



Ministério da Saúde  
Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
Departamento de Saúde da Família e Comunidade  
Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade  
Coordenação de Ações Interprofissionais

## NOTA TÉCNICA Nº 1/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS

### RELATÓRIO DE ANÁLISE DE IMPACTO REGULATÓRIO

#### 1. ASSUNTO

1.1. Trata-se de Análise de Impacto Regulatório (AIR) realizada previamente à edição do Programa das Equipes Multiprofissionais (eMulti) da Atenção Primária à Saúde (APS), elaborada no âmbito do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), do Departamento de Saúde da Família e Comunidade (DESCO), da Coordenação-Geral de Saúde da Família e Comunidade (CGESCO) e da Coordenação de Ações Interprofissionais (CAIN).

#### 2. SUMÁRIO EXECUTIVO

2.1. Com o objetivo de atender aos requisitos propostos para a melhoria da qualidade regulatória, em atenção à Lei n.º 13.874, de 20 de setembro de 2019, a qual incorporou a obrigatoriedade de AIR no fluxo do processo de produção de normas regulatórias na Administração Pública Federal, e ao Decreto nº 10.411 de 30 de junho de 2020, que regulamentou normativas referentes à AIR, adotou-se as etapas preconizadas pelos seguintes dispositivos: Diretrizes Gerais e Guia Orientativo para Elaboração de Análise de Impacto Regulatório da Casa Civil (BRASIL, 2018), Manual de Orientações para a execução da Análise de Impacto Regulatório do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), Nota Informativa Nº 4/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa Nº 5/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa Nº 7/2022-CGPN/DGIP/SE/MS, Nota Informativa Nº 8/2022-CGPN/DGIP/SE/MS e a Portaria GM/MS Nº 2.500, de 28 de setembro de 2017.

2.2. Em 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) publicou o “Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?”, em que aponta o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro como um dos maiores do mundo, para a promoção do acesso universal aos serviços e ações de saúde pública (OPAS/OMS, 2018). Nessa perspectiva, a APS configura-se como a porta de entrada desse sistema e como estratégia de saúde pública prioritária para a garantia da continuidade do cuidado. Além disso, possui a missão de ser coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), ou seja, está posicionada estrategicamente numa relação horizontal, contínua, integrada e centro de comunicação da RAS. Para tanto, a APS deve ser munida de tecnologia e de instrumentos que lhe confirmam a capacidade de suprir a complexidade assistencial em observância aos determinantes de risco e vulnerabilidade social.

2.3. O potencial da APS enquanto estratégia central para a sustentabilidade do SUS e de promoção da saúde de todos os povos foi reconhecida pela Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde (ALMA-ATA, 1978). No contexto brasileiro, a Constituição da República Federativa do Brasil (CF) de 1988 estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, assim como instituiu o SUS. A partir da concepção da integralidade do cuidado como diretriz do SUS no inciso II do art. 198 da CF (1988) e dos fundamentos sobre a Política Nacional de Atenção Básica dispostos no Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, considerou-se avaliar a necessidade de promover o acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e o provimento de especialidades para atender às demandas de saúde da população por meio da APS.

2.4. A expectativa ao final deste relatório consiste em apresentar informações e dados enquanto evidências a respeito do problema regulatório identificado, como também descrever a razoabilidade entre os custos, consequências, riscos e benefícios para a população, com a implementação do programa das eMulti na APS. Serão apresentadas as principais análises realizadas, concomitante ao desenvolvimento do programa, que consiste na principal ação regulatória.

2.5. O problema regulatório norteador foi a “Dificuldade de acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e de provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população na APS”. A partir do problema, levantou-se as causas e as consequências associadas.

2.6. Ademais, com intuito de fornecer possibilidades para o enfrentamento da situação-problema, elaborou-se o objetivo geral: “Garantir acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população na APS”. Tanto os objetivos específicos quanto os resultados esperados foram elencados dentro dessa proposta.

2.7. Com base nesse cenário sintetizado, engendrou-se as seguintes estratégias como alternativas de resposta à situação problema:

1. Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS (alternativa regulatória normativa).
2. Publicação do Manual sobre o processo de trabalho das Equipes Multiprofissionais na APS (alternativa regulatória não normativa).
3. Manutenção da Situação Atual (não ação), ou seja, a ausência de intervenção pelo ente federativo federal nas necessidades de integralidade, resolutividade e acessibilidade do cuidado da APS.

2.8. Além da elaboração de tais alternativas apresentadas, identificou-se previamente possíveis consequências para as ações, perpassando os aspectos benéficos e/ou não-benéficos para a saúde da população e, mais especificamente, aos cidadãos que utilizam os serviços de saúde da APS. Ademais, com o intuito de amparar tecnicamente o processo decisório e de promover mais alcance na resolução do problema regulatório — seus impactos e suas consequências —, realizou-se análise comparativa entre as três alternativas.

2.9. A escolha da metodologia específica para aferição da razoabilidade do impacto econômico das eMulti na APS, de que trata o art. 5º da Lei nº 13.874, de 2019, justificou-se no inciso I do art. 7º do Decreto 10.411/2020, no qual foi adotada a Análise Multicritério com método Processo Analítico Hierárquico/Analytic Hierarchy Process (PAH/AHP). Em suma, difundida e utilizada globalmente, a metodologia selecionada se aplica ao contexto de soluções de problemas de estruturas complexas, por meio de análise comparativa entre fatores de julgamentos e pesos de especialistas (PIMENTA et al., 2019).

2.10. O resultado final apontou para a alternativa 1, tal qual “Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS”, que sobressaiu-se às demais alternativas quanto à atribuição de pontuação final.

2.11. Neste documento constam ainda os riscos envolvidos na escolha desta alternativa, assim como um plano detalhado de resposta. Nos itens a seguir, são explanadas as etapas componentes dessa AIR, contendo os elementos sumarizados em atenção ao preconizado na Nota Informativa Nº 7/2022-CGPN/DGIP/SE/MS.

#### 3. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA REGULATÓRIO

3.1. Em síntese, o problema regulatório consiste na “Dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e de provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população”. Para abordar os elementos contidos no problema, dividiu-se a abordagem em dois itens: (i) Perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, no qual se aborda os impactos da transição demográfica e sua transversalidade a outras

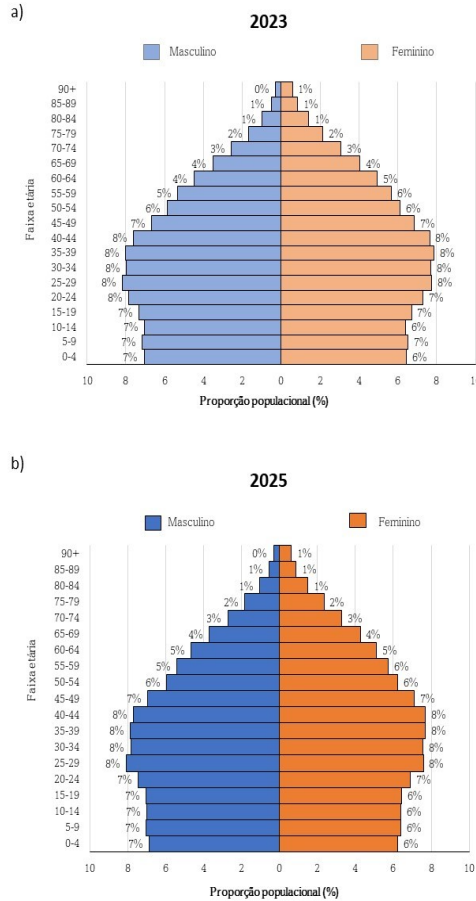
transições; e (ii) Repercussões da implantação da política do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e de sua descontinuidade, no qual se discute o histórico, normativas e resultados desse processo.

**Perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira**

3.1.0.1. A transição demográfica global consiste em um cenário de redução de taxas de fecundidade e mortalidade com, conseqüentemente, aumento da expectativa de vida (ADAM, 2022). A mudança de perfil etário e de fecundidade em uma população pode ser mais lenta ou mais rápida, a depender da situação de desenvolvimento econômico (LEE; NEWMAN, 2023). Por consequência, países em desenvolvimento apresentam um envelhecimento populacional menos acentuado do que países desenvolvidos, com implicações econômicas e de assistência social (BILLARI, 2022; KEATING, 2022).

3.1.0.2. Mundialmente, o número de pessoas idosas deve dobrar de 2021 até 2050, podendo chegar a uma população de 1,6 bilhão (UNITED NATIONS, 2023). Desse total, o Brasil pode figurar com a sexta maior população idosa até 2025 (SCHULER, 2022). De acordo com a projeção populacional divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2025, pessoas com 60 anos ou mais vão representar cerca de 17% da população brasileira, ou seja, mais de 36 milhões de pessoas (Figura 1). Apesar de discretas, as diferenças entre as estruturas etárias dos anos de 2023 a 2025 apontam para o aumento de 1% na faixa etária de 60 a 64 anos para o sexo masculino.

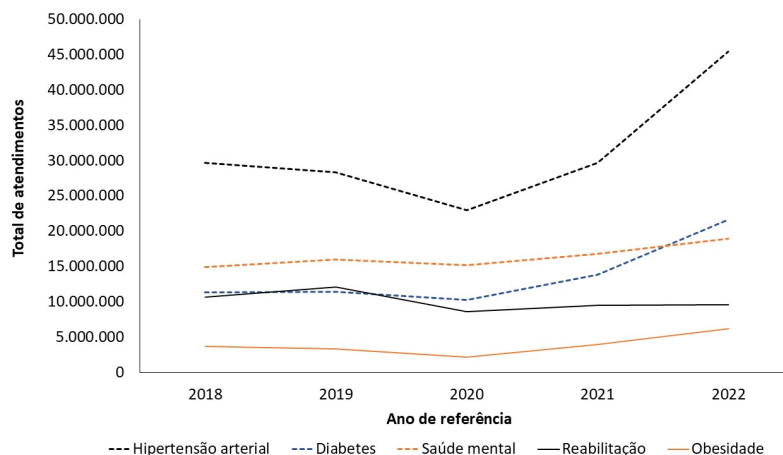
**Figura 1 - Projeção de proporção populacional (%) segundo faixa etária, Brasil, 2023 e 2025**



3.1.0.3. Essa transição demográfica vem acompanhada de uma transição epidemiológica na qual as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de morbimortalidade no país, dentre as quais destaca-se: hipertensão, diabetes, câncer e obesidade (ENGSTROM; SILVA, 2023). Soma-se a isso o fato de que os sistemas de saúde nem sempre apresentam estrutura adequada para garantir acesso, integralidade e continuidade da assistência à saúde (TRINTINAGLIA; BONAMIGO; AZAMBUJA, 2021).

3.1.0.4. O perfil de transição demográfica e epidemiológica da população não passou despercebido pelos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). De acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), as cinco condições mais avaliadas em atendimentos na APS, entre os anos de 2018 a 2022, indicam a predominância e o aumento de atendimentos relacionados à hipertensão arterial, diabetes, saúde mental, reabilitação e obesidade, totalizando cerca de 377 milhões de atendimentos (Figura 2).

**Figura 2 - Distribuição das cinco condições mais avaliadas em atendimentos por serviços de Atenção Primária à Saúde, Brasil, 2018- 2022**



Fonte: SISAB, 2023. Elaboração própria.

Quando se visualiza o comportamento histórico das 10 principais causas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) nos últimos cinco anos, identifica-se declínio entre os anos de 2018 e 2020, mas esse cenário não se sustenta entre os anos de 2020 a 2022, com destaque para as doenças cerebrovasculares e pulmonares (Tabela 1). Esse retrato temporal pode indicar a urgência da organização da APS em torno dessas causas, para oferecer acesso oportuno, prevenir hospitalizações e, conseqüentemente, o óbito. Segundo Santos et al. (2022), doenças cerebrovasculares e angina estão entre as principais causas de internação relacionadas ao acesso oportuno aos serviços de saúde.

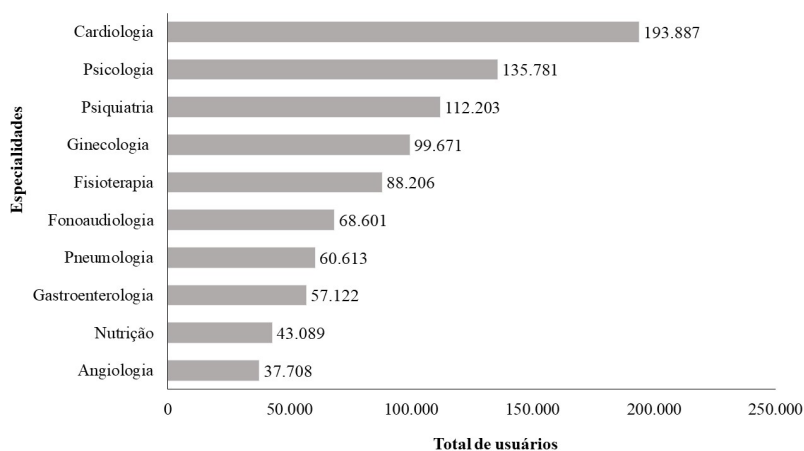
**Tabela 1 - Distribuição das 10 maiores taxas de internações por condições sensíveis à atenção primária, por 10 mil habitantes, e suas respectivas variações percentuais, Brasil, 2018, 2020 e 2022**

Causas	2018	2020	2022*	Variação percentual (2018-2020)	Variação percentual (2020-2022)	Variação percentual (2018-2022)
Doenças cerebrovasculares	9,86	9,13	10,82	-7,37%	18,47%	9,73%
Infecção no rim e trato urinário	11,79	9,03	10,38	-23,41%	14,91%	-11,99%
Insuficiência cardíaca	9,73	7,87	9,61	-19,09%	22,02%	-1,27%
Doenças pulmonares	8,22	3,90	8,27	-52,49%	111,82%	0,63%
Gastroenterites infecciosas e complicações	11,16	6,50	6,88	-41,73%	5,79%	-38,35%
Pneumonias bacterianas	7,74	4,36	6,85	-43,68%	57,12%	-11,50%
Diabetes mellitus	6,01	5,42	5,94	-9,87%	9,69%	-1,14%
Infecção da pele e tecido subcutâneo	6,39	5,02	5,50	-21,47%	9,67%	-13,88%
Angina	5,43	4,32	4,43	-20,43%	2,37%	-18,55%
Asma	4,04	2,13	3,73	-47,44%	75,72%	-7,65%

Fonte: SIH/SUS, 2018-2022. Elaboração própria. \*Dados preliminares. Nota: para o cálculo de variação percentual, utilizou-se:  $(a-b)/b \times 100$ , sendo a: taxa observada no último ano de referência; e b: taxa observada no primeiro ano de referência.

3.1.0.5. A identificação das principais demandas da APS junto às taxas de ICSAP podem sinalizar os principais nós críticos envolvidos na promoção do acesso à saúde pelos serviços. Apesar de a APS apresentar potencial para solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, precisa lidar com desafios no que tange à oferta de assistência à saúde e organização dos sistemas de referência e contrarreferência, que podem impedir a efetivação do cuidado longitudinal do usuário (CARDOSO;ORTIZ, 2022). Um dos reflexos disso pode ser a fila de espera de usuários para obter atendimento junto a especialistas no Sistema de Regulação (SISREG). Até março de 2023, o sistema apontava para mais de 8 milhões de usuários em fila de espera para a realização de consultas e diversos procedimentos (SISREG, 2023). Quando se observa a distribuição das 10 especialidades com a maior quantidade de usuários em fila de espera para consultas, destacam-se as especialidades de cardiologia e psicologia (Figura 3).

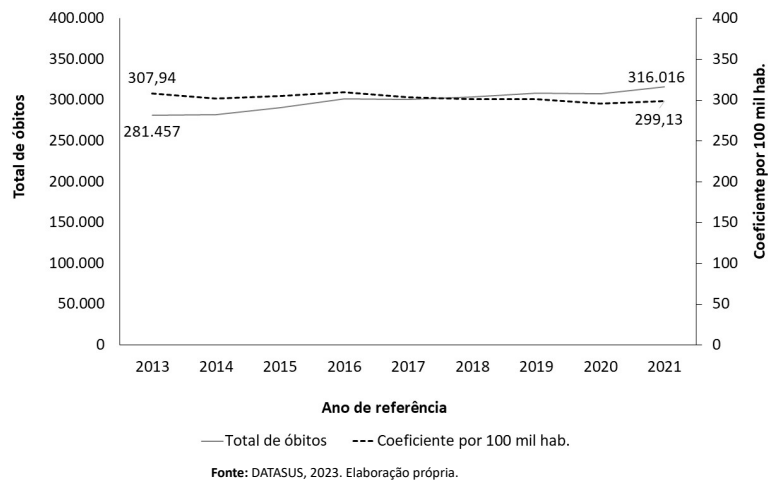
**Figura 3 - Distribuição das 10 especialidades com a maior quantidade de usuários em fila de espera para realização de consulta, Brasil, março de 2023**



Fonte: SISREG, 2023. Elaboração própria.

Soma-se a esse cenário, a tendência de aumento de taxas de mortalidade de portadores de DCNT, que envolve idosos e outras faixas etárias (SILVA; SAFONS, 2022; SZWARCOWALD; STOPA; MALTA, 2022; COSTA et al., 2022). Malta et al. (2019), após a análise de tendências de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por DCNT no período de 2000 a 2013, identificaram que as taxas de mortalidade por essas causas entrariam em declínio no país. No entanto, a série histórica anual do coeficiente desses óbitos por 100 mil habitantes aponta para características visuais de: aumento, de 2014 a 2016; estagnação, de 2017 a 2019; e aumento de 2020 a 2021 (Figura 4).

**Figura 4 - Série histórica anual do total de óbitos e coeficiente de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por 100 mil habitantes por Doenças Crônicas não Transmissíveis, Brasil, 2013-2021**



3.1.0.6. Em um estudo mais recente em capitais brasileiras e Distrito Federal, elaborado por Malta et al. (2023), verificou-se que os coeficientes de mortalidade prematura por DCNT podem estar relacionados com o Índice Brasileiro de Privação (IBP), que identifica níveis de posição socioeconômica em diferentes territórios. Nesse sentido, quanto maior o índice, pior o cenário de mortalidade. Outrossim, as DCNT afetam as populações de modo desigual e alertam para a necessidade de organização dos serviços de saúde em torno dessas causas e de seus determinantes, o que requer a oferta de um cuidado integral e multidisciplinar.

3.1.0.7. Diante do que foi exposto, o SUS demanda o fortalecimento de estratégias já existentes, assim como, a criação de outras para lidar com os alertas dos cenários demográficos e epidemiológicos. Dentre essas estratégias, tem-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), tida como prioritária no Brasil para a expansão da APS, que abarca, inclusive, equipes direcionadas às populações específicas (ribeirinha, fluvial, população em situação de rua, pessoas em medida socioeducativa e privadas de liberdade, e outras).

#### Repercussões da implantação da política do Nasf-AB e da sua descontinuidade

3.1.0.8. Apesar da ESF configurar-se enquanto estratégia prioritária para a assistência à saúde e a garantia da qualidade de vida dos cidadãos brasileiros, nem sempre os incentivos à adesão dessa estratégia e seus arranjos organizacionais de equipes são realizados de modo equânime e continuado. Um desses arranjos seria o do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), instituído por meio da Portaria Nº 154 de 24 de janeiro de 2008, com a finalidade de colaborar com o cumprimento dos atributos da APS, dentre os quais destaca-se a longitudinalidade e a integralidade. Nesse contexto, a essas equipes foram atribuídas competências direcionadas a matriciamento de profissionais; apoio institucional e à gestão; atendimentos individuais, compartilhados e domiciliares; atividades coletivas; e elaboração de materiais educativos, por exemplo (BRASIL, 2014). As equipes também contavam com possibilidades de composição de diferentes categorias profissionais, tais quais: assistente social; profissional de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; sanitarista; e algumas especialidades médicas.

3.1.0.9. Segundo Correia, Goulart e Furtado (2017), entre os anos de 2008 e 2015, o Nasf-AB apresentou aumento de cadastros no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) como um resultado do lançamento da Portaria GM/MS Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o que demonstrou a forte potência indutora do Ministério da Saúde no registro dessas equipes pelos territórios. No ano de 2016, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 1.171, de 16 de junho de 2016, credenciou novas equipes junto a publicação do “Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica: Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica”, devido à Emergência de Saúde Pública de importância internacional (ESPII) de arbovirose por zika vírus (ZKV), responsável por causar uma malformação congênita denominada de microcefalia.

3.1.0.10. Tratando-se de documentos norteadores dos processos de trabalho, entre os anos de 2010 a 2019, o Ministério da Saúde lançou documentos direcionados ao Nasf-AB, intitulados “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família”, “Caderno da AB nº 39 volume I: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do Nasf”, “Fascículo de Práticas Farmacêuticas”, “Fascículo de Reabilitação na Atenção Básica”, “Fascículo de Contribuições dos Nasf para a Atenção Nutricional” e “Fascículo de Saúde mental”, levando-se em conta os cenários epidemiológicos predominantes no país. Soma-se a isso, a realização de cursos sobre apoio matricial na APS com enfoque no Nasf-AB nos anos de 2014, 2015 e 2018. Em todo o território nacional no ano de 2018, essas equipes também participaram do 3º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

3.1.0.11. Esse conjunto de incentivos, gerou resultados em saúde importantes para a saúde pública brasileira. De acordo com Carvalho et al. (2022), o Nasf AB foi responsável pela maior parte da oferta de práticas corporais e atividades físicas coletivas quando em comparação com a estratégia Academia da Saúde e outros arranjos organizacionais da APS entre os anos de 2015 e 2020. Corroborando com essa premissa, Moreira et al. (2020) realizaram um estudo de satisfação dos usuários em seis municípios da Bahia e destacaram que a atividade do Nasf-AB, em especial, as de criação de grupos de atividades em saúde com a população, potencializou o estabelecimento de vínculo com o próprio Nasf-AB e as demais equipes da APS.

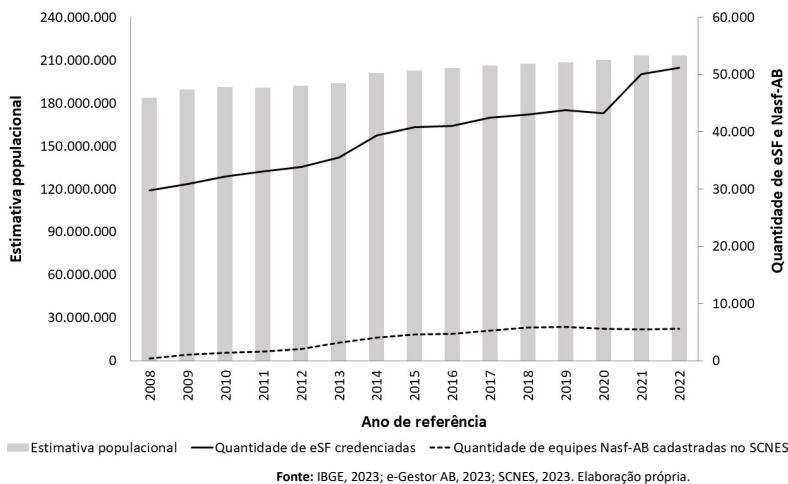
3.1.0.12. Dentre as grandes regiões do país, uma das mais beneficiadas com a criação do Nasf-AB foi a Região Nordeste que, no ano de 2017, apresentava a melhor composição de categorias profissionais e distribuição espacial dessas equipes entre seus estados (SOARES FILHO et al., 2022). Brito et al. (2022), em um estudo a respeito da articulação entre equipes da APS, identificaram que a Região Nordeste apresentou o maior número de equipes Nasf-AB que trabalhavam de forma articulada nos territórios, caracterizando um cenário que contribui para o aumento da resolutividade do serviço.

3.1.0.13. Independentemente de resultados como esses, em outubro de 2019, a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (APS) apresentou um novo modelo de financiamento da APS por meio da Portaria Nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, assim como revogou as normativas que definem os parâmetros e custeio do Nasf-AB: Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação Nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e Seção II do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação Nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

3.1.0.14. Em 28 de janeiro de 2020, publicou-se a Nota Técnica Nº 3/2020- DESF/SAPS/MS, que explica que a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes Nasf-AB e passam a depender da autonomia do gestor municipal mediante o reconhecimento das necessidades da população. Dessa forma, as possibilidades de solicitação de credenciamento foram suspensas, mas isso não configurou-se como um impedimento para que os municípios mantivessem o registro de suas equipes com custeio próprio. Salienta-se, conquanto, que esse arcabouço normativo de descontinuidade influenciou a proporcionalidade entre quantidade de equipes Nasf-AB e equipes de Saúde da Família (eSF) no país.

3.1.0.15. Até dezembro de 2022, o Brasil contava com 5.571 equipes Nasf-AB cadastradas no SCNES e 51.217 eSF cofinanciadas pelo Ministério da Saúde. A variação percentual de credenciamentos de eSF foi igual a 72% entre os anos de 2008 e 2022 no Brasil, enquanto a de registros de equipes do Nasf-AB no SCNES foi maior do que 100% no mesmo período (Figura 5). No entanto, ambas as séries históricas anuais dessas equipes apresentaram características visuais indicativas de invariabilidade durante os anos de 2015 a 2016, ou seja, sem grandes mudanças, com declínio entre os anos de 2019 e 2020. Ressalta-se que, diferentemente da série de credenciamento de eSF, que apresentou aumento após 2020, a de registros de Nasf-AB no SCNES permaneceu com indicativos de declínio.

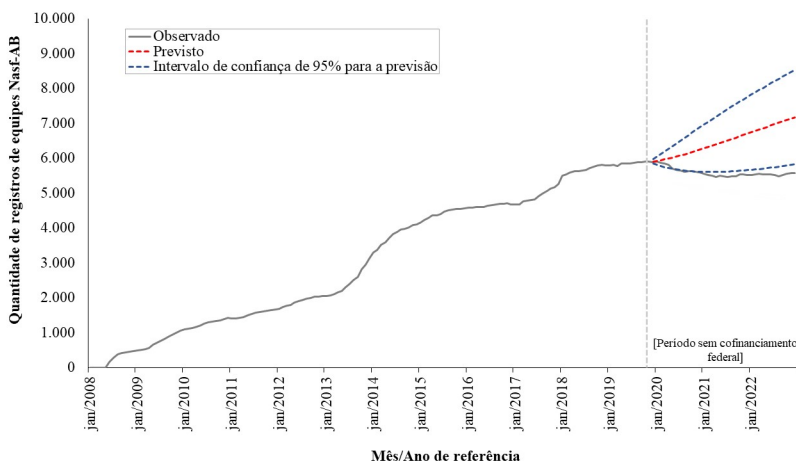
**Figura 5 - Série histórica anual de estimativa populacional, equipes de saúde da família credenciadas e equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2008 a 2022**



Fonte: IBGE, 2023; e-Gestor AB, 2023; SCNES, 2023. Elaboração própria.

3.1.0.16. Ademais, quando se observa a série temporal mensal de registros de equipes Nasf-AB no SCNES com um modelo de previsão contrafactual de série interrompida, nota-se que, após outubro de 2019, mês de publicação da descontinuidade do cofinanciamento federal do Nasf-AB, houve um declínio de registros abaixo do previsto. Verifica-se ainda que o quantitativo de registros dessas equipes teriam chegado, em média, a 7.716 até dezembro de 2022 caso a descontinuidade não tivesse ocorrido (Figura 6).

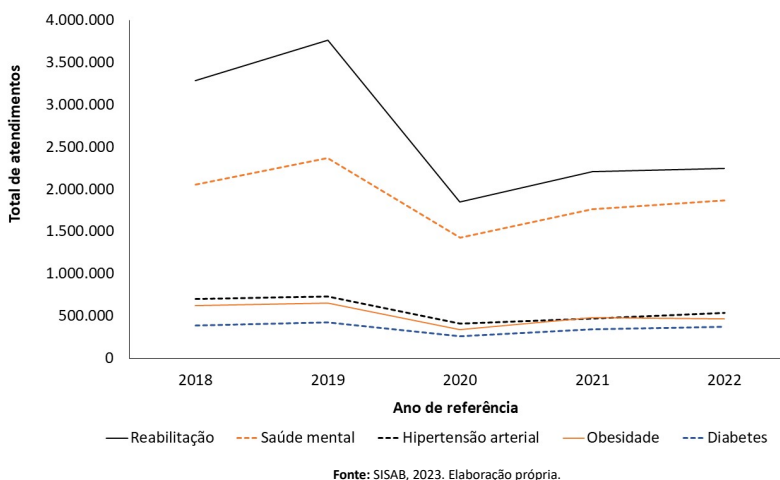
**Figura 6 - Série histórica mensal de registros de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, com modelo de previsão de série interrompida e intervalo de confiança de 95%, Brasil, 2008 a 2022**



Fonte: SCNES, 2023. Elaboração própria.

3.1.0.17. Esse cenário se reflete nos registros de atendimentos dessas equipes. Quando se estratifica a quantidade de atendimentos pelas cinco principais condições avaliadas pelas equipes Nasf-AB, há predominância das mesmas condições atendidas por todos os serviços de APS, apresentadas anteriormente na Figura 2. Entretanto, os atendimentos relacionados à reabilitação são os primeiros na ordem de predominância (Figura 7). O comportamento dos atendimentos, que é cerca de 30 milhões no período observado, é de declínio após o ano de 2019.

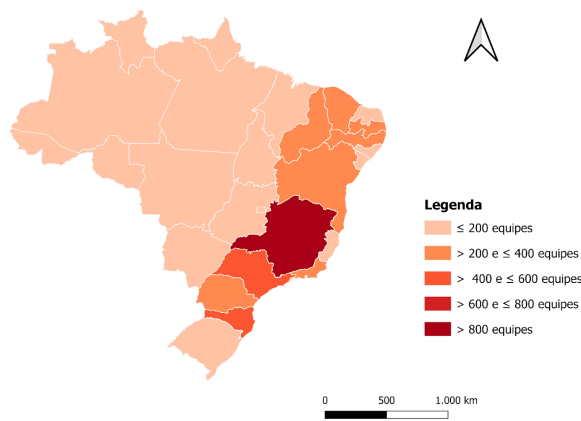
**Figura 7 - Distribuição das cinco principais condições avaliadas em atendimentos pelas equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Brasil, 2018-2022**



Fonte: SISAB, 2023. Elaboração própria.

3.1.0.18. Os efeitos do declínio do número de equipes Nasf-AB influenciaram, inclusive, sua distribuição por UF que, até dezembro de 2022, concentrava-se entre os estados do Nordeste, Sudeste e Sul do país (Figura 8).

**Figura 8 - Distribuição de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde por UF, Brasil, dezembro de 2022**



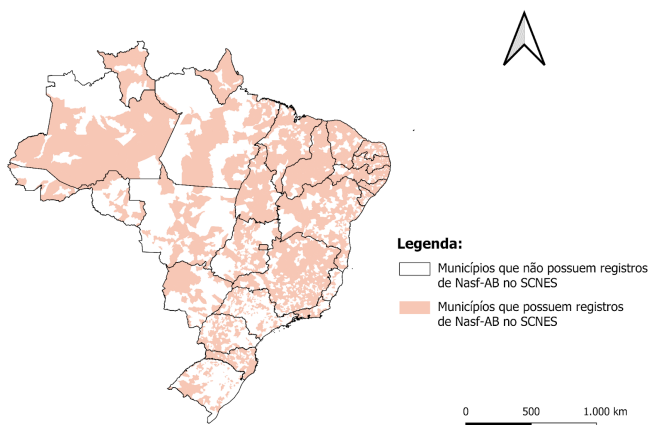
Fonte: SCNES, 2023. Elaboração própria.

3.1.0.19. Como a Nota técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS deixou a critério do gestor municipal o arranjo de suas equipes multiprofissionais, alguns estados optaram pela criação ou manutenção de incentivos estaduais para promover a permanência do Nasf-AB. Por exemplo, o Estado do Rio de Janeiro, ao final do ano de 2019, criou o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde (PREFAPS) e incluiu o Nasf-AB no rol de equipes financiadas (SES/RJ, 2019). O Distrito Federal também manteve subsídios financeiros para as equipes por meio de sua Política Distrital de Atenção Primária, junto às portarias de regulamentação, tais quais SES Nº 489/2018 e SES Nº 496/2018 (SES/DF, 2022).

3.1.0.20. Do mesmo modo, Santa Catarina, de 2013 a 2021, contava com incentivo estadual para o cofinanciamento do Nasf-AB por meio da Deliberação 440/CIB/2013 e considerava os arranjos de equipes do Ministério da Saúde (SES/SC, 2013). Em 2021, o estado manteve o cofinanciamento junto aos seus municípios por meio da Deliberação 136/CIB/2021, porém com novas delimitações de repasses financeiros e arranjos de equipes (SES/SC, 2021). Embora positivos, esses exemplos denotam a existência de disparidades regionais e socioeconômicas entre as UF, no que concerne ao empreendimento de esforços políticos mediante a descontinuidade do cofinanciamento federal.

3.1.0.21. As equipes Nasf-AB estão presentes em 3.493 municípios, ou seja, em cerca de 63% dos municípios do país. Quando se observa essa característica por distribuição espacial, verifica-se que grandes áreas da Amazônia Legal não contam com este serviço (Figura 9).

**Figura 9 - Identificação espacial de municípios que contêm equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, Brasil, dezembro de 2022**



Fonte: SCNES, 2023. Elaboração própria.

3.1.0.22. Esse cenário corrobora com os achados de Fausto et al. (2021) que, em um estudo sobre sustentabilidade da APS em territórios rurais remotos na Amazônia, identificaram que os gestores municipais enfrentam desafios quando na organização das equipes da APS, o que resulta na existência de áreas sem nenhuma cobertura assistencial, a despeito do entendimento de que o Nasf-ASB colabora para a ampliação dessa cobertura. Nesse sentido, situações de descontinuidade no cofinanciamento podem promover a permanência ou piora deste quadro.

#### 4. IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES E GRUPOS AFETADOS

4.1. Diante do problema regulatório a respeito da dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e de provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população, observa-se o afetamento direto e indireto, em maior ou menor grau, dos seguintes indivíduos, setores, entidades e/ou unidades organizacionais:

- Cidadãos e/ou usuários dos SUS: São os principais atores afetados diretamente pela oferta das ações e serviços de saúde, tanto quanto ao usufruto dos benefícios como também são os primeiros prejudicados pela descontinuidade ou disfuncionalidade sistêmica da RAS (BRASIL, 2020; OPAS/OMS, 2018; ARAKAWA, 2012; FONTENELLE et al., 2019; SANTOS et al., 2023; FAUSTO et al., 2014; FRANCO et al., 2023).
- Entes federativos do SUS (Conforme a composição do sistema político federativo do Brasil, as três esferas do Governo estão entre os grupos afetados, União, Estado e Municípios. A gestão federal da saúde é realizada pelo Ministério da Saúde. O governo federal é o principal cofinanciador da rede pública de saúde, responsável pela formulação, avaliação e elaboração de políticas nacionais de saúde. A gestão estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Isto porque coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os Municípios são responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado (BRASIL, 2022; MELO et al., 2018; MORISINI et al., 2018; SETA et al., 2021; MASSUDA et al., 2021; AGUIAR et al., 2023).

- Conselhos e Comissões: Compõem os grupos afetados as diversas esferas de pactuação para a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados na RAS: o Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde (CONASEMS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), a Comissão Intergestores Bipartites (CIB), a Comissão Intergestores Tripartites (CIT) e demais comissões e conselhos que desenvolvam atividades relacionadas à saúde pública (MARTINELLI et al., 2023).
- Profissionais de Saúde, Conselhos Profissionais e Associações de profissionais de saúde: São atores afetados diretamente, pois participam ativamente de todos os processos envolvidos nas decisões, gestão, organização dos serviços e assistência. Os profissionais de saúde, assim como os cidadãos do SUS, fazem parte dos grupos com maior sensibilidade ao impacto das políticas públicas (FERNANDEZ et al., 2021; GOMES, 2020; VEIGA et al., 2023).
- Instituições de Ensino e Pesquisa: São atores afetados direta e indiretamente, pois acompanham as políticas públicas para aprimoramento e atualização da formação profissional e também para o desenvolvimento das pesquisas científicas sobre saúde pública, mapeamento de resultados e análise da efetividade das ações. Cabe ressaltar que houve crescimento exponencial de estudos sobre a APS após a publicação da PNAB em 2006 (FLOR et al 2023).

## 5. IDENTIFICAÇÃO DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

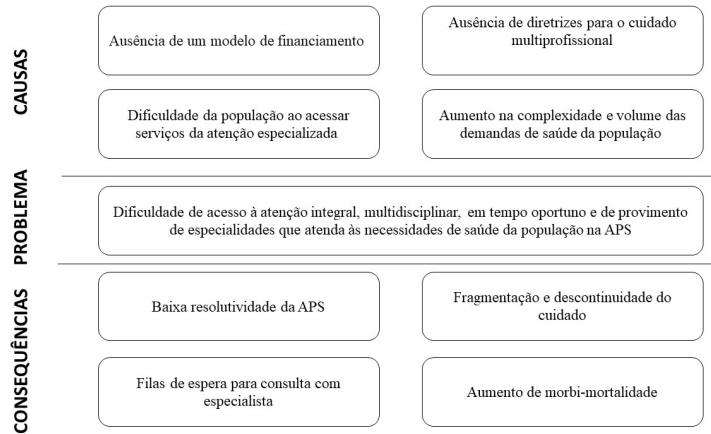
5.1. A seguir, sintetizou-se os principais dispositivos legais, ordenados temporalmente, que amparam quanto à regulamentação a que se propõe nesta AIR, em conformidade com a busca de consecução da operacionalização dos atributos da APS e dos seus princípios: (a) Universalidade, b) Equidade; e c) Integralidade; e das diretrizes da APS: (a) Regionalização e hierarquização, b) Territorialização, c) População adscrita, d) Cuidado centrado na pessoa, e) Resolutividade, f) Longitudinalidade do cuidado, g) Coordenação do cuidado, h) Ordenação da rede, e i) Participação da comunidade.

- Constituição da República Federativa do Brasil (CF) de 1988 que, em seu artigo 196, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado.
- Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências).
- Portaria Nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007 (regulamenta o financiamento e a transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle).
- Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF).
- Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde).
- Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências).
- Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011 (redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)).
- Portarias Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)).
- Lei complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012 (regulamenta o § 3º do art. 198 da CF para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo).
- Portaria Nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012 (Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências). Portaria de Consolidação GM/MS Nº 1/2017 (consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde).
- Portaria de Consolidação GM/MS Nº 2/2017 (consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde).
- Portaria de Consolidação GM/MS Nº 3/2017 (consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde).
- Portaria de Consolidação GM/MS Nº 4/2017 (consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde).
- Portaria de Consolidação GM/MS Nº 5/2017 (consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde).
- Portaria de Consolidação GM/MS Nº 6/2017 (consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde).
- Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde).
- Portaria Nº 2.983, de 11 de novembro de 2019 (institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação Nº 5/GM/MS e Nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017).
- Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 (Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 e revoga as normas que definem os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e Seção II do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017).
- Portaria de Consolidação Nº 1, de 02 de junho de 2021 (Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde).

## 6. DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS A SEREM ALCANÇADOS

6.1. A partir do problema regulatório supracitado, pretende-se intervir de forma a contribuir com sua resolutividade/minimização. Dessa forma, conforme demonstrado na Figura 10, elaborou-se o objetivo geral "Garantir acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e provimento de especialidades que atendam às necessidades de saúde da população na APS".

**Figura 10 - Diagrama do problema regulatório, com suas causas e consequências**



Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

6.2. Os objetivos específicos correlacionados são:

- Fornecer um modelo de financiamento com oferta de incentivo de custeio por parte do governo federal para equipes multiprofissionais na APS;
- Disponibilizar diretrizes para as equipes multiprofissionais ampliarem a capacidade de resposta da APS aos problemas de saúde;
- Ampliar o escopo de práticas de cuidado na APS, que inclua a abordagem multi e interprofissional;
- Ampliar o escopo de profissionais que podem compor as equipes multiprofissionais da APS.

6.3. Os resultados esperados são:

- Escopo de práticas de cuidado e de profissionais atuantes na APS ampliadas;
- Integralidade da atenção à saúde e articulação na RAS;
- Redução da filas de espera para consulta com especialista na APS.

7. **DESCRIÇÃO DAS ALTERNATIVAS POSSÍVEIS E SEUS IMPACTOS**

7.1. O processo de desenvolvimento de possíveis alternativas e estratégias para contenção do problema regulatório iniciou-se com a instituição do Departamento de Saúde da Família e Comunidade (DESCO) na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) por meio do Decreto Nº 11.358, de 1 de janeiro de 2023, e mais especificamente com a instituição da Coordenação de Ações Interprofissionais (CAIN), por meio da Portaria Nº 203, de 1º de Março de 2023, que alterou a estrutura organizacional do Ministério da Saúde. A partir dessa composição, os profissionais da CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS elencaram as alternativas apresentadas a seguir:

1. Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS.
2. Publicação do Manual Técnico sobre o processo de trabalho das Equipes Multiprofissionais na APS.
3. Manutenção da Situação Atual (Não ação): Ausência de intervenção pelo ente federativo federal nas necessidades de integralidade, resolutividade e acessibilidade do cuidado da APS.

7.2. Para tanto, adotou-se Metodologia 5W2H para análise das alternativas, conforme orientado pelo Manual de Avaliação de Políticas Públicas/ Guia prático de análise ex ante (IPEA, 2018). Nos Quadros 1, 2 e 3, estão descritas as alternativas segundo a análise da matriz 5W2H.

**Quadro 1 - Matriz 5W2H da alternativa 1: Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS**

Alternativa	Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais
O quê (What)	Criação de uma Programa que dispõe sobre eMulti na APS
Por que (Why)	Responsabilidade tripartite de garantir acesso, integralidade e continuidade do cuidado
Onde (Where)	Atenção Primária à Saúde.
Quem irá fazer (Who)	CAIN/DESCO/SAPS/MS + áreas finalísticas.
Quando será feito (When)	Junho/2023.
Como (How)	Minuta de Portaria alinhada internamente no MS com as áreas finalísticas envolvida
Quanto custará (How much)	R\$ 871.266.000,00 (2023) e R\$ 1.540.914.000,00 (2024).

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

**Quadro 2 - Matriz 5W2H da alternativa 2: Publicação do Manual Técnico sobre o processo de trabalho das Equipes Multiprofissionais na APS**

Alternativa	Publicação do Manual Técnico sobre o processo de trabalho das Equipes Multiprofissionais
O quê (What)	Disponibilização de material de capacitação dos gestores sobre organização do processo de trabalho
Por que (Why)	Suporte aos entes federativos para efetividade do trabalho das equipes multiprofissionais
Onde (Where)	Atenção Primária à Saúde.
Quem irá fazer (Who)	CAIN/DESCO/SAPS/MS + áreas finalísticas.
Quando será feito (When)	Junho/2023.
Como (How)	Elaboração do Manual pela CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Divulgação do Manual de forma a oferecer suporte desde o início. Capacitações programadas de apoio aos gestores.
Quanto custará (How much)	R\$ 3 milhões/ano.



**Quadro 3 - Matriz 5W2H da alternativa 3: Manutenção da Situação Atual (Não ação)**

Alternativa	Manutenção da Situação Atual (Não ação).
O quê (What)	Ausência de intervenção pelo ente federativo federal nas necessidades de integralidade, resolutividade
Por que (Why)	Alternativa obrigatória na composição da AIR.
Onde (Where)	Não se aplica.
Quem irá fazer (Who)	Ministério da Saúde.
Quando será feito (When)	Não se aplica.
Como (How)	Não se aplica.
Quanto custará (How much)	Não se aplica.

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

7.3. Após elaboração das alternativas com base na matriz 5W2H, procedeu-se para a análise de cada uma das alternativas identificando-se os impactos positivos (benefícios) e negativos (custos) para cada uma das alternativas. O Quadro 4 apresenta o impacto das alternativas.

**Quadro 4 - Impacto das alternativas**

Alternativa	Impactos positivos (benefícios)	Impactos negativos (custos)
Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS.	Amplia o acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população na APS. Cofinanciamento federal para custeio de equipes e profissionais.	Custo elevado para oferta do Programa das Equipes Multiprofissionais na APS.
Publicação do Manual Técnico sobre o processo de trabalho das Equipes Multiprofissionais na APS.	Auxilia os gestores no entendimento de como oferecer para a sua população um Programa que amplia sua capacidade de atender às necessidades de saúde da população na APS.	Baixo efeito sobre: o acesso a determinadas categorias de profissionais da saúde, sobre a redução de filas e sobre as taxas de morbimortalidade.
Manutenção da Situação Atual (Não ação).	Não modifica os processos já existentes.	Vazios assistenciais na APS, consequente aumento de custo na atenção especializada.

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

**8. MAPEAMENTO DA EXPERIÊNCIA NACIONAL E INTERNACIONAL**

8.1. As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico com aumento da expectativa de vida da população elevam a prevalência de doenças crônicas e degenerativas. Essas modificações sociodemográficas demandam maior complexidade nos cuidados de saúde e, consequentemente, maiores custos para o sistema de saúde. Torna-se necessário redesenhar novos modelos assistenciais que promovam cuidado com qualidade e segurança prestado à população (GOH; ECCLES, 2009; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

8.2. Em diferentes países, a dinâmica da oferta de serviços providos por especialistas focais para o atendimento individual, interconsultas ou teleinterconsultas com os profissionais da rede de atenção primária tem sido evidenciada com êxito na literatura, comprovando a sua resolutividade na qualificação dos encaminhamentos para atenção especializada, como também, para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Esses resultados podem ser observados no estudo de ensaio clínico randomizado controlado de Maia et al. (2021), sobre o efeito do apoio especializado na saúde de idosos atendidos na atenção primária, segundo as dimensões de fragilidade mensuradas pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional - 20 (IVCF-20). Dentre seus principais resultados, a oferta de ações técnicas pedagógicas e clínico-assistenciais pelo especialista em geriatria em conjunto com a equipe de saúde da família, localizada no norte de Minas Gerais, Brasil, tiveram repercussões positivas para melhorar ou mitigar repercussões negativas na funcionalidade e qualidade de vida dos idosos.

8.3. Outro aspecto importante é a inserção do farmacêutico na equipe multiprofissional para oferecer a melhoria da segurança dos medicamentos, em vista do envelhecimento, da multimorbidade, do aumento da polifarmácia e vulnerabilidade social e a forma como confrontam as decisões relacionadas à prescrição durante o atendimento. Isso evidencia a necessidade de garantir a assistência farmacêutica nos serviços de atenção primária para apoio da eSF na decisão clínica, para auxiliar no tratamento de diferentes condições de saúde (WHITE ET AL., 2022). É notório que novas estratégias de cuidado e assumir o protagonismo na mudança de paradigmas na atenção à saúde no SUS poderá tornar a APS mais qualificada e com mais recursos, de modo a proporcionar uma assistência de qualidade e segura a toda população brasileira (MENDES, 2011).

8.4. Tratando-se do uso de tecnologias na APS, em revisão sistemática e meta-análise que abordam o uso da telemedicina nos serviços de saúde para o tratamento de feridas crônicas, reabilitação cardíaca, cuidados paliativos, ginecologia, fisioterapia e de psiquiatria, as pesquisas demonstram que as tecnologias digitais podem promover o aumento do acesso aos serviços especializados, melhorar as condições de vida, especialmente aos pacientes que enfrentam barreiras geográficas e econômicas para acesso ao cuidado em saúde (O'KEEFE ET AL., 2021; ZICVHKE ET AL., 2021; WONGVIBULSIN ET AL., 2021; FORTNEY ET AL., 2021; MURUGESU ET AL., 2020; NOIJER ET AL., 2020; NASLUND ET AL., 2020; CHEN ET AL., 2020; JASMINE, 2018).

8.5. Ao cabo, tendo como base essas premissas, a incorporação de outras especialidades na APS através de equipes multidisciplinares são elementos chaves para incorporar novas abordagens de cuidado, aumentar o acesso aos serviços especializados, de maneira longitudinal e coordenada. Isso pode favorecer a prática de colaboração interprofissional entre o especialista e a eSF, tendo como resultado a melhoria do desempenho dos serviços de saúde e na qualidade de vida da população.

**9. COMPARAÇÃO DAS ALTERNATIVAS CONSIDERADAS**

9.1. Com o objetivo de comparar as alternativas elaboradas, utilizou-se o método PAH/AHP, por meio de análise multicritério. Esta análise quantitativa caracteriza-se pela comparação de alternativas com base em critérios que podem nortear a tomada de decisão diante de um problema regulatório (REIS; SCHRAMM, 2022). Suas vantagens se encontram no fato de que considera a natureza dos critérios em uma escala de avaliação e, as desvantagens, no fato de que nem sempre seus resultados refletem a natureza do problema de decisão.

9.2. Para a aplicação da análise multicritério com o método AHP, é preciso atribuir pesos para critérios e pontuar alternativas com base em cada critério no alcance de um objetivo. No contexto da AIR, entende-se enquanto critérios os requisitos básicos para a implementação de uma ação. Por exemplo, se há o objetivo de fortalecimento da ESF no Brasil, um dos critérios para que isso seja alcançado seria a disponibilidade orçamentária para o credenciamento de equipes. No que concerne às alternativas para o alcance do objetivo, ainda mediante a este objetivo de fortalecimento da ESF no Brasil, dentre as alternativas possíveis para o Ministério da Saúde, poderia-se citar: 1) a publicação de portarias de credenciamento; 2) a elaboração de ações de educação permanente e continuada e; 3) nenhuma ação (ou seja, sem interferência federal). Destaca-se que a ausência de intervenção também consiste em uma alternativa.

9.3. Tratando-se de critérios e alternativas, no método AHP, os mesmos podem ser avaliados de forma paritária para a atribuição de pesos. Sendo assim, os avaliadores respondem a perguntas como "Qual o grau de importância de um critério em detrimento de outro?" e "Qual o grau de importância de uma alternativa em detrimento de outra, considerando-se determinado critério?".

9.4. No que concerne ao objetivo proposto nesta AIR, tal qual "Garantir acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população na APS", identificou-se os seguintes critérios:

1. Fornecer um modelo de financiamento com oferta de incentivo de custeio por parte do governo federal para equipes multiprofissionais na APS.
2. Disponibilizar diretrizes para as equipes multiprofissionais ampliarem a capacidade de resposta da APS aos problemas de saúde.
3. Estimular a ampliação do escopo de práticas de cuidado na APS, que inclua a abordagem multi e interprofissional.

9.5. Estabeleceu-se ainda as seguintes alternativas:

1. Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS (alternativa regulatória normativa).
2. Publicação do Manual sobre o processo de trabalho das Equipes Multiprofissionais na APS (alternativa regulatória não normativa).
3. Manutenção da Situação Atual (não ação), ou seja, a ausência de intervenção pelo ente federativo federal nas necessidades de integralidade, resolutividade e acessibilidade do cuidado da APS.

9.6. A partir desse entendimento, elaborou-se um questionário para julgamento de critérios e pesos com 10 questões estruturadas, assim como aplicou-se um piloto a cinco colaboradores do DESCO/SAPS/MS. Após validação da proposta do instrumento, obteve-se a resposta de 32 colaboradores do DESCO/SAPS/MS. Primeiramente, atribuiu-se pesos aos critérios definidos e obteve-se o resultado abaixo, a partir da média ponderada de respostas dos participantes, normalizada em uma escala de 0 a 1:

**Quadro 5 - Resultado da avaliação dos critérios estabelecidos**

<b>Crítérios</b>	<b>1. Fornecer um modelo de financiamento com oferta de incentivo de custeio por parte do governo federal para equipes multiprofissionais na APS</b>	<b>2. Disponibilizar diretrizes para as equipes multiprofissionais ampliarem a capacidade de resposta da APS aos problemas de saúde</b>	<b>3. Estimular a ampliação do escopo de práticas de cuidado na APS, que inclua a abordagem multi e interprofissional</b>
<b>Pesos</b>	0,39	0,27	0,34

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

9.7. Em sequência, cada participante avaliou e pontuou o grau de importância de uma alternativa em detrimento de outra, obtendo-se a média dos resultados normalizados em uma escala de 0 a 1:

**Quadro 6 - Resultado da avaliação das alternativas estabelecidas**

<b>Matriz de avaliação (alternativas e critérios)</b>	<b>1. Fornecer um modelo de financiamento com oferta de incentivo de custeio por parte do governo federal para equipes multiprofissionais na APS</b>	<b>2. Disponibilizar diretrizes para as equipes multiprofissionais ampliarem a capacidade de resposta da APS aos problemas de saúde</b>	<b>3. Estimular a ampliação do escopo de práticas de cuidado na APS, que inclua a abordagem multi e interprofissional</b>
Alternativa 1: Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS	0,51	0,44	0,42
Alternativa 2: Publicação do Manual Instrutivo do Programa das Equipes Multiprofissionais na APS	0,37	0,42	0,40
Alternativa 3: Manutenção da situação atual (ausência de intervenção federal)	0,12	0,14	0,18

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

9.8. Por fim, aplicou-se os pesos à cada grau de importância das alternativas avaliadas em uma escala de 0 a 1:

**Quadro 7 - Resultado da pontuação final das alternativas avaliadas**

<b>Matriz de avaliação (alternativas e pontuação final)</b>	<b>Pontuação final</b>
Alternativa 1: Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS	0,46
Alternativa 2: Publicação do Manual Instrutivo do Programa das Equipes Multiprofissionais na APS	0,39
Alternativa 3: Manutenção da situação atual (ausência de intervenção federal)	0,15

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

9.9. De acordo com este resultado final, a análise multicritério levou à escolha da alternativa 1: Publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS (alternativa regulatória normativa).

## 10. PROCESSOS DE RECEBIMENTO DE SUBSÍDIOS DE INTERESSADOS

10.1. Com o intuito de compreender as demandas e opiniões dos atores afetados, realizou-se a sistematização das manifestações públicas dos setores, entidades e/ou unidades organizacionais e das dúvidas e reclamações realizadas pelos cidadãos/usuários do SUS nos canais institucionais (Ouvidoria, SAC), no que diz respeito ao problema regulatório norteador deste documento, bem como suas causas e consequências. No Quadro 8, expõe-se, por meio de pesquisa documental, manifestações públicas a respeito da temática.

**Quadro 8 - Sistematização de manifestações públicas em defesa da manutenção e investimentos para as equipes NASF-AB**

<b>Ano</b>	<b>Assunto</b>	<b>Setor/Entidade/Unidade Organizacional</b>	
2017	Moção de Repúdio: Não ao desmonte da Atenção Básica incluindo as equipes NASF-AB.	Associação Brasileira de Enfermagem.	<a href="https://www.abenrio.com.br/single-post/2017/Cb%C3%A1sica">https://www.abenrio.com.br/single-post/2017/Cb%C3%A1sica</a>

2018	A garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, de disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados, e de materiais e insumos suficientes à atenção à saúde prestada para a realização da prática profissional na Atenção Básica.	Sindicato dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco.	<a href="https://www.sinfitope.org.br/single-post/2018/condi%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho">https://www.sinfitope.org.br/single-post/2018/condi%C3%A7%C3%B5es-de-trabalho</a>
2019	Nota de repúdio - demissão de profissionais das equipes NASF-AB e de Consultório na Rua foram extintos nos serviços de Camaragibe.	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (AL/PE/PB/RN).	<a href="https://www.crefito1.org.br/noticias/5871/nota-">https://www.crefito1.org.br/noticias/5871/nota-</a>
2019	CFN emite nota sobre portaria que possibilita a extinção do Nasf.	Conselho Federal de Nutricionistas.	<a href="https://www.cfn.org.br/index.php/noticias/cfn-e">https://www.cfn.org.br/index.php/noticias/cfn-e</a>
2019	Relatório 16ª Conferência Nacional de Saúde	Conselho Nacional de Saúde.	<a href="https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/16">https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/16</a>
2020	Abaixo assinado contra a extinção das equipes NASF.	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região (BA)	<a href="https://crefto7.gov.br/abaixo-assinado-contra-o">https://crefto7.gov.br/abaixo-assinado-contra-o</a>
2020	Fim do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e Programa Previne Brasil.	Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde.	<a href="https://www.sindsaude.com.br/fim-do-nucleo-a">https://www.sindsaude.com.br/fim-do-nucleo-a</a>
2020	Nota técnica divulgada pelo Ministério da Saúde confirma extinção do incentivo financeiro ao NASF (AB), que não terá mais equipes credenciadas, deixando incertezas em relação à continuidade do modelo que amplia e qualifica o atendimento na ponta.	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio/Fiocruz.	<a href="https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportage">https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportage</a>
2020	NASF-AB é extinto pelo Ministério da Saúde e aprofunda desequilíbrio no setor.	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (MG).	<a href="https://crefto4.org.br/site/2020/01/31/nasf-ab-">https://crefto4.org.br/site/2020/01/31/nasf-ab-</a>
2020	A nota técnica nº3 do Ministério da Saúde extinguiu o modelo de tratamento integrado do NASF (AB), sem apresentar uma proposta que o substituiu. Na tentativa deliberada de desmontar o Sistema Único de Saúde, SUS, quem sofre e perde o direito à saúde é a população.	Instituto Brasileiro Sou Enfermagem.	<a href="https://www.souenfermagem.com.br/noticias/tr">https://www.souenfermagem.com.br/noticias/tr</a>
2020	"Por meio de mera "Nota Técnica", o Ministério da Saúde eliminou, na prática, núcleos multidisciplinares de qualificação da Saúde da Família."	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.	<a href="https://cebes.org.br/ministerio-da-saude-elimini">https://cebes.org.br/ministerio-da-saude-elimini</a>
2020	CFESS se posiciona contra a extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf).	Conselho Regional de Serviço Social (SC).	<a href="http://cress-sc.org.br/2020/03/02/cfess-se-posit">http://cress-sc.org.br/2020/03/02/cfess-se-posit</a>
2020	Novo financiamento da Atenção Básica: possíveis impactos sobre o NASF-AB.	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.	<a href="https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-ate">https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-ate</a>
2020	Carta Aberta contra o desmonte do NASF.	Profissionais de diversas categorias, do NASF e da atenção básica, associações profissionais, coletivos, entidades de classes e usuários do SUS.	<a href="https://cms.campinas.sp.gov.br/sites/cms.campi%20v%20sem%20assinaturas.pdf">https://cms.campinas.sp.gov.br/sites/cms.campi%20v%20sem%20assinaturas.pdf</a>
Sem identificação de data de manifestação	Nota de repúdio à ameaça de desmonte da Rede de Atenção Psicossocial - A falta de investimento nas unidades de atenção básica com a redução e/ou extinção de equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).	Redes da Maré.	<a href="https://www.redesdamare.org.br/en/artigo/201">https://www.redesdamare.org.br/en/artigo/201</a>
2022	Carta Manifesto em Defesa do NASF.	Associação Brasileira de Saúde Coletiva.	<a href="https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congre">https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congre</a>
2022	Relatório Final Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular de Saúde - Frente Pela Vida.	-Associação Brasileira de Economia da Saúde -Associação Brasileira de Saúde Coletiva. -Associação Rede Unida Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. -Sociedade Brasileira de Bioética. -Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.	<a href="https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/21">https://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/21</a>

10.2. Conforme ilustrado no Quadro 8, entidades e movimentos se posicionaram contrárias à descontinuidade do cofinanciamento das equipes Nasf-AB e demandaram, em diversos documentos, a retomada das equipes, assim como a qualificação e ampliação destas. A manifestação dos atores afetados corrobora com as evidências que apontam a "dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e de provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população" como problema norteador.

10.3. Para além disso, o desenvolvimento do programa das eMulti na APS com intuito de preservação da participação social e de diversos atores do cenário, a CAIN desenvolveu as seguintes atividades, reuniões, oficinas e eventos sumarizados no Quadro 9. Foram produzidas Memórias de Reuniões em formato de relatórios executivos e lista de frequência inseridas no processo SEI Nº 25000.060853/2023-26.

**Quadro 9 - Sistematização de memórias de atividades para o desenvolvimento do programa das eMulti pela CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS**

DATA	PAUTA	PROTOCOLO DE ACESSO
01/02/2023	Reunião com participação do secretário da SAPS, secretário adjunto da SAPS, diretora do DESCO, coordenador da CGESCO e coordenadora da Cain para alinhamento da proposição do modelo de programa de equipes multiprofissionais/APS.	(0033365476)
09/02/2023	Reunião com CONASEMS e DESCO, CGESCO e CAIN para conhecimento da experiência das equipes multiprofissionais do Paraná e debater sobre possibilidades para o novo modelo federal.	(0033365560)
27/02/2023	Reunião com CGPROJ para alinhamento da demanda de desenvolvimento de funcionalidades do eSUS APS para as equipes multiprofissionais/APS.	(0033367292)
01/03/2023	Reunião com Fiocruz para conhecimento da experiência do Tele Psiquiatria e debate sobre potencialidades e desafios do uso de telessaúde pelas equipes multiprofissionais/APS.	(0033365685)
1/03 e 02/03/23	Oficina de aprofundamento sobre a experiência da Autorregulação Formativa Territorial para pensar a organização do processo de trabalho das equipes multiprofissionais através do e-SUS APS.	(0033367347)
09/03/2023	Reunião sobre a experiência do Telessaúde Brasil Redes e discussão sobre as possibilidades de atuação de equipes multiprofissionais/APS.	(0033365796)
14/03/2023	Reunião para simulação do impacto orçamentário do retorno do financiamento federal das equipes multiprofissionais/APS.	(0033367410)
14/03/2023	Reunião sobre o uso de ambientes modulares na saúde e possibilidades e oferta como infraestrutura para equipes multiprofissionais/APS.	(0033367383)
20/03/2023	Reunião com CGAEP (coordenações e equipe técnica) com a finalidade de discussão para alteração da descrição do SIGTAP de matriciamento de equipes da atenção básica.	(0033365899)
21/03/2023	Reunião sobre a experiência do Teleatendimento e atuação das equipes multiprofissionais com o Projeto TEIAS de Campo Grande/MS.	(0033367454)
23/03/2023	Reunião com GT e-SUS e CAIN (coordenação e equipe técnica) para elaboração da proposta de atualização do sistema de informação.	(0033367478)
30/03/2023	Reunião com CPLAD acerca de alinhamento sobre dimensionamento de equipes NASF.	(0033367519)
04/04/2023	Reunião com GT e-SUS e CAIN acerca de funcionalidades necessárias para eMulti no PEC.	(0033367547)
06/04/2023	Reunião com GT e-SUS e CAIN com a finalidade de ajuste ou criação de novas funcionalidades no PEC para eMulti e proposta de fluxograma do sistema de forma a comparar ao fluxograma de processo de trabalho.	(0033367582)
10/04/2023	Diálogo sobre o cuidado farmacêutico na APS (CAIN e CGCOC).	(0033367607)
11/04/2023	Reunião sobre pactuação e discussão de elaboração da AIR da equipe multi e da Rede Cegonha (DGCI/SAPS).	(0033365995)
12/04/2023	1ª Reunião de apoio do DGIP para elaboração da AIR (CAIN e CGIP).	(0033366050)
13/04/2023	2ª Reunião com CAIN e DGIP sobre da elaboração da AIR.	(0033366128)
17/04/2023	3ª Reunião Cain e DGIP acerca da elaboração da AIR.	(0033366321)
17/04/2023	Reunião da Apresentação da proposta das emulti para CONASEMS, com debates e alinhamentos acerca de melhorias e sugestões.	(0033367647)
19/04/2023	4ª Reunião com Cain e DGIP sobre a elaboração da AIR.	(0033366441)
20/04/2023	Reunião com GT e-SUS e Cain para alinhamentos das novas funcionalidades do e-SUS.	(0033367717)
23/04, 24/04 e 25/04/2023	Viagem/Visita Técnica a Campo Grande - Conhecimento acerca da experiência do Teleatendimento e possibilidades de atuação de equipes multiprofissionais com equipe de Campo Grande.	(0033366517)

26/04/2023	Teleconsulta para equipes multiprofissionais no novo PEC, tendo como participantes Henrique Chaves (Secretaria Executiva), Dirceu Ditmar (CGFAP), Cleinado de Almeida Costa, Olívia Lucena de Medeiros (CAIN), Rodrigo André Cuevas Gaete, Ana Cláudia Cardozo Chaves (GAB/SAPS) e Marcelo Oliveira Barbosa (CGFAP).	(0033367743)
27/04/2023	Reunião acerca da elaboração da minuta de portaria.	(0033367796)
28/04/2023	Apresentação das novas funcionalidades do e-SUS APS.	(0033367820)
28/04/2023	Reunião com equipe de Nasf-AB de Recife/PE.	(0033367855)
28/04/2023	Reunião com GAB/SAPS a respeito da construção da AIR.	(0033367939)
02/05/2023	Reunião com DESCO para alinhamento andamento da AIR e da Minuta de portaria.	(0033367969)
03/05/2023	Reunião com GT-APS, com CONASS e CONASEMS, a fim de apresentar andamento da proposta das eMulti.	(0033367990)

## 11. IDENTIFICAÇÃO E DEFINIÇÃO DOS EFEITOS E RISCOS DECORRENTES DA ALTERNATIVA SUGERIDA

11.1. A análise evidenciou os seguintes riscos para cada um dos respectivos objetivos conforme Quadro 10: a) Falta de disponibilidade orçamentária; b) Resistência inicial por parte de alguns para aderir às recomendações do manual ; c) Resistência ao trabalho colaborativo; e d) Estrutura física dos serviços insuficiente.

**Quadro 10 - Análise de risco**

Objetivo relacionado	Causas	Risco	Efeitos / consequências	Categoria /Tipo de risco
Fornecer um modelo de financiamento com oferta de incentivo de custeio por parte do governo federal para equipes multiprofissionais na APS.	Revogação do cofinanciamento federal para equipes multiprofissionais na APS.	Falta de disponibilidade orçamentária.	Dificuldade para prover cofinanciamento federal de indução ao cuidado integral na APS. Demora para credenciamento de equipes.	Estratégico.
Disponibilizar diretrizes para as equipes multiprofissionais ampliarem a capacidade de resposta da APS aos problemas de saúde.	Lançamento de um novo programa com necessidade de adaptação nos processos de trabalho já existentes.	Dificuldade de entendimento das diretrizes por parte dos profissionais.	Baixa inovação nos processos de trabalho.	Operacional.
Ampliar o escopo de práticas de cuidado na APS, que inclua a abordagem multi e interprofissional.	Cultura do cuidado fragmentado na saúde, centrada no núcleo específico de cada profissão e o modelo tradicional biomédico.	Resistência ao trabalho colaborativo.	Desarticulação entre os serviços, equipes e cuidado fragmentado.	Operacional.
Ampliar o escopo de profissionais que podem compor as equipes multiprofissionais da APS.	Espaços físicos dos estabelecimentos de saúde limitados.	Estrutura física dos serviços insuficiente.	Oferta de cuidados em saúde aquém da necessidade da população.	Operacional.

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

11.2. Para cada um dos riscos identificados, estipulou-se ações de prevenção, ação, monitoramento e intervenção com o objetivo de mitigá-los e otimizar o alcance do enfrentamento do problema regulatório. Destaca-se que, além da Coordenação de Ações Interprofissionais CAIN/GESCO/DESCO/APS/MS fornecer os subsídios norteadores por meio de documentos técnicos orientativos, oficinas, ações de educação permanente, entre outros, o DESCO possui uma coordenação de apoio institucional, denominada de Coordenação de Gestão de Apoio Estratégico da Atenção Primária (CGAEP/CGESCO/DESCO/SAPS), que é uma estratégia organizacional para apoio aos estados e municípios, que pode auxiliar no enfrentamento dos riscos identificados e relacionados às alternativas constantes neste documento.

11.3. A análise dos riscos permitiu ainda a categorização conforme sua probabilidade, impacto e o nível de riscos inerentes. Os resultados são evidenciados no Quadro 11.

**Quadro 11 - Análise dos riscos quanto a sua categorização**

Objetivo relacionado	Riscos	Categoria / Tipo de risco	Probabilidade	Impacto	Nível de risco inerente
Fornecer um modelo de financiamento com oferta de incentivo de custeio por parte do governo federal para equipes multiprofissionais na APS.	Falta de disponibilidade orçamentária	Estratégico	3 (Possível)	4 (Alto)	12
Disponibilizar diretrizes para as equipes multiprofissionais ampliarem a capacidade de resposta da APS aos problemas de saúde	Dificuldade de entendimento das diretrizes por parte dos profissionais	Operacional	4 (Provável)	2 (Baixo)	8
Ampliar o escopo de práticas de cuidado na APS, que inclua a abordagem multi e interprofissional	Resistência ao trabalho colaborativo	Operacional	3 (Possível)	3 (Médio)	9
Ampliar o escopo de profissionais que podem compor as equipes multiprofissionais da APS	Estrutura física dos serviços insuficiente	Operacional	5 (Praticamente certo)	4 (Alto)	20

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

11.4. Ainda no que concerne aos riscos e ao objetivo de atenuá-los diante da presente proposta, foram analisados os fatores de avaliação de controle e a classificação quanto à natureza do risco. Os três primeiros riscos elencados no Quadro 12, "Plano de respostas aos riscos" apresentou classificação mediana, sendo ainda sua responsabilidade compartilhada com todos os entes federativos e os atores envolvidos: indivíduos, setores, entidades e/ou unidades organizacionais. O último risco obteve alta classificação, configurando-se como ponto de alerta para monitoramento. Nesse sentido, o rol de ações de incentivo à adesão ao programa das eMulti na APS pelo Ministério da Saúde serão estratégias para minimização dos riscos associados.

**Quadro 12 - Plano de resposta aos riscos**

Objetivo	Risco	Classificação do risco	Resposta ao risco	O quê (controle proposto)	Onde (área responsável)	Quem (responsável)	Como (como será implantado)	Como (intervenientes)	Quando (data de início)	Quando (data de conclusão)
Fornecer um modelo de financiamento com oferta de incentivo de custeio por parte do governo federal para equipes multiprofissionais na APS.	Falta de disponibilidade orçamentária.	Médio	Aceito	Ações institucionais no âmbito governamental.	CGPO/SAPS (Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento)	Coordenação e equipe técnica	Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS com previsão de disponibilidade orçamentária.	DESCO e SAPS	06/2023	Enquanto vigência da portaria.
Disponibilizar diretrizes para as equipes multiprofissionais ampliarem a capacidade de resposta da APS aos problemas de saúde.	Dificuldade de entendimento das diretrizes por parte dos profissionais.	Médio	Compartilhado na esfera tripartite	Ações de educação permanente e monitoramento.	CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS	Coordenação e equipe técnica	Acompanhamento da produção das equipes por meio da estratégia e-SUS APS e sistemas integrados. Apoio institucional instrutivo junto aos estados e municípios.	DESCO e SAPS	06/2023	Enquanto vigência da portaria.
Ampliar o escopo de práticas de cuidado na APS, que inclua a abordagem multi e interprofissional.	Resistência ao trabalho colaborativo.	Médio	Compartilhado na esfera tripartite	Ações de educação em saúde por meio de estratégias ativas.	CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS	Coordenação e equipe técnica	Formulação de documentos técnicos, eventos, oficinas, reuniões, visitas técnicas e demais ações de educação permanente e continuada.	DESCO e SAPS	06/2023	Enquanto vigência da portaria.
Ampliar o escopo de profissionais que podem compor as equipes multiprofissionais da APS.	Estrutura física dos serviços insuficiente.	Alto	Compartilhado na esfera tripartite	Ações institucionais no âmbito governamental.	CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS	Coordenação e equipe técnica	Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS com previsão de disponibilidade orçamentária para custeio de salas de atendimento, assim como com recomendações de materiais indispensáveis para uso no cotidiano dos serviços.	DESCO e SAPS	06/2023	Enquanto vigência da portaria.

Fonte: CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS.

## 12. DESCRIÇÃO DA ESTRATÉGIA PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ALTERNATIVA SUGERIDA

12.1. Mediante o problema regulatório "Dificuldade do acesso à atenção integral, multidisciplinar, em tempo oportuno e de provimento de especialidades que atenda às necessidades de saúde da população", e conforme destacado nas seções anteriores a partir da avaliação e da análise multicritério executada por meio do método PAH/AHP, prioriza-se a publicação de Portaria sobre o Programa das Equipes Multiprofissionais na APS.

12.2. Sob essa perspectiva, o Ministério da Saúde, considerando-se a Portaria que altera as Portarias de Consolidação Nº 2 e Nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre o arranjo organizacional da eMulti na APS e dá outras providências, objetiva:

[...]estabelecer o arranjo organizacional das eMulti na APS e dá outras providências; oferecer diretrizes do processo de trabalho das eMulti na APS para atender a demanda em saúde do cidadão, da população e do território; orientar a respeito do entendimento sobre as ferramentas de trabalho da eMulti na APS; apresentar a classificação das eMulti na APS em três modalidades, equipe multiprofissional Ampliada (eMulti Ampliada), equipe multiprofissional Complementar (eMulti Complementar) e equipe multiprofissional Estratégica (eMulti Estratégica), de acordo com a carga horária de equipe e composição profissional; normatizar as regras de vinculação, credenciamento e homologação; possibilitar no processo de trabalho colaborativo entre eMulti e eSF, a integração e troca de informações por meios presenciais e virtuais; dispor sobre os regramentos para oferta da atividade de atendimento remoto, de forma assistida; estabelecer regras para o cadastramento das eMulti na APS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES); informar sobre a periodicidade da apuração dos indicadores das eMulti que seguirá o mesmo cronograma dos indicadores das eSF e os resultados serão disponibilizados no endereço eletrônico do Ministério da Saúde; definir os valores de incentivo financeiro federal de custeio das eMulti na APS, de acordo com sua modalidade, em conformidade com os critérios estabelecidos nesta portaria; Dispor sobre a prestação de contas sobre a aplicação dos recursos financeiros destinados à eMulti na APS, de que trata esta Portaria, será realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) do ente federativo beneficiado.

12.3. Além da publicação da portaria como ato normativo proposto, o Programa das eMulti na APS, considerou a ação não normativa para sua implantação. Nesse sentido, a alternativa de publicação do Manual Técnico sobre o processo de trabalho das eMulti na APS, que atendeu ao peso 0,74 na análise será prevista juntamente ao ato normativo de publicação da Portaria. Nesse sentido, espera-se que as eMulti atuem de forma orgânica na APS e focadas no objetivo maior que é a saúde das pessoas, famílias e comunidades. Para isso, reconhece-se a importância de trabalhar em parceria com os profissionais das Equipes de Saúde da Família - eSF e suas diferentes conformações (Equipes de Saúde da Família Ribeirinha - eSFR, Unidade Básica de Saúde Fluvial - UBSF e Equipes de Consultório na Rua - eCR), da RAS e Rede Intersetorial, num ambiente em que todos assumem postura de corresponsabilidade para atingir os objetivos traçados e o enfrentamento do problema regulatório supracitado.

12.4. A proposta resultará em impacto financeiro de aproximadamente R\$871.266.000,00 (oitocentos e setenta e um milhões, duzentos e sessenta e seis mil reais) no ano de 2023 e R\$ 1.540.914.000,00 (um bilhão, quinhentos e quarenta milhões, novecentos e quatorze mil reais) no ano de 2024, conforme demonstrado no Quadro 13.

**Quadro 13 - Simulação de impacto orçamentário**

Equipe multiprofissional	Existentes (referência de abril de 2023)	Custeio mensal das equipes	Custeio mensal das salas (R\$2.500,00)	Recurso de implantação (parcela única)	Impacto (2023*)	Impacto (2024**, custeio de 13 parcelas)
1-Essencial	1.446	R\$17.325.000,00	R\$3.615.000,00	R\$21.690.000,00	R\$164.844.000,00	R\$268.956.000,00
2-Estratégica	725	R\$17.400.000,00	R\$1.812.500,00	R\$10.875.000,00	R\$143.550.000,00	R\$247.950.000,00
3-Ampliada	1.996	R\$71.856.000,00	R\$4.990.000,00	R\$29.940.000,00	R\$562.872.000,00	R\$994.008.000,00
Total	4.167	R\$106.608.000,00	R\$10.417.500,00	R\$62.505.000,00	R\$871.266.000,00	R\$1.510.914.000,00

\*2023: (Custeio de equipes e sala x 6 parcelas) + 13ª parcela das equipes + recurso de implantação.

\*\*2024: (Custeio de equipes x 13 parcelas) + Custeio de salas - 12 parcelas.

12.5. Os recursos orçamentários de que tratam a minuta da Portaria ocorrerão por conta do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.5019.219A - Piso de Atenção Primária em Saúde, no seguinte Plano Orçamentário PO 000A - Incentivo para Ações Estratégicas, mediante disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) adotará as medidas necessárias para as transferências de recursos estabelecidos nesta Portaria aos respectivos Fundos de Saúde, em conformidade com os processos de pagamento instruídos.

12.6. O cálculo do incentivo financeiro do pagamento por desempenho será efetuado em parcela única considerando os resultados de indicadores alcançados pelas eMulti credenciadas e cadastradas no SCNES. O valor do pagamento por desempenho será calculado simultaneamente para todos os municípios ou Distrito Federal a cada 12 (doze) competências financeiras, a partir do cumprimento de meta do indicador e condicionado às modalidades de eMulti. O valor máximo de repasse do incentivo de pagamento por desempenho será correspondente a 13ª parcela do custeio mensal, conforme modalidade de eMulti. Cabe ao Ministério da Saúde a realização do cálculo dos indicadores para a transferência do incentivo de pagamento por desempenho.

12.7. A publicação da referida Portaria apresenta potencial para beneficiar os 3.493 municípios brasileiros que financiam com recursos próprios suas eMulti, incluindo os que não contam com essas equipes ou precisaram descontinuar-las mediante a falta de cofinanciamento federal estabelecido em outubro de 2019. Para além disso, configura-se enquanto resposta às necessidades em saúde da população, com o reconhecimento de que a APS é a porta de entrada do SUS e precisa ser fortalecida por meio do estabelecimento de estratégias que confirmem que este serviço é aliado da população brasileira: a favor da vida, da saúde e da democracia.

### 13. REFERÊNCIAS

- 13.1. ADAMS, Jonathan J. Urbanization, long-run growth, and the demographic transition. **Journal of Demographic Economics**, v. 88, n. 1, p. 31-77, 2022.
- 13.2. BILLARI, Francesco C. Demography: Fast and Slow. **Population and development review**, v. 48, n. 1, p. 9-30, 2022.
- 13.3. BRASIL. **Constituição da República Federativa de 1988**. [s.d.]. [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).
- 13.4. ———. Decreto Nº 11, de 1o de janeiro de 2023. **Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja cargos em comissão e funções de confiança**, Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 2023. [s.d.].
- 13.5. ———. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, ano 1990. [s.d.].
- 13.6. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 1, de 2 de junho de 2021. **Consolidação das normas sobre Atenção Primária à Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2021 [s.d.].
- 13.7. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 1, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. [s.d.]. Diário Oficial da União.
- 13.8. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. [s.d.].
- 13.9. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. [s.d.].
- 13.10. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. [s.d.].
- 13.11. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017. **consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. [s.d.].
- 13.12. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de Consolidação Nº 6, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 set. 2017. [s.d.].
- 13.13. ———. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010. [s.d.].
- 13.14. ———. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Vol. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. [s.d.].
- 13.15. ———. Ministério da Saúde. **Mais Saúde. Diretrizes estratégicas**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php>. Acesso em: 20 de abril. 2023.
- 13.16. ———. Ministério da Saúde. **Responsabilidades dos entes que compõem o SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/sus/responsabilidades-dos-entes-que-compoem-o-sus>. Acesso em: 30 de abril. 2023.
- 13.17. ———. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica - SISAB**. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/indexFederal.xhtml>. Acesso em: 30 de abril. 2023.
- 13.18. ———. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil - DATASUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/transferecia-de-arquivos/#>. Acesso em: 02 de maio. 2023.
- 13.19. ———. Ministério da Saúde. **Sistema de Regulação (SISREG III)**. Disponível em: <https://sisregiii.saude.gov.br/>. Acesso em: 02 de maio. 2023.
- 13.20. BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de et al. Articulação entre a EqSF/AB e o NASF/AB e sua influência na produção do cuidado no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2495-2508, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-8123202276.03942021>
- 13.21. CARDOSO, C.A.S. e S.R.M. ORTIZ. **Desafios da referência e contrarreferência no Sistema Único de Saúde**. Dialética, 2022.

- 13.22. CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de et al. As práticas corporais e atividades físicas na gestão tripartite do SUS: estrutura organizacional, financiamento e oferta. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2163-2174, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15242021>
- 13.23. CHEN, LIHONG, et al. Telemedicine in Chronic Wound Management: Systematic Review And Meta-Analysis. **JMIR MHealth and UHealth**, v.8, n.6, 2020. <https://doi.org/10.2196/15574>.
- 13.24. CORREIA, Patrícia Caroline Iacabo; GOULART, Patrícia Martins; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). **Saúde em debate**, v. 41, p. 345-359, 2017. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S25>
- 13.25. COSTA, Silvio Marcos da et al. Tendência temporal de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio em idosos no Sul do Brasil. **VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde**, v. 34, n. 1, p. 44-50, 2022. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v34i1.14063>
- 13.26. ENGSTROM, Elyne Montenegro; SILVA, Vanessa Costa. Gestão participativa na Atenção Primária à Saúde: ensaio sobre experiência em território urbano vulnerável. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 120-130, 2023. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E409>
- 13.27. FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues et al. Sustentabilidade da Atenção Primária à Saúde em territórios rurais remotos na Amazônia fluvial: organização, estratégias e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1605-1618, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.01112021>
- 13.28. FORTNEY, John C. et al. Comparison of teleintegrated care and telereferral care for treating complex psychiatric disorders in primary care: a pragmatic randomized comparative effectiveness trial. **JAMA psychiatry**, v. 78, n. 11, p. 1189-1199, 2021. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2318>
- 13.29. KEATING, Norah. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). **European journal of ageing**, v. 19, n. 3, p. 775-787, 2022. <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00679-7>
- 13.30. LEE, Jung-Eun; PARK, Yunmi; NEWMAN, Galen D. Twenty years of research on shrinking cities: a focus on keywords and authors. **Landscape Research**, p. 1-16, 2023. <https://doi.org/10.1080/01426397.2023.2201492>
- 13.31. MAIA, Luciana Colares et al. Impact of matrix support on older adults in primary care: randomized community trial. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002685>
- 13.32. MALTA, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, p. e190030, 2019. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
- 13.33. MASSUDA, Adriano et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, p. 735-744, 2021. <https://doi.org/10.1590/1679-395120200185>
- 13.34. MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em debate**, v. 42, p. 38-51, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
- 13.35. MENDES, Eugênio Vilaça. Organização de redes de atenção à saúde. **Organização de redes de atenção à saúde [Internet]**. 2ª ed. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2011.
- 13.36. MOREIRA, Diane Costa et al. Avaliação do trabalho dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) por usuários, segundo os atributos da atenção primária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2021. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00031420>
- 13.37. MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11-24, 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>
- 13.38. MURUGESU, Sughashini et al. Evaluating the use of telemedicine in gynaecological practice: a systematic review. **BMJ open**, v. 10, n. 12, p. e039457, 2020. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039457>
- 13.39. O'KEEFE, Molly; WHITE, Kelsey; JENNINGS, J'Aime C. Asynchronous telepsychiatry: A systematic review. **Journal of telemedicine and telecare**, v. 27, n. 3, p. 137-145, 2021. <https://doi.org/10.1177/1357633X19867189>
- 13.40. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2018.
- 13.41. REIS, A.C.B; SCHRAMM, VB. **Guia para Aplicação da Análise Multicritério em Análise de Impacto Regulatório (AIR) no Inmetro**. Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia. Brasília, 2022.
- 13.42. SANTOS, Filipe Malta dos et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP): uma análise segundo características sociodemográficas, Brasil e regiões, 2010 a 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, 2022. <https://doi.org/10.1590/1980-549720220012.2>
- 13.43. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SES/RJ. **Resolução SES nº 1938 de 25 de novembro de 2019. Altera a resolução SES Nº 1.846, de 9 de maio de 2019, que aprovou o Programa de Financiamento da Atenção Primária à Saúde do Estado do Rio de Janeiro**. Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro 2019; 25 de novembro.
- 13.44. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES/DF. **Manual de cadastramento e monitoramento das equipes de atenção primária à saúde no SCNES**. Brasília (DF): Secretaria de Estado da Saúde, 2022, 73 p.
- 13.45. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA - SES/SC. **Deliberação 440/CIB/2013. Aprova incentivo estadual para o cofinanciamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família Nasf/SC Modalidades 1 e 2 e do Nasf Federal modalidades 1, 2 e 3**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2013.
- 13.46. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA - SES/SC. **Deliberação 136/CIB/2021 – Retificada em 25/08/2022. Aprova o incentivo estadual para o cofinanciamento para as Equipes Multiprofissionais – EM**. Santa Catarina: Secretaria de Estado da Saúde, 2021.
- 13.47. SCHULER, Emily. Great-Grand Parents in Brazil? A Socio-Demographic Contextualization. **Journal of Population Ageing**, v. 15, n. 3, p. 623-639, 2022.
- 13.48. SETA, Marismary Horsth De; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luis Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 3781-3786, 2021. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>
- 13.49. SILVA, Fabiana Medeiros de Almeida; SAFONS, Marisete Peralta. Mortalidade por quedas em idosos no Distrito Federal: características e tendência temporal no período 1996-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 31, 2022. <https://doi.org/10.1590/S1679-49742022000100003>
- 13.50. SOARES FILHO, Adauto Martins et al. Atenção primária à saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 377-386, 2022. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.39342020>
- 13.51. SZWARCOWALD, Celia Landmann; STOPA, Sheila Rizato; MALTA, Deborah Carvalho. Situação das principais doenças crônicas não transmissíveis e dos estilos de vida da população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013 e 2019. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. PT276021, 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT276021>
- 13.52. TRINTINAGLIA, Vanessa; BONAMIGO, Andrea Wander; DE AZAMBUJA, Marcelo Schenk. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 35, p. 15-15, 2022. <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.11762>
- 13.53. UNITED NATIONS. **World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world**. United Nations Publications, 2023.
- 13.54. WHITE, Annesha et al. Defining and enhancing collaboration between community pharmacists and primary care providers to improve medication safety. **Expert opinion on drug safety**, v. 21, n. 11, p. 1357-1364, 2022. <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2147923>

13.55. WONGVIBULSIN, Shannon et al. Digital health interventions for cardiac rehabilitation: systematic literature review. **Journal of medical Internet research**, v. 23, n. 2, p. e18773, 2021. <https://doi.org/10.2196/18773>

13.56. ZISCHKE, Cherie et al. The utility of physiotherapy assessments delivered by telehealth: A systematic review. **Journal of global health**, v. 11, 2021. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.04072>



Documento assinado eletronicamente por **Olivia Lucena de Medeiros, Coordenador(a) de Ações Interprofissionais**, em 05/05/2023, às 20:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Diretor(a) do Departamento de Saúde da Família e Comunidade**, em 05/05/2023, às 20:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Cibele Dayana de Souza, Bolsista**, em 26/05/2023, às 14:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Thaís Barbosa de Oliveira, Bolsista**, em 26/05/2023, às 14:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.saude.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0033089038** e o código CRC **B0F4564E**.