3) a implementação das políticas de saúde bucal; 4) ampliação de infraestrutura na APS (Requalifica UBS e PAC Saúde) e ampliação dos horários de atendimento na APS (Programa Saúde Na Hora). Após uma abordagem crítica de cada um desses analisadores, tentarei sintetizar como a SAPS esboçou articulações com determinados

municípios a fim de operacionalizar o conceito “APS do Futuro”. Para isso, analisarei os casos dos municípios de Boa Vista-RR e de Recife-PE para, ao final, traçar reflexões sobre contexto político e motivações que podem ter levado à saída do secretário Nésio em fevereiro de 2024.

4.2.1 Novo Mais Médicos para o Brasil

A retomada do Programa Mais Médicos teve início já em janeiro de 2023, com a conclusão dos ciclos interrompidos pela gestão anterior. O Ministério da Saúde anunciou o reprocessamento dos resultados dos 26º e 27º ciclos, suspensos em 2022 sob alegação de "falhas técnicas" (BRASIL, 2023h). Somente após essas duas primeiras chamadas, porém, ocorreu o relançamento oficial do Programa, em 20 de março de 2023, com a assinatura da Medida Provisória 1.165/2023 (BRASIL, 2023b).

Em 14 de julho de 2023, após ser aprovada pelo Congresso, essa MP foi convertida na Lei 14.621/2023, consolidando algumas mudanças importantes na Lei do Mais Médicos original, além de absorver características do programa de provimento do governo anterior (Médicos pelo Brasil) a fim de substituí-lo (BRASIL, 2023a). O novo programa, rebatizado Mais Médicos para o Brasil (PMMpB), organizou suas ações em dois eixos complementares: o de provimento, voltado a garantir médicos em regiões prioritárias, remotas, de difícil acesso e de alta vulnerabilidade; e o de formação e qualificação, que, diferentemente da versão original - centrada na expansão de vagas em cursos de graduação e residência -, passou a priorizar especializações lato e stricto sensu e incentivos à titulação pela SBMFC (BRASIL, 2023a).

No eixo de provimento, o PMMpB retomou o modelo de contratação via bolsa, em contraposição à perspectiva de vínculo celetista que marcara o Médicos pelo Brasil. Para estimular a permanência, foram instituídos incentivos de fixação para bolsistas que completarem ao menos 36 meses no programa: um adicional de 10% a 20% sobre o valor total das bolsas acumuladas, proporcional à vulnerabilidade do município. No mesmo sentido, médicos com dívidas no FIES que permanecerem por pelo menos 12 meses poderão obter um adicional de 40% a 80% sobre o total das bolsas, igualmente escalonado pela vulnerabilidade municipal. O programa incluiu ainda vagas para Equipes de Consultório na Rua, Atenção Primária Prisional e Saúde Indígena, ampliando o escopo territorial e populacional da política (BRASIL, 2023a).

A principal inovação do segundo eixo foi o estabelecimento da Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do PMMpB. Além da especialização lato sensu obrigatória nos dois primeiros anos para aqueles sem titulação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), a estratégia previu a possibilidade de realização de mestrado profissional

nos anos subsequentes, mediante processo seletivo específico e com vagas limitadas. O tempo de permanência no programa passou de três para quatro anos, prorrogável por igual período (BRASIL, 2023a).

Complementarmente, a Lei nº 14.621/2023 reafirmou, em seu Art. 22, §6º, a pontuação adicional de 10% para egressos do programa em seleções de residência médica - disposição que, ao ser explicitada em lei, provavelmente visa prevenir contestações jurídicas em editais. Médicos do FIES residentes em MFC passam a contar ainda com auxílio para quitação integral da dívida, caso optarem por essa modalidade de vaga (BRASIL, 2023a).

No entanto, esse enorme esforço de qualificação dos profissionais da APS e massivos custos financeiros associados podem não significar a permanência dessa mão de obra qualificada nos serviços públicos, justamente devido à pressão que a iniciativa privada exerce sobre os profissionais da rede pública. Na década passada, por exemplo, quando a Unimed de Belo Horizonte-MG passou a ofertar planos de saúde com a incorporação de MFCs para toda a saúde suplementar brasileira, o esforço de vários anos das residências municipais em formar especialistas para a rede pública de BH foi suplantado em poucos meses, acarretando uma desassistência aguda da rede e uma dificuldade de garantir MFCs na rede pública que ainda não foi superada.

Além dessas pressões da iniciativa privada, que levantam dúvidas sobre como o governo irá manter essa mão de obra qualificada no SUS, existe uma preocupação adicional relacionada ao modelo de contratação de médicos intercambistas sem revalidação. Uma parcela significativa dos profissionais do Programa Mais Médicos não possui Conselho Regional de Medicina (CRM), dependendo unicamente de sua formação anterior no exterior. Considerando que a taxa de aprovação na prova do Revalida tem se mantido extremamente reduzida, a maioria desses médicos, após a conclusão do período de quatro anos no programa, não terá viabilidade de continuar exercendo a profissão em território brasileiro, tampouco de obter a titulação em MFC.

Essa situação ganha relevo quando se observam os números desse período. Em fevereiro de 2024, ao final da Gestão do Nésio eram 8.380 médicos com diploma do exterior integrados aos programas de provimento, em sua maioria brasileiros (em março de 2025, ao final da gestão do Proença, esse número era de 9.717 profissionais). Contudo, o principal problema reside na temporalidade do programa: investe-se quantias substanciais em formação e especialização de profissionais que, por desenho contratual, provavelmente não permanecerão na atenção primária. Após quatro anos, quando encerram-se os contratos, esses médicos serão excluídos do sistema sem possibilidade de exercer a profissão no Brasil – já que as chances são grandes

de não conseguirem a revalidação de diploma. Consequentemente, os recursos públicos empregados em sua qualificação podem não gerar ganhos permanentes para o SUS, configurando-se como investimentos transitórios e potencialmente desperdiçados.

Apesar disso, a grande modificação do Mais Médicos veio após a publicação do segundo edital do novo programa. O primeiro edital, datado no dia 19 de maio de 2023 e referente ao 28º ciclo (BRASIL, 2023g), disponibilizou 5.968 vagas, distribuídas em quase 2 mil municípios, seguindo lógica de contemplar localidades de difícil fixação, alta vulnerabilidade e maior dependência do SUS (UNASUS, 2023). Embora critérios de elegibilidade baseados em vulnerabilidade priorizassem esses municípios, também havia a possibilidade de municípios classificados com menor vulnerabilidade receberem vagas do programa, ainda que em proporção significativamente menor.

A mudança substantiva ocorreu, então, com o segundo edital, datado no dia 16 de junho de 2023 e referente ao 31º ciclo, que estabeleceu uma nova modalidade: a coparticipação. Com esse edital, foram disponibilizadas 10 mil novas vagas (BRASIL, 2023f; UNASUS, 2023). Nessa modalidade, qualquer município pode solicitar o quantitativo de vagas desejado, porém respeitando tetos diferenciados conforme seu Índice de Vulnerabilidade Social (IVS): **municípios com $IVS \geq 0,4$ (alta vulnerabilidade) podem solicitar até 100% do total de equipes de Estratégia Saúde da Família; aqueles com IVS entre 0,3 e 0,4 (média vulnerabilidade), até 40%; e municípios com $IVS < 0,3$ (baixa vulnerabilidade), até 10% (BRASIL, 2023t).** Embora o item 2.7 do edital mencione que as vagas serão priorizadas por municípios de maior vulnerabilidade, a restrição deixa de ser de elegibilidade e passa a ser meramente indicativa. Qualquer município pode solicitar vagas, desde que aceite compartilhar o custo através do desconto automático no repasse federal do Piso de Atenção Primária. Além do desconto, o município deve arcar com auxílio-moradia e alimentação (BRASIL, 2023f).

No entanto, o § 2º do Art. 5º da Portaria GM/MS Nº 752/2023 estabelece uma exceção significativa: "O limite de vagas não se aplica nas hipóteses em que as novas vagas destinarem-se a: I - expansão da cobertura da estratégia da saúde da família dentro dos limites previstos na PNAB; e II - equipes de consultório na rua e equipes de saúde prisional" (BRASIL, 2023t). Essa brecha normativa de expansão de cobertura pode ter permitido uma flexibilização desenfreada do limite de vagas, levantando a hipótese de que, com a abertura dessa nova modalidade de coparticipação, o Mais Médicos tenha privilegiado mais os municípios de muito

baixa e baixa vulnerabilidade social em detrimento daqueles de muito alta e alta - o que, em última análise, poderia representar uma ruptura com os objetivos iniciais do Programa.

Nesse sentido, desdobra-se a hipótese de que a ampliação do Programa Mais Médicos (PMM) na modalidade de coparticipação não configura apenas um mecanismo de substituição de vínculos locais, mas sim uma forma de federalização da precariedade para os entes municipais. Municípios com elevado IVS - frequentemente esgotados pela Lei de Responsabilidade Fiscal - encontram no programa uma possibilidade de transferir para a União os custos da contratação médica, historicamente a mais onerosa na Atenção Primária. O "alívio" financeiro é real e substantivo: esses municípios podem vincular até 100% de suas equipes de médicos através de bolsas federais, externalizando dessa forma o ônus fiscal que comprometeria sua folha de pagamento.

Essa hipótese, contudo, não sustenta que o governo federal, ao federalizar bolsas como forma de contratação de médicos para a APS, tenha inaugurado a precarização dos vínculos de trabalho nesse nível de atenção. Estudos anteriores ao PMM já indicavam um quadro generalizado de contratos frágeis: levantamento realizado em 2009 mostrou que mais de 70% dos municípios informavam utilizar contratação temporária para médicos e que cerca de 50% do total de contratos médicos eram temporários, o que evidencia que a precariedade antecede os programas de provimento (GIRARDI et al., 2010). A hipótese aqui formulada é mais modesta: a expansão das bolsas na APS tenderia a manter – e, em certos contextos, a reforçar – esse padrão, contribuindo para a predominância de vínculos instáveis justamente nos municípios com maior vulnerabilidade social, em contraste com a agenda de “plano de cargos, carreira e salários” defendida por entidades como a APS Redes e incorporada, ainda que parcialmente, ao ideário da “APS do Futuro” (APS REDES, 2023a).

Por outro lado, o estudo publicado pelo próprio Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária (DGAPS), comparando as taxas de rotatividade e permanência dos profissionais vinculados aos programas de provimento com aqueles com vínculos “convencionais” – no período de julho de 2022 a junho de 2023 (pré-retomada do MM) e de julho de 2023 a junho de 2024 (pós-retomada) – traz elementos para uma hipótese concorrente. Os resultados apontam que os programas de provimento federal apresentaram maior permanência e menor rotatividade em comparação aos médicos com vínculos trabalhistas “convencionais”³, com destaque para áreas de vulnerabilidade muito alta, nas quais a

³ O estudo do DGAPS utiliza a expressão “vínculos convencionais” para se referir aos médicos não participantes dos programas de provimento federal, sem, contudo, explicitar com precisão quais modalidades contratuais (estatutárias, celetistas, temporárias, intermediadas etc.) compõem esse agrupamento.

rotatividade dos vínculos municipais se intensificou enquanto o PMM conseguiu preservar uma permanência relativamente elevada (BRASIL, 2025h). Todavia, as medidas adicionais de incentivo à permanência introduzidas na nova versão do programa (bônus de fixação, descontos em dívidas do FIES e ampliação das possibilidades formativas) parecem ter tido impacto limitado, uma vez que as taxas de permanência/rotatividade pré e pós-retomada do MM se mantiveram bastante estáveis, sugerindo que a simples melhoria dos incentivos financeiros não altera estruturalmente a lógica de ciclos curtos de permanência própria dos vínculos bolsistas.

Nesse ponto, os achados recentes sobre vínculos trabalhistas na APS ajudam a tensionar e complexificar esse quadro. O estudo que analisou dados Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) no período de abril de 2024 a março de 2025 identificou que, entre os médicos da APS, 30,5% estavam contratados em regime temporário, 23,9% como bolsistas e 16,3% como intermediados, enquanto apenas 15,7% possuíam vínculo estatutário e 4,1% celetista (BARROS et al., 2026). Nas áreas de “muito baixa” vulnerabilidade social, os médicos tinham 10,58 vezes mais chance de serem estatutários do que nos municípios de “muito alta” vulnerabilidade, evidenciando que a forma de vínculo se distribui de maneira marcadamente desigual no território. Em termos de tempo médio de permanência, os profissionais estatutários permaneceram, em média, 4 anos nas equipes, contra 3,6 anos dos celetistas, 2,4 anos dos temporários, 2,3 anos dos intermediados e apenas 1,6 ano dos bolsistas (BARROS et al., 2026).

Em vez de simplesmente repetir conclusões, esse estudo permite relativizar o resultado inicial produzido pelo próprio Ministério. Se, no recorte “pré/pós-retomada” usado pelo Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária, os médicos do PMM aparecem com maior permanência relativa do que um bloco amplo e heterogêneo de vínculos “convencionais”, a análise nacional de Barros et al. (2026) mostra que, quando se desagregam os tipos de vínculo e se olha para o conjunto da APS, os vínculos estatutários e celetistas continuam associados aos maiores tempos médios de permanência e, portanto, à maior possibilidade de longitudinalidade do cuidado. Assim, os dados governamentais evidenciam a capacidade do provimento federal de se sobrepôr, em curto prazo, a vínculos municipais frágeis; já os dados de Barros et al. (2026) recolocam em cena o papel estruturante das carreiras estáveis para a construção de projetos de vida ancorados na APS.

A combinação desses achados também ajuda a qualificar o debate sobre os riscos e limites da “federalização” da força de trabalho. Em contextos de alta vulnerabilidade e forte restrição fiscal, a contratação via bolsa federal pode funcionar como alternativa mais factível do que concursos municipais que nunca se concretizam, garantindo algum grau de permanência

e acesso em territórios historicamente desassistidos. Ao mesmo tempo, por se apoiar em vínculos não estatutários e facilmente reversíveis, essa estratégia mantém elevada a exposição a mudanças abruptas de orientação política – como demonstrou o encerramento súbito do acordo com Cuba em 2018 –, o que reforça a importância de pensar mecanismos locais de estabilização de parte dessa força de trabalho, sob a forma de carreiras municipais ou regionais menos vulneráveis a rupturas federais.

Se, em contextos de alta vulnerabilidade e restrição fiscal, a federalização via bolsas pode operar como saída pragmática para garantir algum nível de acesso, em municípios que historicamente conseguem manter estruturas formais de contratação – particularmente aqueles com baixo IVS e maior capacidade arrecadatória – ela abre um outro tipo de risco. Nesses casos, o PMM deixa de atuar apenas como mecanismo de provimento emergencial e passa a oferecer uma via de expansão adicional via coparticipação bolsista que tende, ao menos em tese, a desincentivar novos investimentos em concursos ou planos de carreira. Ao preencher a demanda por médicos mediante bolsas federais, reduz-se a necessidade objetiva de abrir novas vagas formalizadas, e a bolsa passa a funcionar como substituto funcional dos concursos municipais. Aproveitando-se sobretudo da brecha normativa que autoriza expansão de cobertura sem limites rígidos de vagas, o programa permite que municípios com maior capacidade fiscal ampliem suas equipes médicas sem necessariamente fortalecer carreiras próprias, construindo um regime laboral contrastante em que médicos concursados e estáveis, em número decrescente, passam a coexistir com contingentes crescentes de profissionais vinculados por bolsas precárias. Trata-se, por ora, de uma hipótese que demandaria investigações específicas para ser confirmada ou refutada.

Nesse cenário, a preocupação com a substituição de vínculos formais por bolsas federais ganha contornos mais concretos. Ainda que o item “b” da terceira cláusula do “Termo de renovação e/ou adesão e compromisso” determine que o município mantenha, “durante a execução do Projeto, o quantitativo de equipes de atenção primária atualmente constituídas conforme parâmetros definidos no art. 5º da Portaria GM/MS nº 752, de 15 de junho de 2023, com profissionais médicos não participantes do Projeto”, o instrumento não estabelece mecanismos operacionais claros de monitoramento ativo e sanção em caso de descumprimento. Nesse contexto normativo mais flexível, a possibilidade de uso das bolsas como substitutas de vínculos empregatícios formais não pode ser descartada a priori (BRASIL, 2023t).

A experiência vivida como médico residente em MFC no município de João Pessoa-PB ilustra uma dessas possibilidades: uma médica que atuava sob contrato temporário em regime celetista foi selecionada em chamamento público do PMMpB e conseguiu pactuar com a gestão

municipal a permanência na mesma equipe, agora sob vínculo de bolsista – caso pontual, mas que exemplifica a substituição de um vínculo formal por bolsa federal, sem alteração da equipe ou da carga de trabalho. Mais do que permitir generalizações imediatas, esse tipo de evidência empírica aponta para a necessidade de investigações específicas – quantitativas e qualitativas – sobre o uso das bolsas em substituição a vínculos estatutários e celetistas, bem como sobre o papel de órgãos de controle na mediação desses processos.

Mesmo na hipótese de haver esforços de fiscalização por parte do MS para coibir práticas semelhantes, o edital não prevê qualquer controle sobre as novas contratações futuras: os municípios podem simplesmente optar por não abrir concursos, dada sua maior onerosidade e rigidez orçamentária. A cláusula citada, por ser vaga quanto ao que significa “manter” as equipes existentes, não impede que, diante da rotatividade natural de médicos estatutários ou celetistas, o município passe a repor essas vagas prioritariamente com bolsistas do Mais Médicos. Ao final, a análise dos dados de cobertura da ESF constantes nos Relatórios Integrados de Gestão do MS para os dois primeiros anos do governo Lula 3 poderá indicar em que medida a expansão das vagas do Mais Médicos se traduziu em aumento concreto de equipes – e, conseqüentemente, de cobertura populacional – ou se operou principalmente como substituição de vínculos, oferecendo evidências adicionais para testar essas hipóteses.

Se, portanto, a discussão anterior enfatizou os efeitos da federalização via bolsas sobre os arranjos de vínculo – tanto em municípios de alta vulnerabilidade quanto naqueles com maior capacidade fiscal –, permanece em aberto a hipótese inicial de que a modalidade de coparticipação teria deslocado o foco territorial do Programa em direção a contextos menos vulneráveis. Nesse ponto, a questão deixa de ser apenas “como” o trabalho é contratado e passa também a ser “onde” os médicos do PMM estão sendo alocados.

Embora a base de dados interna do Mais Médicos seja constantemente atualizada por competência, suas limitações impedem análises longitudinais precisas: a planilha disponível para *download* registra apenas a data de início dos profissionais, sem permitir filtros que identifiquem quantos profissionais de cofinanciamento estavam ativos em cada período ou quantos já desligaram do programa. Dessa forma, torna-se inviável, a partir dos dados abertos, avaliar com exatidão quantas vagas foram efetivamente ocupadas na modalidade de coparticipação em comparação com a modalidade tradicional, segundo a classificação de IVS dos municípios, ano a ano – a menos que se recorra a pedidos específicos ao MS com base na Lei de Acesso à Informação.

Ainda assim, foi possível extrair alguns indicadores relevantes. Ao fazer o download da planilha da “Série histórica” de profissionais ativos nos programas de provimento do governo

federal, foram listados todos os profissionais ativos por município/distrito sanitário especial indígena em janeiro de 2023 (início da gestão Nésio), em fevereiro de 2024 (final da gestão Nésio e início da gestão de Felipe Proenço) e em março de 2025 (final da gestão Proenço). Essas informações foram cruzadas com a planilha de classificação de municípios segundo o IVS, disponibilizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), permitindo estratificar a quantidade de profissionais ativos por estrato de vulnerabilidade social, conforme é apresentado na tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais ativos em programas federais de provimento, segundo categoria de IVS do município/Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), em janeiro de 2023, fevereiro de 2024 e março de 2025.

Categoria de IVS	Jan. 2023 Profissionais ativos (n)	Jan. 2023 %	Fev. 2024 Profissionais ativos (n)	Fev. 2024 %	Mar. 2025 Profissionais ativos (n)	Mar. 2025 %
1 - Muito alta vulnerabilidade	2225	16,15	3780	14,90	3707	14,57
2 - Alta vulnerabilidade	3058	22,19	4790	18,88	4542	17,85
3 - Média vulnerabilidade	3739	27,14	6845	26,98	6871	27,00
4 - Baixa vulnerabilidade	3629	26,34	7561	29,81	7719	30,33
5 - Muito baixa vulnerabilidade	901	6,54	1867	7,36	2003	7,87
Sem classificação de IVS (DSEI)	226	1,64	523	2,06	606	2,38

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Ministério da Saúde (Painel Mais Médicos) e do IPEA.

A leitura dessa tabela revela um movimento mais complexo do que a hipótese inicial de deslocamento massivo de vagas para municípios de baixa vulnerabilidade sugeria. Somando-se os estratos de baixa e muito baixa vulnerabilidade, obtém-se 32,88% dos profissionais em 2023, 37,17% em 2024 e 38,20% em 2025. Já nos estratos de alta e muito alta vulnerabilidade, as proporções passam de 38,34% em 2023 para 33,78% em 2024 e 32,42% em 2025, enquanto o

estrato médio permanece praticamente estável (27,14% em 2023 e 27,0% em 2025). Esse contraste, porém, não elimina uma questão interpretativa relevante: o lugar dos municípios de média vulnerabilidade permanece em aberto, pois, se eles não correspondem ao foco redistributivo mais evidente do Programa, tampouco podem ser assimilados, sem mediações, aos contextos de baixa e muito baixa vulnerabilidade. Em termos absolutos, houve aumento do número de médicos em todos os estratos, mas, proporcionalmente, observa-se um leve deslocamento do peso relativo para municípios de baixa e muito baixa vulnerabilidade, em detrimento dos de alta e muito alta. A estrutura geral de distribuição, entretanto, não se inverte: mesmo com o crescimento da participação de municípios menos vulneráveis, a maior parte dos profissionais continua concentrada em contextos de vulnerabilidade média a alta, o que sugere que a coparticipação ampliou o alcance do Programa sem descaracterizar completamente seu foco redistributivo.

Esses dados convidam a relativizar a hipótese de ruptura com os objetivos iniciais do PMM: a modalidade de coparticipação efetivamente abre espaço para que municípios mais ricos ampliem sua participação, mas isso ocorre de forma incremental, não como substituição brusca da prioridade dada aos territórios mais vulneráveis. Em outras palavras, a expansão para municípios de baixa vulnerabilidade parece se sobrepor – e não substituir – a presença em áreas de maior necessidade, o que aponta mais para uma tendência de universalização por adesão do que para um desvio completo do princípio de equidade. Ao mesmo tempo, o crescimento proporcional do contingente em municípios de IVS baixo e muito baixo reforça a preocupação com a “federalização da precariedade”: justamente onde haveria maior capacidade fiscal para estruturar carreiras estáveis, as bolsas federais passam a ocupar fatia crescente da força de trabalho na APS.

Do ponto de vista da gestão do trabalho em saúde no SUS, a combinação entre expansão territorial e uso intensivo de bolsas recoloca com força o tema da precarização na APS. A reativação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS)⁴, em março de 2023, recoloca em pauta salário, jornada, planos de carreira e mecanismos de gestão de pessoas em uma perspectiva de trabalho decente, ainda que, até março de 2025, seus efeitos concretos sobre os formatos de vínculo aqui analisados permaneçam pouco visíveis, mantendo um fosso

⁴ Em 1993, o MS instituiu a MNNP-SUS “com o objetivo de estabelecer uma instância de negociação trabalhista entre empregadores e funcionários do SUS”, tendo como itens centrais “salário, jornada de trabalho, plano de carreira, mecanismos de gestão de recursos humanos e direitos e conquistas sindicais no SUS”. Após suspensão em 2019, “a MNNP-SUS teve sua reinstalação aprovada em março de 2023, conforme estabelecido na Resolução nº 708/2023” (BARROS et al., 2026, p. 12-13).

importante entre esse horizonte normativo e a arquitetura de contratação que sustenta o PMMpB (BARROS et al., 2026).

Nesse quadro, a expansão do Novo Mais Médicos para o Brasil pode ser lida como processo ambivalente. De um lado, amplia o acesso à atenção médica em territórios historicamente desassistidos, alcança todos os estratos de vulnerabilidade, reduz a rotatividade em relação a parte dos vínculos convencionais e estrutura um robusto eixo formativo em MFC, articulando especialização, residência e mestrado profissional. De outro, apoia-se em uma arquitetura de vínculos precários – especialmente bolsas sem vínculo empregatício formal – que dialoga com a tendência mais ampla de terciarização, flexibilização e fragmentação das relações de trabalho no SUS, tensionando o ideal de construção de carreiras estáveis na APS. É nesse ponto de fricção, entre a necessidade de prover médicos para garantir o direito à saúde e a perpetuação da precariedade laboral, que o Novo Mais Médicos se inscreve no campo mais amplo das disputas em torno do modelo tecnoassistencial e da própria conformação do trabalho em saúde no Brasil contemporâneo.

4.2.2 Equipes Multiprofissionais (eMulti)

Após o fim do financiamento federal para equipes multiprofissionais previsto pelo Previn Brasil, a partir de janeiro de 2020 novas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) não puderam mais ser credenciadas e vários municípios optaram por extinguir esses núcleos multiprofissionais devido ao impacto orçamentário. Durante a gestão de Nésio Fernandes como Secretário da SAPS, uma das principais conquistas foi a retomada e reformulação desses núcleos multiprofissionais na APS por meio da criação das Equipes Multiprofissionais (eMulti).

A portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023 (BRASIL, 2023s) instituiu o incentivo financeiro federal de implantação e custeio para as Equipes Multiprofissionais na APS e estabeleceu três modalidades de eMulti com diferentes cargas horárias e vinculações, de maneira análoga às distintas tipologias do eNASF: 1) eMulti Ampliada - 300 horas semanais, vinculada a 10-12 equipes de APS; 2) eMulti Complementar - 200 horas semanais, vinculada a 5-9 equipes; 3) eMulti Estratégica - 100 horas semanais, vinculada a 1-4 equipes.

Além de repasses bem maiores do que os do NASF, que variam de R\$ 12 mil a R\$ 36 mil mensais conforme a modalidade, as eMulti ampliam significativamente as possibilidades de atuação das equipes ao incluir 12 profissões de diferentes áreas do conhecimento, além de cinco novas especialidades médicas: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia

e infectologia. Outra inovação importante foi a incorporação de tecnologias de informação e comunicação no processo de trabalhos das eMulti, incentivando atendimentos remotos através de teleconsultas e ações de saúde à distância, com um valor adicional no repasse mensal para equipes que optarem por esse modelo (BRASIL, 2023s).

Além disso, a portaria introduz mecanismos de pagamento por desempenho nas ações das eMulti, diferentemente do que acontecia com o financiamento do NASF. Essa estratégia gerencialista, muito associada ao projeto e à racionalidade neoliberais, estimula que as equipes atinjam metas de desempenho para receber incentivos financeiros que variam de R\$ 3 mil a R\$ 9 mil. Os cinco indicadores considerados para pagamento por desempenho são: 1) Percentual de solicitações respondidas pela eMulti em 72 horas; 2) Satisfação da pessoa atendida pela eMulti; 3) Resolução das ações interprofissionais com as eMulti; 4) Quantidade de ações realizadas pela eMulti; 5) Percentual de atendimentos remotos mediados por TIC. Cabe destacar que dois deles fogem da governabilidade total da equipe (indicadores 2 e 3) e dois deles são parâmetros puramente quantitativos (4 e 5) (BRASIL, 2023s).

Se no NASF o atendimento individual era permitido apenas como exceção, normalmente reservado a casos de alta complexidade social e vinculados a pactuações e discussões matriciais com as equipes na APS, a regulamentação da eMulti apresenta todas as suas ações sem hierarquizações, incluindo atendimentos individual, em grupo e domiciliar; atividades coletivas; apoio matricial; discussões de casos; atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; oferta de ações de saúde à distância; construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e práticas intersetoriais (BRASIL, 2023s).

As indefinições nos fluxos assistenciais da eMulti podem, então, representar um caminho duplo dentro da reorganização do modelo tecnoassistencial brasileiro. Se a lógica predominante dessas equipes for a de apoio matricial multiplicador, ações compartilhadas e enfrentamento das necessidades sociais e sanitárias do território, este dispositivo pode ser caracterizado como uma forma de ampliação do modelo tecnoassistencial da ESF, conforme defendia Aluísio Gomes (SILVA JUNIOR, 2006). Se, por outro lado, as eMulti forem direcionadas prioritariamente ao atendimento individual, à clínica especializada, com fluxos fragmentados, vinculação fraca ao território e pouca articulação horizontal com a APS, há risco de as equipes se transformarem em um reforço do modelo restritivo de APS, “ambulatorizando” ainda mais esse nível de atenção.

Contudo, conforme apontam Oliveira e Freitas (2024), essa recomposição formal das equipes multiprofissionais não se traduz automaticamente em qualificação do trabalho. Ao contrário, o desenho institucional das eMulti reatualiza sob nova forma a tensão entre expansão

formal e sobrecarga profissional. As autoras destacam que "o desmonte apresenta-se não somente através do estreitamento das intervenções das equipes multiprofissionais da Atenção Básica, como também por meio da sobrecarga profissional, considerando o número de equipes vinculadas por cada eMulti". Comparando as modalidades NASF-AB e eMulti, observa-se uma tendência de ampliação do número de equipes vinculadas: a eMulti Ampliada chega a 12 equipes (contra 9 no NASF-AB modalidade I de 2017), enquanto todas as modalidades de eMulti abrangem um raio de ação extenso.

Quando essa vinculação é combinada com o amplo escopo de ações – que agora não possui hierarquização entre modalidades de atendimento – e com as exigências de resposta rápida (72 horas) e de produção quantitativa de atos, a pressão sobre o trabalho vivo intensifica-se, comprimindo o tempo disponível para o apoio matricial de qualidade, para discussões case compartilhadas com as equipes de APS e para a construção longitudinal de projetos terapêuticos territorializados

4.2.3 Saúde bucal

Ao assumir o mandato presidencial em 2023, o governo Lula 3 iniciou um processo de fortalecimento do arcabouço legal e institucional da saúde bucal no SUS. Um marco significativo desse processo foi a sanção da Lei nº 14.572, em 8 de maio de 2023, que conferiu formalidade jurídica à Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), consolidando-a enquanto política de Estado e não mais apenas enquanto programa administrativo; até então, o Brasil Sorridente operava com respaldo legal limitado, dependente das decisões do Ministério da Saúde e de gestores estaduais e municipais. Do ponto de vista desta dissertação, essa institucionalização representa, simultaneamente, um avanço na garantia do direito à saúde bucal e uma mediação específica na forma como o projeto governista de Lula 3 reatualiza elementos da racionalidade neoliberal no interior da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2023y).

A alteração da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), operada pela Lei 14.572/2023, elevou a saúde bucal à categoria de componente obrigatório do SUS em todos os níveis de atenção — da promoção e prevenção até a recuperação e reabilitação odontológica. Essa normativa estabelece dez diretrizes nacionais que orientam a organização e implementação dos serviços odontológicos, incluindo acesso universal e equânime, integralidade do cuidado, participação social, vigilância epidemiológica em saúde bucal, educação permanente dos profissionais, pesquisas periódicas sobre saúde bucal e vigilância sanitária da fluoretação das águas de abastecimento público (BRASIL, 2023y). No entanto, como será discutido a seguir, a forma concreta de operacionalização financeira dessas diretrizes — fortemente ancorada em indicadores de desempenho e metas quantitativas — mantém e aprofunda o uso de instrumentos gerencialistas já presentes no financiamento da APS desde o Previn Brasil, consolidando a saúde bucal a partir dessa racionalidade ao invés de operar uma ruptura com o desenho anterior.

Complementar a esse movimento, em junho e julho de 2023 a Coordenação-Geral de Saúde Bucal publicou duas portarias centrais para a organização da saúde bucal na APS. A Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023, instituiu o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (SESB) como estratégia de ampliação do acesso a procedimentos especializados em municípios com até 20.000 habitantes, com alta cobertura de saúde bucal e sem Centros de Especialidades Odontológicas credenciados, buscando enfrentar vazios assistenciais históricos e aproximar a atenção especializada do território (BRASIL, 2023j).

Do ponto de vista desta dissertação, a criação do SESB, ao incentivar a expansão de acesso e o enfrentamento de vazios assistenciais em contextos de menor porte populacional, reforça a saúde bucal como componente da rede de atenção e se afasta da lógica mais

estritamente focalizada típica de projetos neoliberais, em que a oferta especializada tende a se concentrar em áreas de maior densidade de serviços.

Já a Portaria GM/MS nº 960, de 17 de julho de 2023, instituiu o Pagamento por Desempenho da Saúde Bucal na APS, estabelecendo 12 indicadores (7 estratégicos e 5 ampliados) para as equipes de Saúde Bucal vinculadas à ESF – entre eles cobertura de primeira consulta programada, razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas, proporção de exodontias, atendimento a gestantes e beneficiários do Bolsa Família, procedimentos preventivos, ART, atendimentos domiciliares, agendamentos em até 72 horas e satisfação da pessoa atendida –, com valores máximos mensais de R\$ 2.449,00 para Equipe de Saúde Bucal (eSB) Modalidade I (cirurgião-dentista + auxiliar ou técnico) e R\$ 3.267,00 para eSB Modalidade II (cirurgião-dentista + auxiliar e técnico) (BRASIL, 2023k). Essa inserção da saúde bucal na arquitetura de pagamento por desempenho dialoga diretamente com o modelo inaugurado pelo Previner Brasil e será retomada na análise do novo financiamento da APS (BRASIL, 2023k).

Os efeitos concretos desse conjunto de medidas (em especial a Lei nº 14.572/2023 e a instituição do pagamento por desempenho da saúde bucal na APS) sobre a expansão da oferta e da cobertura de equipes de Saúde Bucal serão discutidos em seção específica, ao analisar a série histórica consolidada nos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde, com atenção ao crescimento acelerado das eSB cofinanciadas e às mudanças sucessivas na metodologia de cálculo da cobertura.

4.2.4 Programas de infraestrutura e ampliação do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde

Os programas de infraestrutura da APS e ampliação do horário de funcionamento das UBS serão discutidos nesta seção, em subitens próprios, porque eles, em tese, poderiam auxiliar no caminho de efetivação da estratégia/conceito de APS do Futuro apresentado por Nésio Fernandes, sendo eles: o Requalifica UBS/PAC Saúde e o Programa Saúde na Hora.

4.2.4.1 Infraestrutura APS

O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), instituído em 2011, por meio da Portaria GM/MS nº 2.206, tem como objetivo criar incentivo

financeiro para reforma, ampliação e construção de UBS. Os dados apresentados nesta seção foram compilados a partir de duas fontes principais: os Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde referentes aos anos de 2020 a 2024 e a análise sistemática de todas as portarias de habilitação publicadas no sistema Saúde Legis durante os anos de 2023 e 2024 (BRASIL, 2011; BRASIL, 2020; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Os números de propostas habilitadas apresentados nos relatórios refletem o acumulado desde 2009. Esse ponto de partida temporal merece atenção: embora o Requalifica UBS tenha sido formalmente instituído apenas em 2011, as primeiras habilitações de construção de UBS já vinham sendo realizadas desde 2009 no âmbito do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Assim, quando o Requalifica UBS foi criado em 2011, ele incorporou e deu continuidade às ações de infraestrutura já iniciadas pelo PAC dois anos antes, unificando sob uma única política as modalidades de construção, ampliação e reforma de unidades básicas de saúde. Além da unificação institucional, a magnitude dos recursos mobilizados pelo Requalifica UBS - com volume global da ordem de bilhões de reais ao longo de sua implementação - evidencia que não se tratou apenas de um acréscimo incremental de investimentos, mas de uma inflexão quantitativa de tal escala que pode ser interpretada, à luz da dialética, como uma mudança também qualitativa na política de infraestrutura da APS, reposicionando-a como eixo estruturante da expansão e modernização da rede de unidades básicas de saúde (REDE APS, 2015).

Ao realizar a subtração dos valores totais acumulados entre os anos consecutivos, disponíveis nos relatórios de gestão, é possível aproximar-se do número de novas habilitações ocorridas em cada período específico. O cálculo de novas habilitações por ano, então, podem revelar as intenções do governo, no que tange à infraestrutura da APS, naquele referido ano. Entretanto, essa metodologia apresenta limitações importantes: os relatórios não discriminam o número de cancelamentos de propostas que ocorreram ao longo do tempo, o que pode distorcer a leitura das variações anuais. Estudo anterior que analisou sistematicamente as portarias de desabilitação de propostas do Programa Requalifica UBS identificou que, em 2021, foram registrados 1.891 cancelamentos de propostas por meio de 20 portarias distintas (OLIVEIRA, 2023). Esse número elevado ajuda a explicar a variação negativa de 12,83% observada no componente de reforma entre 2021 e 2022, demonstrando que a ausência de dados sobre cancelamentos nos relatórios oficiais pode levar a interpretações equivocadas sobre o ritmo de novas habilitações.

A Tabela 2 apresenta a distribuição das obras habilitadas pelo Programa Requalifica UBS entre 2020 e 2024, conforme dados extraídos dos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde.

Tabela 2 – Distribuição das Obras Habilitadas do Programa Requalifica UBS (2020-2024)

Componente	Ano	Nº Propostas Habilitadas	Variação %	Valor Aprovado no Ano (R\$ milhões)	Valor Pago/Repasse no Ano (R\$ milhões)
UBS - Ampliação	2020	10.658	-	-	-
	2021	11.146	+4,58%	134,95	18,43
	2022	11.139	-0,06%	10,48	39,36
	2023	11.330	+1,71%	90,36	25,31
	2024	11.411	+0,71%	33,13	48,06
UBS - Construção	2020	12.245	-	-	-
	2021	12.636	+3,19%	348,23	93,95
	2022	12.741	+0,83%	126,72	111,53
	2023	12.811	+0,55%	118,28	207,84
	2024	14.733	+15,00%	4.348,39	315,58
UBS - Reforma	2020	10.407	-	-	-

	2021	12.583	+20,91%	552,04	24,21
	2022	10.969	-12,83%	-391,94*	37,97
	2023	11.324	+3,24%	167,43	69,66
	2024	11.465	+1,25%	88,31	84,03

Fonte: Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde (2020-2024), dezembro de cada ano.

*Nota: O valor negativo em 2022 para Reforma pode refletir o impacto dos 1.891 cancelamentos de propostas ocorridos em 2021, resultando em valor aprovado acumulado menor que o ano anterior.

Conforme se observa na Tabela 2, a dinâmica de investimentos em infraestrutura de UBS apresentou mudanças significativas entre 2023 e 2024, sinalizando uma reorientação estratégica do governo federal. Em 2023, durante a gestão Nésio, o componente de reforma registrou acréscimo de 11.324 propostas habilitadas no acumulado, com R\$ 167,4 milhões aprovados naquele ano e R\$ 69,7 milhões efetivamente pagos. Já o componente de ampliação acrescentou 11.330 propostas no acumulado, com R\$ 90,4 milhões aprovados e R\$ 25,3 milhões pagos em 2023. Em contraste, o componente de construção acrescentou apenas 12.811 propostas no acumulado, com R\$ 118,3 milhões aprovados e R\$ 207,8 milhões pagos, sugerindo que a estratégia APS do Futuro priorizou, em seu primeiro ano, a qualificação e melhoria da infraestrutura existente em detrimento da expansão da rede física.

Esse cenário inverte-se radicalmente em 2024. Enquanto os componentes de reforma e ampliação mantiveram trajetórias mais modestas — com R\$ 88,3 milhões e R\$ 33,1 milhões aprovados no ano, respectivamente, e pagamentos de R\$ 84,0 milhões e R\$ 48,1 milhões —, o componente de construção experimentou um salto extraordinário, com R\$ 4,35 bilhões aprovados apenas em 2024 e R\$ 315,6 milhões pagos. Em termos de fluxos anuais, isso significa que o volume de recursos aprovados para construção foi mais de 36 vezes superior ao aprovado em 2023, revelando uma mudança de prioridade da qualificação da rede existente para a expansão quantitativa da infraestrutura, movimento que será aprofundado na análise desagregada por fontes de financiamento apresentada a seguir.

Tabela 3 – Investimentos em Infraestrutura de UBS por Fonte de Financiamento (2023-2024)

Modalidade	2023	2024	Varição
------------	------	------	---------

Reforma (Emendas)	R\$ 67,75 milhões (160 propostas)	R\$ 32,83 milhões (72 propostas)	-51,5%
Ampliação (Emendas)	R\$ 63,59 milhões (128 propostas)	R\$ 28,97 milhões (55 propostas)	-54,5%
Construção (Emendas)	R\$ 137,53 milhões (109 propostas)	R\$ 1,29 bilhões (559 propostas)	+841%
Construção (PAC)	R\$ 0 (0 propostas)	R\$ 2,95 bilhões (1.194 propostas)	-
TOTAL	R\$ 268,88 milhões (397 propostas)	R\$ 4,31 bilhões (1.880 propostas)	+1.503%

Fonte: Compilação própria a partir de portarias publicadas no Saúde Legis (2023-2024).

A Tabela 3 apresenta uma síntese comparativa dos investimentos em infraestrutura de UBS por fonte de financiamento nos anos de 2023 e 2024. A desagregação dos dados por fonte de financiamento, apresentada na Tabela 3, permite compreender com maior precisão a dinâmica observada na Tabela 2. Tanto em 2023 quanto em 2024, os investimentos em reforma e ampliação de UBS foram custeados predominantemente por emendas parlamentares, revelando a dependência dessas modalidades em relação às indicações do Poder Legislativo. Em 2023, as emendas destinaram R\$ 67,75 milhões para 160 propostas de reforma e R\$ 63,59 milhões para 128 propostas de ampliação. Em 2024, observou-se redução em ambos os componentes: R\$ 32,83 milhões para 72 propostas de reforma (queda de 51,5%) e R\$ 28,97 milhões para 55 propostas de ampliação (queda de 54,5%).

No que se refere à construção de novas UBS, a Tabela 3 evidencia a inflexão ocorrida em 2024. Em 2023, as emendas parlamentares parecem ter sido o canal de financiamento dominante para construção de UBS, totalizando R\$ 137,53 milhões em 109 propostas. Esse cenário explica o crescimento modesto de 0,55% observado na Tabela 2 para aquele ano. Em 2024, a retomada e ampliação do PAC alteraram radicalmente essa configuração: o programa destinou R\$ 2,95 bilhões para 1.194 propostas de construção, respondendo por 69,1% do total investido em infraestrutura de UBS naquele ano. Simultaneamente, as emendas parlamentares para construção também apresentaram crescimento expressivo, alcançando R\$ 1,29 bilhões em 559 propostas — um aumento de 841% em valor e 412,8% em quantidade em relação a 2023.

A combinação dessas duas fontes de financiamento resultou no salto de 1.922 propostas habilitadas observado na Tabela 2, consolidando o PAC como instrumento central da política de expansão da rede de atenção primária e marcando uma guinada do governo federal em direção a uma nova ampliação quantitativa da infraestrutura das UBS.

4.2.4.2 Ampliação dos Horários de Funcionamentos - Programa Saúde na Hora

O Programa Saúde na Hora (SnH), por sua vez, criado no governo Bolsonaro, prevê a ampliação do acesso às ações e aos serviços de saúde na APS por meio do financiamento de unidades de saúde com horário estendido em todo território brasileiro e com oferta de ações de saúde em horários mais flexíveis para a população, como no período noturno e durante o horário de almoço (BRASIL, 2020a).

Tabela 4 – Evolução do Programa Saúde na Hora: unidades credenciadas e cofinanciadas (2019-2023)

Ano	Unidades Credenciadas	Unidades Cofinanciadas
Dez/2019	1.494	650
Dez/2020	2.599	1.671
Dez/2021	2.259	1.050
Dez/2022	2.259	1.455
Dez/2023	3.200	2.752

Fonte: Coordenação-Geral de Programação do Financiamento da Atenção Primária (CGFAP/Saps/MS). Relatório de Gestão do Ministério da Saúde de 2023 (BRASIL, 2024f).

Os dados apresentados na Tabela 4 revelam que a expansão da estratégia APS do Futuro durante a gestão de Nésio Fernandes à frente da SAPS privilegiou significativamente a ampliação do horário de funcionamento das unidades em detrimento da expansão da infraestrutura física. O Programa Saúde na Hora teve crescimento expressivo em 2023, saltando de 2.259 unidades credenciadas em 2022 para 3.200 no final de 2023 (aumento de 41,7%), e de 1.455 unidades cofinanciadas para 2.752 (aumento de 89,1%). Esse movimento contrasta fortemente com os modestos investimentos em infraestrutura física observados na Tabela 1,

sobretudo com recursos próprios do Poder Executivo, sugerindo que a prioridade estratégica da gestão concentrou-se na ampliação do acesso via extensão da jornada de atendimento - com unidades funcionando em horário estendido, inclusive durante a noite e fins de semana - em vez da construção, reforma ou ampliação de novas unidades básicas de saúde. Ou ainda, outra chave de leitura seria a de que a verba para construção das novas UBS para viabilizar a APS do Futuro, em um primeiro momento, deveria ser a contrapartida municipal, viabilizada pelo próprio município ou por meio de emendas parlamentares.

A ampliação do uso do Saúde na Hora como um dos pilares operacionais da APS do Futuro, portanto, reutiliza um arranjo de financiamento e organização do trabalho que já vinha sendo alvo de críticas no campo da saúde coletiva desde o governo Bolsonaro. Seta et al. (2021), ao analisar o Programa Previne Brasil e suas políticas associadas, incluindo o Saúde na Hora, alertaram para o risco de ambulatorização da APS e para arranjos de distribuição de carga horária “contrários ao vínculo com as famílias, atributo essencial da APS”. Segundo os autores, a intensa normatização do Saúde na Hora tende a “encapsular as equipes” em esquemas de funcionamento que, embora ampliem o horário de atendimento, podem comprometer a vinculação territorial e a longitudinalidade do cuidado, princípios fundamentais da atenção primária. Nesse sentido, a reutilização, em 2023, de um programa concebido no contexto do Previne Brasil para dar suporte à expansão da APS do Futuro recoloca, em novo cenário político, críticas já formuladas anteriormente, especialmente quanto ao risco de que unidades com horário estendido reforcem lógicas ambulatoriais e fragilizem o vínculo longitudinal característico da Estratégia Saúde da Família.

Em 2024, o governo federal promoveu mudança de rota ao descontinuar o Programa Saúde na Hora e redirecionar seus recursos, juntamente com os do Informatiza APS, para o novo modelo de financiamento da APS (Mais Saúde da Família), conforme discutiremos mais adiante, e apostar na ampliação dos gastos do executivo no componente de infraestrutura da APS via PAC. Essa reorientação, evidenciada pelo crescimento extraordinário de 15% nas propostas de construção de UBS (Tabela 2), sinaliza o reconhecimento de que a estratégia centrada exclusivamente na ampliação de horários apresentava limitações estruturais para promover o acesso universal e qualificado à atenção primária. A retomada massiva do investimento em infraestrutura física — com R\$ 4,35 bilhões aprovados para construção de novas UBS em 2024, sobretudo com recursos do Executivo — representa, assim, uma correção de trajetória em relação à política implementada em 2023, priorizando a expansão da rede física sobre a extensão da jornada de trabalho das equipes existentes.

4.2.5 EAP e eSF na gestão Nésio

A análise da série temporal mensal ao longo de 2023 e início de 2024 revela com maior precisão a dinâmica de expansão durante a gestão de Nésio Fernandes à frente da SAPS (Tabela 5).

Tabela 5 – Série mensal de equipes homologadas durante a gestão Nésio Fernandes (jan/2023-fev/2024)

Competência	eSF Homologadas	eAP Homologadas	Total	Proporção eAP (%)
Jan/23	49.352	3.930	53.282	7,4%
Fev/23	49.352	3.930	53.282	7,4%
Mar/23	49.628	3.922	53.550	7,3%
Abr/23	50.046	5.049	55.095	9,2%
Mai/23	50.117	5.202	55.319	9,4%
Jun/23	50.392	5.394	55.786	9,7%
Jul/23	50.380	5.391	55.771	9,7%
Ago/23	50.679	5.579	56.258	9,9%
Set/23	50.792	5.637	56.429	10,0%
Out/23	51.210	5.960	57.170	10,4%
Nov/23	51.640	6.006	57.646	10,4%
Dez/23	51.914	6.059	57.973	10,4%

Competência	eSF Homologadas	eAP Homologadas	Total	Proporção eAP (%)
Jan/23	49.352	3.930	53.282	7,4%
Fev/23	49.352	3.930	53.282	7,4%
Mar/23	49.628	3.922	53.550	7,3%
Abr/23	50.046	5.049	55.095	9,2%
Mai/23	50.117	5.202	55.319	9,4%
Jun/23	50.392	5.394	55.786	9,7%
Jul/23	50.380	5.391	55.771	9,7%
Ago/23	50.679	5.579	56.258	9,9%
Jan/24	52.180	6.090	58.270	10,5%
Fev/24	52.154	6.074	58.228	10,4%
Variação jan/23-fev/24	+2.802 (+5,7%)	+2.144 (+54,6%)	+4.946 (+9,3%)	+3,0 pp

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do e-Gestor APS, módulo Financiamento da APS, séries mensais de equipes homologadas (eSF e eAP), competências de jan. 2023 a fev. 2024.

O crescimento desproporcional das eAP homologadas durante a gestão Nésio (54,6% vs. 5,7% de crescimento das eSF) revela um padrão que contradiz o discurso oficial de "retomada da Estratégia Saúde da Família" e evidencia a permanência da lógica neoliberal de flexibilização tecnoassistencial iniciada pela PNAB 2017. Conforme analisado anteriormente, a proporção de eAP no total de equipes homologadas atingiu 10,4% em fevereiro de 2024 - o maior patamar desde a implantação do Previne Brasil, representando um aumento de 3,0 pontos percentuais em relação a janeiro de 2023. Embora o governo tenha apresentado uma cobertura

da APS de 79,6% em dezembro de 2023, representando incremento de 4,48 pontos percentuais em comparação ao ano anterior (75,12%), essa métrica mascara o caráter precário dessa expansão.

Essa metodologia de cálculo da cobertura utilizada favorece a contabilização de cadastrados para muito além da capacidade operacional das equipes, demonstrando alinhamento em relação ao peso do cadastramento no Previn Brasil. Essa estratégia funciona como "sobrecarga populacional" no plano operacional, o que permite anunciar números inflados sem alterar as determinações estruturais que mantêm a precarização da APS. Veremos mais à frente que o relatório do MS 2024 alterou novamente a metodologia de cálculo da cobertura, adequando-se aos parâmetros do novo modelo de financiamento da gestão Proença e mitigando esse número inflacionado de cadastramento por equipe.

Diferentemente do impacto observado no período inicial do Programa Mais Médicos (2013-2014), quando a chegada de profissionais estimulou a constituição de novas eSF completas e, conseqüentemente, acelerou bastante o ritmo de ampliação da cobertura da ESF (MAGALHÃES JÚNIOR et al., 2025), a expansão massiva do programa durante a gestão Nésio (13.778 profissionais ativos em janeiro de 2023 para 25.366 em fevereiro de 2024) resultou em apenas 2.802 novas eSF homologadas - um crescimento de apenas 5,7%. Esses dados fortalecem a hipótese de que a expansão do Mais Médicos serviu menos como indutor de mudança do modelo tecnoassistencial e mais como substituto de vínculos municipais, estimulando a concorrência entre vínculos estatutários e bolsas federais, conforme já discutido. Essa e outras hipóteses concorrentes serão melhor exploradas ao final, quando dados da evolução da cobertura da APS/ESF, provenientes dos relatórios integrados de gestão do MS, serão expostos para ampliar a nossa análise.

Dito isso, o crescimento desproporcional de eAP durante a gestão Nésio Fernandes (54,6% vs. 5,7% de eSF) reflete a continuidade estrutural com a lógica do Previn Brasil. O modelo de financiamento vigente estabelecia incentivos proporcionais para eSF e eAP, criando pressões municipais para optar por equipes incompletas - não era anomalia, mas decorrência previsível de um sistema que economicamente privilegiava a precarização.

Documentos de transição já denunciavam essa insustentabilidade (GT Saúde, APS do Futuro, Conferência Livre APS do Futuro), mas a tradução em mudança institucional (Portaria 3.493/2024) só se tornou viável após a aprovação do novo Arcabouço Fiscal em agosto de 2023. Esse deslocamento do regime fiscal restaurou margem para crescimento real dos gastos, tornando possível elaborar um modelo de cofinanciamento desfavorável a eAP, revelando que

as políticas de APS são mediadas, em última instância, pelas margens orçamentárias que o contexto fiscal permite.

Portanto, a continuidade da expansão das eAP durante a gestão Nésio pode refletir menos uma escolha política deliberada de precarização e mais a lógica do Previner Brasil: um modelo de financiamento que, sob o teto de gastos, economicamente recompensava equipes incompletas. Cabe investigar adiante se o novo modelo de financiamento, viabilizado pela mudança do regime fiscal, conseguirá reverter essa tendência ou apenas desacelerá-la.

4.2.6 Análise de Casos

A escolha de Boa Vista e Recife como casos para análise da APS do Futuro decorre de sua centralidade política e da maior disponibilidade de informações oficiais sobre a formulação local da estratégia. Boa Vista destacou-se como um dos primeiros municípios explicitamente apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) como vitrine do conceito, em contexto de forte expansão de equipes de Saúde da Família ancorada em vagas do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMpB), o que conferiu alta visibilidade nacional ao arranjo proposto pela gestão de Nésio Fernandes. Recife, por sua vez, além de também figurar como piloto da APS do Futuro em documentos municipais, produziu relatórios de gestão e normativas específicas que detalham etapas, metas e instrumentos de reterritorialização, permitindo uma reconstrução mais densa dos mecanismos de implementação e de seus efeitos sobre cobertura, organização do processo de trabalho e formas de contratação. Outros municípios citados como participantes (Campina Grande, Belém, Corumbá) foram mantidos como pano de fundo, mas não selecionados como estudos de caso principais devido à disponibilidade muito mais limitada de dados públicos, geralmente restritos a notícias pontuais de lançamento de programas locais – como a inauguração de unidades vinculadas à APS do Futuro em Campina Grande, iniciativas de ampliação da Atenção Primária em Belém, ou negociações de projetos com o MS em Corumbá, o que ilustra a opacidade e a dispersão documental dessa estratégia na interface MS-município.

4.2.6.1 Caso Boa Vista (Roraima)

Talvez o primeiro projeto piloto do conceito de APS do Futuro tenha sido a cidade de Boa Vista em Roraima. Segundo anúncio do site oficial da Prefeitura de Boa Vista, no final de novembro de 2023, Nésio afirmou que logo em 1º de março do mesmo ano havia lançado um “desafio” para o prefeito da capital, Arthur Henrique (MDB): “ter uma equipe de saúde da

família a cada 2 mil pessoas”. Alardeando que a capital poderia ter um “padrão europeu” de garantia de acesso à saúde, o secretário fez parte da solenidade lançada pelo prefeito do Programa “Boa Vista +Saúde”, que seria justamente a demonstração da implementação do conceito de “APS do Futuro”, conforme a reportagem (PREFEITURA DE BOA VISTA, 2023).

A capital de Roraima enfrentava, no início de 2023, uma crise sem precedentes, envolvendo a chegada intensa de migrantes, sobretudo venezuelanos, em um estado que já enfrentava uma crise na saúde do povo Yanomami. Foi nesse contexto de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) que o MS publicou a portaria GM/MS nº 431, de 29/03/2023, autorizando o credenciamento de 155 eSF em todo o estado, sendo 150 equipes apenas em Boa Vista, que viu o número de equipes credenciadas ter um crescimento de 350%, saltando para um total de 210 eSF (BRASIL, 2023p).

Segundo a mesma reportagem, ainda em março, após a visita da ministra e da comitiva do MS, o município de Boa Vista iniciou um projeto estratégico para se adequar ao conceito da APS do Futuro. A primeira etapa aconteceria quatro meses depois com a chegada de 75 novos médicos do programa Mais Médicos para o Brasil, seguida de mais 45 novos profissionais desse mesmo Programa em setembro de 2023 (PREFEITURA DE BOA VISTA, 2023). Os dados a seguir, provenientes do Painel Mais Médicos confirma essa expansão: em janeiro de 2023 eram apenas 60 profissionais, ao passo que, ao final da gestão do Nésio em fevereiro de 2024, os programas já contavam com 164 profissionais atuando no município. Em agosto de 2025, de acordo com e-gestor APS, havia ao todo 157 equipes na APS do município (149 eSF; 6 eAPP; 2 Equipes de Consultório na Rua (eCR) com 155 profissionais do programa atuantes em Boa Vista, sendo apenas 5 deles tutores (BRASIL, 2025e). No período da gestão Nésio, o município tido como modelo da APS do Futuro pela Ministra Nísia Trindade saltou de uma cobertura da ESF de 48,9% em janeiro de 2023 para 119,72% em fevereiro de 2024, sobretudo às custas da expansão do Mais Médicos, conforme demonstrado, ocupando quase a totalidade das vagas na APS da cidade (E-GESTOR APS, 2025).

No caso de Boa Vista, essa rápida expansão da cobertura da ESF viabilizada sobretudo pela ocupação de vagas médicas com bolsas do PMMpB, resultou em uma rede na qual vínculos temporários federais passaram a responder pela maior parte dos postos de trabalho na APS. Ainda que não haja evidências de uma substituição sistemática de contratos estáveis preexistentes por bolsas, essa configuração cria um ambiente de concorrência entre vínculos municipalizados (estatutários ou celetistas) e vínculos temporários, com potencial de desestimular concursos e planos de carreira locais para a Medicina de Família e Comunidade.

Para dar conta dessa intensa expansão do número de eSF em um curto espaço de tempo, a solução mais imediata foi uma reorganização dos horários de atendimento em detrimento da ampliação da infraestrutura da APS. Segundo o noticiário, o horário de funcionamento das unidades foi estendido, passando a ficarem abertas de 07h às 19h, sendo que quatro delas funcionam até meia noite (FOLHA BV, 2023). Essa ampliação de horário, no entanto, não fez parte de uma adesão ao Programa Saúde na Hora, à medida que apenas existem duas equipes cadastradas nos municípios de Caracaraí e Rorainópolis em todo o estado (BRASIL, 2025f). Segundo a mesma reportagem de dezembro de 2023, a proposta seria aumentar de 34 para 42 UBS no município de Boa Vista, visando uma cobertura de 100% (FOLHA BV, 2023). Em teoria, a ampliação da cobertura foi alcançada sem a necessidade de construção de novas unidades. De janeiro de 2023 a fevereiro de 2024, apenas uma unidade foi ampliada em Boa Vista, ainda sob o slogan da APS do Futuro (MONTE RORAIMA FM, 2023), e apenas 02 novas construções foram autorizadas na primeira seleção do PAC da Saúde no início de 2024, embora outras 06 tivessem sido solicitadas inicialmente pela prefeitura, de acordo com o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) (BRASIL, 2025d).

4.2.6.2 Caso Recife (Pernambuco)

A capital pernambucana teve uma trajetória bastante similar à do município de Boa Vista. Embora menos tímida em relação às articulações com o governo federal, a participação de Recife foi revelada pela primeira vez em publicação oficial da prefeitura de Campina Grande, que também foi um dos pilotos do conceito da APS do Futuro, referido na reportagem como um “programa”. Um pequeno parêntese: seguindo a lógica de divulgar o conceito da APS no Futuro no conjunto de um programa municipal, como Boa Vista, o prefeito de Campina Grande, Bruno Cunha Lima (União Brasil), revelou em sua fala que houve formalização dessa articulação com “assinatura do convênio com o Ministério da Saúde”, embora a íntegra deste contrato não tenha sido encontrada nas buscas realizadas nesta pesquisa (PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE, 2023). Continuando, mesmo longe dos holofotes, houve menção a APS do Futuro do MS/SAPS no relatório anual de gestão de Recife do ano de 2024, referindo-se a ela como uma “nova proposta de expansão da Atenção Básica” (PREFEITURA DO RECIFE, 2025, p. 28).

Segundo o mesmo documento, “a base do projeto (APS do Futuro em Recife) busca garantir acesso qualificado a 100% da população do Recife, com reestruturação do horário de funcionamento das Equipes de Saúde da Família (eSF) no período de 07:00 às 19:00 horas,

diminuição do parâmetro de pessoas acompanhadas por equipe, criação de estratégias para a composição completa das equipes e medidas para qualificação do processo de trabalho” (PREFEITURA DO RECIFE, 2025, p. 28).

Previamente à execução da proposta, Recife possuía 59,6% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família, considerando 283 equipes de Saúde da Família (eSF) localizadas em 132 Unidades de Saúde da Família (USF). O projeto então foi iniciado em novembro de 2023 com o processo de reterritorialização da Atenção Básica com a contagem populacional para o diagnóstico rápido do território do município, fundamentando a ampliação das eSF, a reorganização do território adscrito das USF e, posteriormente, o cadastramento de toda a população (PREFEITURA DO RECIFE, 2025).

O planejamento da execução da expansão dividiu-se em 4 etapas, tendo a 1ª etapa ocorrido no mês de novembro/2023, a 2ª em fevereiro/2024 e a 3ª etapa iniciada em julho/2024. Na época da publicação do relatório, a 3ª etapa continuava em andamento, sendo que, até dez/2024, a execução do plano de expansão totalizava a implantação de 87 novas eSF e 58 USF+, equivalente à cobertura de 80% da eSF, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2022 (PREFEITURA DO RECIFE, 2025).

Vale a pena mencionar que, durante a implementação da APS do Futuro no município do Recife, a partir de novembro de 2023, também se desenvolvia outro projeto direcionado à APS da capital pernambucana, o Qualifica Atenção Básica. Iniciado em 2022, a partir de acordo de cooperação técnica entre a Prefeitura do Recife e o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS) - *think tank* criado por Armínio Fraga, fortemente identificado com agendas neoliberais, o projeto organiza-se em três eixos (Recife Monitora, Recife Reconhece e Recife Experimenta) que articulam avaliação padronizada, certificação de equipes, premiação de “boas práticas” e experimentação de modelos assistenciais em unidades selecionadas. Mais do que um simples apelo a “modelos inovadores de qualidade em saúde”, o Qualifica introduz no cotidiano da APS um aparato de métricas, rankings e instrumentos normativos – como o Manual de Avaliação de Qualidade do Recife Monitora e um guia de acolhimento para reorganização do processo de trabalho nas USF – que aproximam a gestão local de perspectivas do *new public management*, tal como discutidos por Dardot e Laval (2016), centradas em monitoramento intensivo de desempenho, indução por resultados e difusão de “casos de sucesso”.

No entanto, o que mais chama atenção deste projeto piloto da APS do Futuro é que ele já pode ser uma demonstração da tendência de municípios abandonarem formas de contratação mais estáveis na APS, como concursos públicos. Em janeiro de 2024, a prefeitura do Recife lançou o primeiro concurso exclusivo para Médicos de Família e Comunidade com apenas 15

vagas (PREFEITURA DO RECIFE, 2024) - todos os concursos anteriores eram apenas para médicos da APS, sem priorizar a residência de maneira exclusiva para inscrição. No entanto, apesar do número pequeno de vagas comparado ao quantitativo de eSF, até outubro de 2025, nenhum médico havia sido chamado para esse concurso, de acordo com o Diário Oficial do Município.

De acordo com o painel do Mais Médicos, em janeiro de 2023 havia apenas 23 médicos vinculados a programas de provimento no município. Ao final da gestão do Nésio esse número era de 234 profissionais, chegando a absurdos 333 profissionais ainda em abril de 2024 (BRASIL, 2025e). O número de eSF saiu de 283, conforme apresentado acima, para 403 em agosto de 2025, segundo o e-Gestor APS, além de 5 eAP, 5 eCR e 11 eAPP. Apenas na portaria GM/MS Nº 2.245, de 08 de dezembro de 2023, foram homologados 50 eSF apenas no município do Recife (E-GESTOR APS, 2025).

4.2.7 Contexto da exoneração do Secretário Nésio Fernandes

Como explorado anteriormente, o conceito ou estratégia da “APS do Futuro” envolveu uma articulação direta com municípios em torno da expansão das equipes de saúde da família ou equipes de atenção primária, principalmente com oferta de médicos vinculados ao PMMpB, em detrimento de pactuações formais nas instâncias interfederativas, como a CIT. Todos os programas lançados pela sua gestão, como o PMMpB e eMulti, foram readequações de programas já existentes. Nesse cenário, os Fóruns 90/90 da APS do Futuro, inicialmente concebidos como espaço interno de mobilização e alinhamento da SAPS em torno de um mapa estratégico para a APS, foram progressivamente abandonados ao longo de 2023, sinalizando possíveis desgastes e dificuldades de sustentação dessa agenda no interior do próprio Ministério. Paralelamente, não se identificaram, durante todo o período analisado, movimentos consistentes de formalização da APS do Futuro nas instâncias interfederativas, em especial na CIT, o que contribuiu para manter o conceito em um registro mais retórico do que normativo na política federal de atenção primária.

A leitura desse processo exige deslocar o foco da figura individual de Nésio para o modo como sua atuação condensa tensões estruturais da política de saúde no governo Lula 3. Em chave marxiana, trata-se de reconhecer que “os homens fazem a sua própria história; contudo, não a fazem de livre e espontânea vontade, pois não são eles que escolhem as circunstâncias sob as quais ela é feita, mas estas lhes foram transmitidas assim como se encontram,” (MARX, 2011, p. 25). A posição ocupada pelo secretário permite tomá-lo, nos termos de Merhy, como formulador de políticas que condensa, em sua atuação à frente da SAPS, as tensões entre distintos projetos para APS brasileira e os limites político-econômicos do governo Lula 3, tensionado por diferentes interesses e racionalidades na gestão da coisa pública (MERHY, 1992).

De toda forma, o final da gestão de Nésio à frente da SAPS foi um momento de elevada pressão política sob o governo Lula 3. Segundo o Datafolha, as aprovações (“ótimo/bom”) do governo saíram de 35% em dezembro de 2023 para 24% em fevereiro de 2024, batendo o recorde negativo absoluto em seus três mandatos como presidente do Brasil. Os índices de reprovação (“ruim/péssimo”) eram igualmente alarmantes: saíram de 34% para 41% no mesmo período (G1, 2025a).

Embora os motivos específicos para a queda desses índices de aprovação não sejam relevantes para este estudo, esse contexto trazia enorme pressão política para o Ministério da

Saúde. Em meados de 2023, a pasta da saúde era considerada prioridade por Arthur Lira (Partido Progressista), Deputado Federal por Alagoas e então Presidente da Câmara dos Deputados, bem como por outros deputados do centrão (UOL, 2023). Com a popularidade cada vez mais declinante e sem maioria no congresso, o governo precisava negociar cada vez mais com o Centrão para aprovar suas medidas e a saúde parecia ser o próximo alvo desse grupo político.

No entanto, sem querer abrir mão do controle do Ministério da Saúde, o governo via a tensão com o Congresso crescer cada dia mais, sobretudo devido aos conflitos envolvendo as Emendas Parlamentares, que inclusive impactaram diretamente o orçamento da saúde. Para piorar a situação, em dezembro de 2023, o Brasil vivia um aumento dos casos de dengue (BRASIL, 2023d) que culminaram no início de 2024 na maior epidemia de dengue na história do país (UNB, 2024), com mais de 6,6 milhões de casos prováveis em 2024 e mais de 6 mil óbitos pela arbovirose (UNESP, 2025). A condução do MS no enfrentamento dessa epidemia gerou diversas críticas, sendo a própria ministra Nísia alvo de cobrança sobre esse assunto na primeira reunião ministerial em 2024 (METRÓPOLES, 2024).

No meio dessa conjuntura altamente delicada para o governo e o MS, aconteceu o que a imprensa chamou de “Caso Cabo Frio”, que pode ser considerado o estopim da pressão política contra Nésio Fernandes e catalisador da sua saída da SAPS (CNN BRASIL, 2024). Em dezembro de 2023, o MS havia destinado R\$ 55,4 milhões ao município de Cabo Frio (RJ) através da Portaria GM/MS Nº 2.169. Investigações posteriores revelaram que, embora a portaria citasse autorizações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Rio de Janeiro, estas só respaldavam um repasse de R\$ 4,6 milhões, gerando uma discrepância de R\$ 51 milhões (UOL, 2024b).

A situação se agravou ainda mais quando, 21 dias após a liberação dos recursos, Márcio Lima Sampaio, filho da ministra Nísia Trindade, foi nomeado secretário de Cultura de Cabo Frio. Arthur Lira, à época ainda à frente da presidência da Câmara de Deputados, aproveitou a situação para escalonar as tensões em torno das emendas parlamentares e, em um movimento pouco usual, protocolou um requerimento de informações questionando os critérios de distribuição de verbas para serviços de média e alta complexidade (UOL, 2024b).

A vinculação histórica de Nésio Fernandes ao Partido Comunista do Brasil (PCdoB), filiado há mais de 20 anos, em um contexto de crescente tensão com o Centrão, criou uma vulnerabilidade política adicional (GAZETA DO POVO, 2022). Com apenas 2,29% das cadeiras na Câmara, a queda de um quadro do PCdoB na chefia de uma das secretarias mais importantes do MS era uma clara demonstração de força política do Centrão em sua queda de

braço com o governo. Em um contexto em que o MS enfrentava problemas sanitários concretos e imediatos, dada a magnitude da epidemia da dengue em 2024, conceitos “visionários” como APS do Futuro pareciam cada vez mais desconectados da realidade.

Essa ambivalência é central para compreender o sentido das “promessas vazias” atribuídas à gestão Nésio. De um lado, o discurso de ruptura – com expansão acelerada da ESF, reterritorialização e reforço da APS como ordenadora da rede – mobilizava expectativas históricas de segmentos progressistas do campo da saúde, mas repousava em grande medida sobre instrumentos de contratação preexistentes (como bolsas do Mais Médicos) e sobre margens orçamentárias estreitas, condicionadas por dispositivos como a Lei de Responsabilidade Fiscal e o regime de teto de gastos, que operam como expressões de uma totalidade neoliberal limitando a capacidade de ação do próprio governo. De outro, o espaço efetivo de manobra estava balizado por uma política econômica conciliadora, pelo peso das emendas parlamentares e pela necessidade de acomodar a coalizão governista no Congresso, de modo que o secretário acaba funcionando menos como “vendedor de ilusões” e mais como operador de um programa que tensiona, mas não rompe, os limites estruturais do ciclo Lula 3.

Em 21 de fevereiro de 2024, a exoneração de Nésio Fernandes da chefia da SAPS foi formalizada, acompanhada da afirmação oficial de que se tratava apenas de um “ajuste natural” na equipe do MS, sem relação com pressões internas ou externas (O GLOBO, 2024). Para além desse enunciado, o que interessa aqui é tomar a mudança na direção da SAPS como marcador de inflexão na condução da política federal de APS: abre-se a possibilidade de reconfiguração do papel do PMMpB na expansão da cobertura, de revisão (explícita ou silenciosa) das metas mais ambiciosas da APS do Futuro e de reordenamento das mediações com municípios – inclusive quanto à combinação entre vínculos estáveis e bolsas temporárias na composição das equipes. No subtópico seguinte, serão examinados os rumos assumidos pela nova gestão de Felipe Proenço, antigo secretário adjunto, na tentativa de recompor essa agenda em meio à intensa polarização política, às restrições fiscais e à permanência de dispositivos que potencialmente precarizam o trabalho médico, herdados do ciclo anterior.

4.3 GESTÃO FELIPE PROENÇO

Após a exoneração de Nésio Fernandes, o então Diretor de Programas e Secretário Adjunto da SAPS, Felipe Proenço de Oliveira, assumiu a titularidade da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Médico formado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, com residência em Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição, mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco e doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília, Proenço reúne uma trajetória que articula prática clínica, formação acadêmica e gestão pública em saúde (BRASIL, [s.d.]).

Professor adjunto da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), com atuação também na pós-graduação em Saúde da Família e em Saúde Coletiva, exerceu ainda a direção da Escola de Saúde Pública da Paraíba, ampliando sua inserção institucional no campo da formação de trabalhadores e da qualificação da gestão em saúde. Essa trajetória ajuda a compreender por que sua atuação no Ministério da Saúde esteve historicamente associada às políticas de trabalho, educação e provimento de profissionais no SUS (BRASIL, [s.d.]).

Entre 2011 e meados de 2013, Proenço integrou a equipe dirigente do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)⁵, atuando inicialmente como Diretor Adjunto, em um período marcado pela articulação entre políticas de formação e de provimento de profissionais e pela formulação inicial do Programa Mais Médicos. A partir de julho de 2013, assumiu a direção do Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS/SGTES), função que exerceu até abril de 2016, acumulando a presidência da Comissão de Coordenação Nacional do Projeto Mais Médicos para o Brasil; entre abril de 2014 e abril de 2016, ocupou simultaneamente o cargo de Secretário Substituto de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ampliando sua atuação para o conjunto das políticas de trabalho e educação na saúde (BRASIL, [s.d.]).

Agora, o principal encarregado da Atenção Primária na esfera federal, Felipe Proenço, lida com as contradições herdadas tanto dos retrocessos implementados pelo Governo Temer e Bolsonaro, quanto das medidas realizadas no Governo Lula 3. Nesse período, já ocupava o cargo de Diretor de Programas e Secretário Adjunto da SAPS e chegou a representar a secretaria em espaços centrais de pactuação interfederativa, como a Comissão Intergestores Tripartite,

⁵ A SGTES do Ministério da Saúde é responsável por formular políticas nacionais de gestão, formação e qualificação dos trabalhadores do SUS, articulando os setores saúde e educação e coordenando departamentos como o DEGES e o DEPREPS, à época.

onde apresentou a proposta da ‘APS do Futuro – Desafios e Perspectivas’ em fevereiro de 2023, conforme já relatado.

Por um lado, então, a SAPS ainda precisa rever o Previne Brasil, cujos critérios de financiamento levaram a um aumento expressivo das Equipes de Atenção Primária (equipes parciais e incompletas), modelo criado na PNAB de 2017, representando um aumento de quase 50% desse tipo de equipe durante a própria gestão do Nésio Fernandes. Por outro lado, a expansão do novo Mais Médicos representou uma ampliação das áreas de atuação do programa, que inicialmente focava apenas em áreas de vazio assistencial, ao mesmo tempo em que implicou uma mudança qualitativa nos vínculos de trabalhos médicos na APS: no momento em que assume a chefia da SAPS, cerca de 50% das eSF apresentam bolsas temporárias vinculadas ao MS pelo PMMpB, indicando precarização das formas de contratação nesse nível de atenção.

Vejamos primeiro a principal política de saúde da atenção primária formulada e implementada pela gestão do Proenço: o Mais Saúde da Família, novo modelo de cofinanciamento federal da APS que substitui o antecessor Previne Brasil. Em seguida, analisaremos continuidades e descontinuidades das medidas implementadas durante a gestão Nésio Fernandes, como a PMMpB.

4.3.1 Novo modelo de cofinanciamento da APS: Mais Saúde da Família

Antes de apresentar o novo modelo de financiamento da APS, é importante destacar que, embora o Previne Brasil não tenha sido oficialmente revogado em 2023 durante a gestão de Nésio Fernandes, ele sofreu alterações parciais por meio de atos normativos que introduziram novos recursos de cofinanciamento para a APS, como no caso das eMulti, ampliaram recursos para a saúde bucal e prorrogaram parâmetros de pagamento por desempenho. Entre esses atos, destacam-se as Portarias GM/MS nº 635/2023, nº 751/2023, nº 960/2023, nº 610/2023 e nº 1.464/2023 (BRASIL, 2023a; BRASIL, 2023j; BRASIL, 2023k; BRASIL, 2023q; BRASIL, 2023l).

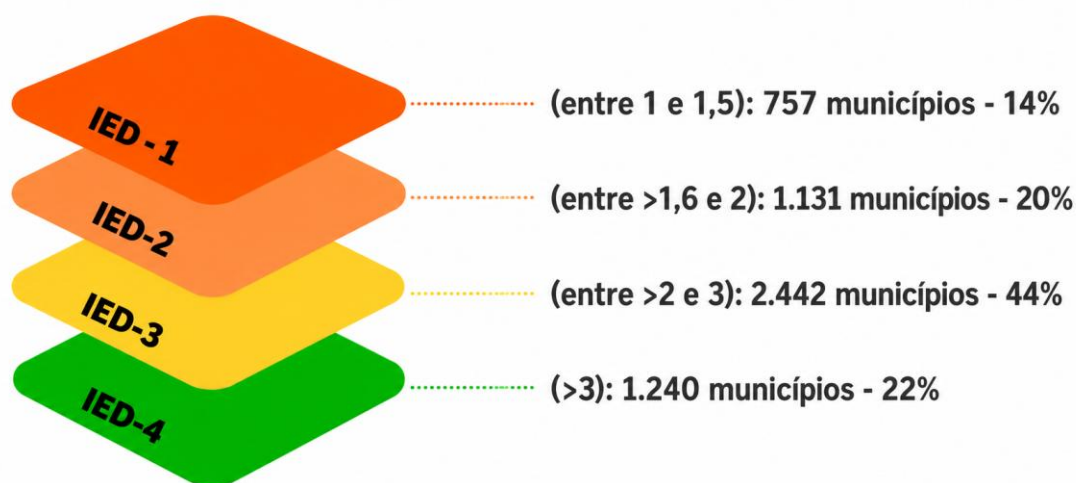
Em abril de 2024, sob a gestão de Felipe Proenço à frente da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 3.493/2024 (BRASIL, 2024d), que estabelece a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde, extinguindo o antigo modelo de financiamento do Previne Brasil (Portaria 2.979/2019) (BRASIL, 2019b). Com objetivo explícito de fortalecer e valorizar a Estratégia Saúde da Família, priorizando o financiamento de equipes de Saúde da Família (eSF) em detrimento das

equipes de Atenção Primária (eAP) à Saúde, o novo modelo definiu seis componentes de financiamento:

- 1) Componente fixo para manutenção das eSF e das eAP e recurso de implementação para eSF, eAP, equipes de Saúde Bucal (eSB) e equipes Multiprofissionais (eMulti)
- 2) Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP;
- 3) Componente de qualidade para eSF, eAP, eSB e eMulti;
- 4) Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS;
- 5) Componente para Atenção à Saúde Bucal; e
- 6) Componente per capita de base populacional para ações no âmbito da APS.

Para transferência dos recursos dos três primeiros componentes é utilizado um novo parâmetro chamado de Indicador de Equidade e Dimensionamento (IED), classificando os municípios nos estratos de 1 a 4, considerando a classificação dos municípios e o Distrito Federal de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), definido e calculado pelo IPEA e porte populacional, definido a partir de dados disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O estrato 1 elenca os municípios mais vulneráveis e de menor porte populacional, enquanto o estrato 4 compreende os municípios menos vulneráveis e de maior porte populacional, sendo as distribuições de cada estrato apresentadas na Figura 1 abaixo. Esses critérios de ponderação substituem a antiga classificação do Previn Brasil dos municípios em quatro estratos, de rural a urbano, seguindo apenas um estudo do IBGE. De acordo com o Ministério da Saúde, essas mudanças visam uma distribuição mais equitativa dos recursos, protegendo os municípios mais vulneráveis (BRASIL, 2024d).

Figura 1 - Distribuição dos municípios no IED



Fonte: Brasil (2024,j)

A implantação da nova metodologia de cofinanciamento federal da APS pode ser dividida em duas etapas. Conforme o artigo 3º da Portaria GM/MS nº 3.493/2024, a primeira etapa de implantação ocorreria durante 12 parcelas (maio/24 a abril/25), que correspondem ao período de transição entre o antigo modelo e o modelo vigente (BRASIL, 2024d). No entanto, a Portaria GM/MS nº 6.907/2025 prorrogou o uso dessa medida de transição até dezembro de 2025 (BRASIL, 2025c).

Nessa primeira etapa todos os municípios recebem os componentes de qualidade e de vínculo e acompanhamento territorial classificados na faixa “Bom”. Além disso, o modelo prevê um mecanismo de compensação financeira para os municípios que apresentarem redução nos repasses recebidos em comparação com as doze parcelas anteriores à vigência da Portaria do 3.493/2024 (BRASIL, 2024d). Esses municípios terão direito a um valor adicional mensal de compensação equivalente à redução acrescida de 10% até saírem da situação de perda, desde que mantenham o quantitativo equivalente de eSF e eAP.

Na segunda etapa, por sua vez, a partir da parcela de 05/12 de 2025, os municípios passam a receber o custeio das equipes referentes aos resultados nos componentes de vínculos e acompanhamento e qualidade conforme a classificação das eSF, eAP e eMulti. Vejamos agora o detalhamento de cada um dos componentes.

4.3.1.1 Componente Fixo

No primeiro componente (componente fixo) vemos a retomada da transferência de recursos especificamente relacionados à existência de eSF e eAP (20 e 30h), com valores superiores para as primeiras em detrimento das segundas, conforme demonstrado pela Tabela 6 abaixo.

Tabela 6 - Repasse do componente fixo estratificado por IED

Equipes	Estratificação			
	IED 1	IED 2	IED 3	IED 4
eSF	18.000,00	16.000,00	14.000,00	12.000,00
eAP 30h	10.800,00	9.600,00	8.400,00	7.200,00
eAP 20h	7.200,00	6.400,00	5.600,00	4.800,00

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria GM/MS n. 3.493/2024.

Vale ressaltar que as eMulti e as eSB também recebem repasses fixos mensais, mas eles são apresentados nos componentes 4 (Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, profissionais e outras composições de equipes que atuam na APS) e nos componentes 5 (Componente para Atenção à Saúde Bucal), respectivamente.

Ainda no componente fixo temos os incentivos de implantação a serem transferidos em parcela única do bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde, concomitante ao custeio da primeira parcela, apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 – Recurso de implantação

Equipe/Serviço	Valor
eSF	30.000,00
eAP 30h	16.800,00
eAP 20h	10.800,00
eSB 40h	14.000,00
UOM	7.000,00
CEO I	120.000,00
CEO II	150.000,00
CEO III	240.000,00
eMulti Ampliada	36.000,00
eMulti Complementar	24.000,00
eMulti Estratégica	12.000,00

Fonte: Elaboração própria a partir da Portaria GM/MS n. 3.493/2024.

4.3.1.2 Componente de vínculo e acompanhamento territorial para as eSF e eAP

Esse segundo componente diz respeito às transferências mensais realizadas conforme quantitativo de pessoas vinculadas às eSF e eAP e acompanhadas pelas eSF, eAP, eSB e eMulti,

e do seu enquadramento em quatro classificações (ótimo, bom, suficiente e regular). Tem sua metodologia na Portaria GM/MS nº 161/2024 e nas respectivas notas metodológicas, sendo a avaliação dividida em duas dimensões: a dimensão cadastro, que considera a completude e atualização dos cadastros individuais, domiciliares e territoriais atualizados nos últimos 24 meses, e a dimensão acompanhamento, que pondera os cadastros ativos conforme parâmetros de vulnerabilidade socioeconômica e faixa etária, com pesos diferenciados para crianças, idosos e beneficiários de programas sociais. A soma dos escores dessas dimensões gera o resultado final que orienta o repasse financeiro, conforme é apresentado na Tabela 8 abaixo.

Tabela 8 - Classificação do componente vínculo e acompanhamento territorial

Equipe	Modalidade	Classificação do componente vínculo e acompanhamento territorial			
		Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
eSF	40h	R\$ 8.000,00	R\$ 6.000,00	R\$ 4.000,00	R\$ 2.000,00
eAP	30h	R\$ 4.000,00	R\$ 3.000,00	R\$ 2.000,00	R\$ 1.000,00
eAP	20h	R\$ 3.000,00	R\$ 2.250,00	R\$ 1.500,00	R\$ 750,00

Fonte: Elaboração própria a partir da tabela apresentada na dissertação e da Portaria GM/MS n. 161/2024.

Embora esse componente ainda mantenha uma dependência da base cadastral, como o Componente de Capitação Ponderada do Previne Brasil, ele objetiva a qualificação desses cadastros, sendo o valor atribuído ao preenchimento do Cadastro Individual quando combinado com o Cadastro Domiciliar e Territorial o dobro em relação ao valor atribuído quando preenchido apenas o Cadastro Individual. (art. 4). Na dimensão acompanhamento, são caracterizados como acompanhados os usuários que tenham realizado mais de 01 (um) contato assistencial com um profissional de eSF, eAP, eSB e eMulti em um período de 01 (um) ano, sejam atendimentos individuais, coletivos ou domiciliares (art. 6). Além da qualificação cadastral, essa dimensão visa, então, atingir aos objetivos de reorganização da atenção primária no território e a melhoria do atendimento à população, conforme aponta a primeira portaria (art. 10).

Além disso, para fins de cálculo do componente de vínculo e acompanhamento passa a ser considerada a satisfação dos usuários atendidos ou acompanhados pelas eSF, eAP, eSB e eMulti. Essas equipes que tiverem sua população atendida e cujos usuários avaliarem o atendimento por meio do aplicativo Meu SUS Digital receberão uma pontuação extra, a se acrescida ao escore de acompanhamento: até 4,9% do total de atendimentos da equipe avaliados terão um acréscimo de 0,15; acima de 5%, 0,30 de acréscimo, respectivamente. Por fim, cabe destacar que esse acréscimo referido será concedido independentemente do tipo de avaliação

realizada, com o objetivo primordial de promover a ampliação da participação dos usuários, visando à qualificação dos serviços de saúde.

Visando diminuir equipes com um número excessivo de pessoas cadastradas, foi estabelecido um parâmetro de pessoas vinculadas por tipo de equipe de acordo com o porte populacional do município, sendo o limite máximo até 50% desse parâmetro inicial, conforme a Tabela 9 abaixo. Caso esse limite máximo de pessoas cadastradas por eSF ou eAP seja ultrapassado, para fins de transferência do incentivo financeiro, a classificação da equipe no componente de vínculo e acompanhamento territorial poderá alcançar no máximo a classificação de “bom”.

Tabela 9 - Parâmetro de pessoas vinculadas e limite máximo por porte populacional

Porte Populacional (habitantes)	eSF		eAP 30h		eAP 20h	
	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo
1- Até 20 mil	2.000	3.000	1.500	2.250	1.000	1.500
2- Acima de 20 mil até 50 mil	2.500	3.750	1.875	2.813	1.250	1.875
3- Acima de 50 mil até 100 mil	2.750	4.125	2.063	3.095	1.375	2.063
4- Acima de 100 mil	3.000	4.500	2.250	3.375	1.500	2.250

Fonte: Elaboração própria a partir da tabela apresentada na dissertação e da Portaria GM/MS n. 161/2024.

Nesse sentido, além do impacto financeiro dessa “trava”, que limita o repasse ao valor da classificação “bom”, as “superquipes” (com excesso de cadastros, algumas chegaram a ter mais de 30 mil pessoas cadastradas durante o Previne Brasil) também enfrentam uma barreira operacional nas metas de acompanhamento territorial⁶. Mesmo que a inclusão de visitas domiciliares e atividades coletivas ajudem aumentar o contato anual para cada habitante, conforme prevê a dimensão de acompanhamento, as metas de acompanhamento ajuda a inviabilizar essas equipes tanto operacionalmente quanto financeiramente, dado a proporção dos componentes variáveis (componentes de vínculo e acompanhamento e de qualidade) no montante total dos repasses aos municípios.

⁶ As “superequipes” foram identificadas pela própria SAPS como um dos problemas do modelo de financiamento anterior, em apresentação oficial sobre a nova metodologia de cofinanciamento federal para a APS, na qual se registram equipes com mais de 30 mil pessoas cadastradas (BRASIL, 2024e).

4.3.1.3 Componente de Qualidade

Segundo a Portaria GM/MS nº 3.493/2024, o componente qualidade visa estimular o alcance dos indicadores pactuados tripartite, com objetivo de incentivar a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços ofertados na APS, buscando induzir boas práticas e aperfeiçoar os resultados em saúde (BRASIL, 2024d). Assim como o componente de vínculo e acompanhamento, o incentivo financeiro desse terceiro componente de qualidade será transferido para os municípios considerando as classificações ótimo, bom, suficiente e regular para cada tipo de equipe - eSF, eAP, eSB e eMulti, conforme a Tabela 10 abaixo. Vale destacar que além dos indicadores serem pactuados de maneira tripartite, a metodologia de cálculo e as metas para o incentivo financeiro do componente qualidade também serão.

Tabela 10 - Classificação do componente vínculo e acompanhamento territorial

Equipe	Modalidade	Classificação no Componente de Qualidade			
		Ótimo	Bom	Suficiente	Regular
eSF	40h	8.000,00	6.000,00	4.000,00	2.000,00
eAP	30h	4.000,00	3.000,00	2.000,00	1.000,00
eAP	20h	3.000,00	2.250,00	1.500,00	750,00
eMulti	Ampliada	9.000,00	6.750,00	4.500,00	2.250,00
eMulti	Complementar	6.000,00	4.500,00	3.000,00	1.500,00
eMulti	Estratégica	3.000,00	2.250,00	1.500,00	750,00
eSB	I - Comum	2.449,00	1.836,75	1.224,50	612,25
eSB	II - Comum	3.267,00	2.450,25	1.633,50	816,75
eSB	I - Quil/Assent	3.673,50	2.755,13	1.836,75	918,38
eSB	II - Quil/Assent	4.900,50	3.675,38	2.450,25	1.225,13

Fonte: Elaboração própria a partir da tabela apresentada na dissertação e da Portaria GM/MS n. 161/2024.

Embora a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 mencione que a partir do segundo quadrimestre de 2024 os indicadores fossem gradativamente incorporados para monitoramento e avaliação do componente de qualidade ofertados pelas eSF, eAP, eSB e eMulti, até março de 2025 eles ainda não havia sido delimitados pelo MS (BRASIL, 2024d). No anexo V dessa portaria apenas indica-se 17 áreas temáticas dos indicadores divididas em três blocos:

1) Equipe de Saúde da Família e Equipe de Atenção Primária (07 áreas temáticas): Acesso e Integralidade; Cuidado da Saúde da Mulher; Cuidado da Gestante e da Puérpera; Cuidado no Desenvolvimento Infantil; Cuidado da Pessoa com Diabetes; Cuidado da Pessoa com Hipertensão; Cuidado da Pessoa Idosa.

2) Equipe de Saúde Bucal (06 áreas temáticas): Primeira consulta programada; Tratamentos concluídos; Taxa de exodontia; Escovação supervisionada; Proporção de procedimentos preventivos; Tratamento restaurador atraumático.

3) Equipe Multiprofissional (04 áreas temáticas): Cuidado compartilhado da pessoa acompanhada; Ações interprofissionais realizadas; Comunicação entre eMulti e outras equipes; Resolutividade do cuidado da eMulti.

Essa configuração retoma e reconfigura uma trajetória iniciada com o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e mantida, sob outra forma, pelo Previne Brasil. No PMAQ, lançado em 2011, a adesão era opcional: municípios e equipes podiam decidir se participariam ou não do programa, cuja lógica de pagamento por desempenho (payment for performance – P4P) compunha um componente variável adicional do financiamento, e não o seu núcleo obrigatório (GURGEL JUNIOR et al., 2023; BEZERRA et al., 2024). No primeiro ciclo, 51% das equipes do país aderiram ao programa, atendendo à meta inicial do governo de 50% de adesão, distribuídas em mais de 70% dos municípios brasileiros; no terceiro e último ciclo, concluído em 2019 antes de ser substituído pelo Previne Brasil, 97% das equipes haviam aderido (BEZERRA et al., 2024). O incentivo financeiro, porém, era repassado à gestão municipal, que decidia se e como redistribuir os recursos às equipes; dados da avaliação externa indicam que 40,7% dos municípios declararam repassar parte das verbas como bônus, enquanto os demais as utilizaram principalmente em custeio e investimentos (GURGEL JUNIOR et al., 2023).

O Previne Brasil, por sua vez, não inaugura o pagamento por desempenho, mas o mantém em nova chave: o componente de desempenho passa a integrar o núcleo do financiamento obrigatório e a unidade de avaliação deixa de ser a equipe para tornar-se o município, por meio do Indicador Sintético Final (ISF). Nesse desenho, o valor recebido depende da nota municipal agregada, calculada pela média ponderada do desempenho de todas as equipes; equipes com melhores resultados podem, assim, “carregar” aquelas com piores indicadores, preservando certa responsabilidade coletiva, mas produzindo distorções e reduzindo a transparência na relação entre esforço de cada equipe e recursos acessados (MELO et al., 2025).

O novo modelo Mais Saúde da Família combina elementos dessas duas experiências. De um lado, conserva a lógica de pagamento por desempenho como parte estrutural do financiamento – à semelhança do Previne Brasil –, vinculando parte relevante dos recursos federais ao alcance de metas e indicadores (MELO et al., 2025). De outro, abandona a nota única municipal do ISF e retorna a uma forma de avaliação individuada por equipe, aproximando-se do princípio do PMAQ, em que a classificação da equipe (ótimo, bom, suficiente, regular) é diretamente associada ao cálculo do componente de qualidade em nível federal (BRASIL, 2024d; BRASIL, 2024h).

Os resultados acumulados sobre o PMAQ ajudam a iluminar os potenciais efeitos dessa reconfiguração. Estudos indicam que o programa pode ter resultado em melhorias na organização do processo de trabalho e esteve associado a reduções modestas nas interações por condições sensíveis à APS, ao mesmo tempo em que tem potencial de gerar efeitos indesejados, como frustração com a promessa de recompensa financeira, dependência do incentivo, *ratchet effect*⁷ e rivalidade entre equipes, especialmente em contextos de estagnação salarial e precarização do trabalho em saúde (GURGEL JUNIOR et al., 2023; BEZERRA et al., 2024). Além disso, uma análise bibliométrica global sobre P4P identificou uma tendência de redução do número de publicações sobre esquemas de pagamento por desempenho a partir de 2016, sugerindo que esse declínio pode estar relacionado a efeitos reduzidos ou inconclusivos desses modelos e às críticas quanto à sua atratividade, especialmente em países de baixa e média rendas (MORAES et al., 2025; PAUL et al., 2018).

No plano internacional, o debate em torno do Quality and Outcomes Framework (QOF), implementado em 2004 no NHS britânico, reforça alguns desses alertas. O QOF chegou a vincular cerca de 20% da renda dos general practitioners a um amplo conjunto de indicadores clínicos e organizacionais, configurando um dos maiores esquemas nacionais de pagamento por desempenho na APS (HARRIS, 2012). Avaliações posteriores mostraram que, embora o programa tenha promovido melhorias em certos processos de cuidado, também impulsionou uma prática mais biomédica e centrada em metas mensuráveis, com risco de fragmentação do cuidado e incremento da medicalização (NORMAN et al., 2014). Harris (2012) destaca, a partir dessa experiência, que recompensas dirigidas à equipe como um todo constituem uma estrutura de incentivos menos problemática do que esquemas de pagamento individualizado ao profissional, justamente por reduzirem incentivos à competição interna e distorções na prática clínica, semelhante aos achados já referidos na experiência brasileira com o PMAQ.

Nesse sentido, o componente de qualidade do Mais Saúde da Família aproxima-se parcialmente dessa recomendação ao manter a equipe como unidade de cálculo, ao contrário do QOF britânico, no qual os incentivos incidem diretamente sobre a renda dos médicos individuais (HARRIS, 2012). Ao mesmo tempo, a ampliação do peso relativo do componente de qualidade em relação ao seu análogo no Previn Brasil – no qual o componente de desempenho (ISF) representava apenas 7% do total dos repasses federais à APS, com teto de R\$ 3.225 por eSF ao mês, ao passo que o componente de qualidade do Mais Saúde da Família

⁷ No contexto do pagamento por desempenho, o *ratchet effect* designa a situação em que o melhor desempenho de uma equipe serve de parâmetro para metas futuras mais exigentes, o que pode enfraquecer o incentivo marginal à melhoria contínua e estimular comportamentos estratégicos de acomodação.

pode atingir R\$ 8.000 por eSF ao mês, representando entre 25% e 29% do total repassado por eSF apenas a título do componente de qualidade — excluídos os demais componentes variáveis (IEPS, 2023; MELO et al., 2025) — em um contexto em que o valor per capita de referência permanece reduzido, recoloca, sob novas formas, dilemas já observados tanto no PMAQ quanto no Previnde Brasil, exigindo acompanhamento crítico de seus efeitos sobre o trabalho em saúde e sobre a equidade na APS (BEZERRA et al., 2024; MELO et al., 2025; PAUL et al., 2018).

Essa combinação entre intensificação da mensuração de resultados e vinculação de parte crescente do financiamento a indicadores quantificáveis dialoga com o que Dardot e Laval (2016) descrevem como racionalidade neoliberal de governo: dispositivos de avaliação sistemática de desempenho, métricas de produtividade, rankings e benchmarks são transplantados do mundo empresarial para a administração pública, convertendo produtividade e “qualidade” em parâmetros centrais de regulação do trabalho em saúde. Nessa lógica, o incentivo financeiro torna-se uma estratégia privilegiada para induzir padrões produtivistas, funcionando simultaneamente como mecanismo de controle e de subjetivação dos trabalhadores, que são instados a interiorizar metas e a monitorar permanentemente seus próprios resultados (DARDOT; LAVAL, 2016).

Dessa forma, a própria experiência brasileira com o P4P indica que, nesse contexto neoliberal, o incentivo financeiro tende a operar simultaneamente como mecanismo de controle e de subjetivação, produzindo efeitos ambíguos: reorganiza processos e gera alguns ganhos mensuráveis, mas também alimenta frustrações com promessas de recompensa, dependência do bônus e competição entre equipes, à medida que métodos de avaliação pautados em competitividade e meritocracia são incorporados ao cotidiano do SUS (BEZERRA et al., 2024).

À luz dessas evidências e da crítica teórica de Dardot e Laval (2016), o componente de qualidade do Mais Saúde da Família, ao ampliar o peso de incentivos por desempenho sem alterar de forma substantiva o componente per capita fixo do financiamento, corre o risco de reproduzir parte desses efeitos: reforçar uma gestão gerencialista orientada por metas, pressionando as equipes a priorizar o que é mensurável em detrimento de dimensões relacionais e comunitárias do cuidado, a menos que seja acompanhado por estratégias robustas de valorização do trabalho, redução da precarização e participação efetiva de trabalhadores e usuários na definição dos próprios indicadores da APS.

4.3.1.4 Componente para implantação e manutenção de programas, serviços, e outras composições de equipe que atuam na APS

Com objetivo de apoiar o processo de trabalho das estratégias de cuidado na APS, esse componente realizar transferências mensais conforme adesão dos municípios a determinados programas e serviços, como: equipes Multiprofissionais (eMulti); as equipes de Consultório na Rua (eCR); as Unidades Básicas de Saúde Fluvial - (UBSF); das equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); das equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP); incentivo ao ente federativo responsável pela gestão das ações de atenção integral à saúde dos adolescentes em situação de privação de liberdade; o incentivo aos municípios com equipes de saúde integradas a programas de residência uniprofissional ou multiprofissional na Atenção Primária à Saúde; o Programa Saúde na Escola (PSE); do incentivo financeiro federal de custeio para implementação de ações de atividade física no âmbito da APS (IAF); os profissionais microscopistas; a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e de outros programas, serviços, profissionais e composições de equipe que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Cabe destacar que os repasses mensais fixos da eMulti acontecem nesse componente. Além disso, a adesão a esses diferentes programas influencia diretamente a dimensão de acompanhamento do componente de vínculo e acompanhamento territorial, demonstrando maior integração entre os diferentes componentes do novo financiamento. Por exemplo, se um município adere ao IAF, os usuários que participarem das atividades físicas organizadas de maneira coletiva pelos educadores físicos desse programa contarão como um dos contatos anuais necessários para atingir as metas da dimensão de acompanhamento desse componente.

Além disso, os Programas Saúde na Hora e Informatiza APS foram revogados na portaria nº 3493, saindo desse componente, embora o FAQ desse novo modelo de financiamento (BRASIL, 2024g) esclareça que os recursos desses programas foram integralmente remanejados para custeio das equipes de Saúde da Família, assegurando a manutenção dos repasses.

4.3.1.5 Componente para Atenção à Saúde Bucal

Anteriormente, o financiamento da Saúde Bucal acontecia dentro do componente de ações estratégicas do Previne Brasil, o componente equivalente ao atual componente para implantação e manutenção de programas e serviços. Essa diferenciação demonstra maior ênfase

em apoiar as ações de saúde bucal no territórios, contemplando os repasses mensais fixos das Equipes de Saúde Bucal (eSB), além dos repasses mensais e de implantação das Unidades Odontológicas Móveis (UOM), dos Centros de Especialidades Odontológicas - (CEO), dos Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) e dos Serviços de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb).

4.3.1.6 Componente per Capita de Base Populacional

Compondo mais uma parte do “bloco fixo” do financiamento junto com o componente fixo, esse componente é um incentivo a ser repassado mensalmente aos municípios de acordo com o seu número de habitantes, sendo calculado de acordo com o Censo Demográfico do IBGE. Esse componente mantém um valor anual per capita estabelecido para todos os municípios, mantido em R\$5,95 por habitante ao ano para o exercício de 2024 (publicado posteriormente na portaria GM/MS Nº 3.732, de 7 de maio de 2024), distribuído em doze parcelas mensais. Este componente representa a base regular do financiamento e busca garantir estabilidade e previsibilidade na alocação de recursos, distribuído igualmente, independentemente da vulnerabilidade ou porte do município.

4.3.1.7 Mais Saúde da Família: uma visão geral

A implementação do novo modelo de alocação de recursos federais da APS através da Portaria 3.493/2024, aqui apresentada como parte do programa Mais Saúde da Família, não pode ser analisada apenas sob a ótica das suas inovações técnico-normativas, mas exige uma compreensão dialética das contradições que emergem quando confrontamos suas intenções declaradas com os efeitos concretos da sua operacionalização nos territórios. O estudo de Toccillo et al. (2025), ao analisar os repasses aos 645 municípios paulistas durante o período de transição (maio a setembro de 2024), oferece elementos empíricos para problematizar as continuidades e rupturas desse novo modelo em relação ao Previne Brasil, revelando tensões que atravessam o projeto governista para a APS no terceiro governo Lula.

Embora o novo modelo tenha substituído a captação ponderada do Previne Brasil — que condicionava recursos ao número de pessoas cadastradas e priorizava beneficiários do Bolsa Família, BPC ou aposentados de até dois salários mínimos — pelo Indicador de Equidade

e Dimensionamento (IED), que articula o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do IPEA ao porte populacional dos municípios, os resultados da análise paulista evidenciam que essa mudança não foi suficiente para romper com a lógica redistributiva concentradora que caracterizava o modelo anterior dentro dessa realidade estadual. A captação ponderada do Previne Brasil operava uma "neofocalização" que, sob o discurso de priorizar populações vulneráveis, restringia a responsabilidade sanitária das equipes a atividades específicas voltadas aos indivíduos cadastrados mais pobres, fragilizando tanto o caráter integral do cuidado quanto a universalidade do SUS (MASSUDA, 2020).

O IED, ao deslocar o critério de vulnerabilidade do indivíduo para o município e substituir a tipologia rural-urbano do IBGE — que focava aspectos de circulação de pessoas e não gerava efeitos distributivos positivos — por uma classificação que articula vulnerabilidade social e porte populacional, representa um avanço conceitual importante. Essa mudança retira o peso do cadastramento individual no cálculo dos repasses, o que teoricamente beneficiaria municípios com menor capacidade instalada⁸ ou dificuldades institucionais para cadastrar sua população. No entanto, Toccillo et al. (2025) mostram que, mesmo em contexto de aumento global de recursos – com 98,5% dos municípios paulistas apresentando variação positiva nos repasses –, os maiores ganhos médios em valores absolutos concentraram-se nos municípios classificados como menos vulneráveis (Estrato 4), enquanto os estratos mais vulneráveis receberam acréscimos menores, ainda que nenhum município do Estrato 2 tenha apresentado perda.

Os autores interpretam esse padrão como expressão de uma “equidade limitada”, na medida em que o critério de vulnerabilidade é mitigado por fatores como porte populacional e capacidade instalada, mais presentes em grandes municípios com maior arrecadação (TOCCILLO et al., 2025). Entretanto, é importante reconhecer, como o próprio estudo assinala, que se trata de uma análise restrita a um estado de alta renda e realizada em período de transição normativa, quando os componentes de vínculo/acompanhamento e qualidade ainda não produziam diferenciação entre os municípios – todos receberam a classificação “bom” – o que limita a possibilidade de generalização dos resultados para o conjunto do país.

⁸ **Capacidade instalada:** refere-se ao volume máximo de produção ou ao potencial de oferta de serviços que uma organização, município ou sistema consegue alcançar com os recursos já disponíveis (infraestrutura física, equipamentos, recursos humanos, tecnologia). No contexto da Atenção Primária à Saúde, capacidade instalada significa o número de equipes (eSF, eAP, eMulti) homologadas e em funcionamento, bem como a quantidade de unidades básicas de saúde, profissionais e equipamentos disponíveis em um determinado território. Uma maior capacidade instalada implica maior potencial de atendimento à população, ainda que nem sempre essa capacidade seja plenamente utilizada. A capacidade instalada é, portanto, um indicador estrutural da oferta de serviços que influencia diretamente a capacidade de resposta do sistema de saúde às necessidades da população.

De todo modo, o estudo paulista traz elementos relevantes ao sugerir que, mesmo em cenário de “proteção de perdas” para municípios mais vulneráveis, o novo modelo não reorienta os recursos de forma robustamente equitativa, pois a redistribuição acompanha, em grande medida, o porte populacional e acaba favorecendo, em termos absolutos, os territórios com maior capacidade instalada (TOCCILLO et al., 2025). Importante notar que esse resultado ocorre num contexto em que não houve ampliação dos recursos per capita, componente considerado fundante na alocação de recursos em saúde e amplamente utilizado como eixo central de financiamento da APS em sistemas universais (CARNUT; MENDES; LEITE, 2020; TOCCILLO et al., 2025).

Nesse sentido, Melo et al. (2025) lembram que a manutenção do valor de R\$ 5,95 per capita ao ano – herdado do Previn Brasil – continua representando uma redução superior a 70% em comparação ao antigo PAB Fixo. Nesse contexto, o dilema que se coloca é que um eventual reforço do componente per capita fixo, se feito de maneira uniforme, tenderia a reproduzir a predominância do porte populacional na distribuição de recursos, ampliando em termos absolutos os ganhos dos grandes municípios. Do ponto de vista analítico, uma alternativa mais alinhada à literatura de alocação equitativa seria combinar o fortalecimento do per capita fixo com algum tipo de estratificação por vulnerabilidade ou necessidade em saúde, de modo que esse componente também opere como vetor redistributivo e não apenas como transferência proporcional à população.

Como discutido no subtópico sobre o componente de qualidade, a experiência brasileira com o PMAQ-AB e o Previn Brasil, bem como a literatura internacional sobre P4P, já apontava para efeitos modestos em processos e desfechos e para ambivalências importantes desses arranjos, incluindo dependência do incentivo, frustrações e competição entre equipes, especialmente sob condições de precarização do trabalho (MASSUDA, 2020; GURGEL JUNIOR et al., 2023; BEZERRA et al., 2024; PAUL et al., 2018).

Os dados de Melo et al. (2025) ajudam a dimensionar como tais dilemas tendem a ser reeditados no novo modelo. Para uma eSF de município do Estrato IV do IED (menos vulnerável), o componente fixo enseja uma transferência mensal de R\$ 12 mil, enquanto os componentes de vínculo/acompanhamento e qualidade variam, conforme o desempenho, de R\$ 4 mil a R\$ 16 mil; assim, os valores condicionados ao alcance de metas representam entre 25% e 57% do total transferido por equipe (MELO et al., 2025). Mesmo entre municípios do Estrato I (mais vulneráveis), a proporção de recursos dependente do cumprimento de indicadores permanece elevada, oscilando entre 15% e 47% da soma dos três componentes (MELO et al., 2025). Assim, mesmo entre os municípios mais vulneráveis, é potencialmente significativo o

percentual representativo das transferências repousadas no alcance de indicadores, constituindo-se como obstáculo à captação de recursos, dada a existência de equipes reduzidas e menor capacidade operacional. Em termos comparativos, essa proporção é substancialmente superior ao peso que o componente análogo — o pagamento por desempenho via ISF — detinha no Previn Brasil, no qual representava apenas 7% do total dos repasses federais à APS, com teto de R\$ 3.225 por eSF ao mês (IEPS, 2023).

No que se refere à relação entre eSF e eAP, Toccillo et al. (2025) também constata que o novo modelo introduz uma inflexão importante em comparação ao Previn Brasil: há diminuição do valor alocado às eAP e ampliação relativa dos recursos destinados às eSF. Assim, trata-se de um avanço, na medida em que prioriza a tipologia de equipe reconhecida pela PNAB como modelo preferencial de organização da APS e reforça o papel das eSF na estruturação dos serviços e na cobertura territorial. Os autores ilustram esse efeito ao analisar a região de saúde do Aquífero Guarani, que conta com 84 eSF e 135 eAP e apresentou perdas médias substantivas de recursos; tal configuração sugere que, embora o novo modelo não produza, em geral, perdas absolutas relevantes, ele desincentiva a manutenção de arranjos fortemente ancorados em eAP e induz, ainda que gradualmente, a priorização de equipes completas de Saúde da Família (TOCCILLO et al., 2025).

Essa mudança, contudo, encontra limites claros. A alocação de recursos federais para eAP é mantida, ainda que em menor proporção, preservando uma estrutura que continua a sustentar municípios organizados majoritariamente com esse tipo de equipe, o que pode não induzir de forma contundente o caráter substitutivo preconizado pela PNAB (TOCCILLO et al., 2025).

Análise própria das portarias do Ministério da Saúde publicadas no Saude Legis entre 2023 e 2024 mostra, contudo, que o novo modelo de cofinanciamento da APS parece ter produzido algum efeito indutor: em 2023, antes da publicação do Mais Saúde da Família, foram autorizadas apenas 29 substituições de eAP por eSF em duas portarias (Portarias GM/MS n. 615/2023 e n. 1.465/2023), ao passo que, em 2024, já sob vigência do novo financiamento, uma única portaria (GM/MS n. 5.697/2024) autorizou 67 substituições.

No entanto, esse incremento precisa ser lido a partir do padrão herdado da gestão Nésio Fernandes. Como já apresentado na Tabela 5, entre janeiro de 2023 e fevereiro de 2024 o número de eAP homologadas cresceu 54,6% (de 3.930 para 6.074), enquanto as eSF aumentaram apenas 5,7% (de 49.352 para 52.154), elevando a proporção de eAP no total de equipes de 7,4% para 10,4% — o maior patamar desde a implantação do Previn Brasil. Nesse contexto, o volume de 67 substituições de eAP por eSF em 2024 sugere que a priorização

financeira das eSF começa a se traduzir em movimentos concretos de conversão, mas permanece muito aquém do necessário para reverter o estoque de eAP consolidado sob o modelo anterior, configurando mais uma desaceleração e correção parcial de rota do que propriamente uma reversão estrutural.

Nos tópicos seguintes, a análise da série histórica de eSF e eAP no período Proença permitirá qualificar esse movimento, uma vez que os municípios também podem ter cancelado eAP e, posteriormente, criado novas eSF por outras vias que não as portarias específicas de substituição, o que reforça a necessidade de combinar a leitura normativa das portarias com os dados agregados de equipes homologadas.

Por fim, a inclusão de uma variável alocativa baseada na mensuração da “satisfação do usuário” no componente Vínculo e Acompanhamento Territorial (VAT) retoma, sob novas formas, dimensões já presentes no módulo de usuários do PMAQ. Ao mesmo tempo, aproxima o novo modelo da racionalidade avaliativa neoliberal. Embora, por ora, o VAT não considere o conteúdo das avaliações, mas apenas a frequência de uso do aplicativo Meu SUS Digital, a introdução desse critério tende a produzir vieses inequitativos. Na racionalidade neoliberal, a saúde é tratada como mercadoria e o usuário é reposicionado como cliente, de modo que consultas com maior prescrição de medicamentos e solicitação de exames tendem a ser melhor avaliadas, ainda que não correspondam à melhor resposta clínica que se espera da APS (MELO et al., 2025).

Portanto, à luz da experiência acumulada com o PMAQ-AB, o Previne Brasil e o debate internacional sobre P4P, o arranjo inaugurado pelo Mais Saúde da Família combina avanços relevantes – como o reforço relativo das eSF e a proteção parcial de perdas em municípios vulneráveis – com a reedição, em chave renovada, de uma racionalidade gerencialista que subordina parcela crescente do financiamento à mensuração de desempenho. Caso o peso dos componentes variáveis se mantenha elevado em um contexto de per capita subdimensionado e de fortes assimetrias na capacidade administrativa, é plausível que o novo modelo reproduza as ambivalências observadas no PMAQ: ganhos limitados em processos e organização do trabalho, mas também maior competição entre equipes, focalização em metas mensuráveis e concentração de recursos nos territórios com maior capacidade instalada, em tensão com o horizonte de equidade que orienta a política de APS brasileira.

4.3.2 Mais Médicos para o Brasil

Durante a gestão do Proenço como secretário titular, houve uma mudança no que tange à contratação de novos médicos vinculados ao PMMpB. Se na gestão do Nésio Fernandes a prioridade havia sido a expansão acelerada do Programa com abertura de grande volumes de vagas (10.000 vagas apenas na modalidade de coparticipação, como discutido anteriormente), a gestão Proenço enfatizou a consolidação qualitativa do programa.

Nesse contexto, foram abertos apenas dois editais de novas vagas: o Ciclo 38 (Edital 04/2024) em maio de 2024, com quase 3.200 vagas destinadas a municípios gerais, e o Ciclo 39 (Edital 05/2024) em julho de 2024, com aproximadamente 190 vagas específicas para Distritos Sanitários Especiais de Saúde Indígena (DSEIs). Além disso, houve a publicação do Ciclo 40 (Edital 09/2024), de setembro de 2024, mas apenas referente a recontração de médicos dos ciclos anteriores (16º, 17º e 24º ciclos), sem abertura de novas vagas.

O Ciclo 38 foi especialmente marcante por dois motivos: primeiro porque as vagas foram preenchidas com taxa de ocupação de 99,9% (apenas uma vaga não ocupada), sendo 95% de médicos com registro profissional (CRM) no Brasil, sugerindo uma demanda robusta, apesar da grande expansão prévia do programa; segundo porque foi a primeira vez que o programa implementou de fato um sistema de cotas com 20% de reserva para grupos étnico-raciais e 9% para pessoas com deficiência, reforçando a equidade na seleção dos profissionais.

No entanto, apesar de uma taxa de ocupação altíssima (talvez a mais alta na história do programa), esse sucesso da seleção não se traduziu em crescimento correspondente no número total de médicos em atividade no programa. De acordo com o Painel do Mais Médicos, quando no início da gestão de Proenço, em fevereiro de 2024, constavam 25.366 profissionais ativos no programa; esse número atingiu um ápice de 26.872 em dezembro de 2024 (aumento de pouco mais de 1.500 profissionais em 10 meses); e ao deixar a SAPS em março de 2025, o programa retornou a 25.448 profissionais - praticamente ao mesmo patamar do início da sua gestão como secretário titular.

Essa estabilidade na quantidade de profissionais ativos sugere, então, que as novas vagas disponibilizadas estavam apenas substituindo profissionais que saíam (por término de contrato, desistência, mudança de região, falecimento, etc), sem expansão do quadro total, ou seja, houve apenas uma recomposição da rotatividade natural do PMMpB nesse período.

4.3.2.1 A integração do Programas Mais Médicos para o Brasil e Médicos pelo Brasil

A integração entre os programas de provimento médico Mais Médicos para o Brasil e Médicos pelo Brasil foi anunciada em uma live no dia 26 de novembro de 2024 pela Ministra Nísia Trindade e detalhada pelo Secretário de Atenção Primária à Saúde, Felipe Proença. Essa integração foi operacionalizada mediante resoluções e editais da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AgSUS), unificando dois programas com bases legais distintas, sem revogar o programa de provimento implementado durante o governo Bolsonaro.

Para compreender essa integração, é necessário regressar ao período anterior. Durante a gestão de Nésio Fernandes à frente da SAPS (janeiro a fevereiro de 2024), a expansão dos profissionais ativos vinculados a programas de provimento ocorreu exclusivamente por meio de bolsas financiadas diretamente pelo Ministério da Saúde, sem intermediação da AgSUS. A opção por bolsa do MS em detrimento de bolsa da AgSUS naquele momento refletia cálculos orçamentários diretos: a bolsa do MS tinha o valor bruto de R\$ 12.386,50 e, após descontos previdenciários, o valor líquido de R\$ 11.560,68; a bolsa da AgSUS, por seu lado, apresentava o valor R\$ 15.000,00 sem descontos, considerada “doação civil” sob regime privado. Em junho de 2024, já na gestão do Proença, no entanto, o valor da bolsa do MS foi ajustado em 8,14%, apresentando um valor bruto de R\$14.058,00 e líquido de R\$12.500,80 - ainda inferiores da bolsa da AgSUS.

A gestão do Proença à frente da SAPS, então, precisou lidar com dois problemas: o primeiro seria os questionamentos sobre a precarização dos vínculos trabalhistas representado pela expansão do programa via bolsas do MS, conforme já discutido; o segundo seria enfrentar o problemas dos 3.600 bolsistas ainda vinculados à AgSUS, remanescentes do Médicos pelo Brasil de Bolsonaro, que estavam sem previsão orçamentária para manutenção das bolsas após aquele ciclo. Nesse contexto, o anúncio de 26 de novembro de 2024 procurou apresentar como solução essa integração operacional que manteve as duas bases legais distintas, estruturando-a em três eixos:

1) **Eixo Formação:** Dirigido aos bolsistas do MS, esses profissionais continuariam com bolsas administradas pelo MS, seguindo ciclo de quatro anos (prorrogáveis por igual período) com trilha formativa culminando em prova para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Mantinha, portanto, a estrutura do programa que Nésio havia expandido.

2) **Eixo Vínculo:** Dirigido aos bolsistas anteriores da AgSUS, esses profissionais seriam submetidos a prova realizada pela AgSUS em parceria com a Sociedade Brasileira de

Medicina de Família e Comunidade, a ser realizada no primeiro semestre de 2025. Os aprovados seriam contratados como celetistas pela AgSUS (CLT), cargo de Médico da Família e Comunidade, com "garantia de estabilidade e permanência".

3) **Eixo Estratégico:** Dirigido a médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade que atuavam como tutores/preceptores, esses profissionais passariam a atuar como tutores em programas de residência médica, orientadores de estudantes e internos de universidades públicas. Novo edital seria lançado em 2025 para contratação direta desses especialistas via AgSUS, com pontuação adicional para experiência prévia no Mais Médicos.

O informe oficial que apresenta essa proposta de integração evidencia esse movimento como resposta direta ao problema de precarização, como podemos ver nas seguintes passagens (BRASIL, 2024b):

“Além disso, os médicos bolsistas da AgSUS terão a oportunidade de serem contratados em regime celetista.”

“A integração oferece melhores condições para manter os médicos nas comunidades onde eles já atuam.”

“A unificação dos programas de provimento do governo federal busca aumentar a fixação de profissionais médicos na atenção primária à saúde (APS) no Brasil, especialmente nas regiões que mais precisam, contribuindo para o fortalecimento do vínculo profissional com a comunidade a longo prazo e qualificando médicos para atender às necessidades da população.”

A linguagem de “oportunidade”, “fortalecimento” e “estabilidade” sinalizam que a integração era, também, resposta política ao problema da precarização. Se o benefício é mais significativo para os cerca de 3.000 bolsistas antigos da AgSUS (eixo vínculo), que têm a garantia do vínculo celetista caso concluem a especialização e sejam aprovados na referida prova (eliminatória e classificatória), o benefício para os cerca de 22.000 bolsistas do MS para ser menos tangível. Mesmo com bonificação para aqueles que já atuam no Programa, os bolsistas do MS que concluírem a especialização e obtiverem sua titulação em MFC poderão concorrer mediante aprovação em uma prova específica para adentrar no Eixo Estratégico, cujo quantitativo de vagas ainda não foi disponibilizado.

4.3.2.2 A titulação em Medicina de Família e Comunidade para médicos do Programa Médicos pelo Brasil

A Lei 13.958/2019 estabelecia em seu artigo 27, inciso III, que os médicos do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) deveriam realizar uma "prova final escrita para habilitação do profissional como especialista em medicina de família e comunidade" após concluir os dois anos de formação (BRASIL, 2019a). No entanto, em outubro de 2024, o Ministério da Saúde anunciou que substituiria essa prova de título por um teste eliminatório da AgSUS, com a “ameaça” de que os não aprovados seriam realocados para o Programa Mais Médicos em regime de bolsa. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), em novembro de 2024, esclareceu que a prova anunciada pela AgSUS não correspondia à prova de título SBMFC/AMB, reafirmando que médicos especialistas em MFC reconhecidos são aqueles que concluíram residência médica em MFC ou foram aprovados em prova de títulos após quatro anos de comprovada atuação na atenção primária (SBMFC, 2024). Essa posição evidenciava a resistência da SBMFC em flexibilizar os critérios históricos de titulação.

Em fevereiro de 2025, no entanto, a dinâmica se alterou quando a Associação Médica Brasileira (AMB), após consulta jurídica, entendeu que o dispositivo legal da Lei 13.958/2019 deveria ser cumprido e enviou ofício à SBMFC recomendando que reconhecesse o curso de especialização de dois anos do PMpB e aplicasse a prova de título aos médicos que concluíram todas as etapas (SBMFC, 2025a). A SBMFC, que havia manifestado "profunda preocupação" por ter sido informada da flexibilização pelas redes sociais, acatou a recomendação da AMB e incluiu no edital da 36ª edição Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade uma nova categoria de elegibilidade: "ser bolsista no Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) pelo período mínimo de 2 (dois) anos completos, com aprovação em todas as etapas do curso de especialização" (SBMFC, 2025a; SBMFC, 2025b).

Essa decisão representou uma ruptura significativa com o padrão histórico de titulação em MFC, que sempre exigiu residência médica credenciada pela CNRM ou quatro anos de atuação na atenção primária. Nesse contexto, chama atenção o fato de que o dispositivo legal previsto na Lei 13.958/2019 permaneceu vigente ao longo do governo Lula⁹, sem que houvesse iniciativa legislativa para sua modificação, o que, sob pressão das entidades médicas, acabou por impor o reconhecimento dessa via alternativa de certificação. O governo viu-se, assim, diante da necessidade de operacionalizar uma forma de especialização em MFC com tempo de

⁹ A alteração ou revogação de uma lei não pode ser feita por simples ato de gestão do Ministério da Saúde, dependendo de processo legislativo próprio no Congresso Nacional.

preparo reduzido em relação à residência, ainda que o discurso oficial siga apresentando esta última como padrão-ouro de formação.

4.3.2.3 Redimensionamento de Vagas

A Nota Técnica nº 56/2025-CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS, publicada em março de 2025 e intitulada “Estudo de Redimensionamento de Vagas Autorizadas e Ativas do Projeto Médicos para o Brasil”, é um documento oficial produzido pelo novo departamento da SAPS criado pelo governo Lula que nos ajuda compreender as contradições criadas pela expansão desenfreada do programa de provimento e como a gestão do Proenço buscou caminhos para remediá-la.

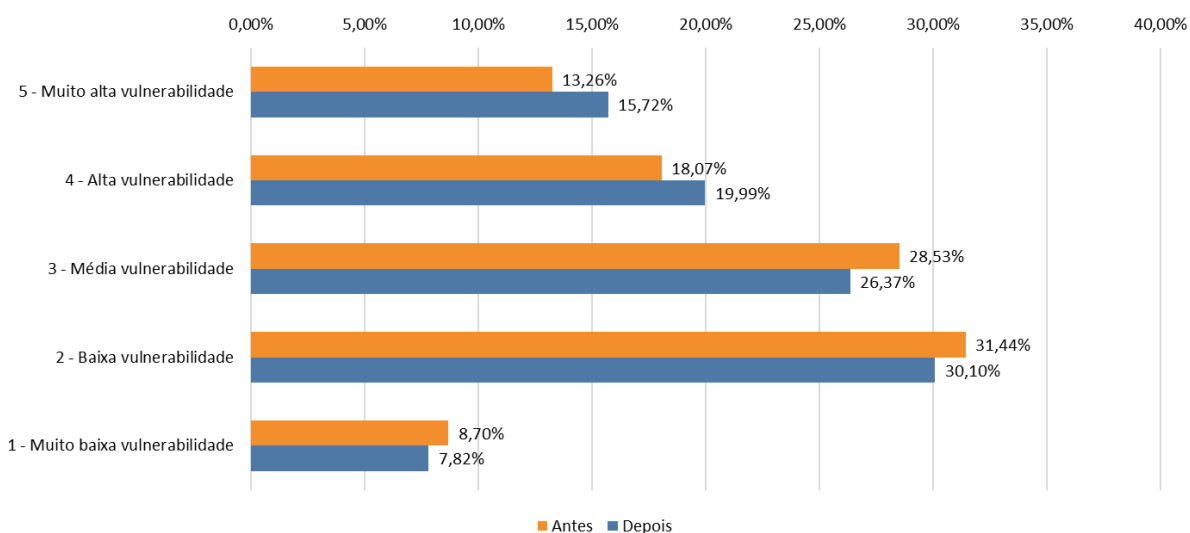
A Nota Técnica 56/2025 expõe os resultados do estudo que indicavam, na competência de janeiro de 2025, um total de 36.736 vagas autorizadas no Mais Médicos, das quais 28.917 estavam ativas e 7.819 inativas. A Nota, então, propõe reduzir o número de vagas autorizadas para aproximadamente 30.000 (29.000 ativas e 1.000 inativas), com redistribuição voltada a maior concentração em municípios de vulnerabilidade “muito alta” e “alta”, sob o argumento de “racionalização” e “otimização de recursos”. De acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do IPEA, a distribuição de vagas antes do redimensionamento era a seguinte:

- **IVS "muito baixa":** 8,7% das vagas
- **IVS "baixa":** 31,4% das vagas
- **IVS "média":** 31,4% das vagas
- **IVS "alta":** 18,06% das vagas
- **IVS "muito alta":** 13,2% das vagas

Isso significa que, somando-se os estratos de vulnerabilidade baixa e muito baixa, 40,1% das vagas se concentravam em municípios menos vulneráveis, enquanto os estratos de alta e muito alta vulnerabilidade reuniam 31,26% das vagas; o restante, cerca de 31,4%, estava em municípios de vulnerabilidade média. Após o redimensionamento proposto pela SAPS, a distribuição projetada passa a ser:

- **IVS "muito baixa":** 7,8% (redução de 1,9 pontos percentuais)
- **IVS "baixa":** 30,09% (redução de 1,31 pontos)
- **IVS "média":** 30,09% (redução de 1,31 pontos)
- **IVS "alta":** 19,9% (aumento de 1,84 pontos)
- **IVS "muito alta":** 15,7% (aumento de 2,5 pontos)

Gráfico 1 - Distribuição das vagas autorizadas do Programa Mais Médicos por estrato de vulnerabilidade social, antes e após o redimensionamento, jan. 2025.



Fonte: Elaboração própria com base em Brasil, 2025, Nota Técnica n. 56/2025-CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS

Nessa nova configuração, como ilustrada no Gráfico 1 acima, os estratos de baixa e muito baixa vulnerabilidade somam 37,89% das vagas, enquanto os de alta e muito alta alcançam 35,62%, mantendo-se a vulnerabilidade média em torno de 30%.

Assim, mesmo após o redimensionamento, a maior parte das vagas autorizadas permanece distribuída entre municípios de vulnerabilidade baixa, média ou muito baixa, ainda que se observe aumento discreto da participação dos estratos de alta e muito alta vulnerabilidade (de 31,26% para 35,62% do total de vagas). Diferentemente da análise anterior, que considerou apenas os profissionais ativos por município no período das gestões Nésio e Proenço, aqui se examina o universo de 36.736 vagas autorizadas em janeiro de 2025 (28.917 ativas e 7.819 inativas), o que aproxima esses resultados da mesma tendência geral identificada anteriormente, mas a partir do plano da oferta potencial de postos e não da ocupação efetiva. Dessa forma, em vez de indicar uma ruptura estrutural com o desenho original do Programa, o estudo reforça a ideia de um ajuste incremental, capaz de corrigir apenas parcialmente o deslocamento de vagas para municípios menos vulneráveis produzido pela grande expansão de 2023, sem reverter completamente essa tendência.

4.3.3 Saúde Bucal

Dando continuidade ao movimento de institucionalização da saúde bucal desencadeado no primeiro momento do governo Lula 3, a gestão de Felipe Proença passou a enfrentar um problema menos ligado à formalização jurídica da política e mais à organização concreta da rede de cuidados. Nesse contexto, a instituição da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) pela Portaria GM/MS nº 6.213/2024 figura entre as principais ações da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) no âmbito da SAPS (BRASIL, 2024a). Sua formalização respondeu a um problema estrutural acumulado desde a implementação do Brasil Sorridente: embora a política tenha ampliado de modo importante a infraestrutura de serviços, persistem fragmentação assistencial, desarticulação entre os pontos de atenção e ausência de fluxos capazes de assegurar a continuidade do cuidado. Publicada em dezembro de 2024, a RASB representa, assim, um novo passo na operacionalização da Política Nacional de Saúde Bucal, ao buscar conferir maior integração e coordenação a uma rede historicamente marcada pela dispersão dos serviços (BRASIL, 2024a). Os efeitos concretos das ações em saúde bucal sobre a expansão da oferta, da cobertura e das equipes de Saúde Bucal serão retomados ao final, na análise dos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde, com atenção ao crescimento das eSB cofinanciadas e às mudanças sucessivas na metodologia de cálculo da cobertura.

4.3.4 EAP e eSF na gestão Proença

A mudança de comando na SAPS, com a saída de Nésio Fernandes em fevereiro de 2024 e a entrada de Felipe Proença em março, coincidiu com uma inflexão na trajetória das equipes homologadas (Tabela 11).

Tabela 11 – Série mensal de equipes homologadas durante a gestão Felipe Proença (mar/2024-mar/2025)

Competência	eSF Homologadas	eAP Homologadas	Total	Proporção eAP (%)
Mar/24	52.432	6.075	58.507	10,4%
Abr/24	52.544	6.136	58.680	10,5%
Mai/24	52.594	6.126	58.720	10,4%

Jun/24	53.049	6.107	59.156	10,3%
Jul/24	53.219	6.087	59.306	10,3%
Ago/24	53.369	6.052	59.421	10,2%
Set/24	53.370	5.996	59.366	10,1%
Out/24	53.874	5.970	59.844	10,0%
Nov/24	54.085	5.916	59.001	9,7%
Dez/24	54.267	5.876	60.143	9,8%
Jan/25	54.364	5.817	60.181	9,7%
Fev/25	54.358	5.786	60.144	9,6%
Mar/25	54.352	5.721	60.073	9,5%
Variação fev/24-mar/25	+2.198 (+4,2%)	-353 (-5,8%)	+1.845 (+3,2%)	-0,9 pp

Fonte: Elaboração própria com dados do e-Gestor AB - Financiamento APS (equipes homologadas, competências mensais 2024-2025).

Entre fevereiro de 2024 (último mês completo da gestão Nésio) e março de 2025, observa-se uma dinâmica diferenciada em relação ao período anterior: enquanto as eSF cresceram 4,2% (+2.198 equipes), as eAP reduziram 5,8% (-353 equipes). O total de equipes homologadas cresceu apenas 3,2% (+1.845), um ritmo significativamente menor que os 9,3% do período jan/23-fev/24.

A redução consistente das eAP a partir de abril de 2024 (de 6.136 para 5.721 em março/2025) sugere que o novo modelo de financiamento penalizou equipes incompletas ao oferecer incentivos financeiros substancialmente maiores para eSF. A proporção de eAP caiu de 10,5% (abril/24) para 9,5% (março/25), reduzindo em 1,0 ponto percentual a participação dessas equipes. Simultaneamente, as eSF apresentaram crescimento modesto mas consistente

(+2.198 equipes, +4,2%), sugerindo possível conversão de eAP em eSF diante dos novos incentivos, mas também revelando que a expansão perdeu o ritmo acelerado do período Nésio.

Essa inflexão suscita duas interpretações possíveis: primeiro, a hipótese de uma correção deliberada de rota que reintroduz priorização da Estratégia Saúde da Família através de mecanismos formalizados de financiamento. De fato, após a implementação do novo financiamento até o final da gestão Proença em março de 2025, as planilhas de financiamento do e-Gestor indicam que o governo federal não repassou nenhum real em recursos de implementação de novas eAPS para os municípios. Quando o mecanismo de transição, que trava os repasses do componente vínculo e acompanhamento e do componente de qualidade como critério “bom”, deixar de existir, uma nova queda das eAP homologadas seguida de um aumento de novas eSF suportariam mais ainda essa hipótese.

A segunda hipótese seria a possibilidade de que a redução de eAP e desaceleração da expansão reflitam não uma mudança estratégica, mas uma acomodação a constrangimentos estruturais anteriormente mascarados pela expansão desenfreada. Sob Nésio, as eSF cresceram em ritmo de aproximadamente 0,44 pontos percentuais ao mês (5,7% em 13 meses); sob Proença, o crescimento de 4,2% ao longo de 13 meses equivale a 0,32 pontos percentuais ao mês. Mesmo com novo modelo de financiamento formalmente mais favorável à eSF, a taxa de expansão diminuiu. Essa desaceleração não é compatível com a hipótese de que a Portaria 3.493 funcionaria como acelerador de expansão; antes sugere que constrangimentos anteriormente suprimidos pela expansão via PMM podem ter ressurgido quando essa válvula de escape foi parcialmente fechada.

Em relação a cobertura, o relatório de gestão de 2024 alterou a metodologia de cálculo a partir dos parâmetros populacionais máximos diferenciados por porte e tipo de equipe com base na portaria GM/MS nº 3.493, que estabeleceu o novo modelo de financiamento. A mudança fundamental ocorre no numerador: ao invés de contabilizar cadastros irrestritamente, passa a considerar limites viáveis estabelecidos pela Portaria. Essa adequação reconhece que equipes com carga horária reduzida (eAP 20h/30h) possuem menor capacidade que eSFs completas (40h), combatendo a prática anterior de “sobrecarga populacional”.

A queda de 7,6 pontos percentuais (de 79,6% para 72%) entre dezembro 2023 e dezembro 2024 nos relatórios de gestão oficiais do MS acontece devido a essa mudança no cálculo, apesar do aumento no número de equipes (eAP e eSF) durante o período, conforme discutido anteriormente. Contudo, a metodologia perpetua um problema: ao incluir eAPs como parte da “cobertura de APS”, continua permitindo que a população seja contabilizada como “coberta” por equipes de menor resolutividade que a ESF, gerando nova forma de inflação.

A mudança metodológica introduzida nos relatórios de gestão de 2024, ao redefinir os parâmetros de cobertura a partir da Portaria GM/MS nº 3.493, recoloca o debate sobre expansão, composição das equipes e capacidade assistencial em outros termos, exigindo que a comparação entre os períodos Nésio Fernandes e Felipe Proenço seja retomada à luz não apenas do número de equipes homologadas, mas também dos critérios pelos quais o próprio Ministério da Saúde passou a medir a cobertura da APS. Antes disso, porém, convém sintetizar o significado político-institucional da gestão Proenço à frente da SAPS, situando seus movimentos de correção de rota, suas continuidades com o período anterior e o contexto mais amplo de reorganização ministerial em que se deu sua saída para a SGTES.

4.3.5 Contexto de transição do Secretário Felipe Proenço

Se, no período Nésio Fernandes, a análise da SAPS evidenciava uma expansão acelerada das equipes fortemente apoiada na centralidade do provimento federal e no vocabulário mobilizador da “APS do Futuro”, o período de Felipe Proenço parece expressar um momento distinto: menos marcado por promessas grandiosas e por uma retórica de ruptura, e mais orientado por um esforço de correção de rota, reorganização normativa e acomodação institucional de impasses já presentes desde 2023. A inflexão observada na dinâmica entre eAP e eSF sugere justamente isso: não uma simples descontinuidade, mas um redimensionamento mais pragmático de instrumentos e prioridades, em especial no que se refere ao papel do financiamento federal na indução do modelo tecnoassistencial da APS.

Os dados discutidos anteriormente permitem sustentar que, sob Proenço, houve um movimento real de contenção relativa das eAP e de revalorização das eSF, ainda que sem produzir uma aceleração robusta da expansão da Estratégia Saúde da Família. Em outros termos, a nova engenharia financeira parece ter corrigido parcialmente uma distorção do período anterior — na qual equipes com menor densidade assistencial podiam coexistir com um discurso de fortalecimento da APS —, mas sem resolver os limites estruturais que condicionam a expansão sustentada da ESF no país. Assim, a redução das eAP pode ser lida ao mesmo tempo como correção normativa e como sintoma de que a expansão anterior operava, em alguma medida, apoiada em mecanismos mais frágeis do ponto de vista do modelo assistencial.

Essa ambivalência é central. Por um lado, a Portaria GM/MS nº 3.493, de abril de 2024, redefiniu a metodologia de cofinanciamento federal da APS, previu pactuação tripartite dos

indicadores do componente de qualidade e foi acompanhada por orientações conjuntas entre SAPS, Conass e Conasems, o que indica maior formalização interfederativa da agenda em comparação com o período anterior (BRASIL, 2024d; CONASS; CONASEMS; SAPS/MS, 2024) . Por outro, a mesma mudança preservou e até reforçou elementos típicos da racionalidade gerencial já consolidados no ciclo do Previnhe Brasil. Isso se expressa, primeiro, pela manutenção de uma parcela potencialmente significativa do financiamento condicionada ao alcance de indicadores — representando entre 15% e 57% do total repassado por eSF, conforme o estrato de vulnerabilidade e o desempenho apresentado (MELO et al., 2025) —, com destaque para o reforço do componente de qualidade: o teto do ISF era de R\$ 3.225 por eSF ao mês, representando cerca de 7% dos repasses federais à APS no Previnhe Brasil, ao passo que o componente de qualidade do Mais Saúde da Família pode atingir R\$ 8.000 por eSF ao mês, representando entre 25% e 29% do total repassado (IEPS, 2023; MELO et al., 2025), aprofundando a subordinação do financiamento à mensuração de desempenho; segundo, pela manutenção do valor fixo per capita em R\$ 5,95 por habitante ao ano — herdado diretamente do Previnhe Brasil e cerca de 70% inferior ao modelo anterior (MELO et al., 2025) —, perpetuando a insuficiência da base de custeio independente de desempenho.

Nesse sentido, a gestão Proença pode ser interpretada menos como ruptura e mais como recomposição. Houve correções importantes de desenho institucional, inclusive no sentido de reduzir a margem de equivalência prática entre eAP e eSF, mas tais correções não configuraram abandono da racionalidade gerencialista de indução por desempenho, monitoramento e classificação de resultados que segue moldando o financiamento da APS. Ao contrário, o que se observa é uma tentativa de responder a críticas acumuladas no interior do campo sanitário e das instâncias gestoras sem romper com essa gramática.

Isso ajuda a compreender por que a gestão Proença apresenta, simultaneamente, continuidades e deslocamentos em relação ao período Nésio. Continuidades, porque várias das mudanças institucionalizadas em 2024 já vinham sendo maturadas no interior da própria SAPS e dialogavam com acúmulos formulados ao longo de 2023 e em espaços de debate promovidos pela secretaria. Deslocamentos, porque o novo ciclo abandona parte da inflação retórica anterior, reduz o tom messiânico da comunicação institucional e passa a operar com uma linguagem mais técnica, negocial e normativamente estabilizada. A mudança, portanto, não está apenas no conteúdo das medidas, mas também na forma política de conduzi-las.

Também merece destaque a relação da gestão Proença com as instâncias interfederativas e com o controle social. Ainda que o novo financiamento tenha sido alvo de críticas, sua institucionalização ocorreu com previsão explícita de pactuação tripartite para definição de

indicadores e com produção de materiais conjuntos de orientação com Conass e Conasems, o que sugere uma tentativa de conferir maior legitimidade federativa ao novo arranjo (CONASS; CONASEMS; SAPS/MS, 2024). Trata-se de uma diferença relevante em relação ao período anterior, no qual conceitos estratégicos amplamente difundidos pela SAPS nem sempre encontravam o mesmo grau de formalização nas instâncias de pactuação do SUS.

Contudo, esse maior adensamento institucional não deve ser confundido com superação das contradições. A recomposição do financiamento da APS ocorreu sem enfrentar de modo estrutural a insuficiência do componente fixo per capita — considerado eixo central do financiamento da APS em sistemas universais de saúde (CARNUT; MENDES; LEITE, 2020) — e sem reverter a dependência crescente de componentes variáveis, inclusive dos atrelados ao desempenho, movimento que se dá paradoxalmente num contexto em que a literatura internacional aponta para evidências limitadas e inconclusivas de que esquemas de P4P melhorem desfechos de saúde e em que parte dessa literatura já propõe uma revisão crítica dessas abordagens, especialmente em países de baixa e média rendas (MENDELSON et al., 2017; PAUL et al., 2018). Desse modo, a gestão Proenço parece tensionar parcialmente o legado do Previn Brasil, mas não o ultrapassa por completo; move-se numa zona intermediária, em que se busca corrigir excessos e distorções da fase anterior sem romper com a racionalidade que as tornou possíveis.

A própria saída de Felipe Proenço da SAPS, em março de 2025, pode ser lida, ao menos como hipótese, como coerente com essa leitura de recomposição. Na nova configuração ministerial anunciada por Alexandre Padilha, Proenço foi deslocado para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), permanecendo, portanto, no núcleo dirigente do Ministério da Saúde (BRASIL, 2025b; FUTURO DA SAÚDE, 2025). Diferentemente da exoneração de Nésio Fernandes, atravessada por forte pressão política e por sinais de desgaste mais agudo no interior da conjuntura ministerial, a mudança de Proenço se aproxima mais de um remanejamento funcional em meio à reorganização mais ampla da pasta após a saída de Nísia Trindade e a posse de Padilha.

Essa diferença não é secundária. Se a exoneração de Nésio operava como marcador de uma inflexão em contexto de crise sanitária, tensionamento com o Congresso e desgaste político do governo, a ida de Proenço para a SGTES pode ser lida como reposicionamento de um quadro técnico-político em uma nova etapa do Ministério da Saúde, na qual ganhariam centralidade temas ligados ao provimento, à formação e à articulação entre atenção primária e atenção especializada (OUTRAS PALAVRAS, 2025). Nessa chave, a mudança de lugar de Proenço

dentro do ministério não sugere perda de protagonismo, mas possível deslocamento de função para uma agenda que se tornaria estratégica nos meses seguintes.

É justamente aqui que o encerramento de sua passagem pela SAPS encontra uma mediação importante com a conjuntura mais ampla de 2025. Em meio à crise política do governo Lula 3 e à substituição de Nísia Trindade por Alexandre Padilha no comando do Ministério da Saúde, em março de 2025, ganha ainda mais centralidade uma agenda que já vinha sendo construída desde a gestão anterior: a reorganização da atenção especializada como resposta às longas filas por consultas, exames e procedimentos no SUS (RADIS, 2025; G1, 2025b).

Nesse sentido, a ida de Proenço para a SGTES pode ser interpretada, ao menos como hipótese analítica, como movimento coerente com a necessidade de fortalecer justamente o eixo de formação, provimento e qualificação profissional de uma agenda que buscava articular APS e atenção especializada. O componente de “Provimento, Aprimoramento e Formação” do Agora Tem Especialistas inclui expansão de formação especializada, provimento emergencial e estratégias de fixação de especialistas em regiões desassistidas, situando a SGTES num lugar central da nova política. Assim, a experiência acumulada de Proenço na APS e no Mais Médicos poderia convertê-lo em quadro particularmente útil para uma agenda ministerial que pretendia fazer da atenção especializada uma nova vitrine política da saúde no governo Lula 3 (BRASIL, 2025a).

Em seguida, serão analisados os Relatórios Integrados de Gestão e as mudanças na metodologia de cálculo da cobertura da APS e da ESF entre 2018 e 2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g). A partir desse movimento, será possível recolocar em perspectiva histórica o debate sobre cobertura e, ao final, reavaliar a comparação entre os períodos de Nésio Fernandes e Felipe Proenço à luz dos novos critérios adotados pelo próprio Ministério da Saúde.

4.4 RESULTADOS A PARTIR DOS RELATÓRIOS: COBERTURA DA ESF E DA APS

Independente do espectro ideológico, a baixa cobertura da APS parece ser um problema a ser enfrentado por todas as gestões que estiveram à frente do MS. Durante os estágios iniciais de implantação da APS no Brasil, priorizou-se a expansão massiva de eSF para ampliação da cobertura do nível primário de atenção, consolidando esse modelo de equipe como referência para os municípios e Estratégia de Saúde da Família como uma Política de Estado. Na visão

dos sanitaristas, partia-se do pressuposto de que o crescimento quantitativo das eSF funcionaria como motor de transformação qualitativa, viabilizando a hegemonia de uma forma de organizar a APS que pudesse induzir as mudanças desejadas no novo modelo tecnoassistencial (MAGALHÃES JÚNIOR et al., 2025).

Apesar do consenso em torno do problema da baixa cobertura da APS, a fórmula de se calculá-la é tanto uma divergência entre pesquisadores da saúde coletiva, quanto alvo de disputas entre os formuladores e implementadores das políticas de saúde. Nesse sentido, diversos estudos utilizando metodologias distintas analisaram a evolução da cobertura de ESF no Brasil. Neves et al. (2018), com base em dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) – para equipes que já haviam implantado o e-SUS Atenção Básica –, identificaram cobertura de 45,3% em 2006, aumentando para 64% em 2016, com 53% registrado em 2011. Paralelamente, Mendonça et al. (2023) também reportou 53% de cobertura em 2011, convergindo com os achados anteriores.

Por outro lado, em estudo mais recente, abrangendo 2009 a 2023, Barbosa et al. (2025) documentou trajetória ascendente mais substancial: cobertura de 66,81% em 2009 (com aproximadamente 30.415 eSFs para 189.612.814 habitantes) evoluindo para 84,66% em 2023 (50.005 eSFs para 213.317.639 habitantes), representando variação percentual anual (VPA) de 3,97%. Veja a discrepâncias entre os números apresentados: enquanto o estudo de Neves et al. (2018) aponta que uma cobertura de 64% foi atingida apenas em 2016, Barbosa et al. (2025) indica que em 2009 essa cobertura já era superior, chegando a 66,81%.

No tocante às ações governamentais, a análise dos relatórios de gestão do Ministério da Saúde permite compreender como o tema da cobertura da ESF tem sido tratado no âmbito da gestão federal. Para este estudo, tomaram-se como referência os relatórios integrados de gestão disponibilizados a partir de 2018¹⁰, que seguem um formato padronizado e comparável entre os diferentes exercícios, articulando seções de governança, resultados da gestão e demonstrações contábeis. Esses documentos ajudam a explicitar os números de cobertura com os quais o Governo Lula 3 se deparou no início do mandato, bem como as ações empreendidas pela SAPS e os resultados obtidos nas gestões Nésio Fernandes e Felipe Proença. A Tabela 12 a seguir consolida os principais dados relativos à cobertura da ESF presentes nos relatórios de gestão de

¹⁰ Os Relatórios Anuais de Gestão (RAG) são instrumentos formais de planejamento e prestação de contas do SUS desde os anos 1990, previstos em normas como a Lei 8.142/1990 e a Lei Complementar 141/2012. No caso do Ministério da Saúde, a partir de 2018 esses relatórios passaram a ser divulgados em formato integrado e padronizado – articulando governança, resultados da gestão e demonstrações contábeis –, o que favorece a comparabilidade entre exercícios sucessivos.

2018 a 2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Tabela 12 – APS Brasil 2014–2024

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023 ^e	2024
Quantidade de eSF cofinanciadas	39.228	40.127	40.097	42.119	42.975 ^d	43.223	45.443	47.278	48.817	51.174	53.356
Quantidade de eSF credenciadas	–	–	–	–	-	48.079	48.642	50.664	50.603	56.297	56.129
Quantidade de eAP cofinanciadas	–	–	–	–	1.249	2.842	3.835	3.712	5.827	5.897	5.429
Quantidade de eAP credenciadas	–	–	–	–	1.296	3.191	5.346	3.963 ^f	8.079	7.018	–
Cobertura eSF	61,08%	62,50%	62,62%	63,91%	64,19%	64,34%	–	–	–	–	–
Cobertura APS 1 ^a	–	–	–	–	–	–	69,06%	–	–	–	–
Cobertura APS 2 ^a	–	–	–	–	–	–	–	69,69%	75,12%	79,6%	–
Cobertura APS 3 ^a	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cadastros nas equipes cofinanciadas	–	–	–	–	–	–	–	146,66 milhões	160,25 milhões	169,80 milhões	72%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir dos dados dos Relatórios do Ministério da Saúde 2018-2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Notas: a) Novo cálculo de cobertura da APS que inclui a cobertura potencial das EqSF cofinanciadas; b) Novo cálculo de cobertura que considera a população cadastrada pelas EqAP + EqSF cofinanciadas pelo PG, de acordo com as mudanças do Previn Brasil; c) Novo cálculo de cobertura que não usa mais a população cadastrada - volta a utilizar as equipes credenciadas (EqAP + ESF), utilizando o parâmetro populacional do novo modelo de financiamento (além disso, utiliza as equipes credenciadas totais, não só as equipes cofinanciadas pelo MS); d) Aparece esse valor no relatório de 2018 e 2020 e 2021, mas no relatório de 2019, o quantitativo de 2018 aparece como 43.217 ESF; e) O único ano que traz a competência de ago/23 - todos os outros são referentes à competência de dezembro do ano indicado; f) Aparecem dois números: 3.963 na primeira menção (pg. 34) e 3.951 na segunda (pg. 44).

De 2014 até 2019, o número de equipes de eSF cresceu em um ritmo bem lento (aproximadamente 4mil eSF no período), saindo de cerca de 39 mil em 2014 para pouco mais de 43 mil em 2019. A cobertura da APS nesse período era calculada apenas baseada na quantidade de eSF cofinanciadas, crescendo pouco mais de 3%: em 2014 era de 61% e em 2019 era de 64,3% (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

No relatório de 2019, publicado durante a gestão de Eduardo Pazuello à frente do MS (em 2020), conseguimos perceber os nexos entre as ações do governo Bolsonaro e a ampliação da cobertura da APS. Nesse sentido, o documento destaca que o novo modelo de financiamento implementado pelo governo Bolsonaro, o Previn Brasil, foi elaborado, entre outros motivos, diante “dos desafios relacionados ao aumento da cobertura real das eSF” (BRASIL, 2020b, p. 25). Esse novo modelo de financiamento previa repasses específicos para as Equipes de Atenção Primária (eAP), que foram criadas também neste mesmo governo por meio da portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019, mas já eram previstas na PNAB desde 2017, embora ainda estivessem sem linhas de financiamento específicas. Segundo o mesmo relatório, essas equipes com composição incompleta, formadas por no mínimo um médico e um enfermeiro, tinham o mesmo objetivo de ampliar a cobertura da APS, segundo a passagem abaixo:

“Essas equipes visam à ampliação da cobertura e ao fortalecimento da APS na medida em que aumentam o quantitativo dos profissionais que oferecem serviços à população, seguindo as diretrizes e os princípios previstos na PNAB, e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde. Ressalta-se que os municípios não poderão transformar Equipes de Saúde da Família em Equipes de Atenção Primária, uma vez que o objetivo é ampliar a cobertura da população atendida nas Unidades de Saúde da Família (USF)” (BRASIL, 2020b, p. 28).

Diante das solicitações dos gestores, foi publicada, em dezembro de 2019, a primeira portaria de credenciamento de eAP, com 1.296 equipes em 282 municípios brasileiros. A cobertura da APS, no entanto, continuou seguindo a mesma metodologia, baseada no quantitativo das eSF, sem contabilização das eAP, que haviam sido recém credenciadas (BRASIL, 2020b).

No entanto, é só no relatório de gestão do MS de 2020 que as novas fórmulas de cálculo de cobertura começam a sofrer alterações. Em relação aos novos dados do ano corrente, a elevação do número de eSF em 2020 subiu para 45.443, mas a cobertura apresentou uma leve queda: de 64,34% em 2019 para 63,62% em 2020. O documento reconhece que em 2020 a implantação das eSF e eAP ocorreu em ritmo inferior em relação aos anos anteriores, alegando que isso aconteceu como consequência dos impactos da pandemia de COVID-19 (BRASIL, 2021).

O documento cita então a nova fórmula de cálculo (ou a famosa mágica dos números) que passará vigorar e que elevou a cobertura em mais de 5% em um único ano:

“Importa destacar que no Plano Nacional de Saúde a metodologia utilizada para o cálculo da cobertura populacional da APS em 2020 considerava as eSF, as eAP (20 ou 30h) e as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR), que receberam recurso na respectiva competência financeira, considerando ainda a estimativa populacional para cada tipo de equipe (eSF e eSFR: 3.450; eAP 20h: 1.725 e eAP 30h: 2.587), além da população IBGE. Dessa forma, a cobertura populacional da Atenção Primária à Saúde alcançou 69,06%, em dezembro de 2020, correspondendo ao quantitativo de equipes pagas pelo MS: 45.443 eSF; 2.056 eAP (20h); 786 eAP (30h); 181 eSF” (BRASIL, 2021, p. 34)

No tocante às eAP, o documento revela que durante o ano de 2020, foram publicadas duas portarias de credenciamento dessas equipes parciais, sendo credenciadas 1.880 eAP. Assim, desde a instituição das eAP em 2019, foram credenciadas 3.191 solicitações dos gestores municipais. Essa nova fórmula de cálculo da cobertura da APS que passou a operar a partir de 2020 nos relatórios oficiais, levando em consideração essas equipes parciais, será mantida até o segundo ano do governo Lula 3 - embora outras duas mudanças metodológicas ainda aconteçam. Se o cenário da cobertura de ESF era preocupante (crescimento lento de 2014 a 2019 e queda de cobertura em 2020), essa mudança serviu como uma luva para dar uma dimensão de avanço na cobertura da APS, afinal a mudança de cálculo permitiu um ganho de mais de 5 pontos percentuais em relação à fórmula anterior - quase o dobro do aumento experimentado pela cobertura de ESF entre 2014 e 2020 (BRASIL, 2021).

Enfim, no relatório do MS 2021, assinado por Marcelo Queiroga a frente do MS no ano seguinte, vemos a segunda mudança no cálculo da cobertura. Sem apresentar mais os cálculos de cobertura baseados apenas na eSF, o MS agora passou a apresentar em tabela apenas a cobertura da APS, conforme recomendado no Plano Nacional de Saúde, mas com novas “alterações devido à necessidade de alinhamento às inovações instituídas pelo Programa Previne Brasil” (BRASIL, 2022, p. 40).

Segundo esse cálculo, a cobertura do Brasil chegou a 69,69%, menos de 0,6% de aumento em relação ao ano anterior. O ritmo de manutenção na implantação das eSF e eAP é mais uma vez apontado como consequência da pandemia (BRASIL, 2022, p. 40). Diferente dos cálculos anteriores que partiam da cobertura potencial das equipes, o novo método de cálculo considera o quantitativo de população cadastrada pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) e Equipes de Atenção Primária (eAP – 20 ou 30h), financiadas pelo Ministério da Saúde na respectiva competência financeira, em relação à população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Essa mudança de cálculo pode não ter apresentado um impacto significativo no ano de 2021 porque o número de pessoas cadastradas nas equipes cofinanciadas ainda era baixo: 146,46 milhões segundo o documento (BRASIL, 2022).

O relatório de gestão de 2022, por sua vez, reflete os dados do último ano do governo Bolsonaro, embora quem assinou a documentação publicada em 2023 foi a ministra da saúde Nísia Trindade já sob o governo Lula 3. Mantendo a fórmula de cálculo do ano inaugurada no ano anterior, o governo anunciou a cobertura de 75,12% da APS em 2022, representando 160.254.667 pessoas cadastradas nas equipes (BRASIL, 2023v).

4.4.1 Resultados de 2023 e 2024: relatórios do MS e complementações

Tomando os relatórios do MS de 2023 e 2024 como sintéticos dos resultados obtidos pelas gestões de Nésio Fernandes e Felipe Proença sob comando da SAPS, respectivamente, apresentaremos esse balanço dividido em duas partes (BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g). A primeira irá apresentar os balanços de cobertura da APS/ESF, juntamente com o quantitativo das eSF e eAP. A segunda apresentará dados que podem representar ampliação do cuidado, como: quantitativo e cobertura de eSB; quantitativo de ACS, NASF/eMulti, eCR, eAPP, eSFR; etc.

4.4.1.1 Cobertura de eSF e eAP

De dezembro de 2022 até novembro de 2023, o número de eSF cofinanciadas pelo governo federal aumentou em 2.357 equipes, chegando ao total de 51.174, ou seja, uma variação percentual anual positiva de 4,83%. Se avaliarmos os dados do relatório desde 2014, veremos que esta variação seria a terceira maior variação da série histórica, perdendo apenas para 2016-2017 (+5,04%) e 2019-2020 (+5,14%). Já em dezembro de 2024, a quantidade eSF cofinanciadas aumentou em 2.182, chegando a 53.356 - a quarta maior variação percentual da

série histórica (+4,26%). Cabe destacar que a única variação negativa entre 2015-2016 (-0,07%), uma diminuição de 30 eSF em números absolutos (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Em relação às equipes credenciadas de maneira geral (que englobam as equipes cofinanciadas), os dois anos iniciais do governo Lula 3 apresentam a maior e menor variação percentual - embora a série histórica dos relatórios englobe apenas o período de 2019-2024. De dezembro de 2022 a novembro de 2023, a quantidade de eSF credenciadas aumentaram em 5.694 em números absolutos, sendo a maior variação positiva da série (+11,25%), valor bem acima do segundo lugar (2020-2021 com +4,16%). De novembro de 2023 a dezembro de 2024 a variação foi negativa, apresentando uma redução de 168 eSF credenciadas em número absolutos (-0,30%), sendo a segunda pior variação a de 2021-2022 (-0,12%) (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Aqui cabe uma ressalva. Em 2017, a nova PNAB flexibilizou os parâmetros de cobertura de ACS. Desde então, é possível credenciar uma equipe que tenha apenas um ACS, ao contrário do que ocorria na PNAB anterior, que preconiza no mínimo quatro agentes por eSF (Mendonça et al., 2023). Nesse sentido, mesmo que gestões do MS bastante alinhadas com o projeto privatista ou com a agenda neoliberal para a saúde brasileira afirmem que as eSF são uma estratégia prioritária com bases nesses números, elas podem, gradativamente, estar constituindo equipes com quantidades menores de ACS. Assim, no subtópico posterior analisaremos a quantidade de ACS ao longo dessas gestões para compreender melhor esse fenômeno.

No que tange à série histórica de 2019 a 2024 de eAPs cofinanciadas, o número de eAP teve o maior aumento absoluto em 2022-2023, com 1.975 equipes incompletas, chegando a um total de 5.687 - a segunda maior variação percentual (+53,21%), atrás apenas de 2019-2020 (+127,54%, mas um número absoluto menor de 1.593 adicionadas). Em 2024, a revogação do Previne Brasil e a implementação do novo modelo de financiamento (Mais Saúde da Família) parece ter contido a expansão das eAP vista ao longo da gestão do Nésio em 2023. De 2023 a 2024, o número de eAP cofinanciadas caiu em 258 equipes em números absolutos, a maior variação negativa (-4,54%), à frente de 2021-2022 (-3,21%). Se analisarmos as planilhas de financiamento disponíveis no e-Gestor APS desde o mês de implementação do novo financiamento até o final da gestão do Proenço na SAPS veremos que nenhum recurso de implementação de novas eAPs foram repassados aos municípios, reforçando essa tendência (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Em relação às eAP credenciadas, as variações positivas seguem a mesma tendência das eAPs cofinanciadas. De 2022 a 2023, o número absoluto de novas eAP credenciadas subiu em 4.116, alcançando um total de 8.079 equipes parciais - segunda maior variação positiva (+103,92%), atrás também de 2019-2020 (+146,14%, mas com aumento absoluto menor de 1.895 equipes parciais novas). De 2023 a 2024, o número de eAP credenciadas cai para 7.018, uma redução absoluta de 1.061 equipes, sendo a segunda maior variação negativa percentual (-13,13%) atrás de 2021-2022 (-25,88%, menos 1.383 equipes em números absolutos) (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Em 2023, a gestão Nésio manteve a base de cálculo da cobertura da APS dos relatórios que vigorava desde 2021, alinhada ao Previne Brasil, ou seja, baseada na quantidade de cadastros das eSF e eAP. Assim, em novembro de 2023 a cobertura da APS foi de 79,6%, baseadas em 169,80 milhões de cadastros. Um aumento de quase 4,5% em relação à cobertura de 2022 (75,12%, representando 160,25 milhões de cadastros) e cerca de 10% em relação a cobertura de 2021 (69,69%, representando 146,46 milhões de cadastros). Em 2024, no entanto, a gestão de Proença apresenta a última mudança metodológica no cálculo da cobertura, abandonando os cálculos baseados em cadastramento e retomando os parâmetros de coberturas potenciais das eSF e eAP, semelhante à metodologia apresentada no relatório de 2020, mas adaptada aos novos parâmetros estabelecidos pelo novo financiamento da APS. Assim, em dezembro de 2024 a cobertura apresentada é de 72% (uma redução de 7,6% em relação aos valores de 2023, demonstrando o quanto o cálculo de cobertura por cadastramento superestimava a cobertura da APS no Brasil). Se compararmos com o ano de 2020 (cobertura de 69,06%), que apresenta uma metodologia muito similar, o ganho de cobertura foi de pouco menos de 3% em relação a 2024 (ou seja, menos de 3% em 04 anos) (BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025h).

No entanto, cabe destacar que 2020 foi o último ano em que foi apresentado o cálculo de cobertura baseada apenas em eSF no valor de 63,62%, junto com esse novo cálculo que incluía as eAP (69,06%). Se retirarmos apenas essa diferença 5,44%, que representa o quantitativo de eAP, da cobertura da APS de 2024 (72%) para tentarmos encontrar o valor da cobertura de ESF neste mesmo ano, encontramos uma cobertura de 66,56%. Levando em conta que o número de eAP no período todo cresceu substancialmente, talvez esse valor seja ainda menor. Embora as mudanças metodológicas dificultem as comparações ano a ano, é possível constatar que a cobertura da eSF ainda não ultrapassou a marca de 65/70%, como discutido pela

SAPS na primeira reunião da CIT de 2023, estando ainda bem longe da meta de 90% até 2027, como pretendia a APS do Futuro (BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Além disso, entre dezembro de 2022 e dezembro de 2024, os programas federais de provimento ampliaram em pouco mais de 13 mil o número de vagas ativas, ao passo que, no mesmo período, foram criadas pouco mais de 4.500 novas eSF homologadas, segundo os relatórios de equipes. Essa discrepância sugere que a expansão dos programas de provimento nem sempre se traduziu em criação líquida de novas equipes, o que ajuda a compreender por que o impacto sobre a cobertura potencial da ESF parece ter sido limitado nesses dois primeiros anos do governo Lula 3. Talvez esse seja um indício de que pelo menos 8.500 médicos com contratos municipais foram substituídos pelos contratos via bolsas federais do Mais Médicos (BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025h).

No entanto, em vez de atribuir esse descompasso a uma única causa, é mais adequado explorar um conjunto de hipóteses plausíveis. Uma primeira hipótese é a substituição de médicos previamente contratados pelos municípios por médicos vinculados ao Mais Médicos, sem criação efetiva de novas equipes. Auditoria da Controladoria-Geral da União sobre o Projeto Mais Médicos, em 2018, combinou análise dos controles internos do Ministério da Saúde com fiscalizações in loco em 198 municípios, abrangendo 233 Unidades Básicas de Saúde e 14.265 médicos participantes (BRASIL, 2018). Nessas visitas de campo, a Controladoria-Geral da União (CGU) verificou, entre outros aspectos, a composição das equipes de Saúde da Família, o cumprimento da carga horária e o atendimento às diretrizes do Programa (BRASIL, 2018). Em 20% das equipes avaliadas, foi identificada substituição de médicos da atenção básica por médicos do Projeto Mais Médicos, em desacordo com a diretriz federal de não substituir, mas somar profissionais para ampliar a oferta de serviços (BRASIL, 2018). Esse achado, derivado de inspeções presenciais em serviços de APS, demonstra que a prática de substituir contratos pré-existentes por bolsas federais não é apenas uma hipótese abstrata, mas um padrão já registrado em ciclo anterior do Programa, com impacto negativo sobre o objetivo de aumentar o quantitativo total de médicos na APS.

Uma segunda hipótese diz respeito a possíveis distorções nos registros de médicos e de equipes, não apenas por fraude deliberada, mas também por cadastros desatualizados ou inconsistentes entre diferentes bases de informação. Em auditorias sobre a gestão da atenção básica e de serviços de saúde, órgãos de controle como tribunais de contas e controladorias têm identificado problemas recorrentes na atualização do CNES, com profissionais registrados em desacordo com a realidade das unidades, vínculos não formalizados ou inexistentes e divergências entre listas de pessoal e os cadastros oficiais (TRIBUNAL DE CONTAS DO

ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018; TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ, 2025). Nessas situações, a ausência de controles robustos sobre quem efetivamente trabalha em cada estabelecimento pode abrir espaço tanto para a manutenção de registros fictícios de profissionais – incluindo, em casos extremos, “funcionários fantasmas” – quanto para o uso estratégico de cadastros para preservar repasses federais, mesmo quando a oferta real de médicos na APS é mais limitada do que indicam os sistemas de informação (TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ, 2025; PNB ONLINE, 2024).

Diante dessas possibilidades, a discrepância entre a forte expansão de vagas dos programas de provimento e o aumento relativamente modesto do número de eSF deve ser interpretada com cautela, como um fenômeno multifatorial. Em termos analíticos, é plausível supor que a combinação de substituição de vínculos municipais por bolsas federais, associada a distorções e fragilidades nos registros de equipes e profissionais, possa ter contribuído para o baixo impacto observado sobre a cobertura potencial da ESF, mesmo em um contexto de forte retomada do Mais Médicos. Contudo, a avaliação do peso específico de cada um desses fatores, bem como a identificação de outros mecanismos explicativos – como a distribuição territorial das novas vagas, a rotatividade de profissionais ou a capacidade de gestão local para transformar provimento em expansão efetiva de equipes – exige estudos específicos, quantitativos e qualitativos, que integrem bases de dados nacionais (CNES, e-Gestor, painéis do Mais Médicos) com análises em profundidade em contextos municipais selecionados.

Segundo Magalhães Júnior et al. (2025), a expansão da cobertura da APS no Brasil tem mantido, historicamente, uma relação estreita com a implementação de programas federais de provimento médico, mas essa relação não é automática nem linear. A cobertura populacional da ESF em 2006 era de 46% e, em 2011, ainda permanecia em 53%, indicando um período de estagnação. Dois fatores entrelaçados explicavam esse quadro: a redução do aporte financeiro federal para custeio das equipes e da infraestrutura da APS, que deslocou mais responsabilidades para os municípios, e a escassez de médicos dispostos a atuar na atenção primária, sobretudo nas regiões mais vulnerabilizadas (MAGALHÃES JÚNIOR et al., 2025).

Apesar da ampliação de recursos federais entre 2011 e 2014, apenas com a implantação do Programa Mais Médicos, em 2013, houve um salto mais expressivo na cobertura da ESF, ao garantir provimento médico em áreas com maior escassez profissional (MAGALHÃES JÚNIOR et al., 2025). Esse contraste histórico é relevante para interpretar o presente: enquanto no ciclo 2013-2014 a expansão do Mais Médicos se traduziu em aumento substantivo da cobertura, no período recente observa-se uma forte ampliação de vagas de provimento com ganho muito mais modesto na cobertura potencial da ESF, sugerindo que, além da existência

de programas de provimento, o modo como esses médicos são incorporados às equipes, as regras de financiamento e a governança local da força de trabalho tornam-se decisivos para que o provimento se converta – ou não – em ampliação efetiva da Estratégia Saúde da Família.

4.4.1.2 Ampliação do cuidado

Nos relatórios do MS, conseguimos acessar a série histórica de ACS cofinanciados pela União de 2014-2024, conforme apresentada na Tabela 13 abaixo (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g). Entre 2014 e 2022, o quantitativo de ACS apresentou um padrão de estagnação com leve declínio, caracterizado por uma trajetória descendente interrompida brevemente apenas por recuperação parcial durante a pandemia de COVID-19. Esse período apresentou um pico histórico de 266.217 ACS em 2015, durante o segundo mandato de Dilma Rousseff, mas a partir de 2016 - coincidindo com o impeachment presidencial e a ascensão do Governo Temer - estabeleceu-se uma tendência consistente de declínio que se estenderia até 2019, representando a perda de 5.979 profissionais (-2,25% em relação ao pico) e atingindo seu patamar mais baixo em 2019: 260.238 ACS (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Tabela 13 – Variação percentual anual da quantidade de ACS (2014–2024)

Período	Quantidade Ano Anterior	Quantidade Ano Atual	Variação Absoluta	Variação Percentual (%)
2014 → 2015	265.698	266.217	+519	+0,20%
2015 → 2016	266.217	265.685	-532	-0,20%
2016 → 2017	265.685	264.275	-1.410	-0,53%
2017 → 2018	264.275	262.325	-1.950	-0,74%

2018 → 2019	262.325	260.238	-2.087	-0,80%
2019 → 2020	260.238	261.445	+1.207	+0,46%
2020 → 2021	261.445	265.393	+3.948	+1,51%
2021 → 2022	265.393	265.075	-318	-0,12%
2022 → 2023	265.075	278.209	+13.134	+4,95%
2023 → 2024	278.209	281.674	+3.465	+1,25%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir dos dados dos Relatórios do Ministério da Saúde 2018-2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Este vale coincide com o primeiro ano do Governo Bolsonaro e a implementação do Previne Brasil, que reconfigurou radicalmente o financiamento da atenção primária. O estudo de Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020) já havia detectado que, mesmo com o aumento de cadastro de eSF, houve, no período de 2017 a 2019, uma redução no quantitativo de ACS no País. Embora a pandemia COVID-19 tenha invertido temporariamente essa trajetória descendente, com crescimento de +1,51% em 2021 impulsionado pela valorização emergencial da APS para rastreamento, testagem e vacinação, esta recuperação mostrou-se insuficiente e não sustentada: em 2022, o número de ACS havia retomado trajetória de retração (-0,12%), deixando o Governo Bolsonaro com um saldo líquido negativo de oito anos (2014-2022), com apenas -623 ACS (-0,23%) em relação a 2014 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Este período representou, portanto, não uma política de valorização de ACS, mas um modelo de gestão por austeridade, no qual a categoria foi progressivamente esvaziada pela falta de reposição e pelo subfinanciamento. As bases teóricas que justificaram esse processo foram

formuladas por um conjunto de autores do texto “Bases para um Novo Sanitarismo” (2015): Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Daniel Knupp, Thiago Gomes Trindade, Nulvio Lermen Junior e Paulo Poli Neto. Esses autores são profissionais com forte atuação na MFC por meio da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (inclusive em suas presidências e diretoria), bem como em gestões da Atenção Primária à Saúde no Ministério da Saúde e em secretarias municipais. Nesse artigo, os autores defendem que, por não haver evidências de custo-efetividade das visitas mensais dos ACS a todos os domicílios, essa ação deveria ser focalizada “nos indivíduos em risco e de maior vulnerabilidade, considerando que quase sempre há heterogeneidade nas diversas populações”, formulação que contribui para deslocar o trabalho dos ACS de uma perspectiva universalizante para uma lógica focalizada e seletiva (GUSSO, et al. 2015).

Por outro lado, o Governo Lula 3 operou uma mudança expressiva no quantitativo de ACS cofinanciados à nível federal que não apenas inverteu a trajetória de declínio de oito anos, mas produziu a maior expansão da série histórica 2014-2024. No primeiro ano (2023), o número de ACS cresceu em 13.134 profissionais (+4,95%), representando a maior variação absoluta e percentual de todo o período analisado — crescimento 24,7 vezes maior que a média anual dos oito anos anteriores (+0,20% ao ano). Já em 2024, o número de ACS atingiu 281.674 profissionais (+1,25%), estabelecendo novo recorde histórico que ultrapassava pela primeira vez o pico de 2015 em 15.457 profissionais (+5,81%), consolidando uma trajetória de crescimento acelerado que sinalizava mudança estrutural no reconhecimento e financiamento da categoria pelo Estado (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Dessa forma, as gestões de Nésio e Proença à frente da SAPS foram capazes de reverter a tendência anterior de configuração da APS com um quantitativo menor de ACS, deslocando-nos para um modelo mais capaz de dar sustentabilidade para a Saúde na Família. Para Giovanella et al (2021), a ausência do ACS na equipe de ESF compromete fundamentalmente o modelo assistencial fundado na determinação social da saúde e na clínica ampliada, desarticulando seu componente comunitário e de promoção da saúde. Essa configuração expressa a desconstrução de um compromisso com a expansão da ESF e do sistema público de saúde, recompondo barreiras ao acesso à saúde, uma vez que é justamente o ACS que facilita esse acesso e proporciona relação estável e contínua entre população e serviços de APS. O comprometimento estende-se aos processos de trabalho territorializado: a escuta e percepção de problemas invisíveis aos serviços, bem como a identificação e criação de possibilidades de

intervenção baseadas nos conhecimentos do ACS sobre a dinâmica da vida no território (MOROSINI et al., 2018).

Contudo, o aumento quantitativo de ACS entre 2023 e 2024 coloca uma questão ainda não resolvida: em que medida essa expansão veio acompanhada de iniciativas capazes de qualificar e reconfigurar o papel dessa categoria profissional (BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g). Embora seja possível levantar a hipótese de que a PNAB-2017 e a Portaria GM/MS nº 83/2018, ao ampliarem as atribuições do ACS para procedimentos como aferição de pressão, glicemia e realização de curativos, contribuam para uma tendência de “técnico de enfermagem de baixo custo”, uma análise consistente dessa hipótese exigiria um exame sistemático das ações empreendidas no período recente, incluindo o volume de recursos destinados à formação, os formatos de educação permanente priorizados e eventuais evidências sobre seus efeitos.

A redefinição de atribuições não ocorreu sem resistência. A proposta de aproximação do trabalho do ACS ao do técnico de enfermagem gerou reação forte do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS), que denunciaram desvio de função e risco de descaracterização profissional (DIAS et al., 2025). Em paralelo, experiências locais, como em Florianópolis, vêm retirando progressivamente os ACS dos territórios para confiná-los em tarefas administrativas nas unidades básicas (acolhimento, marcação de consultas, gestão de comunicação via WhatsApp), configurando movimentos concretos de distanciamento em relação ao papel original do ACS como liderança comunitária e mediador entre território e serviços, papel fundante desde o PACS.

Nesse contexto, a PNAB-2017, ainda em vigor ao longo da gestão Proença, ao enfatizar tarefas técnicas e mensuráveis, tem sido interpretada por parte da literatura como reforço ao modelo biomédico e vetor de interseção entre o trabalho do ACS e o do técnico de enfermagem, contribuindo para a mecanização das ações e o afastamento de práticas essenciais como a escuta qualificada, a identificação de demandas invisíveis aos serviços, a leitura dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a atuação comunitária transformadora. Coloca-se, assim, uma questão crítica que este texto apenas enuncia: até que ponto processos seletivos que priorizam escolaridade técnica e programas de formação em larga escala para ACS estão esvaziando a conexão histórica entre ACS e território, substituindo lideranças comunitárias por profissionais tecnicamente especializados, porém menos enraizados nas dinâmicas locais?

A expansão numérica de ACS no Governo Lula 3 representa, portanto, não apenas um crescimento quantitativo sem precedentes na série histórica recente, mas um verdadeiro teste político sobre o projeto em disputa para essa categoria: pesquisas futuras precisarão examinar

se as iniciativas de formação e educação permanente implementadas nesse período reforçam a metamorfose do ACS em “técnico de enfermagem de baixo custo” ou se são apropriadas como oportunidade de requalificar e fortalecer o ACS enquanto agente de transformação social e mediador territorial.

4.4.1.3 Cobertura de Saúde Bucal

Entre 2014 e 2022, a trajetória da saúde bucal na Atenção Primária à Saúde brasileira apresentou crescimento numérico moderado no quantitativo de equipes de Saúde Bucal (eSB) cofinanciadas, com expansão de 24.039 equipes em 2014 para 28.054 em 2022, representando aumento absoluto de 4.015 equipes (+16,7% no período). No entanto, esse crescimento não foi linear nem contínuo, evidenciando duas fases distintas. A primeira fase (2014-2020) caracterizou-se por expansão gradual e consistente, com as eSB cofinanciadas passando de 24.039 (2014) para 28.414 (2020), atingindo pico quantitativo em 2020 (+18,2% em relação a 2014). A cobertura populacional estimada das eSB (calculada a partir de todas as eSB credenciadas, indicada como “Cobertura eSB 1” na Tabela 14) também apresentou tendência ascendente neste período, evoluindo de 39,85% (2014) para 44,75% (2020) e 46,14% (2021), evidenciando ampliação do acesso populacional aos serviços odontológicos na APS (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Tabela 14 – Série histórica das equipes e cobertura de saúde bucal

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
eSB^a	24.039	24.467	24.383	25.890	26.712	27.596	28.414	27.039	28.054	30.978	32.630
Cobertura eSB 1^b	39,85%	40,27%	39,83%	41,21%	42,14%	42,81%	44,75%	46,14%	-	-	-
Cobertura eSB 2^c	-	-	-	-	-	-	-	38,12%	40,44%	44,68%	-
Cobertura eSB 3^d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45%

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir dos dados dos Relatórios do Ministério da Saúde 2018-2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Notas: a) Quantitativos de Equipes Saúde Bucal (eSB): Calculado apenas a partir das eSB cofinanciadas; b) Cobertura Equipes Saúde Bucal 1 (eSB): Calculado a partir de todas as eSB credenciadas, não só as cofinanciadas; c) Cobertura Equipes Saúde Bucal 2 (eSB): Considera a quantidade de pessoas cadastradas pelas equipes que atuam na Atenção Primária, vinculadas às eSF e eAP financiadas pelo Ministério da Saúde (seguindo o previne brasil); d) Cobertura Equipes Saúde Bucal 3 (eSB): Para o cálculo desse indicador, foram considerados, no numerador, o número de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, o número de

equipes de Saúde Bucal parametrizadas, o número de equipes de Saúde Bucal equivalentes e o parâmetro populacional por equipe, e no denominador, a estimativa populacional calculada pelo IBGE.

A segunda fase (2021-2022) foi marcada por certa retração e mudanças metodológicas relevantes no cálculo de cobertura, seguindo a mesma lógica das mudanças já apresentadas nas fórmulas de cobertura da APS/ESF. Em 2021, o número de eSB cofinanciadas sofreu queda expressiva para 27.039 equipes, representando perda de 1.375 equipes (-4,8%) em relação a 2020, interrompendo a trajetória de crescimento que perdurava desde 2014. Em 2022, observou-se recuperação parcial com 28.054 eSB cofinanciadas (+1.015 equipes em relação a 2021, +3,8%), porém sem retomar o patamar de 2020 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Em relação à cobertura, a partir de 2021, com a consolidação do Previner Brasil, passou-se a adotar a “Cobertura eSB 2” (Tabela 11), que considera apenas pessoas cadastradas pelas equipes que atuam na APS, vinculadas às eSF e eAP financiadas pelo Ministério da Saúde. Essa mudança produziu dois efeitos principais: primeiro, a redução artificial da cobertura estimada, pois, provavelmente, municípios com dificuldade de realizar cadastros completos (por analfabetismo digital, endereços incompletos, populações flutuantes etc) tiveram suas coberturas subestimadas; segundo, a exclusão de equipes não cofinanciadas federalmente, mas mantidas com recursos próprios municipais ou estaduais. Assim, em 2021, enquanto a “Cobertura eSB 1” (modelo antigo) registrava 46,14%, a nova “Cobertura eSB 2” apontava apenas 38,12%, evidenciando que a mudança metodológica gerou aparente retrocesso de 8 pontos percentuais, quando na realidade tratava-se de alteração do método de cálculo, não de redução real de acesso. Entre 2021 e 2022, a “Cobertura eSB 2” cresceu de 38,12% para 40,44%, refletindo esforços municipais de cadastramento e manutenção de equipes sob o novo modelo (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

A partir de 2023, com o início do Governo Lula 3, observou-se mais um inflexão relevante na trajetória da saúde bucal brasileira, caracterizada por expansão acelerada de equipes de Saúde Bucal cofinanciadas. Em 2023, o quantitativo saltou de 28.054 (2022) para 30.978 eSB, representando aumento absoluto de 2.924 equipes (+10,4% em apenas um ano). Esse crescimento anual superou todo o incremento acumulado do período 2014-2019 (5 anos), que foi de 3.557 equipes. Em 2024, nova expansão levou o total para 32.630 eSB (+1.652 equipes em relação a 2023, +5,3%), consolidando crescimento acumulado de 4.576 equipes em

apenas dois anos (+16,3% em relação a 2022) (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Seguindo a mesma metodologia de cálculo de cobertura de 2021, o MS registrou uma cobertura de 44,68% em 2023 (+4,24% em relação aos números de 2022). Finalmente, em 2024, introduziu-se a terceira e última mudança no cálculo da cobertura (“Cobertura eSB 3” na Tabela 11), abandonando a fórmula baseada em cadastramento do Previne Brasil. Essa nova metodologia também amplia o numerador para incluir não apenas equipes credenciadas, mas também equipes parametrizadas e equipes equivalentes, reconhecendo diferentes configurações de prestação de serviços odontológicos na APS além da modalidade tradicional de eSB vinculada à eSF. Essa nova metodologia registrou cobertura de 45% em 2024, levemente superior à cobertura 2023 (44,68%), embora esses dados não sejam comparáveis (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

4.4.1.4 NASF e eMulti

Os dados referentes às equipes do NASF/eMulti são mais escassos e inconstantes nos relatórios do MS, conforme apresentado na Tabela 15 abaixo. No relatório de 2018, por exemplo, é citado apenas a quantidade de equipes de NASF homologadas no país em 2018, representando 5.517 equipes, comparando esse valor ao quantitativo de 2014, que era de 3.132. No relatório de 2019, também é apresentada a mesma comparação com o ano de 2014, mas com o valor referente à 2019, que foi de 5.487 equipes (uma redução de 30 equipes em números absolutos). A partir de 2019, com o fim do financiamento federal para o NASF com a implementação do Previne Brasil, os relatórios de 2020, 2021 e 2022 não mencionam dados sobre essas equipes (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Tabela 15 – Série histórica NASF/eMulti

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
NASF / eMulti	3.132	-	-	-	5.517	5.487	-	-	-	3.813	3.448

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir dos dados dos Relatórios do Ministério da Saúde 2018-2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Em 2023, com a retomada do NASF na forma de eMulti, o relatório deste mesmo ano apresenta apenas a quantidade de eMulti que foram credenciadas: 3.813. No relatório de 2024, por sua vez, o governo apresenta novamente um dado diferente, referindo-se apenas à quantidade de eMulti cofinanciadas neste ano, que chegou a 3.448 equipes. Se compararmos esses dados aos encontrados na planilha de financiamento da competência de dezembro de 2024, disponível no e-Gestor APS, veremos que os números também são destoantes. Segundo essa fonte, o número de eMulti cofinanciadas é 4.260 (maior do que o apresentado no relatório) e o número de equipes credenciadas é de 5.200 (BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Mendonça et al. (2023), estudando o impacto das mudanças da PNAB de 2017, publicou a distribuição de equipes de NASF homologadas de 2017 a 2021, a partir de dados extraídos do CNES, com os seguintes resultados: 2017 (4.904 equipes); 2018 (5.665 equipes); 2019 (5.863 equipes); 2020 (5.652 equipes); 2021 (5.467 equipes). Embora os valores de 2018 e 2019 sejam próximos aos apresentados nos relatórios do MS, há uma pequena variação positiva no número de equipes entre 2018 e 2019 (em contraposição à pequena variação negativa nos documentos governistas). Contudo, desde 2019, o número de equipes homologadas cai nos dois anos seguintes com uma diminuição de 6,75% nos cadastros em 2021, se comparado ao ano de 2019.

Apesar dessas dificuldades nas comparações e divergências em relação aos números apresentados, uma análise inicial sugere que a tendência de diminuição das equipes de NASF/eMulti homologadas apresentada após a implementação do Previn Brasil em 2019 foi contra-arrestada; o retorno do financiamento federal a partir das eMultis parece ter aumentado o número total de equipes homologadas ao final da gestão do Proenço, embora essa quantidade ainda pareça inferior ao pico apresentado em 2019, tanto no relatório do MS, quanto no estudo de Mendonça et al (2023) (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

4.4.1.5 Serviços e equipes especiais da APS

A Tabela 16 apresenta a evolução de quatro modalidades de equipes destinadas a populações específicas e vulneráveis: Equipes de Consultório na Rua (eCR), Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP, anteriormente eABP), Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). Essas equipes, regulamentadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB 2011/2017), representam arranjos organizacionais diferenciados para garantir acesso a populações em situações de maior

vulnerabilidade social, geográfica e institucional (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Tabela 16 – Série histórica das equipes especiais

Ano	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
eCR ²	94	115	111	114	152	158	150	152	174	238	245
eABP ²	-	-	249	248	258	288	316	326	314	546	635
eAPP ²	-	-	-	-	-	164	181	204	199	251	310
UBSF ²	-	-	-	-	-	19	25	32	37	54	65

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir dos dados dos Relatórios do Ministério da Saúde 2018-2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

As eCR são equipes multiprofissionais itinerantes que prestam atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua. Entre 2014 e 2024, o quantitativo de eCR apresentou crescimento contínuo: de 94 equipes (2014) para 245 equipes (2024), representando expansão de 160,6% em uma década. O ritmo de crescimento foi particularmente acelerado após 2017, quando passou de 114 (2017) para 152 (2018), e manteve-se constante entre 2019-2021 (150-158 equipes). O período 2022-2024 registrou nova aceleração: de 174 (2022) para 238 (2023, +36,8%) e 245 (2024, +2,9%). A grande expansão vista em 2023 está diretamente relacionada à ampliação do escopo de atuação dos médicos vinculados ao Programa Mais Médicos, que a partir desse ano tiveram vagas exclusivas para atuar em eCR (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Por sua vez, as eAPP são equipes multiprofissionais que atuam no sistema prisional, substituindo as antigas Equipes de Atenção Básica Prisional (eABP) a partir de 2017. O crescimento foi gradual e consistente até 2021 (316 equipes), mas acelerou significativamente no período 2022-2024: saltou de 314 (2022) para 546 (2023, +73,9%) e 635 (2024, +16,3%). Assim como as eCR, essa grande expansão também se relaciona diretamente com abertura de vagas para assistência da população privada de liberdade na retomada do programa de provimento do governo federal (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Além disso, temos as eSFR, que atendem populações ribeirinhas da Amazônia Legal e Pantanal Sul-Mato-Grossense, desempenhando funções em UBS localizadas em comunidades cujo acesso é fluvial. Entre 2019 e 2024, o quantitativo de eSFR apresentou crescimento de 89%: de 164 equipes (2019) para 310 equipes (2024). O crescimento foi moderado até 2022 (199 equipes), mas acelerou significativamente em 2023 (251 equipes, +26,1%) e 2024 (310 equipes, +23,5%). Esse aumento recente reflete investimentos federais em infraestrutura

ribeirinha e reconhecimento das especificidades territoriais da Amazônia. Embora o Programa Mais Médicos não tenha criado vagas específicas para eSFR ou UBSF (como fez para eCR), em 2023, o Edital nº 4 do Mais Médicos destinou 1.000 vagas inéditas para a Amazônia Legal, priorizando regiões de difícil acesso e alta dependência do SUS. Dessa forma, esse processo beneficiou indiretamente eSFR e UBSF ao suprir déficit histórico de médicos nessas áreas (UNA-SUS, 2023) (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Por fim, as UBSF são estruturas diferenciadas: barcos equipados como UBS que atendem comunidades dispersas em áreas de difícil acesso fluvial. Entre 2019 e 2024, o quantitativo de UBSF mais que dobrou: de 19 unidades (2019) para 65 unidades (2024), representando crescimento de 242%. O crescimento foi gradual até 2022 (37 unidades), acelerando em 2023 (64 unidades, +73%) e mantendo-se em 2024 (65 unidades). Apesar do crescimento expressivo, o quantitativo absoluto permanece reduzido, refletindo os altos custos de aquisição e manutenção dessas estruturas (embarcações especializadas com consultórios, farmácia e equipamentos odontológicos) (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

A análise conjunta das quatro modalidades revela padrão comum: crescimento acelerado no período 2022-2024, coincidente com o início do Governo Lula 3 (2023-2026). Enquanto o período 2014-2021 registrou crescimento moderado e gradual, o biênio 2023-2024 concentrou expansão expressiva em todas as modalidades. Essa expansão reflete priorização de populações vulneráveis na agenda governamental, às mudanças no modelo de cofinanciamento federal da APS e implementação de vagas específicas do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Contudo, persistem desafios estruturais de cobertura e operacionalização das equipes especiais. Por exemplo, o Relatório do Ministério dos Direitos Humanos (BRASIL, 2024j) aponta que em 2022, apesar de 319 municípios terem porte populacional para a habilitação de eCR e 328 terem quantitativo mínimo de pessoas em situação de rua para essa habilitação, apenas 145 municípios dispunham de equipes em dezembro do referido ano. Desses, a metade (73) está no Sudeste. Na saúde prisional, Bartos et al. (2023) apontam que "em 2019, 40% dos estabelecimentos prisionais ainda não possuíam consultório médico ou sala de atendimento clínico multiprofissional", evidenciando que "ainda existe um longo caminho para que esta população acesse o SUS". Na assistência às populações das águas, Costa e Carvalho (2023) apontam que "mesmo quando implantadas, as USBFs e as eSFRs têm sofrido com a escassez e

a alta rotatividade de profissionais de saúde na região, em especial de médicos", comprometendo a continuidade assistencial.

4.4.1.6 Resultados orçamentários

A evolução dos principais agregados orçamentários do Ministério da Saúde no período 2018-2024 revela dinâmicas distintas entre o custeio global do sistema, a distribuição relativa entre APS e Média e Alta Complexidade (MAC) e o comportamento de ações orçamentárias selecionadas da APS. Para tornar essa leitura mais clara, a apresentação foi desdobrada em duas tabelas: a Tabela 17 reúne os agregados gerais de execução do bloco de manutenção e custeio, enquanto a Tabela 18 detalha ações orçamentárias selecionadas da APS. Em ambos os casos, os valores estão expressos em bilhões de reais, em termos reais, deflacionados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para preços de 2024 por meio da Calculadora do Cidadão (BANCO CENTRAL DO BRASIL, 2024), a partir dos dados disponíveis nos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Tabela 17 – Gasto federal executado no bloco de manutenção e custeio do Ministério da Saúde, com destaque para APS e MAC, Brasil, 2018-2024 (R\$ bilhões, valores reais deflacionados pelo IPCA, preços de 2024).

Ano	Bloco de manutenção e custeio do MS	Média e alta complexidade (MAC)	Atenção primária à saúde (APS)	Proporção APS/MAC (%)*
2018	108,47	70,96	29,70	29,5 / 70,5
2019	112,05	74,11	31,72	30,0 / 70,0
2020	145,21	68,20	31,19	31,4 / 68,6
2021	121,43	79,12	34,83	30,6 / 69,4
2022	110,02	67,54	36,42	35,0 / 65,0
2023	127,98	75,58	37,21	33,0 / 67,0

2024	150,20	86,00	44,30	34,0 / 66,0
------	--------	-------	-------	-------------

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir dos dados dos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde, 2018-2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Nota: Valores de execução orçamentária, e não de orçamento autorizado. A proporção APS/MAC foi calculada sobre o subtotal APS + MAC, e não sobre o total do bloco de manutenção e custeio.

Tabela 18 – Ações orçamentárias selecionadas da APS no Ministério da Saúde, Brasil, 2018-2024 (R\$ bilhões, valores reais deflacionados pelo IPCA, preços de 2024)

Ano	219A – Piso da APS	00UC – ACS	219A + 00UC	214U/21BG – Mais Médicos	21DX – AgSUS/PMpB	Provimento federal (214U/21BG + 21DX)	2E89 – Incremento temporário APS
2018	23,62	–	23,62	3,26	–	3,26	–
2019	24,29	–	24,29	3,48	–	3,48	–
2020	26,60	–	26,60	2,43	–	2,43	3,62
2021	26,38	–	26,38	3,19	–	3,19	7,84
2022	25,79	–	25,79	2,89	–	2,89	8,77
2023	19,63	9,30	28,93	2,34	1,08	3,42	7,86
2024	23,47	9,89	33,36	3,61	1,11	4,72	9,82

Fonte: Elaborado pelo próprio autor a partir dos dados dos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde, 2018-2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Notas: Tabela analítica com ações orçamentárias selecionadas da APS, não correspondendo a uma decomposição exaustiva do total da APS da Tabela 17. Até 2022, o custeio dos ACS estava embutido na ação 219A; a partir de 2023, passou a ser discriminado na ação 00UC. A ação 214U aparece em 2018-2019, a 21BG a partir de 2020, e a 21DX discrimina o gasto com AgSUS/PMpB a partir de 2023.

Tomando como referência a ação 219A, tradicionalmente associada ao Piso da APS, e, a partir de 2023, a soma de 219A com a 00UC, que passou a discriminar separadamente o custeio dos ACS antes embutido na própria 219A, os dados da Tabela 18 indicam crescimento real relevante das transferências federais regulares para o custeio da APS. Em valores deflacionados a preços de 2024, esse agregado cai levemente entre 2021 e 2022, de R\$ 26,38 bilhões para R\$ 25,79 bilhões, mas volta a crescer no início do governo Lula 3, alcançando R\$ 28,93 bilhões em 2023 e R\$ 33,36 bilhões em 2024. Esses resultados são muito próximos aos obtidos por Melo et al. (2025), que estimam para o mesmo agregado de transferências regulares

para APS R\$ 26,40 bilhões em 2022, R\$ 29,41 bilhões em 2023 e R\$ 34,68 bilhões em 2024, com crescimentos de 11,5% e 17,9% entre 2022–2023 e 2023–2024, respectivamente (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

A mesma Tabela 18 permite observar uma inflexão importante no financiamento federal dos programas de provimento médico na APS. Considerando conjuntamente a antiga ação 214U, em 2018-2019, sua sucessora 21BG a partir de 2020 e, desde 2023, a discriminação específica do AgSUS/PMpB na ação 21DX, o gasto real com provimento oscila ao longo do período, mas cresce de forma expressiva no governo Lula 3. Em valores deflacionados, o total dessas ações passa de R\$ 2,89 bilhões em 2022 para R\$ 3,42 bilhões em 2023 e R\$ 4,72 bilhões em 2024, o que implica variações reais da ordem de 18% e 38% nesses dois anos e aumento acumulado superior a 60% entre 2022 e 2024 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

À primeira vista, esse reforço orçamentário poderia ser lido como expansão substantiva da capacidade instalada de médicos na APS. No entanto, quando esses dados são cotejados com o painel do Programa Mais Médicos e com a evolução recente das equipes, observa-se que, entre dezembro de 2022 e dezembro de 2024, o número de vagas ativas cresce pouco mais de 13 mil, enquanto o número de equipes de Saúde da Família aumenta apenas cerca de 4.500 no mesmo intervalo. Essa discrepância dialoga com o debate desenvolvido na análise da gestão Nésio, na qual estudos do próprio DGAPS apontaram maior permanência e menor rotatividade dos médicos vinculados aos programas de provimento, especialmente em áreas de vulnerabilidade muito alta, quando comparados a um bloco amplo de vínculos convencionais.

À luz dos achados de Barros et al. (2026), porém, esse ganho relativo de permanência não elimina a assimetria estrutural entre tipos de vínculo, já que, numa visão de conjunto da APS, seguem sendo justamente os vínculos estatutários e celetistas aqueles associados aos maiores tempos médios de permanência e, portanto, à maior possibilidade de longitudinalidade do cuidado. Rearticulando esses resultados ao comportamento recente do gasto em provimento, torna-se possível formular uma hipótese mais qualificada: parte da expansão do PMMpB entre 2022 e 2024 parece expressar um uso intensivo do provimento federal como estratégia de recomposição da força de trabalho em contextos de forte restrição fiscal e alta rotatividade, em que municípios, sobretudo os mais vulneráveis, recorrem às bolsas federais para evitar inadimplência, contornar os limites da Lei de Responsabilidade Fiscal e aliviar a própria folha de pagamento. Nesses cenários, a federalização via bolsas pode simultaneamente significar melhora relativa de renda e de proteção social para profissionais antes submetidos a contratos

extremamente frágeis e, ao mesmo tempo, reproduzir um padrão estrutural de vínculos não estatutários e facilmente reversíveis, cujo ciclo curto de permanência continua subordinado às decisões e inflexões da política federal.

Em outras palavras, o desenho atual do provimento tem potencial para se sobrepôr, no curto prazo, à precariedade de parte dos vínculos municipais, mas não resolve, e possivelmente posterga, o enfrentamento de agendas estruturais como concursos públicos, planos de carreira e redução das desigualdades territoriais na qualidade dos vínculos de trabalho na APS. Ao mesmo tempo, esse desenho pode produzir, como ilustra a experiência recente de Recife-PE já discutida anteriormente no contexto da APS do Futuro, uma competição direta com vínculos estatutários e celetistas, que tendem a perder centralidade relativa na composição das equipes diante da expansão de bolsas federais.

Apesar desse avanço no financiamento da APS nos anos 2023–2024, uma análise da proporção entre os gastos em APS e em Média e Alta Complexidade (MAC) revela uma dinâmica estrutural pouco alterada. A Tabela 17 evidencia que, no período 2018–2022, a relação entre esses dois componentes manteve-se relativamente estável, oscilando entre 29% e 35% para a APS e 65% e 71% para a MAC. Em 2023, com o reforço de investimentos na APS no governo Lula 3, essa proporção passa para aproximadamente 33% (APS) e 67% (MAC), sugerindo um leve ganho de participação relativa da atenção primária. Porém, em 2024, mesmo com o crescimento mais robusto da APS em relação a 2023, a proporção volta a se aproximar do padrão anterior: R\$ 44,3 bilhões em APS contra R\$ 86 bilhões em MAC, totalizando, respectivamente, cerca de 34% e 66% (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

É importante explicitar, contudo, que essa proporção não foi calculada sobre o bloco total de manutenção e custeio do Ministério da Saúde, mas apenas sobre o subtotal formado por APS e MAC dentro desse bloco. Essa distinção é necessária porque o bloco de manutenção e custeio inclui outras despesas correntes assistenciais além desses dois agregados, de modo que a coluna percentual da Tabela 17 busca comparar especificamente o peso relativo dos dois principais níveis assistenciais, e não a composição integral do bloco. Assim, em 2024, por exemplo, os R\$ 44,3 bilhões da APS e os R\$ 86 bilhões da MAC correspondem a cerca de 34% e 66% desse subtotal APS + MAC, e não do conjunto integral do bloco de manutenção e custeio. Ainda assim, trata-se de um patamar que, embora represente aumento de cinco pontos percentuais em relação a 2018, mantém cerca de dois terços dos recursos concentrados na MAC (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Esse movimento, longe de indicar mera imobilidade, evidencia um ganho relativo concretamente relevante para a APS. Entre 2018 e 2024, a distância entre APS e MAC nesse subtotal cai de 42,0 para 32,0 pontos percentuais, sinalizando um esforço de recomposição gradual do peso da atenção primária. Ao mesmo tempo, a trajetória ainda não permite falar em virada estrutural do modelo de financiamento, pois cerca de dois terços desses recursos continuam concentrados na média e alta complexidade, o que sugere reaproximação parcial do paradigma da atenção primária, sem ruptura com a lógica hospitalocêntrica historicamente dominante no SUS.

Nesse sentido, uma avaliação mais robusta da capacidade do governo Lula 3 de reordenar o modelo tecnoassistencial exigiria ampliar a linha do tempo para além de 2018, recuperando séries históricas mais longas – por exemplo, a partir dos dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) – que permitam comparar o comportamento relativo de APS e MAC em diferentes ciclos políticos e contextos fiscais. A limitação dessa janela 2018–2024, condicionada pela disponibilidade dos Relatórios Integrados de Gestão do MS, impede dimensionar plenamente se o avanço recente da APS constitui uma inflexão duradoura ou apenas uma correção parcial das perdas acumuladas no período anterior (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

Além disso, é preciso qualificar essa relativa recomposição da relação APS/MAC, levando em consideração o peso crescente dos incrementos via emendas parlamentares e de outras dotações discricionárias incluídas na rubrica de custeio. No interior do próprio componente APS do bloco de manutenção, a ação 2E89¹¹ – que concentra o incremento temporário ao custeio da APS – já responde por uma parcela significativa de recursos. Em 2023, 2E89 alcança R\$ 7,86 bilhões frente a um total de R\$ 37,21 bilhões em APS, o que significa que cerca de 21% dos recursos da atenção primária no bloco decorrem de incrementos, e não

¹¹ A ação 2E89, que identifica explicitamente o “Incremento temporário ao custeio dos serviços de atenção básica em saúde para cumprimento de metas” na subfunção 301, foi criada apenas a partir do orçamento de 2019/2020, desdobrando a antiga ação 4525, registrada na subfunção 122 (Administração Geral). Assim, a ausência de 2E89 nos anos de 2018–2019 não significa inexistência de incremento ao custeio da APS, mas apenas mudança de classificação: conforme demonstram Rodrigo Pucci e Benevides (IPEA, 2019), os incrementos daquele período continuavam a constituir parcela significativa do financiamento da atenção primária, ainda que contabilizados em outra subfunção e sob outra rubrica orçamentária. Convém destacar, ademais, que o incremento temporário ao custeio da APS e da MAC não é financiado exclusivamente por emendas parlamentares, combinando recursos diretamente programados pelo Executivo com dotações apresentadas por parlamentares e bancadas estaduais; contudo, estudos recentes indicam que a maior parte de seus valores decorre de emendas, o que confere a esse componente um caráter híbrido entre política de custeio estruturante e moeda de negociação político-orçamentária (CAVALCANTI, 2025). Ainda de acordo com Cavalcanti (2025), entre 2019 e 2024, cerca de 83% do total pago em incrementos ao custeio de APS e MAC é classificado como emenda parlamentar, o que reforça o caráter central das emendas nesse componente de financiamento.

de transferências consideradas “regulares”. Em 2024, esse protagonismo se intensifica: 2E89 sobe para R\$ 9,82 bilhões, enquanto a APS total chega a R\$ 44,30 bilhões, elevando a participação do incremento para algo em torno de 22%. Em outras palavras, mesmo na APS, mais de um quinto do financiamento federal executado no bloco de manutenção passa a depender de dotações marcadas pela lógica das emendas, com forte componente discricionário e baixa previsibilidade para os entes subnacionais (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2022; BRASIL, 2023v; BRASIL, 2024f; BRASIL, 2025g).

É importante explicitar, nesse ponto, o que se entende por “custeio” na Tabela 17. O bloco de Manutenção e Custeio agrega tanto as despesas correntes destinadas à APS – piso 219A, custeio dos ACS, incremento temporário 2E89 e outras ações de atenção básica – quanto aquelas vinculadas à MAC, incluindo serviços ambulatoriais e hospitalares, procedimentos de maior densidade tecnológica e seus respectivos incrementos orçamentários. Trata-se, portanto, do conjunto de gastos correntes necessários ao funcionamento ordinário da rede assistencial do SUS, distinto dos investimentos em obras e equipamentos, mas abrangendo não apenas recursos provenientes de emendas parlamentares, e sim também dotações programáticas regulares do orçamento do Ministério da Saúde.

Essa constatação reforça que o cálculo ideal da proporção APS/MAC, para aferir a capacidade do governo federal de reordenar o modelo tecnoassistencial, deveria excluir tanto os incrementos da 2E89 quanto os incrementos análogos na MAC, isolando apenas o núcleo “estrutural” de custeio de cada nível. A literatura mostra que, justamente na APS, a parcela financiada por emendas parlamentares cresceu de forma contínua desde a inclusão do Incremento Temporário do PAB como objeto de emenda e de sua execução obrigatória, em 2015, o que reduziu o papel indutor das transferências federais regulares (MELO et al., 2025). As emendas passaram a operar como uma modalidade alocativa distinta, marcada por forte assimetria territorial, concentração em determinadas áreas de gasto e maior descontinuidade na série histórica, ao contrário dos repasses automáticos do piso e de componentes fixos (MELO et al., 2025).

Os estudos recentes sobre incremento ao custeio reforçam esse diagnóstico ao evidenciarem que a participação de emendas parlamentares no financiamento da APS já constituía, bem antes do governo Lula 3, uma parcela substancial e crescente dos recursos. Segundo levantamento do Ipea sobre o período 2014–2018, na APS o incremento via emendas passou a representar um sexto do total de recursos federais em 2018 e um quinto em 2019, demonstrando uma trajetória de ampliação contínua (IPEA, 2019). Nesse mesmo sentido, também em produção do IPEA, Fabíola Sulpino Vieira identificou que em 2023 os

parlamentares controlaram mais da metade das despesas discricionárias do MS, correspondendo a exatos 52,5% (VIEIRA, 2024). Dessa forma, em vez de um complemento marginal ao financiamento regular, o incremento via emendas converteu-se em canal central de expansão de gasto, submetido a lógicas de negociação política e clientelismo orçamentário (FLEURY et al., 2025).

Esse conjunto de achados permite um balanço substantivo das políticas de APS no governo Lula 3 a partir de seus próprios termos — cobertura, composição de equipes, financiamento, gestão do trabalho. A análise que se segue não pretende estender esse mesmo tratamento à atenção especializada, mas situar, a partir dos elementos já reunidos, uma tensão que os dados da APS isoladamente não capturam: o encontro entre a agenda governamental de integração entre atenção primária e atenção especializada e a agenda que o bloco neoliberal organizado vinha formulando para esse mesmo movimento — e a questão, ainda em aberto, de saber em que direção essa convergência aponta.

4.5 ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA

4.5.1 Subfinanciamento, hegemonia privada e o campo em disputa

A análise das gestões Nésio Fernandes e Felipe Proença à frente da SAPS permitiu identificar, em seus respectivos momentos, as contradições internas ao processo de recomposição da APS no governo Lula 3. Os dados reunidos, contudo, sugerem uma dimensão que não se esgota na análise da atenção primária em si: o movimento, ainda incipiente no período examinado, de aproximação entre a agenda governamental para a APS e uma pauta mais ampla de integração com a atenção especializada — e os sentidos possíveis dessa aproximação no quadro dos modelos tecnoassistenciais em disputa.

Nos termos de Merhy (1992), os modelos tecnoassistenciais não dizem respeito a dispositivos isolados, mas ao modo como os distintos níveis de atenção se articulam na organização concreta do cuidado. Nessa leitura, a ascensão da atenção especializada como prioridade político-programática a partir de 2025 pode reconfigurar o lugar que a atenção primária ocupa no conjunto do modelo em disputa — em um sistema onde a ESF representa a principal aposta do MRSB de reorientação do modelo assistencial), mas onde a APS segue sendo não hegemônica (SILVA JUNIOR, 2006; FEUERWERKER, 2005).

Para situar essa disputa, é preciso considerar o terreno em que ela ocorre. O conjunto de achados discutido até aqui se insere em um momento em que o governo Lula 3 logrou reverter o processo de desfinanciamento instaurado pela EC n. 95/2016 — que havia congelado o piso

federal em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) nos valores de 2017 —, com o retorno ao patamar de 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) da União após a aprovação do novo arcabouço fiscal em 2023 (VIEIRA, 2024). Esse avanço, contudo, não resolve o problema estrutural anterior: o subfinanciamento crônico do SUS, resultante da Desvinculação de Receitas da União (DRU), mecanismo que historicamente desviou recursos da seguridade social para fins fiscais; das renúncias fiscais que subsidiam o setor suplementar e do ressarcimento sistematicamente não pago pelos planos de saúde ao SUS pelos atendimentos realizados a seus beneficiários (MENDES; CARNUT, 2022). O Brasil destina aproximadamente 9,6% do PIB à saúde — proporção compatível com a média dos países da OCDE —, mas de forma radicalmente assimétrica: 44% de origem pública e 56% privada, dos quais a maior parte corresponde a gastos diretos das famílias. Nesse cenário, 76% da população depende exclusivamente do SUS, enquanto apenas 24% possui cobertura por plano de saúde (ICOS, 2022, p. 10 e 17).

Essa hegemonia do setor privado é especialmente pronunciada na atenção especializada. Bahia e Scheffer (2018), com base em dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), demonstram que a oferta de leitos cirúrgicos para especialidades estratégicas — como oftalmologia, gastroenterologia e otorrinolaringologia — é eminentemente direcionada ao atendimento de clientelas privadas, enquanto equipamentos de imagem de maior custo estão concentrados de forma desproporcional no setor suplementar. Para os autores, o gargalo do SUS não reside na "alta e média complexidade" em abstrato, mas nas "políticas de divisão público-privada de procedimentos, ações e valores de remuneração orientada por interesses particulares" (BAHIA; SCHEFFER, 2018, p. 163) — uma lógica que remonta à própria trajetória de implementação do sistema. Como argumenta Paim (2018, p. 1726), trata-se de uma "articulação público-privada predatória onde os interesses privados predominaram" nos trinta anos de SUS. Dessa forma, pode-se analisar essa relação não como complementaridade — como quer a leitura que naturaliza a configuração atual —, mas como subordinação funcional do público ao privado: o SUS depende do setor privado para executar parte de sua própria universalidade, ao mesmo tempo em que financia, por essa via, a reprodução ampliada desse mesmo setor.

4.5.2 A tensão entre os modelos

Com a queda do teto de gastos e a recomposição do financiamento da APS, o governo Lula 3 logrou reverter o desfinanciamento imposto pela EC-95 e avançou em relação às gestões

anteriores — sem, contudo, superar o subfinanciamento crônico estrutural que antecede essa ruptura.

É nesse quadro que, ao longo de 2023 e 2024, foi sendo construída também uma agenda de reorganização da atenção especializada. Ainda sob Nísia Trindade, o Ministério da Saúde já havia lançado o Programa Nacional de Redução de Filas (PNRF), estabelecido a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), formulado o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) e articulado uma agenda de integração entre regionalização, regulação, financiamento e organização das linhas de cuidado, sempre com referência formal ao papel coordenador da APS nas redes de atenção (BRASIL, 2023u; BRASIL, 2023o, BRASIL, 2024c; OBSERVATÓRIO DO SUS, 2025). Com a chegada de Alexandre Padilha ao Ministério da Saúde em 2025, em um momento de maior exposição política da pasta e de crescente pressão por entregas de visibilidade no contexto pré-eleitoral, essa agenda é relançada e condensada no programa Agora Tem Especialistas — apresentado como a principal aposta do Ministério para reduzir o tempo de espera na atenção especializada (BRASIL, 2025a; OUTRAS PALAVRAS, 2025).

O Agora Tem Especialistas foi apresentado pelo Ministério da Saúde como iniciativa voltada à redução do tempo de espera no SUS, no âmbito da Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES), orientada à ampliação do acesso a consultas, exames, cirurgias, tratamentos oncológicos e demais procedimentos especializados. Ao mesmo tempo, o próprio material oficial reconhece que sua formulação retoma a agenda de 2024 e se apoia na integração com a APS como porta de entrada e coordenadora do cuidado. Nesse ponto, reaparece uma tensão decisiva: a de saber se a integração entre APS e atenção especializada será conduzida no sentido de fortalecer a rede pública sob coordenação da atenção primária ou se funcionará, progressivamente, como mediação para novas formas de subordinação do público ao privado (BRASIL, 2025a; REDE APS, 2025; MIRANDA et al., 2025).

Essa questão não é abstrata. No debate do campo da Reforma Sanitária, o programa foi recebido com ressalvas importantes, sobretudo pelas críticas à ampliação da participação do setor privado na atenção especializada e pelas cobranças de maior controle estatal, pactuação federativa e participação do controle social em sua implementação (MIRANDA et al., 2025). Posteriormente, o próprio Conselho Nacional de Saúde (CNS) passou a monitorar o programa de forma sistemática, com preocupações relativas à regulação, ao financiamento, à relação com hospitais privados e filantrópicos, à integração com a APS e ao papel do controle social na sua implementação. Desse modo, ainda que o programa seja apresentado oficialmente em nome da integralidade e da redução de filas, ele também reabre, sob novas mediações, debates clássicos

da Reforma Sanitária sobre mercantilização, coordenação do cuidado e hegemonia do setor privado no SUS (CNS, 2025b; CNS, 2025a).

Esse debate encontra expressão também na configuração institucional que o governo construiu para viabilizar a execução dessas políticas — e é aqui que a transformação da ADAPS em AgSUS adquire relevância analítica. Se, por um lado, o novo arranjo agregou mediações adicionais de controle social e governamental, por outro preservou a forma jurídico-institucional anterior de serviço social autônomo, isto é, de pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos, vinculada à execução de políticas públicas por meio de relações contratuais com o poder público. Essa forma institucional conserva maior flexibilidade administrativa para contratar pessoal, realizar compras e operar sob regras de direito privado, ainda que voltada à implementação de finalidades públicas.

A ampliação do escopo de atuação da Agência torna essa contradição ainda mais relevante: tal institucionalidade deixa de incidir apenas sobre o provimento em frentes mais concentradas na APS e passa a projetar-se também sobre a atenção especializada, inclusive com possibilidade de participação na contratação e execução de serviços em articulação com o Ministério da Saúde. O problema não está em uma suposta ausência do Estado, mas na forma histórica de sua reconfiguração, por meio da migração de funções da égide do direito público para arranjos híbridos, contratualizados e permeáveis a uma racionalidade de custo-efetividade empresarial — o que se aproxima da formulação de Dardot e Laval (2016) sobre o Estado regulador.

Os achados desta pesquisa reforçam essa cautela: embora tenha havido uma recomposição importante do peso orçamentário da APS durante o governo Lula 3, com ganho relativo de participação frente à média e alta complexidade, esse movimento não foi suficiente para alterar o padrão estruturalmente assimétrico da relação APS/MAC, que segue marcada pela centralidade orçamentária da atenção especializada. No entanto, sem uma reorientação mais profunda da assimetria orçamentária APS/MAC, a nova estratégia centrada na atenção especializada pode, no médio e longo prazo, reproduzir gargalos, aprofundar a centralidade das regiões já adensadas e reafirmar a subordinação do SUS à oferta privada especializada (MIRANDA et al., 2025).

4.5.2.1 O Instituto Coalizão Saúde como chave de leitura

É nesse terreno que os achados desta pesquisa encontram ressonância em um ator que vinha formulando, independentemente da agenda governamental, uma proposta para

exatamente essa articulação: o Instituto Coalizão Saúde (ICOS). Fundado em 2014 a partir de um manifesto dos médicos Cláudio Lottenberg e Giovanni Cerri, e formalizado como Instituto em 2015 na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o ICOS realiza o que Moraes et al. (2019) identificam como um fenômeno novo: a superação das contradições internas ao empresariado da saúde em favor de uma agenda unificada. Associações historicamente concorrentes — ABRAMGE, FenaSaúde, FBH/Sindhosp e a Unimed — que já disputavam o campo setorial desde o período analisado por Campos (1991) nas vésperas da Reforma Sanitária, convergem no ICOS para formular propostas que transcendem seus interesses corporativos imediatos e disputam o poder de definir os rumos do sistema de saúde como um todo.

Nascimento (2020) analisa o ICOS como um *think tank* em saúde, cuja estratégia central consiste na elaboração de documentos, realização de eventos e construção sistemática de interlocução com os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Seus dirigentes transitam entre hospitais privados de excelência, universidades públicas e consultorias internacionais, configurando uma operação de transformação de interesses particulares do empresariado em proposições de alcance universal, enunciadas em nome do "fortalecimento do SUS" e do "interesse da população" (MORAIS et al., 2019). O objetivo declarado do Instituto — "congregar e articular os principais integrantes da cadeia produtiva privada da saúde, com o intuito de promover, de forma propositiva e pluralista, a discussão e a busca de soluções inovadoras para o setor" (ICOS, 2015, Artigo 3) — e o objetivo estratégico implícito identificado por Mathias (2018, apud MORAIS et al., 2019) — construir "um SUS totalmente integrado ao setor privado e coordenado por este" — não são contraditórios; são complementares.

A aparente incongruência de um ator empresarial que advoga pelo aumento do gasto público em saúde se dissolve quando se abandona a equação que identifica neoliberalismo com supressão do Estado. O documento de 2022 ilustra essa lógica: ao mesmo tempo em que reivindica aumento do investimento público em saúde "entre 5% e 6% ao ano", propõe como medida central a "ampla e irrestrita desoneração do setor de Saúde" (ICOS, 2022, p. 19), cujo beneficiário direto é a própria burguesia. O aumento do gasto público e a desoneração do setor privado aparecem, assim, como duas faces de uma mesma estratégia de expansão da participação privada no sistema. Dardot e Laval (2016) oferecem o enquadramento teórico para compreender essa operação: a racionalidade neoliberal contemporânea não opera pela eliminação do Estado, mas por sua reconfiguração segundo a lógica da concorrência e da eficiência — o que os ordoliberais alemães, referência importante da análise desses autores,

explicavam como intervenções que conformam o mercado sem substituí-lo. Nessa perspectiva, demandar mais gasto público não contradiz o projeto neoliberal: o que importa é que esse gasto flua por mecanismos compatíveis com a racionalidade empresarial — contratos de resultados, organizações sociais, parcerias público-privadas, modelos de pagamento orientados por desempenho — e que o setor privado passe a orientar e colonizar aquelas áreas em que o Estado ainda opera como provedor direto, precisamente porque nelas o capital não consegue ser suficientemente lucrativo sem o subsídio público (NASCIMENTO, 2020; DARDOT; LAVAL, 2016).

Essa operação não é nova, mas assume formas mais sofisticadas do que as registradas por Campos (1991). O debate sobre o papel do setor privado no sistema de saúde já estruturava o campo do movimento sanitário antes mesmo da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). O Relatório Final dessa conferência registra, em sua Introdução, que "a questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público" (BRASIL, 1986, p. 2). O próprio Relatório, no Tema 2, estabelece em passagem de notável radicalidade:

“O principal objetivo a ser alcançado é o Sistema Único de Saúde, com expansão e fortalecimento do setor estatal em níveis federal, estadual e municipal, tendo como meta uma progressiva estatização do setor. Os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos. O setor privado será subordinado ao papel diretivo da ação estatal nesse setor, garantindo o controle dos usuários através dos seus segmentos organizados. Com o objetivo de garantir a prestação de serviços à população, deverá ser considerada a possibilidade de expropriação dos estabelecimentos privados nos casos de inobservância das normas estabelecidas pelo setor público” (BRASIL, 1986, p. 12).

Essa formulação — aprovada em 1986, a mais avançada que a correlação de forças da transição democrática permitiu, depois de recusada a estatização imediata — expressa o horizonte de um projeto que não se esgotou naquele momento, mas tampouco se realizou. O ICOS, ao invocar décadas depois a "complementaridade" do setor privado no SUS como dado natural e consensual, apaga as contradições constitutivas desse debate e expande o conteúdo possível dessa "complementaridade" muito além do que o movimento sanitário havia posto em

disputa em 1986. O próprio documento de 2022 sintomatiza essa operação ao afirmar que "não há uma demarcação clara dos limites de atuação dos setores público e privado, o que muitas vezes resulta na sobreposição de esforços, configurando um sistema de Saúde duplicado" (ICOS, 2022, p. 9) — e ao propor como solução não o fortalecimento do controle público, mas a criação de uma "figura gestora" regional capaz de promover "maior integração entre os setores público e privado, com e sem fins lucrativos, no planejamento, na oferta e no custeio de ações e serviços de Saúde na região" (ICOS, 2022, p. 26).

A novidade do ICOS em relação às formas anteriores de organização empresarial identificadas por Campos (1991) está menos na natureza dos interesses representados do que na sofisticação da linguagem e da estratégia: onde antes havia demanda por um mercado paralelo ao SUS, o ICOS propõe participar da gestão do próprio SUS. Como sintetizam Moraes et al. (2019), o projeto do ICOS teria o potencial de, "em nome do público e do universal, inviabilizar o SUS universal e público" — operação que se manifesta também em agendas que seus documentos não enunciam diretamente, como o lobby em favor dos planos populares de saúde no período Temer (MORAIS et al., 2019).

No plano do conteúdo, a formulação do ICOS atualiza, em nova linguagem, um núcleo reconhecível. Preserva-se uma APS forte como porta de entrada e coordenadora do cuidado — o documento de 2022 afirma ser "incontornável consolidar a Atenção Primária à Saúde como modelo de atenção e porta de entrada do sistema" (ICOS, 2022, p. 21) —, ao mesmo tempo em que se valoriza uma rede especializada crescentemente articulada a prestadores privados, à racionalização gerencial e à contratualização orientada por desempenho. Nesse sentido, Campos (1991) já identificava, nas formulações desse bloco no período pré-constitucional, a lógica de incumbir o Estado de organizar a APS e os centros médicos hiper-especializados — segmentos pouco atrativos ao capital, seja por trabalharem com populações vulneráveis de baixo retorno imediato, seja por exigirem investimentos de alto custo e risco —, enquanto a atenção especializada de média densidade tecnológica ficava reservada à iniciativa privada. A novidade, nessa perspectiva, estava no reconhecimento da legitimidade de determinadas demandas sociais e na atribuição ao Estado de um papel residual de provedor direto — não como afirmação do público, mas como condição de viabilidade do mercado. O ICOS 2022 retoma esse arranjo, mas com um passo a mais: em vez de simplesmente delimitar esferas, propõe que a APS pública, por meio "bem-sucedida Estratégia Saúde da Família", funcione como "interface de atuação integrada entre a Saúde Suplementar e o SUS" (ICOS, 2022, p. 22).

Assim, a APS pública, nessa lógica, organiza e racionaliza o fluxo que alimenta a rede especializada privada. Ao mesmo tempo, é preciso considerar que a preservação de uma APS

‘pública’ no interior de formulações neoliberais não constitui propriamente uma novidade, nem significa, por si só, ausência de formas privatizadas de gestão, organização do trabalho e provisão do cuidado. Em outras palavras, o fato de a atenção primária permanecer financiada, regulada ou formalmente abrigada no setor estatal não impede que ela seja progressivamente subordinada a racionalidades gerenciais e a circuitos assistenciais orientados por interesses privados.

Por isso, a questão que se recoloca no governo Lula 3, a partir dessa reconfiguração da agenda neoliberal apresentada, não é apenas a de ampliar o acesso à atenção especializada, mas a de saber se esse movimento fortalecerá a coordenação pública da rede pelo SUS ou aprofundará a subordinação da APS a circuitos especializados cada vez mais mediados por atores privados — problema que também aparece, sob outra leitura, nas advertências recentes do Cebes sobre regionalização, coordenação do cuidado e redução da dependência tecnoassistencial do setor privado (MIRANDA et al., 2025). Em termos de hipótese, permanece em aberto se a integração entre APS pública e atenção especializada fortemente mediada por prestadores privados reforçará tendências já reconhecidas da agenda neoliberal na saúde brasileira — possibilidade interpretativa que esta pesquisa não pretende encerrar, mas apenas assinalar como linha de investigação necessária para estudos posteriores.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise desenvolvida nesta dissertação se defrontou, desde o início, com uma dificuldade teórica central: a de mobilizar a categoria de neoliberalismo sem convertê-la em um rótulo excessivamente abrangente. Se, por um lado, esse conceito permanece indispensável para apreender transformações contemporâneas do Estado e das políticas sociais, por outro, seu uso exige cautela, sob pena de homogeneizar processos distintos e reduzir sua força explicativa. Uma das limitações desta pesquisa reside justamente no fato de que esse esforço de discriminação conceitual nem sempre pôde ser desenvolvido com o mesmo grau de precisão ao longo de toda a análise. Ainda assim, esse risco não autoriza o abandono da categoria, mas antes reforça a necessidade de maior rigor em seu emprego, sobretudo quando se busca compreender políticas sociais formuladas sob governos progressistas, mas inscritas em uma ordem histórica mais ampla, marcada pela generalização da concorrência como norma e da empresa como modelo de governo, gestão e subjetivação. Foi nessa chave que esta pesquisa procurou mobilizar o neoliberalismo não apenas como ideologia ou agenda econômica, mas como racionalidade política historicamente difundida, articulada a projetos de classe e inscrita em uma totalidade social contraditória, ainda que reconheça os limites encontrados para discriminar com igual precisão, em todos os momentos da análise, os diferentes níveis, mediações e temporalidades de sua operação na política de Atenção Primária à Saúde do nos dois primeiro anos do Governo Lula 3.

Esse ponto de partida impôs também uma cautela metodológica e política relevante: a de não tomar a realidade empírica como simples ilustração de uma tese previamente estabelecida. Nessa perspectiva, a APS não foi tratada como bloco homogêneo, mas como arena de disputa entre modelos tecnoassistenciais, interesses sociais e projetos de saúde concorrentes. Isso permitiu escapar tanto de uma celebração acrítica de avanços parciais quanto de uma crítica indiferenciada que coloca no mesmo plano experiências reformistas limitadas e projetos abertamente privatizantes.

Os resultados da pesquisa indicam que o governo Lula 3 recolocou a APS em posição politicamente relevante na agenda federal, em contraste com o ciclo anterior, embora essa retomada não tenha se traduzido, no período analisado, em iniciativas com o mesmo grau de inovação programática ou centralidade política observado em outras gestões petistas no plano federal. Houve recomposição da centralidade político-programática da Estratégia Saúde da Família (ESF), retomada mais ativa da coordenação federal, recuperação dos incentivos à multiprofissionalidade na APS e esforços de reconstrução de capacidades estatais erodidas entre

2016 e 2022. Também se identificou descontinuidade relevante em relação ao desmonte anterior no tocante à crítica ao desenho mais regressivo do Previn Brasil, à expansão do Programa Mais Médicos e à inflexão posterior, na gestão Felipe Proença, em direção a um novo arranjo de cofinanciamento menos hostil à ESF do que aquele herdado do governo Bolsonaro.

Essas mudanças, entretanto, não autorizaram a caracterização do período como tentativa de implantação plena do horizonte consensuado pela Reforma Sanitária. Esse horizonte, é importante sublinhar, não era a expressão de um projeto homogêneo: como o próprio trecho, anteriormente citado, do Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde registra, a questão que mais mobilizou os participantes foi exatamente a da natureza do sistema — "se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva" —, tendo a proposta de estatização imediata sido recusada em favor de um consenso mais restrito, assentado na progressividade da publicização e na garantia de saúde como direito (BRASIL, 1986). Mais do que isso, tais mudanças sugerem um processo de recomposição parcial, atravessado por limites históricos e institucionais que seguem restringindo a consolidação desse horizonte — o SUS constitucional em sua radicalidade universal, integral e pública.

A evidência reunida nesta dissertação aponta que a revalorização política da APS no período analisado coexistiu com a preservação de mecanismos centrais por meio dos quais a racionalidade neoliberal continua operando nesse nível de atenção. Permaneceram, em graus distintos e sob formas reconfiguradas, o pagamento por desempenho, a insuficiência do financiamento per capita, a persistência de vínculos laborais frágeis e a presença de arranjos institucionais híbridos, nos quais a ação estatal se realiza por dispositivos flexíveis, contratualizados e permeáveis à lógica empresarial. Desse modo, a principal conclusão desta dissertação não é a de uma ruptura total com a inflexão neoliberal que marcou a APS entre 2016 e 2022, mas a de uma retomada ambígua, na qual descontinuidades relevantes convivem com a atualização de mediações gerencialistas, focalizadoras e flexibilizadoras.

É nesse terreno que se pode situar um achado central do trabalho. Termos como "ruptura" e "continuidade", tomadas em sentido absoluto, não parecem suficientes para nomear o movimento observado, pois ambos tendem a empobrecer a concretude contraditória do processo. O material empírico sugere, com mais precisão, a noção de "recomposição contraditória". Essa formulação permite apreender, ao mesmo tempo, a existência de avanços reais e a permanência de limites estruturais, sem reduzir o período nem à mera atualização do projeto neoliberal na APS, nem a uma refundação da política federal de atenção primária a partir do projeto da Reforma Sanitária Brasileira inscrito no relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No interior dessa recomposição contraditória, o eixo do provimento e da gestão do trabalho talvez ofereça uma das expressões mais nítidas das ambivalências observadas ao longo do período. A retomada do Mais Médicos recompôs a capacidade federal de intervir na distribuição territorial de profissionais, reabriu a possibilidade de resposta mais rápida a vazios assistenciais e recolocou a Medicina de Família e Comunidade como área estratégica da APS, agora com especialização obrigatória para os participantes sem título, possibilidade de mestrado profissional e incentivos adicionais articulados à residência e ao FIES. Nesse sentido, houve descontinuidade substantiva em relação ao esvaziamento do provimento federal no governo anterior, que agravava a desassistência em áreas vulneráveis e deixara inclusive milhares de vagas sem preenchimento nos territórios de maior necessidade.

Ainda assim, essa recomposição não significou ruptura com a precarização do trabalho médico. A expansão do programa ocorreu majoritariamente por bolsas sem vínculo empregatício formal, com incentivos individualizados de permanência, de modo que a política fortaleceu a presença federal no território sem deslocar estruturalmente o eixo da gestão do trabalho para carreiras públicas estáveis no SUS. Mesmo quando houve tentativa de correção de rota, por meio da integração entre o Mais Médicos e o Médicos pelo Brasil anunciada em 2024, a incorporação do vínculo celetista apareceu apenas de forma parcial e seletiva, concentrada sobretudo nos antigos bolsistas da AgSUS e em trajetórias condicionadas à aprovação em provas e à obtenção de titulação, permanecendo muito distante de uma carreira estatutária ampla para profissionais da APS, como defendia a Rede APS.

Também na dimensão territorial a expansão se mostrou ambivalente. A hipótese inicial de que a coparticipação teria descaracterizado por completo o foco redistributivo do programa não se sustenta integralmente diante das evidências, já que houve aumento absoluto de profissionais em todos os estratos de vulnerabilidade e a maior parte deles continuou concentrada em municípios de vulnerabilidade média a alta. Ainda assim, a distribuição tornou-se menos equitativa: somados, os municípios de baixa e muito baixa vulnerabilidade passaram de 32,88% dos profissionais ativos em 2023 para 37,17% em 2024 e 38,20% em 2025, enquanto os de alta e muito alta vulnerabilidade recuaram proporcionalmente de 38,34% para 33,78% e 32,42%. Ainda assim, essa interpretação exige uma ressalva importante, porque o lugar analítico dos municípios de média vulnerabilidade permanece em aberto: se, por um lado, eles não correspondem ao foco mais evidente de uma política redistributiva de provimento federal, por outro tampouco podem ser automaticamente equiparados a contextos de baixa vulnerabilidade e elevada capacidade local de provisão. Dessa forma, a coparticipação parece ter operado mais como sobreposição incremental a um desenho ainda redistributivo do que

como substituição brusca de prioridades, ampliando o alcance do programa, mas com perda relativa de equidade territorial.

Esse deslocamento também pode ser lido à luz das margens fiscais estreitas que estruturam a gestão municipal no Brasil, em parte moldadas pela racionalidade neoliberal de contenção do gasto público e pela centralidade assumida pela Lei de Responsabilidade Fiscal na disciplina das despesas com pessoal. Nessa chave, é plausível supor que, em municípios de alta vulnerabilidade e baixa capacidade arrecadatória, a bolsa federal tenha funcionado como alternativa pragmática para aliviar pressões sobre a folha, contornar limites fiscais e garantir algum nível de provimento médico onde concursos e vínculos mais estáveis se mostravam de difícil sustentação.

Ainda assim, as evidências mobilizadas aqui são insuficientes para afirmar de forma categórica quais vínculos foram efetivamente substituídos em cada contexto. No plano das hipóteses, o programa pode ter concorrido, em alguns territórios mais vulneráveis, com contratos temporários muito frágeis — inclusive reduzindo situações de alta rotatividade, salários pouco atrativos e equipes incompletas ou apenas formalmente cadastradas —, ao mesmo tempo em que, em municípios maiores e com maior capacidade estatal, também pode ter passado a competir com vínculos celetistas ou estatutários mais estáveis, sem que isso possa ser generalizado a partir do material empírico disponível.

Essa cautela é importante porque o problema da substituição de vínculos por bolsas não é novo e já havia sido objeto de questionamentos em momentos anteriores do programa, inclusive por órgãos de controle, o que recomenda evitar inferências fortes a partir de evidências pontuais. Assim, mais do que sustentar que a coparticipação produziu necessariamente substituição de vínculos formais, talvez seja mais adequado afirmar que ela ampliou essa possibilidade e reabriu uma zona de tensão entre provimento emergencial, contenção fiscal municipal e construção de carreiras duradouras na APS.

Também vale situar essa dinâmica no plano orçamentário. Considerando conjuntamente as ações federais de provimento médico e, a partir de 2023, a discriminação específica da AgSUS/PMpB, o gasto real com esses programas passou de R\$ 2,89 bilhões em 2022 para cerca de R\$ 3,42 bilhões em 2023 e R\$ 4,72 bilhões em 2024, configurando aumento acumulado superior a 60% no biênio. À primeira vista, esse reforço poderia sugerir uma expansão substantiva da capacidade instalada da APS; no entanto, seus efeitos sobre a cobertura e sobre a estruturação das equipes pareceram mais limitados do que o crescimento do dispêndio poderia indicar. Entre dezembro de 2022 e dezembro de 2024, o número de vagas ativas do programa cresceu pouco mais de 13 mil, enquanto o número de equipes de Saúde da Família aumentou

cerca de 4.500 no mesmo intervalo, o que sugere que parte importante do esforço orçamentário pode ter operado mais como recomposição, redistribuição e estabilização parcial da força de trabalho do que como indução linear de nova cobertura territorializada. Assim, mais do que evidenciar baixa relevância do investimento, esse descompasso parece reforçar a hipótese de que o aumento do gasto federal em provimento respondeu também à rotatividade, à precariedade prévia dos vínculos municipais e às dificuldades locais de sustentação de equipes completas, produzindo ganhos reais de presença médica, mas impactos mais modestos sobre a expansão estrutural da ESF.

Quando se observa o primeiro momento da SAPS no governo Lula 3, essas contradições reaparecem de forma particularmente visível nas iniciativas agrupadas sob o signo da APS do Futuro.

No tocante à ampliação do cuidado, a retomada das equipes multiprofissionais constituiu outro movimento relevante desse primeiro momento da SAPS, ao recolocar em cena uma concepção ampliada e integral do cuidado, em tensão com a racionalidade neoliberal, marcada pela simplificação, pela fragmentação e pela redução médico-curativa do cuidado em saúde. A reconstrução das eMulti representou, nesse sentido, uma descontinuidade importante em relação ao desmonte anterior, ao reinscrever a multiprofissionalidade na agenda federal e ao reconhecer a insuficiência do cuidado centrado na equipe mínima.

Essa inflexão produziu efeitos concretos sobre a oferta dessas equipes. Segundo dados do e-Gestor APS para dezembro de 2024, o país contava com 5.200 eMulti credenciadas, das quais 4.260 recebiam cofinanciamento federal, indicando recuperação importante após a retirada do financiamento dos NASF no período anterior. Ainda assim, a recomposição permaneceu aquém do patamar anterior à desestruturação, uma vez que o número de NASF homologados chegou a 5.863 equipes em 2019.

Embora a retomada do cofinanciamento federal tenha recriado condições institucionais para a multiprofissionalidade na APS, o desenho das eMulti não resolve, por si só, a tensão entre apoio matricial e uso fragmentado desses profissionais. Ao não hierarquizar o matriciamento frente aos atendimentos individuais, ampliar o número de equipes vinculadas e incorporar pagamento por desempenho, o novo arranjo institucional parece favorecer, na prática, formas de atuação menos matriciais e mais ambulatorizadas. Nas condições concretas de implementação municipal, permaneceu aberta, assim, a possibilidade de rebaixamento do matriciamento, sobrecarga profissional e reprodução de uma lógica orientada por produtividade e respostas rápidas.

A análise das experiências associadas à APS do Futuro reforçou esse diagnóstico. Sob a gestão de Nésio Fernandes, observou-se forte mobilização discursiva em torno da expansão da ESF, da reterritorialização e da ampliação do acesso. Entretanto, os dados e indícios reunidos sugerem que, durante esse período, a expansão da APS conviveu com crescimento relativo expressivo das eAPs, inflação potencial da cobertura por mecanismos cadastrais e uso intensivo de médicos bolsistas como principal instrumento de recomposição da oferta. Em vez de uma retomada inequívoca da ESF como forma hegemônica de organização da atenção, o que se viu foi uma expansão ambígua, tensionada pelos incentivos herdados do modelo de financiamento anterior e por margens fiscais e institucionais ainda estreitas, mesmo após a substituição formal do teto de gastos por um regime fiscal mais flexível.

Foi apenas em momento posterior, já sob a gestão Felipe Proença, que parte dessas tensões passou a ser enfrentada mais diretamente por meio da revisão do financiamento federal da APS.

No campo do financiamento, por exemplo, a pesquisa sustenta que houve ruptura parcial com o desenho mais regressivo do Previn Brasil. A substituição da captação ponderada pelo novo arranjo distributivo representou uma correção importante, ao combinar porte populacional e Índice de Vulnerabilidade Social no Indicador de Equidade e Dimensionamento, deslocando parcialmente a lógica anterior e buscando conferir maior equidade à distribuição dos recursos federais. Ao mesmo tempo, o novo modelo reduziu a centralidade mais estreita do cadastro individualizado, passou a valorizar relativamente mais a completude dos cadastros domiciliares e territoriais e procurou induzir vínculo e acompanhamento mais contínuos da população adscrita, e não apenas o registro em si. Ainda assim, essa inflexão permaneceu limitada: o cadastro seguiu como mediação relevante para o repasse federal, os componentes variáveis mantiveram peso elevado, e a indução ao acompanhamento foi inicialmente traduzida por indicadores predominantemente quantitativos e produtivistas, como número de consultas, visitas e contatos em determinado intervalo de tempo. Em consequência, preservou-se uma racionalidade gerencial que organiza a alocação dos recursos por métricas, monitoramento e disciplinamento da gestão local, ainda que agora em bases menos regressivas e formalmente mais equitativas do que as do modelo anterior. Como a discussão sobre o PMAQ já havia sugerido, esse tipo de indução tende a produzir efeitos ambíguos: reforça produtivismo, intensifica registro e mensuração como fins em si mesmos e pode deslocar o foco do cuidado para o cumprimento de metas.

Em termos mais gerais, esse deslocamento também começou a aparecer na dinâmica das equipes. O novo modelo reforçou a priorização financeira das eSF e desestimulou a

expansão das eAP, produzindo sinais iniciais de conversão de equipes parciais em equipes de Saúde da Família e de contenção do avanço das eAP. No entanto, essa inflexão permaneceu bastante limitada: embora a reversão de eAP para eSF tenha se tornado ligeiramente mais presente após a mudança do financiamento, ela ficou muito aquém do necessário para compensar a forte expansão das equipes parciais ocorrida no período anterior. Em outras palavras, tratou-se mais de uma correção parcial de rota e de desaceleração do padrão precedente do que de uma reversão estrutural do legado produzido sob o Previn Brasil e aprofundado ao longo da gestão Nésio Fernandes.

No plano orçamentário, a mudança tampouco ficou restrita ao desenho normativo do cofinanciamento. Considerando as transferências regulares fundo a fundo para o custeio da APS — isto é, o Piso da Atenção Primária somado, a partir de 2023, ao custeio dos ACS, que antes aparecia embutido na mesma rubrica — a pesquisa identificou crescimento real dos recursos federais, que passaram, em valores deflacionados a preços de 2024, de R\$ 25,79 bilhões em 2022 para R\$ 28,93 bilhões em 2023 e R\$ 33,36 bilhões em 2024. Isso permite sustentar que a correção operada em 2024 não foi apenas formal, mas acompanhada de recomposição efetiva do custeio federal da atenção primária. Ainda assim, essa recomposição precisa ser qualificada, porque uma parcela expressiva dos recursos executados no bloco de manutenção da APS continuou dependendo do incremento temporário ao custeio, fortemente atravessado pela lógica das emendas parlamentares: a ação 2E89 respondeu por cerca de 21% dos recursos da APS nesse bloco em 2023 e por aproximadamente 22% em 2024.

Em outras palavras, houve ampliação real do gasto, configurando um resultado politicamente relevante do governo Lula 3 em favor da APS, sobretudo quando situado em um contexto estrutural adverso, marcado pela maior fragmentação do fundo público, pelo fortalecimento do poder parlamentar sobre parcelas crescentes do orçamento e pela redução da capacidade do Executivo de ordenar de forma centralizada a alocação dos recursos. Ainda assim, esse avanço não superou a dependência de dotações discricionárias e menos previsíveis para os entes subnacionais, o que impõe limites à estabilidade e à capacidade indutora do financiamento federal da atenção primária.

Houve também ajuste importante na forma de mensurar a cobertura, o que torna mais difícil um balanço linear do período. Em 2024, o Ministério da Saúde abandonou o cálculo assentado em cadastros irrestritos e retomou parâmetros populacionais máximos por tipo de equipe, compatíveis com o novo modelo de financiamento, de modo que a cobertura oficial da APS passou de 79,6% em 2023 para 72% em 2024, mas esses números não são diretamente comparáveis entre si. Justamente por isso, o principal achado não é o de uma grande expansão

da cobertura, e sim o de que a metodologia anterior inflava o alcance atribuído às equipes e dificultava apreender com precisão o avanço efetivo do acesso. À luz desse ajuste metodológico e da própria dinâmica das equipes, o estudo sugere que a expansão ocorrida foi bem mais modesta do que indicavam os números inflados do período anterior, ficando distante tanto das metas ambiciosas anunciadas por Nésio Fernandes — como a cobertura de 90% até 2027 — quanto do impacto mais acelerado que a primeira fase do Programa Mais Médicos produziu sobre a expansão das eSF em 2013-2014.

Esse conjunto de evidências permite compreender porque o governo Lula 3 não deve ser equiparado, sem mediações, ao projeto privatista e neoliberal consolidado após 2016. A pesquisa identificou descontinuidades reais, com recomposição da coordenação federal, recuperação de prioridades historicamente associadas ao horizonte da Reforma Sanitária e retomada de frentes concretas de ampliação do cuidado na APS. Ainda assim, tais deslocamentos foram absorvidos por mediações institucionais, financeiras e laborais que preservam, sob forma renovada, mecanismos centrais da racionalidade neoliberal. Por isso, a APS do período analisado não se configura nem como restauração plena do projeto reformista originário, nem como mera continuidade do ciclo anterior, mas como expressão singular de uma recomposição contraditória, politicamente relevante, porém estruturalmente limitada, em uma correlação de forças ainda desfavorável à consolidação do SUS constitucional em sua radicalidade universal, integral e pública.

Essa conclusão também reforça uma implicação teórica mais ampla para a crítica do neoliberalismo na saúde. Se o neoliberalismo é compreendido como forma histórica do capitalismo que articula, de modo contraditório, projeto de classe e racionalidade governamental — sem que isso implique atribuir-lhe coerência monolítica ou peso causal unívoco —, sua crítica não pode se limitar nem à denúncia genérica de qualquer presença de mercado, nem à identificação apressada de dispositivos gerenciais isolados. É preciso discriminar mediações, distinguir temporalidades e reconhecer descontinuidades efetivas, sem perder de vista a capacidade que o neoliberalismo realmente existente tem de se metamorfosear, incorporar resistências parciais e reproduzir-se no interior mesmo das tentativas de correção de seus efeitos mais destrutivos. A principal virtude analítica da categoria, portanto, não está em permitir chamar tudo de neoliberal, mas em compreender como essa racionalidade segue operando de forma reconfigurada mesmo em contextos de recomposição estatal e de resistência parcial à neoliberalização da saúde.

Por isso, a tradição crítica da Saúde Coletiva utilizada nesta dissertação mostrou-se especialmente fecunda. Em Merhy, a categoria de modelo tecnoassistencial permitiu apreender

a política de saúde como projeto político e não como arranjo técnico neutro (MERHY, 1992). Em Campos, foi possível recuperar a historicidade da agenda neoliberal para a saúde e a formação de um bloco social interessado na ampliação da medicina de mercado e na captura do fundo público (CAMPOS, 1991). Em Feuerwerker e Silva Júnior, tornou-se possível reconhecer a ESF como síntese contraditória de experiências reformistas e, ao mesmo tempo, como política sujeita, desde sua origem, às pressões racionalizadoras e gerenciais do Estado neoliberal (FEUERWERKER, 2005; SILVA JÚNIOR, 1996). Rearticuladas às contribuições de Dardot e Laval, Brown, Mendes e Carnut, essas formulações permitiram compreender a APS contemporânea como terreno de conflito entre tendências universalizantes e mediações empresariais renovadas (BROWN, 2019; DARDOT; LAVAL, 2016; MENDES; CARNUT, 2022).

Nessa direção, o achado aqui apresentado também pode ser lido à luz da formulação de Maria Inês Souza Bravo (2018) acerca da Reforma Sanitária Flexibilizada. Mais do que uma ruptura com a racionalidade neoliberal que conforma o setor, trata-se de um movimento em que a política de saúde é ajustada aos limites do “SUS possível”, por meio de arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e da responsabilização dos profissionais, em um processo de rebaixamento da proposta original da Reforma Sanitária. Assim, não se observa propriamente uma negação frontal do projeto reformista, mas sua acomodação a condições que preservam a articulação com o mercado, mantêm o ajuste fiscal e produzem concessões que tensionam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde.

Essas leituras também encontram ressonância no próprio Gastão Wagner de Sousa Campos, para quem o modo hegemônico de produção de serviços de saúde no Brasil é o neoliberal, ainda que atravessado por pelo menos três projetos em disputa: o projeto neoliberal, o projeto do SUS e um terceiro, racionalizador, que emerge das “brechas” e “fissuras” produzidas pela ineficácia social, técnica e administrativa do próprio modelo dominante. Segundo o autor, esse projeto racionalizador se origina nos quadros técnicos do aparelho de Estado, mobiliza a mesma terminologia do SUS, mas permanece, na prática, “caudatário do neoliberalismo”, ao propor sobretudo correções tópicas, administrativas e parciais das disfunções do sistema, sem deslocar suas bases estruturais (CAMPOS, 1991). É justamente nesse sentido que o achado deste estudo pode ser situado: não como expressão de uma inflexão contra-hegemônica, mas como atualização de um reformismo de baixa intensidade, que administra contradições, recompõe legitimidade e racionaliza o funcionamento do sistema sem romper com sua lógica dominante.

Se, na formulação de Gastão, esse reformismo racionalizador permanece, ao fim, “como Hamlet”, suspenso na cruel dúvida do ser ou não ser, um último desdobramento desta pesquisa diz respeito à relação entre APS, atenção especializada e setor privado no governo Lula 3 - o que talvez ajude a qualificar os movimentos mais recentes do modelo tecnoassistencial em disputa (CAMPOS, 1991).

A passagem da ADAPS à AgSUS confere visibilidade a esse movimento, ao preservar uma institucionalidade de direito privado para a execução de políticas públicas e, ao mesmo tempo, ampliar seu escopo de atuação para além das frentes mais diretamente concentradas na atenção primária. Mais do que indicar ausência do Estado, esse arranjo sugere uma reconfiguração de sua ação por meio de dispositivos híbridos, contratualizados e permeáveis a uma racionalidade gerencial (DARDOT; LAVAL, 2016).

No limite do recorte temporal analisado, a ascensão da atenção especializada como prioridade político-programática também deve ser lida com cautela. O surgimento do Agora Tem Especialistas pode ser interpretado menos como evento isolado e mais como condensação de um movimento anterior de reorganização do acesso especializado, cuja direção concreta ainda depende do modo como se articularão regionalização, regulação, financiamento e coordenação do cuidado pela APS. Nessa chave, a questão decisiva não é apenas ampliar a oferta especializada, mas saber se essa integração fortalecerá a coordenação pública da rede pelo SUS ou aprofundará a subordinação da atenção primária a circuitos especializados cada vez mais mediados por prestadores privados (MIRANDA et al., 2025).

Os achados desta pesquisa recomendam cautela diante dessa inflexão. Embora o governo Lula 3 tenha recomposto o peso orçamentário da APS no bloco federal de manutenção e custeio, esse movimento não alterou o padrão estruturalmente assimétrico da relação entre APS e média e alta complexidade. Sem enfrentamento dessa assimetria, do subfinanciamento crônico do SUS e da dependência tecnoassistencial do setor privado, ganhos incrementais de acesso podem coexistir com a reprodução de gargalos e com a reafirmação da centralidade privada na atenção especializada.

É nesse ponto que a referência ao Instituto Coalizão Saúde (ICOS) adquire utilidade analítica, à medida que suas propostas atuais podem ser lidas como expressão programática de uma tendência mais ampla. Em sua formulação, reaparece uma combinação já presente na agenda neoliberal para a saúde desde os anos 1990: a defesa de uma APS forte como porta de entrada e ordenadora dos fluxos (CAMPOS, 1991). Mas o documento de 2022 a reapresenta em uma linguagem renovada e com um passo a mais. Se a versão original dessa agenda supunha sistemas paralelos — público e privado — operando em lógicas relativamente separadas, a

formulação atual propõe a integração funcional entre os dois, com o setor privado não apenas complementando, mas orientando e colonizando áreas em que o capital não consegue ser suficientemente lucrativo sem o subsídio público (ICOS, 2022; NASCIMENTO, 2020). A isso se somam os mecanismos de governamentalidade gerencial — contratos de resultados, organizações sociais, parcerias público-privadas, pagamento por desempenho — como dispositivos que traduzem a racionalidade empresarial para dentro das estruturas estatais (DARDOT; LAVAL, 2016). Não se trata, portanto, de mera continuidade da agenda neoliberal dos anos 1990, mas de sua reconfiguração em um registro mais integrado e tecnicamente sofisticado.

A hipótese que se abre, portanto, é a de que a integração entre APS e atenção especializada pode vir a operar em sentidos distintos e socialmente antagônicos, razão pela qual esse terreno permanece como frente estratégica de investigação e disputa para o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Sob essa ótica, os avanços identificados por esta pesquisa devem ser compreendidos como movimentos parciais, produzidos no interior de uma configuração contraditória, que podem ser apropriados pela práxis da Reforma Sanitária. Eles abrem brechas institucionais e normativas, mas não suspendem os limites estruturais que seguem condicionando a política de saúde. A questão, portanto, não é escolher entre celebração e recusa global, mas entender como essas brechas podem ser disputadas.

Do ponto de vista estratégico, isso significa que a defesa da APS e do SUS não pode se apoiar nem na expectativa de reversão espontânea das contrarreformas, nem na denúncia abstrata de toda e qualquer política estatal como mera reprodução da neoliberalização. O problema está em disputar, no interior dessas contradições, a direção social da política de saúde. Isso recoloca no centro do debate temas que o período analisado apenas tangenciou: financiamento compatível com as necessidades do sistema; enfrentamento da lógica do desempenho como eixo do cofinanciamento; desprivatização dos arranjos institucionais; valorização de vínculos estáveis; fortalecimento da multiprofissionalidade em chave matricial; e reconstrução da atenção primária como base de um projeto democrático-popular de saúde.

Ao final, a APS no governo Lula 3 aparece como um campo em disputa. Não se trata de ruptura com a neoliberalização da saúde brasileira, mas também não se reduz à simples continuidade do ciclo anterior. O que se observa é um processo de recomposição da Atenção Primária em que avanços relevantes coexistem com focalização, flexibilização e formas renovadas de empresariamento estatal. Por isso, sua análise exige recusar tanto a leitura que reduz a política de saúde a efeito automático das determinações econômicas quanto aquela que a trata como terreno técnico neutro, sem conflito, projeto ou disputa social.

Se o neoliberalismo penetra instituições, políticas e subjetividades, sua crítica também precisa operar nesse nível de concretude. Isso implica distinguir o que foi efetivamente recomposto daquilo que apenas mudou de forma, bem como identificar os mecanismos que seguem limitando a reconstrução de uma APS coerente com o horizonte da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa direção, uma das contribuições desta dissertação é mostrar que a política recente de atenção primária só pode ser compreendida quando situada na longa duração das transformações do Estado brasileiro e das reconfigurações do neoliberalismo no período.

As evidências analisadas indicam, assim, que a luta pela APS e pelo SUS permanece aberta. Na conjuntura examinada, a APS do governo Lula 3 pode ser lida como forma parcial de resistência à neoliberalização da saúde: resistência real, porque interrompe processos de desmonte, recompõe capacidades estatais e reabre possibilidades; parcial, porque segue organizada por mediações que restringem seu alcance universalizante e seu potencial contra-hegemônico. É nesse intervalo entre recomposição e permanência desses limites que se coloca, hoje, uma das tarefas críticas e políticas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, Theodor W. O ensaio como forma. In: ADORNO, Theodor W. Notas de literatura I. Tradução de Jorge de Almeida. São Paulo: Editora 34, 2003.
- APS REDES. APS do Futuro: universalizar a Estratégia Saúde da Família. [S.l.]: APS Redes, 2023a. Disponível em: <https://apsredes.org/aps-do-futuro-universalizar-a-esf/>. Acesso em: 15 out. 2025.
- APS REDES. Comitativa do Ministério da Saúde apresenta prioridades para OPAS/OMS. [S.l.]: APS Redes, 31 ago. 2023b. Disponível em: <https://apsredes.org/comitativa-do-ministerio-da-saude-apresenta-prioridades-para-opas-oms/>. Acesso em: 15 out. 2025.
- APS REDES. Ministério da Saúde apresenta o conceito da APS do Futuro. [S.l.]: APS Redes, 2023c. Disponível em: <https://apsredes.org/ministerio-da-saude-apresenta-o-conceito-da-aps-do-futuro/>. Acesso em: 15 out. 2025.
- AROUCA, Sergio. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; São Paulo: Editora Unesp, 2003.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. A Saúde Coletiva e suas áreas: territórios ou aldeamentos? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 27, e220520, 2023.
- BAHIA, Ligia; SCHEFFER, Mario. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 3, p. 158-171, nov. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S312.
- BANCO CENTRAL DO BRASIL. Calculadora do Cidadão: correção de valores – IPCA [Aplicativo]. Brasília, DF: Banco Central do Brasil, 2024. Disponível em: <https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirFormCorrecaoValores.do>. Acesso em: 27 abr. 2026.
- BANCO MUNDIAL; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório de monitoramento global da cobertura universal de saúde 2023. Washington: Banco Mundial, 2023.
- BARBOSA, P. H. S. et al. Trends and Geographical Distribution of Family Health Strategy in Brazil from 2009–2023. Healthcare, Basel, v. 13, n. 11, 1246, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13111246.
- BARROS, Rafael Damasceno de; MELO, Hugo de Cerqueira; SOARES, Rosa Lícia Conceição. Análise dos vínculos trabalhistas e tempo de permanência dos profissionais da atenção primária no Brasil. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 50, n. 148, e10701, jan./mar. 2026. DOI: 10.1590/2358-2898202614810701P.
- BARTOS, M. S. H. et al. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade: acesso, intersetorialidade e problemas perversos. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 969-980, 2023.
- BEZERRA, T. M. et al. Reflexos do pagamento por desempenho na atuação do(a)s profissionais da Atenção Primária à Saúde, Paraíba, Brasil. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 28, e230352, 2024.
- BOFFO, Marco; SAAD-FILHO, Alfredo; FINE, Ben. Neoliberal capitalism: the authoritarian turn. Socialist Register, Canada, Toronto vol. 55, pp. 312-320, 2019.
- BOLSONARO, Jair Messias. O caminho da prosperidade: proposta de plano de governo. [S.l.]: Coligação Brasil acima de tudo, Deus acima de todos, 2018. Disponível em:

<https://veja.abril.com.br/wp-content/uploads/2018/10/plano-de-governo-jair-bolsonaro.pdf>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.206, de 14 de setembro de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União. Relatório de avaliação da execução de programa de governo nº 86: Programa Mais Médicos. Brasília, DF: CGU, 2018.

BRASIL. Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde no SUS, e autoriza a instituição da Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 dez. 2019a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113958.htm. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. 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 (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 13 nov. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde – Informatiza APS. Brasília: MS, 2019c. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/auditorias/exercicios-anteriores/relatorio-de-gestao-2018.pdf/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 397, de 16 de março de 2020. Altera as Portarias de Consolidação nº 2, 5 e 6/GM/MS para dispor sobre o Programa Saúde na Hora no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 mar. 2020a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt0397_16_03_2020.html. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de gestão 2019. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_rag_2020.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_anual_gestao_2021.pdf.

BRASIL. Lei nº 14.621, de 14 de julho de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nºs 12.871, de 22 de outubro de 2013, 13.959, de 18 de dezembro de 2019, e 13.958, de 18 de dezembro de 2019. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 17 jul. 2023a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114621.htm. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.165, de 20 de março de 2023. Institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do Programa Mais Médicos; altera dispositivos das Leis nº 12.871/2013, 13.959/2019 e 13.958/2019. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 mar. 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/mpv/mpv1165.htm. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária à Saúde será tema de fórum a cada 90 dias; primeiro encontro aconteceu nesta sexta (24). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 24 fev. 2023c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/atencao-primaria-a-saude-sera-tema-de-forum-a-cada-90-dias-primeiro-encontro-aconteceu-nesta-sexta-24>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Com previsão de aumento de casos, Ministério da Saúde coordena ações de enfrentamento das arboviroses. Brasília: MS, 8 dez. 2023d. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/com-previsao-de-aumento-de-casos-ministerio-coordena-acoes-de-enfrentamento-das-arboviroses>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resumo da 2ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. Brasília: MS, 16 fev. 2023e. 12 p. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/05/Resumo_CIT_fev_2023.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 11, de 16 de junho de 2023. Chamamento Público nº 11/2023 (28º Ciclo) – Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União: seção 3, Brasília, DF, 19 jun. 2023f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-no-11-2023-projeto-mais-medicos/edital>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Edital nº 5, de 19 de maio de 2023. Chamamento Público nº 05/2023 (28º Ciclo) – Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da União: seção 3, Brasília, DF, 22 maio 2023g. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-no-5-2023-projeto-mais-medicos/edital-no-5.2023>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Em retomada do Mais Médicos, Ministério da Saúde publica ciclos e resultado de edital. Brasília: MS, 18 jan. 2023h. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/janeiro/em-retomada-do-mais-medicos-ministerio-da-saude-publica-ciclos-e-resultado-de-edital>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fórum apresenta mapa estratégico e ações para o futuro da Atenção Primária. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 7 jun. 2023i. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/junho/forum-apresenta-mapa-estrategico-e-acoes-para-o-futuro-da-atencao-primaria>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 751, de 20 de junho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jun. 2023j.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 960, de 18 de julho de 2023. Institui incentivo financeiro federal de custeio das ações e serviços de saúde bucal no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 jul. 2023k.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 1.464, de 5 de outubro de 2023. Altera a Portaria GM/MS nº 635/2023 no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 out. 2023l.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perspectiva da APS do Futuro: apresentação na 2ª Reunião Ordinária da CIT, 2023m. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2023/05/2.-b-Perspectiva-APS-Futuro.pdf>. Acesso em: 16 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.465, de 4 de outubro de 2023. Autoriza a substituição de equipes de Atenção Primária – eAP por equipes de Saúde da Família – eSF e equipes de Saúde Bucal – eSB com carga horária diferenciada por equipes de Saúde Bucal – eSB 40 horas para fins de transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 out. 2023n.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 out. 2023o.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 431, de 24 de julho de 2023. Credencia municípios do Estado de Roraima a fazerem jus à transferência dos incentivos financeiros federais de custeio referentes às equipes e ACS e homologa a adesão das eSF informatizadas ao Programa Informatiza APS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 29 mar. 2023p. Republicada em 24 jul. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0431_24_07_2023_rep.html. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 610, de 18 de maio de 2023. Estabelece a prorrogação de parâmetros do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 maio 2023q.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 615, de 17 de maio de 2023. Autoriza a substituição de equipes de Atenção Primária – eAP por equipes de Saúde da Família – eSF para fins de transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 maio 2023r.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui incentivo financeiro federal para implantação, custeio e desempenho das equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 23 maio 2023s. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 752, de 15 de junho de 2023. Dispõe sobre a expansão de novas vagas no Programa Mais Médicos para o Brasil na modalidade coparticipação e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 jun. 2023t. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0752_19_06_2023.html. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 90, de 3 de fevereiro de 2023. Institui o Programa Nacional de Redução das Filas de Cirurgias Eletivas, Exames Complementares e Consultas Especializadas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 fev. 2023u.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023v.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 708, de 13 de março de 2023. Dispõe sobre a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação Permanente do Sistema Único de Saúde (MNNP-SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2023w.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Relatório Conferência Livre Nacional APS do Futuro: a saúde que queremos. Brasília: Ministério da Saúde, 2023x. 98 p. ISBN 978-65-5993-507-9. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_conferencia_livre_aps_futuro.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 maio 2023y.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 6.213, de 19 de dezembro de 2024. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 243, p. 156-159, 20 dez. 2024a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6213_20_12_2024.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Integração dos programas de provimento levará mais especialistas em medicina de família e comunidade ao SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-medicos/informes/integracao-dos-programas-de-provimento-levara-mais-especialistas-em-medicina-de-familia-e-comunidade-ao-sus>. Acesso em: 27 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.492, de 8 de abril de 2024. Institui o Programa Mais Acesso a Especialistas (PMAE) e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 2024c.

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 instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 abr. 2024d. Disponível em: <https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.493-de-10-de-abril-de-2024-553573811>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.697, de 7 de novembro de 2024. Autoriza a substituição de equipes de Atenção Primária – eAP por equipes de Saúde da Família – eSF para fins de transferência dos incentivos de custeio federal, acompanhamento, monitoramento e avaliação. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 14 nov. 2024e. Republicada no Diário Oficial da União, n. 243, seção 1, 23 dez. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Integrado de Gestão 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024f. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/auditorias/2023/relatorio-de-gestao-integrado/view>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. FAQ – Nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS). 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024g. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/junho/ministerio-da-saude-cria-faq-para-esclarecer-sobre-o-novo-financiamento-da-atencao-primaria/1o-edicao-faq-aps>. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica nº 122/2024-CGFAP/SAPS/MS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024h. 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/.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nova metodologia de cofinanciamento federal para a APS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024i. 1 vídeo (cerca de 1h30min), son., color. Disponível em:

<https://www.youtube.com/watch?v=kS4INHKvPoM>. Acesso em: 2 abr. 2026.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. População em Situação de Rua: visível e invisível. Brasília, DF: MDHC, 2024j.

BRASIL. Medida Provisória nº 1.301, de 30 de maio de 2025. Institui o Programa Agora Tem Especialistas, dispõe sobre o Grupo Hospitalar Conceição S.A. e altera outras leis. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 30 maio 2025a. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2025/medidaprovisoria-1301-30-maio-2025-797527-publicacaooriginal-175524-pe.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Alexandre Padilha assume Ministério da Saúde e reafirma obsessão em reduzir tempo de espera no SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 9 mar. 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/alexandre-padilha-assume-ministerio-da-saude-e-reafirma-obsessao-em-reduzir-tempo-de-espera-no-sus>.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/marco/alexandre-padilha-assume-ministerio-da-saude-e-reafirma-obsessao-em-reduzir-tempo-de-espera-no-sus>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 6.907, de 29 de abril de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, a Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, e revoga dispositivos da Portaria SAPS/MS nº 161, de 10 de dezembro de 2024, e da Portaria GM/MS nº 5.668, de 31 de outubro de 2024, para dispor sobre a metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 8 maio 2025c.

Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt6907_08_05_2025.html. Acesso em: 30 abr. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Invest SUS Painéis – SISMOB. Brasília: MS, 2025d.

Disponível em:

https://investuspaineis.saude.gov.br/extensions/CGIN_Painel_SISMOB/CGIN_Painel_SISMOB.html#GUIA01. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Mais Médicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025e. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/mais-medicos/painel>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Hora – Estabelecimentos Homologados. Brasília: MS, 2025f. Disponível em:

<https://egestorab.saude.gov.br/saudenahora/visualizarEstabHomologados.xhtml>. Acesso em: 15 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2024. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária. Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para a Atenção Primária. Nota Técnica nº 79/2025-CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS: média de permanência e taxa de rotatividade entre médicos dos programas de provimento federal e convencionais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Currículo – Felipe Proenço de Oliveira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/secretaria-de-gestao-do-trabalho-e-da-educacao-na-saude/felipe-proenco-de-oliveira>.

BROWN, Wendy. Nas ruínas do neoliberalismo: a ascensão da política antidemocrática no Ocidente. Tradução de Mario A. Marino e Eduardo A. Camargo Santos. São Paulo: Politeia, 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Reforma da reforma: repensando a saúde. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1991.

CARNUT, Leonardo; MENDES, Áquilas Nogueira; LEITE, Maíra Gussi. Metodologias para alocação equitativa de recursos financeiros em saúde: uma revisão integrativa. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 902-918, 2020.

CAVALCANTI, Filipe Matheus Silva. Financiamento do SUS e emendas parlamentares: uma análise da desigualdade das transferências de incremento ao custeio de serviços no período de 2019 a 2024. Brasília, DF: Ipea, 2025. 74 p. (Texto para Discussão, n. 3149). Publicação Expressa.

CNN BRASIL. Saiba o que motivou a pressão de Lira sobre o Ministério da Saúde. Brasília: CNN Brasil, 7 mar. 2024. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/saiba-o-que-motivou-a-pressao-de-lira-sobre-o-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 15 out. 2025.

COLIGAÇÃO BRASIL DA ESPERANÇA. Diretrizes para o programa de reconstrução e transformação do Brasil: Lula/Alckmin 2023-2026. [S.l.]: Coligação Brasil da Esperança, 2022.

CONASS; CONASEMS; SAPS/MS. Nota técnica conjunta tripartite para orientação de aplicação dos recursos do financiamento da Atenção Primária. Brasília, DF, 2024. Disponível em: <https://www.conass.org.br/nota-tecnica-conjunta-tripartite-para-orientacao-de-aplicacao-dos-recursos-do-financiamento-da-atencao-primaria/>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA et al. Proposta de agenda dos médicos para a saúde do Brasil. Brasília: CFM; AMB; FMB; FENAM; ANMR, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. CNS monitora implementação do Programa Agora Tem Especialistas. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 30 out. 2025a. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/outubro/cns-monitora-implementacao-do-programa-agora-tem-especialistas>.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resumo executivo da 372ª Reunião Ordinária do CNS. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2025b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/reunioes-do-conselho/resumos-executivos/2025/resumo-executivo-da-372a-reuniao-ordinaria-do-cns>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. Nésio Fernandes de Medeiros Júnior. Brasília: CONASS, 2025. Disponível em: <https://www.conass.org.br/nesio-fernandes/>. Acesso em: 15 out. 2025.

COSTA, W. A.; CARVALHO, M.; MACEDO, L. Lacunas e retrocessos em programas de provimento mediano de médicos. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 21, e1369, 2023.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução de Mariana Echalar, Ronaldo Coelho e Eduardo Ribeiro. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2016.

DIAS, J. R. et al. Política Nacional de Atenção Básica (2017) e as atribuições dos agentes comunitários de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 78, n. 1, e20240230, 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2024-0230pt.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. *Saúde e sociedade*. 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DURKHEIM, Émile. *As regras do método sociológico*. Tradução de Raul de Sá Barbosa. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1956.

e-Gestor APS. Módulo Atenção Primária à Saúde. Sistema de Gerenciamento de Programas. Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br>. Acesso em: 15 out. 2025.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FLECK, Amaro. O que é o neoliberalismo? Isto existe? Princípios: *Revista de Filosofia (UFRN)*, v. 29, n. 59, p. 248-269, 2022.

FLEURY, Sonia et al. O sequestro da política: implicações das emendas parlamentares sobre a democracia, o pacto federativo e a saúde pública no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 147, e10824, out./dez. 2025. DOI: 10.1590/2358-2898202514710824P.

FOLHA BV. Boa Vista com a melhor cobertura de Atenção Primária à Saúde do país. *Boa Vista: Folha BV*, 27 nov. 2023. Disponível em: <https://www.folhabv.com.br/geral/boa-vista-com-a-melhor-cobertura-de-atencao-primaria-a-saude-do-pais/>. Acesso em: 15 out. 2025.

FUTURO DA SAÚDE. Novos secretários do Ministério da Saúde são anunciados por Padilha. *Futuro da Saúde*, 11 mar. 2025. Disponível em: <https://futurodasaude.com.br/novos-secretarios-do-ministerio-da-saude/>.

G1. Datafolha: 24% aprovam o governo Lula e 41% reprovam. 14 fev. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2025/02/14/datafolha-pesquisa-avaliacao-governo-lula.ghtml>. Acesso em: 15 out. 2025.

G1. Lula troca Nísia Trindade por Alexandre Padilha no Ministério da Saúde. *G1*, 25 fev. 2025. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2025/02/25/governo-anuncia-demissao-de-nisia-trindade-do-ministerio-da-saude.ghtml>.

G1 RR. “Boa Vista +Saúde” – Capital roraimense é a primeira do Brasil a implantar o conceito de APS do Futuro. *Boa Vista*, 29 nov. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/especial-publicitario/prefeitura-de-boa-vista/boa-vista-a-capital-modelo-da-amazonia/noticia/2023/11/29/boa-vista-saude-capital-roraimense-e-a-primeira-do-brasil-a-implantar-o-conceito-de-aps-do-futuro.ghtml>. Acesso em: 15 out. 2025.

GAZETA DO POVO. O futuro do secretário de Saúde do ES, Nésio Fernandes. *Vitória: A Gazeta*, 2 nov. 2022. Disponível em: <https://www.agazeta.com.br/colunas/leticia-goncalves/o-futuro-do-secretario-de-saude-do-es-nesio-fernandes-1122>. Acesso em: 15 out. 2025.

GIL, Antônio Carlos. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; SCHENKMAN, S. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2543-2556, 2021.

GIRARDI, S. et al. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 45, p. 11-23, maio

2010.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: caracterização tecnológica do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. 1986. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

GRAMSCI, Antonio. Concepção dialética da história. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. 10. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

GRUPO TÉCNICO DA SAÚDE. Relatório final: Grupo Técnico da Saúde. Comissão de Transição Governamental 2022. Brasília, 2022.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas et al. Pay-for-performance for primary health care in Brazil: a comparison with England's Quality and Outcomes Framework and lessons for the future. *Health Policy*, [S.l.], v. 128, p. 62-68, 2023.

GUSSO, Gustavo Diniz Ferreira; KNUPP, Daniel; TRINDADE, Thiago Gomes; LERMEN JUNIOR, Nulvio; POLI NETO, Paulo. Bases para um novo sanitarismo. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 36, p. 1-10, jul./set. 2015.

HARRIS, M. Payment for performance in the Family Health Programme: lessons from the UK Quality and Outcomes Framework. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 577-582, 2012.

HARVEY, David. O neoliberalismo: história e implicações. Tradução de Adail Sobral e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

INSTITUTO COALIZAÇÃO SAÚDE (ICOS). Estatuto Social. São Paulo, 30 jun. 2015. Art. 3º. Disponível em: <https://icos.org.br/wp-content/uploads/2025/09/Estatuto_Coalizacao_Saude_30_06_2015.pdf>.

INSTITUTO COALIZAÇÃO SAÚDE (ICOS). Propostas para a saúde do Brasil 2023-2030. São Paulo: DOC, 2022. Disponível em: <https://icos.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Proposta-Saude-Brasil-2022-2030-OUT-14-Conflito-de-codificacao-Unicode.pdf>. Acesso em: 15 out. 2025.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Previne Brasil: análise da distribuição dos recursos e diagnóstico de resultados. Estudo Institucional n. 9. São Paulo: IEPS, jan. 2023.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE (IEPS). Qualifica Atenção Básica – Recife. São Paulo: IEPS, [s.d.]. Disponível em: <https://ieps.org.br/qualifica-atencao-basica-recife/>. Acesso em: 15 out. 2025.

IPEA. Emendas parlamentares ao orçamento federal da saúde (2014-2018): pontos de atenção em relação ao financiamento e à gestão do SUS. Brasília, DF: Ipea, 2019.

IRIART, C.; MERHY, E. E.; WAITZKIN, H. Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, v. 52, n. 8, p. 1243-1253, 2001.

IRIART, Célia Beatriz. Atenção gerenciada: instituinte da reforma neoliberal. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1999.

JORNAL DA UNESP. Alta incidência de casos de dengue preocupa autoridades e número de óbitos em SP já alcança três dezenas. Botucatu: UNESP, 7 fev. 2025. Disponível em: <https://jornal.unesp.br/2025/02/07/alta-incidencia-de-casos-de-dengue-preocupa-autoridades->

e-numero-de-obitos-em-sp-ja-alcanca-tres-dezenas/. Acesso em: 15 out. 2025.

KOSIK, Karel. *Dialética do concreto*. Tradução de B. B. Wolf. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LOSURDO, Domenico. *Guerra e revolução: o riso do Leviatã e outros ensaios sobre história, política e filosofia*. Tradução de Luiz Sérgio Henriques. São Paulo: Boitempo, 2015.

LÖWY, Michael. *Método dialético e teoria política*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda et al. A política para a Atenção Primária em Saúde no Brasil: um panorama de sua trajetória e evolução. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 49, n. 1, p. 1-25, jan./mar. 2025. DOI: 10.22278/2318-2660.2025.v49.n1.a4593.

MARX, Karl. *O 18 de Brumário de Luís Bonaparte*. São Paulo: Boitempo, 2011.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020.

MELO, M. A. et al. Financiamento da Atenção Primária à Saúde ao longo do tempo: indução, expansão e acomodação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, e1264-2025, 2025.

MENDELSON, Aaron et al. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, Philadelphia, v. 166, n. 5, p. 341-353, 2017. DOI: 10.7326/M16-1881.

MENDES, Áquilas Nogueira; CARNUT, Leonardo (Orgs.). *Economia política da saúde: uma crítica marxista contemporânea*. São Paulo: Hucitec, 2022.

MENDONÇA, F. F. et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023.

MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas*. São Paulo: Hucitec, 1992.

METRÓPOLES. Ministra se emociona após cobrança de Lula sobre dengue e Yanomamis. Brasília: Metrôpoles, 18 mar. 2024. Disponível em: <https://www.metropoles.com/brasil/ministra-se-emociona-apos-cobranca-de-lula-sobre-dengue-e-yanomamis>. Acesso em: 15 out. 2025.

MIRANDA, Alcides Silva de et al. Programa Mais Especialistas: contextos e expectativas. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 146, e146ED, jul./set. 2025.

MONTE RORAIMA FM. Prefeito Arthur Henrique entrega novo prédio e amplia capacidade de atendimento à população. Boa Vista: Monté Royama FM, 27 set. 2023. Disponível em: <https://www.monteroraimafm.com.br/noticia/prefeito-arthur-henrique-entrega-novo-predio-e-amplia-capacidade-de-atendimento-a-populacao>. Acesso em: 15 out. 2025.

MORAES, L. F. S. et al. Publicações científicas sobre pagamento por desempenho: uma análise bibliométrica global. In: GURGEL JUNIOR, G. D. et al. (org.). *A experiência do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)*. Campina Grande: EDUEPB, 2025. p. 61-77.

MORAIS, H. M. M.; OLIVEIRA, R. S.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A coalizão dos empresários da saúde e suas propostas para a reforma do sistema de saúde brasileiro: retrocessos políticos e programáticos (2014-2018). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 12, p.

4479-4488, 2019.

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, 2018.

NASCIMENTO, Hugo Crasso Oliveira do. A atuação do Instituto Coalizão Saúde na articulação das empresas do setor no Brasil. 2020. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

NETTO, José Paulo. Introdução aos estudos do método de Marx. 2. ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NORMAN, A. H.; RUSSELL, A. J.; MACNAUGHTON, R. The payment for performance model and its influence on British general practitioners' principles and practice. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 55-67, jan. 2014.

O GLOBO. Em meio à pressão do Centrão na Saúde, Nísia exonera secretário de Atenção Primária. 21 fev. 2024. Disponível em:

<https://oglobo.globo.com/politica/noticia/2024/02/21/em-meio-a-pressao-do-centrao-na-saude-nisia-exonera-secretario-de-atencao-primaria.ghtml>. Acesso em: 15 out. 2025.

OBSERVATÓRIO DO SUS. Agora Tem Especialista: o que está em jogo. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 15 jun. 2025. Disponível em:

<https://observatoriodosus.ensp.fiocruz.br/secoes/conjuntura-e-politicas-de-saude/agora-tem-especialistas/>.

OLIVEIRA, Almísia Santos de. Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde: seus números e principais achados de auditoria. 2023. 72 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Planejamento e Controle de Gestão) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Controle de Gestão, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

OLIVEIRA, L. M.; FREITAS, B. C. NASF, NASF-AB e eMulti: mudanças do trabalho multiprofissional na trajetória da Atenção Básica. In: SEMINÁRIO NACIONAL SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL, 5., 2024, Florianópolis. Anais [...]. Florianópolis: UFSC, 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial da saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS, 2010.

OUTRAS PALAVRAS. Agora Tem Especialistas caminha com protagonismo do setor público. Outra Saúde/Outras Palavras, 2025. Disponível em:

<https://outraspalavras.net/outrasaude/agora-tem-especialistas-caminha-com-protagonismo-do-setor-publico/>.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAUL, E. et al. Performance-based financing in low-income and middle-income countries: isn't it time for a rethink? *BMJ Global Health*, London, v. 3, n. 1, e000664, 2018. DOI: 10.1136/bmjgh-2017-000664.

PNB ONLINE. Abílio mantém médicos fantasmas para não perder recurso federal, diz denúncia. 2024. Disponível em: <https://pnbonline.com.br/abilio-mantem-medicos-fantasmas-para-nao-perder-recurso-federal-diz-denuncia/>.

PREFEITURA DE BOA VISTA. APS do Futuro – Prefeito Arthur Henrique lança programa “Boa Vista + Saúde” com novas perspectivas para a Atenção Primária. Boa Vista: SEMUC, 27 nov. 2023. Disponível em: <https://boavista.rr.gov.br/noticias/2023/11/aps-do-futuro-prefeito-arthur-henrique-lanca-programa-boavista-saude-com-novas-perspectivas-para-a-atencao-primaria>. Acesso em: 15 out. 2025.

PREFEITURA DO RECIFE. Diário Oficial do Recife, Edição nº 006, 16 jan. 2024. Seção 7, p. 7-9. Disponível em: <https://cdn.direcaoconcursos.com.br/uploads/2024/01/recife.pdf>. Acesso em: 15 out. 2025.

PREFEITURA DO RECIFE. Relatório Anual de Gestão 2024 (preliminar). Recife: Prefeitura do Recife, 2025. Disponível em: https://transparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Gest%C3%A3o%202024%20-%20preliminar_191f20e0363dd622f9df0833a64c82ff.pdf. Acesso em: 15 out. 2025.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE; MINISTÉRIO DA SAÚDE. Prefeitura de Campina Grande e Ministério da Saúde lançam projeto para cobertura de 100% na Atenção Básica no município. Campina Grande: Codecom, 18 set. 2023. Disponível em: <https://campinagrande.pb.gov.br/prefeitura-de-campina-grande-e-ministerio-da-saude-lancam-projeto-para-cobertura-de-100-na-atencao-basica-no-municipio/>. Acesso em: 15 out. 2025.

RADIS. O que representa a demissão de Nísia? Radis Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, 26 fev. 2025. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/sus/o-que-representa-a-demissao-de-nisia/>.

REDE APS. Nos últimos 4 anos, Saúde destinou R\$ 5 bilhões para reforma e ampliação de 26 mil postos de saúde. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, 2 mar. 2015. Disponível em: <https://redeaps.org.br/informativos-e-noticias/noticias/nos-ultimos-4-anos-saude-destinou-r-5-bilhoes-para-reforma-e-ampliacao-de-26-mil-postos-de-saude/5036/>.

REDE APS. Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada no SUS: reflexões para uma integração assistencial oportuna, efetiva e centrada no usuário do SUS. Nota Técnica n. 1/2025. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Secretário da Saúde do Espírito Santo é eleito presidente do CONASS. Vitória: SES-ES, 23 jul. 2022. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Not%C3%ADcia/secretario-da-saude-do-espírito-santo-e-eleito-presidente-do-conass>. Acesso em: 15 out. 2025.

SETA, Marismary Horsth de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, Aylene Bousquat. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, ago. 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Hora de avançar com a Estratégia Saúde da Família. Fortaleza: SBMFC, 2023. Disponível em: <https://sbmfc.org.br/noticias/hora-de-avancar-com-a-estrategia-saude-da-familia/>. Acesso em: 15 out. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Nota de Esclarecimento. SBMFC, 27 nov. 2024. Disponível em: <https://sbmfc.org.br/noticias/nota-de-esclarecimento/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Nota da SBMFC sobre as manifestações nas mídias sociais a respeito da titulação em Medicina de Família e Comunidade. SBMFC, 5 fev. 2025a. Disponível em: <https://sbmfc.org.br/noticias/nota-da-sbmfc-sobre-as-manifestacoes-nas-midias-sociais-a-respeito-da-titulacao-em-medicina-de-familia-e-comunidade/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Posicionamento sobre Prova de Título de Especialista em MFC para os bolsistas concluintes do Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) no âmbito do Edital TEMFC 36. SBMFC, 9 fev. 2025b. Disponível em: <https://sbmfc.org.br/noticias/posicionamento-sobre-prova-de-titulo-de-especialista-em-mfc-para-os-bolsistas-concluintes-do-programa-medicos-pelo-brasil-pmpb-no-ambito-do-edital-temfc-36/>. Acesso em: 2 fev. 2026.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. Prova de Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade está com inscrições abertas. São Paulo: SBMFC, 2025. Disponível em: <https://sbmfc.org.br/noticias/prova-de-titulo-de-especialista-em-medicina-de-familia-e-comunidade-esta-com-inscricoes-abertas/>. Acesso em: 15 out. 2025.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

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, Rio de Janeiro, v. 49, n. 147, e10205, out./dez. 2025. DOI: 10.1590/2358-2898202514710205P.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Auditoria operacional na gestão da atenção básica à saúde da Secretaria Estadual da Saúde e dos municípios de Araquari, Canoinhas, Florianópolis e Joinville. Florianópolis: TCE-SC, 2018.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO PARANÁ. Acórdão nº 1055/25 – Tribunal Pleno. Processo nº 130036/24. Denúncia sobre irregularidades no CNES na Secretaria Municipal de Saúde de Maringá. Curitiba: TCE-PR, 2025.

UNASUS. Ministério da Saúde divulga resultado final da segunda chamada do programa Mais Médicos. Brasília: UNASUS, 5 jul. 2023. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-divulga-resultado-final-da-segunda-chamada-do-programa-mais-medicos>. Acesso em: 15 out. 2025.

UNB. 2024: ano da maior epidemia de dengue do Brasil. Brasília: Universidade de Brasília, 2024. Disponível em: <https://noticias.unb.br/pesquisas-estudos-e-projetos/7777-2024-ano-da-maior-epidemia-de-dengue-do-brasil>. Acesso em: 15 out. 2025.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS). Ministério da Saúde divulga edital com mais de 6 mil vagas para o programa Mais Médicos. Brasília, DF, 18 abr. 2023. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/ministerio-da-saude-divulga-edital-com-mais-de-6-mil-vagas-para-o-programa-mais-medicos>. Acesso em: 27 abr. 2026.

UOL. Ministério da Saúde: Lula indica Centrão e Lira para cargos na Saúde. 19 jun. 2023. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/politica/ultimas-noticias/2023/06/19/ministerio-da-saude-lula-centrao-lira.htm>. Acesso em: 15 out. 2025.

UOL. Ministério da Saúde confirma demissão de secretário mas nega pressão política. 22 fev. 2024. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2024/02/22/ministerio-da-saude-confirma-demissao-de-secretario-mas-nega-pressao-politica.html>. Acesso em: 15 out. 2025.

UOL. Nísia: R\$ 51 mi em Cabo Frio; filho secretário. 9 abr. 2024. Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2024/04/09/nisia-r-51-mi-cabo-frio-filho-secretario.html>. Acesso em: 15 out. 2025.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Financiamento federal de ações e serviços públicos de saúde por emendas parlamentares e suas implicações para a regionalização da saúde. Brasília, DF: Ipea, out. 2024. 52 p. (Texto para Discussão, n. 3048). DOI: 10.38116/td3048-port.

YIN, Robert K. Pesquisa qualitativa do início ao fim. Tradução de Daniel Bueno. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A – RELAÇÃO DETALHADA DAS FONTES DOCUMENTAIS UTILIZADAS

Bloco analítico	Subbloco	Tipos documentais	Fontes/documentos mobilizados	Recorte predominante	Uso na pesquisa
1. Documentos programáticos e de transição governamental	Agenda governista de campanha e transição	Plano de governo; relatório de transição	Diretrizes para o Programa de Reconstrução e Transformação do Brasil: Lula/Alckmin 2023-2026; Relatório Final do Grupo Técnico da Saúde da Comissão de Transição Governamental 2022.	2022-2023	Reconstituir o diagnóstico inicial da coalizão governista, seus compromissos declarados e a agenda de reconstrução da saúde no início do governo Lula 3.
1. Documentos programáticos e de transição governamental	Agenda do capital sanitário organizado	Documento programático setorial	Propostas para a Saúde do Brasil 2023-2030, do Instituto Coalizão Saúde.	2022-2030	Identificar formulações estratégicas do capital sanitário organizado e cotejá-las com as políticas posteriormente adotadas pelo governo.
2. Atos normativos e administrativos federais	Marco do ciclo anterior	Portaria ministerial	Portaria nº 2.979/2019, que instituiu o Previne Brasil.	2019 e efeitos até 2024	Estabelecer o ponto de partida normativo da política de financiamento cuja revisão e recomposição foram analisadas no governo Lula 3.

2. Atos normativos e administrativos federais	Programas de provimento médico	Lei federal	Lei nº 13.958/2019.	2019-2025	Reconstruir o desenho jurídico do programa Médicos pelo Brasil e suas repercussões sobre ADAPS/AgSUS e provimento médico federal.
2. Atos normativos e administrativos federais	Infraestrutura e horário de funcionamento das UBS	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 397/2020, relativa ao Saúde na Hora.	2020-2024	Situar a trajetória do programa e as mudanças posteriores em seu tratamento no novo arranjo de financiamento da APS.
2. Atos normativos e administrativos federais	Retomada e reformulação do Mais Médicos	Medida provisória; lei federal	Medida Provisória nº 1.165/2023; Lei nº 14.621/2023.	2023-2025	Examinar a retomada do Mais Médicos, a forma jurídica assumida no governo Lula 3 e suas conexões com o debate sobre provimento e vínculo.
2. Atos normativos e administrativos federais	Institucionalização da saúde bucal	Lei federal	Lei nº 14.572/2023.	2023-2025	Analisar a incorporação da saúde bucal como componente obrigatório do SUS e seus desdobramentos na APS.

2. Atos normativos e administrativos federais	Retomada das equipes multiprofissionais	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 635/2023.	2023-2024	Reconstruir a retomada do financiamento federal das equipes multiprofissionais sob a forma das eMulti.
2. Atos normativos e administrativos federais	Organização da atenção especializada em saúde bucal	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 751/2023, que instituiu o SESB.	2023-2025	Examinar a criação de novo dispositivo voltado à articulação entre APS e atenção especializada em saúde bucal.
2. Atos normativos e administrativos federais	Financiamento do Mais Médicos	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 752/2023.	2023-2025	Analisar a coparticipação municipal e o redesenho financeiro do programa de provimento.
2. Atos normativos e administrativos federais	Pagamento por desempenho em saúde bucal	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 960/2023.	2023-2025	Verificar a incorporação da saúde bucal à lógica de pagamento por desempenho.
2. Atos normativos e administrativos federais	Saúde bucal e incentivos financeiros	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 431/2023.	2023	Situar medidas complementares de expansão e custeio da política de saúde bucal na APS.
2. Atos normativos e administrativos federais	Saúde bucal e custeio de equipes/serviços	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 2.245/2023.	2023-2024	Apoiar a análise da expansão de incentivos e reconfiguração do financiamento da saúde bucal.

2. Atos normativos e administrativos federais	Novo modelo de cofinanciamento da APS	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 3.493/2024.	2024-2025	Constituir o eixo central da análise do redesenho do financiamento federal da APS no governo Lula 3.
2. Atos normativos e administrativos federais	Metodologia operacional do novo cofinanciamento	Nota técnica	Nota Técnica nº 122/2024-CGFAP/SAPS/MS.	2024	Detalhar critérios, componentes e operacionalização administrativa do novo modelo de financiamento.
2. Atos normativos e administrativos federais	Componente vínculo e acompanhamento territorial	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 161/2024.	2024-2025	Compreender a metodologia de cálculo e classificação usada no componente de vínculo e acompanhamento territorial.
2. Atos normativos e administrativos federais	Componente per capita de base populacional	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 3.732/2024.	2024	Especificar valores e parâmetros do componente per capita do novo financiamento.
2. Atos normativos e administrativos federais	Rede de Atenção à Saúde Bucal	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 6.213/2024.	2024-2025	Analisar a formalização da rede de atenção à saúde bucal como desdobramento da política do período.
2. Atos normativos e administrativos federais	Transição do novo financiamento	Portaria ministerial	Portaria GM/MS nº 6.907/2025.	2025	Examinar a prorrogação do regime de transição do novo cofinanciamento da APS.

2. Atos normativos e administrativos federais	Redimensionamento de vagas do Mais Médicos	Nota técnica	Nota Técnica nº 56/2025-CGPLAD/DGAPS/SAPS/MS.	2025	Investigar as contradições da expansão do provimento e o movimento de racionalização de vagas.
2. Atos normativos e administrativos federais	Reordenamento de modalidades de equipe	Portarias de credenciamento/substituição	Portarias GM/MS nº 615/2023, nº 1.465/2023 e nº 5.697/2024, entre outras portarias de credenciamento publicadas no Saúde Legis.	2023-2024	Acompanhar o movimento de substituição de eAP por eSF e seus efeitos sobre a indução federal do modelo assistencial.
3. Editais e atos operacionais do provimento médico	Chamamentos de provimento	Editais	Edital nº 5/2023 do Projeto Mais Médicos para o Brasil; Edital nº 11/2023; Edital nº 04/2024; Edital nº 05/2024; Edital nº 09/2024.	2023-2024	Examinar a operacionalização concreta da expansão de vagas e os ciclos de provimento.
3. Editais e atos operacionais do provimento médico	Resultados e chamadas complementares	Resultados de edital; chamadas institucionais	Resultados dos ciclos do Mais Médicos divulgados pelo Ministério da Saúde; materiais da segunda chamada do programa via UNA-SUS.	2023-2024	Observar distribuição, ocupação e dinâmica de ativação de vagas.
3. Editais e atos operacionais do provimento médico	Integração institucional do provimento	Resoluções; editais institucionais	Resoluções e editais da AgSUS relativos à integração entre programas e ao eixo vínculo.	2024-2025	Relacionar reestruturação institucional do provimento com novas formas de gestão federal do trabalho médico.

4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Gestão e execução ministerial	Relatórios de gestão	Relatórios Integrados de Gestão e Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde, especialmente da série 2018-2024.	2018-2024	Analisar cobertura, composição de equipes, resultados institucionais e execução orçamentária.
4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Equipes, credenciamento e cofinanciamento	Plataforma administrativa; planilhas de extração	e-Gestor APS, incluindo planilhas sobre equipes credenciadas, homologadas e cofinanciadas por tipo, município e competência.	2018-2025	Construir séries históricas de expansão, retração e recomposição de equipes na APS.
4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Provimento médico	Painel oficial	Painel Mais Médicos.	2023-2025	Comparar evolução de vagas ativas com expansão de equipes e reconstituir a escala do programa.
4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Infraestrutura das UBS	Painel oficial	Invest SUS Painéis - SISMOB.	2023-2025	Acompanhar obras, investimentos e iniciativas de infraestrutura relacionadas à APS.
4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Programas específicos	Base/listagem administrativa	Programa Saúde na Hora - estabelecimentos homologados.	2020-2024	Verificar implantação territorial e permanência do programa ao longo do período.

4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Repositório normativo e acompanhamento de portarias	Base normativa	Saúde Legis.	2023-2025	Localizar portarias, atos de credenciamento e mudanças normativas infralegais mobilizadas na pesquisa.
4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Execução orçamentária em saúde	Sistema de informação orçamentária	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), quando mobilizado.	Séries históricas ampliadas	Complementar a análise do comportamento relativo de APS e MAC em séries mais longas e em perspectiva comparada.
4. Bases administrativas, séries históricas e painéis oficiais	Séries derivadas pelo autor	Tabelas e sistematizações próprias	Séries históricas de equipes, cobertura e financiamento elaboradas a partir das bases e relatórios acima.	2014-2025, conforme indicador	Sintetizar comparativamente tendências de expansão, retração, mudança metodológica e inflexões do período.
5. Materiais institucionais da gestão federal da APS	Formulação estratégica da APS do Futuro	Relatório; apresentação; resumo de reunião	Relatório da Conferência Livre Nacional APS do Futuro; apresentação Perspectiva da APS do Futuro na 2ª Reunião Ordinária da CIT; resumo da 2ª Reunião Ordinária da CIT.	2023-2024	Identificar os eixos estratégicos, o léxico e a autoapresentação da agenda de APS do Futuro.
5. Materiais institucionais da gestão federal da APS	Comunicação governamental da SAPS	Notícias; informes; materiais institucionais	Notícias e informes do Ministério da Saúde sobre Fóruns 90/90; material “Fórum apresenta mapa estratégico e ações para o futuro da Atenção Primária”; materiais da SAPS sobre eMulti, Mais Médicos, saúde bucal, infraestrutura de UBS e integração APS-atenção especializada.	2023-2025	Captar como a gestão federal apresentou publicamente suas prioridades, diagnósticos e estratégias.

5. Materiais institucionais da gestão federal da APS	Orientações operacionais do novo financiamento	FAQ; notas metodológicas; documentos técnicos	FAQ do novo modelo de financiamento; notas metodológicas dos componentes, quando mobilizadas.	2024-2025	Esclarecer operacionalização, critérios de cálculo e interpretação administrativa dos novos componentes de financiamento.
6. Documentos interfederativos e de gestão compartilhada	Pactuação interfederativa	Documentos conjuntos; orientações técnicas	Materiais conjuntos SAPS/CONASS/CONASEMS sobre o novo modelo de financiamento e sua pactuação.	2024-2025	Examinar o grau de formalização interfederativa do novo arranjo de cofinanciamento.
6. Documentos interfederativos e de gestão compartilhada	Debate nas instâncias de gestão compartilhada	Apresentações; registros institucionais	Documentos e apresentações do CONASS e do CONASEMS relativos à APS e à CIT.	2023-2025	Situar convergências, tensões e processos de negociação interfederativa.
7. Documentos de entidades setoriais e controvérsias corporativas	Posições corporativas médicas	Documento programático; notas; manifestos	Agenda dos Médicos para a Saúde do Brasil; notas e manifestações de entidades médicas mobilizadas no debate.	2022-2025	Identificar demandas corporativas e posições sobre provimento, formação, regulação e organização do trabalho médico.
7. Documentos de entidades setoriais e controvérsias corporativas	Defesa da ESF e da especialidade MFC	Manifesto; material institucional	Manifesto da SBMFC “Hora de avançar com a Estratégia Saúde da Família”; materiais da SBMFC sobre TEMFC e qualificação profissional.	2023-2025	Analisar a posição de atores da medicina de família nas controvérsias sobre provimento, titulação e modelo assistencial.

7. Documentos de entidades setoriais e controvérsias corporativas	Reestruturação institucional do provimento	Materiais institucionais	Materiais e posicionamentos da AgSUS utilizados na pesquisa.	2024-2025	Acompanhar a passagem da ADAPS à AgSUS e seus significados institucionais e políticos.
8. Documentos territoriais e estudos de caso	Boa Vista	Notícias institucionais; materiais municipais	Prefeitura de Boa Vista: lançamento do programa Boa Vista + Saúde / APS do Futuro e materiais correlatos.	2023-2024	Examinar apropriações territoriais da agenda da APS do Futuro.
8. Documentos territoriais e estudos de caso	Recife	Diário oficial; relatório de gestão; materiais locais	Diário Oficial do Recife, edição nº 006, de 16 de janeiro de 2024; Relatório Anual de Gestão 2024 do Recife, em versão preliminar; materiais locais correlatos.	2024-2025	Analisar a implementação local do provimento, os efeitos sobre vínculos e as tensões produzidas na gestão municipal.
8. Documentos territoriais e estudos de caso	Campina Grande e outras experiências pontuais	Notícias institucionais; registros locais	Materiais da Prefeitura de Campina Grande e do Ministério da Saúde sobre projeto para 100% de cobertura da atenção básica, quando mobilizados.	2023-2025	Ilustrar usos locais da expansão da APS e de programas federais.
9. Fontes documentais complementares de contexto político e controvérsia pública	Mídia aberta e cobertura jornalística	Reportagens; entrevistas; notícias	APS Redes; CNN Brasil; O Globo; UOL; Metrôpoles; G1; Folha BV; G1 RR; Monte Roraima FM; A Gazeta/Gazeta; Jornal da Unesp; notícias da UnB; demais peças efetivamente citadas.	Conforme o evento analisado	Contextualizar controvérsias públicas, mudanças de gestão, repercussões institucionais e conflitos em torno das políticas analisadas.

9. Fontes documentais complementares de contexto político e controvérsia pública	Produção institucional e técnico-política complementar	Notas; materiais técnicos; páginas institucionais	IEPS - Qualifica Atenção Básica Recife e outros materiais institucionais complementares efetivamente mobilizados.	2023-2025	Complementar a reconstrução de debates, experiências e reconfigurações territoriais não totalmente apreensíveis apenas pelos atos normativos.
10. Documentos históricos complementares para contextualização	Antecedentes programáticos e sanitários	Plano de governo; relatório histórico; documentos históricos setoriais	O caminho da prosperidade: proposta de plano de governo (Bolsonaro, 2018), quando mobilizado; Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando mobilizado; documentos históricos setoriais citados a partir da literatura, apenas se efetivamente incorporados ao corpus.	Anteriores a 2023	Situar continuidades, inflexões e antecedentes históricos relevantes para a interpretação do ciclo Lula 3.