UNIVERSIDADE FEDERAL DA
INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE

DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A BUSCA PELA INTEGRALIDADE DO SUS

TAÍS ANTUNES DA ROCHA

Ubiratã, PR
2025

UNIVERSIDADE FEDERAL DA
INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE

DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A BUSCA PELA INTEGRALIDADE DO SUS

TAÍS ANTUNES DA ROCHA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde como requisito básico para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Giuliano Silveira Derrosso

Ubiratã, PR
2025

TAÍS ANTUNES DA ROCHA

DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

UMA ANÁLISE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde como requisito básico para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

_____

Orientador: Prof. Dr. Giuliano Silveira Derrosso
UNILA

_____

Prof. Dra. Larissa Djanilda Parra da Luz
UNILA

_____

Prof. Dra. Ehidee Isabel Gomez La Rotta
UNILA

Ubiratã, PR, 27 de Setembro de 2025.

Dedico este trabalho a todos os profissionais da saúde pública que, mesmo diante das adversidades, continuam acreditando na força do cuidado, da escuta e da atenção integral.

Dedico também à minha família, que foi meu alicerce em cada passo desta trajetória, e a todos que compartilham o sonho de um SUS cada vez mais humano, acessível e transformador.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à minha família, por todo amor, incentivo e compreensão ao longo desta jornada. Agradeço aos meus avôs que não estão mais aqui comigo, mas sempre me incentivaram a estudar sempre mais e perseguir o que eu desejo. Ao meu orientador pela orientação durante todas as etapas deste processo. Agradeço também à instituição e profissionais que, direta ou indiretamente, tornaram viável a construção deste estudo.

Por fim, minha gratidão a todas as pessoas que acreditam na força do SUS, na importância da Atenção Primária e na construção coletiva de uma saúde pública mais justa e equitativa.

"Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana."
Carl Jung

RESUMO

O trabalho analisa como a Estratégia Saúde da Família (ESF) contribui para a efetivação da atenção integral ao paciente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo compreende o conceito de integralidade à luz dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde (PNAB) 2017, identifica práticas que favorecem ou limitam o cuidado, investiga desafios enfrentados pelas equipes da ESF e examina a percepção dos profissionais sobre a aplicação desse princípio no cotidiano. Utilizou-se revisão de literatura e análise documental, com base em artigos científicos, políticas públicas e documentos oficiais do Ministério da Saúde. A análise evidencia que a APS, especialmente por meio da ESF, organiza o cuidado, resolve grande parte das demandas e reduz a sobrecarga dos demais níveis do sistema. Equipes multiprofissionais e vínculos territoriais fortalecem a prevenção, o acompanhamento de doenças crônicas e a promoção de hábitos saudáveis. Contudo, o subfinanciamento agravado pela EC 95/2016 compromete a expansão e a qualidade dos serviços, afetando os princípios do SUS. Defende-se a necessidade de políticas públicas sustentáveis, valorização profissional, gestão eficiente e participação social para consolidar a APS como porta de entrada preferencial do sistema e promotora de equidade, integralidade e melhoria da saúde da população.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde; Saúde.

RESUMEN

El trabajo analiza cómo la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) contribuye a la efectividad de la atención integral al paciente en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS). El estudio comprende el concepto de integralidad a la luz de los principios del Sistema Único de Salud (SUS) y de la Política Nacional de Atención Básica (PNAB) 2017, identifica prácticas que favorecen o limitan el cuidado, investiga los desafíos enfrentados por los equipos de la ESF y examina la percepción de los profesionales sobre la aplicación de este principio en la vida cotidiana. Se utilizó revisión de la literatura y análisis documental, con base en artículos científicos, políticas públicas y documentos oficiales del Ministerio de Salud. El análisis evidencia que la APS, especialmente a través de la ESF, organiza la atención, resuelve gran parte de las demandas y reduce la sobrecarga de los demás niveles del sistema. Los equipos multiprofesionales y los vínculos territoriales fortalecen la prevención, el seguimiento de enfermedades crónicas y la promoción de hábitos saludables. No obstante, el subfinanciamiento agravado por la Enmienda Constitucional 95/2016 compromete la expansión y la calidad de los servicios, afectando los principios del SUS. Se defiende la necesidad de políticas públicas sostenibles, valorización profesional, gestión eficiente y participación social para consolidar la APS como puerta de entrada preferencial del sistema y promotora de equidad, integralidad y mejora de la salud de la población.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Atención Primaria de Salud; Política de Salud; Salud.

ABSTRACT

This study analyzes how the Family Health Strategy (FHS) contributes to the implementation of comprehensive patient care within the scope of Primary Health Care (PHC). The research addresses the concept of integral care in light of the principles of the Unified Health System (SUS) and the 2017 National Primary Care Policy (PNAB), identifies practices that enhance or limit care, investigates challenges faced by FHS teams, and examines professionals' perceptions regarding the application of this principle in daily practice. A literature review and document analysis were conducted, based on scientific articles, public policies, and official documents from the Ministry of Health. The analysis demonstrates that PHC, particularly through the FHS, organizes care, addresses a large share of demands, and reduces the overburden on other levels of the system. Multidisciplinary teams and territorial bonds strengthen prevention, chronic disease management, and the promotion of healthy lifestyle. However, underfunding, worsened by Constitutional Amendment 95/2016, jeopardizes the expansion and quality of services, thus compromising the principles of SUS. The study advocates for sustainable public policies, professional appreciation, efficient management, and social participation to consolidate PHC as the preferred entry point to the system and as a promoter of equity, integrality, and improved population health.

Key words: Unified Health System; Primary Health Care; Health Policy; Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
eMulti	Equipes Multiprofissionais
ACS	Agente Comunitário de Saúde
EC	Emenda Constitucional

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....17
2.1 FUNDAMENTOS, CONCEITO E EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL…….....……17
2.1.1 Fundamentos e conceito da atenção primária à saúde……..…..17
2.1.2 A trajetória histórica da APS no Brasil……..18
2.1.3 Conquistas e desafios da APS……..18
2.2 CUIDADO EM SAÚDE: O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES E DO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**……..18**
2.2.1 Unidades básicas de saúde (UBS)……...18
2.2.2 Equipes de apoio multiprofissional……...19
2.2.3 Territorialização e organização do cuidado……....20
2.3 FINANCIAMENTO ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)……...20
2.3.1 Estrutura tripartite do financiamento……....20
2.3.2 Blocos de financiamento……....21
2.3.3 Desafios e limitações no financiamento do SUS……...21
2.4 PERCEPÇÕES NA PRÁTICA E IMPACTOS NO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE……....22
2.4.1 A resolutividade da Atenção Primária à Saúde……..……....22
2.4.2 Organização do trabalho e qualidade da atenção…….....23
2.4.3 Abordagem do processo saúde-doença……..……..23
2.4.4 Desafios e limitações observados na prática……..….....24
3 METODOLOGIA.....25
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES……....26
5 CONCLUSÃO……28

REFERÊNCIAS.....29

1 INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), consolidada pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080/1990), afirmou os princípios da universalidade, equidade e integralidade como pilares da política pública de saúde no Brasil, além de ampliar a compreensão da saúde, reconhecendo os determinantes sociais e condicionantes por múltiplos fatores sociais como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Os determinantes sociais da saúde referem-se às condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, sendo consideradas as “causas das causas” dos problemas de saúde. A má saúde em populações vulneráveis e as desigualdades sanitárias dentro e entre países resultam de uma distribuição desigual e injusta de poder, recursos e condições de vida, que não é natural, mas socialmente determinada. A correção dessas desigualdades é uma questão ética e de justiça social, exigindo ações para melhorar as condições de vida, combater a distribuição desigual de poder e recursos, além de monitorar e avaliar intervenções. Esses determinantes explicam grande parte das variações no estado de saúde e influenciam comportamentos relacionados à saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; MENDES, 2012).

O conceito de equidade em saúde fundamenta esse modelo, entendida como a ausência de diferenças injustas e evitáveis entre grupos populacionais, evidenciando que as iniquidades em saúde são socialmente produzidas e sistematicamente distribuídas (MENDES, 2012). Essa visão ampliada exigiu uma transformação dos serviços de saúde para garantir a integralidade do cuidado, apoiada no reposicionamento dos processos de trabalho, na constituição de redes intersetoriais e na prática da interdisciplinaridade. (BRASIL,1990).

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) representa a base estruturante do SUS, sendo responsável pela promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento contínuo da população. No Brasil, essa atenção é operacionalizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que propõe a reorganização do modelo assistencial a partir da territorialização, do vínculo entre profissionais e usuários e da corresponsabilização das equipes pela saúde da população (BRASIL, 2017).

Historicamente, o modelo hegemônico de atenção à saúde foi pautado por uma lógica curativista, fragmentada e hospitalocêntrica, centrada na doença e não na pessoa. A mudança ideológica é crucial para a valorização social e política da ESF e para garantir que o SUS priorize a APS, fortalecendo a inclusão social e o acesso universal aos direitos de saúde. (MENDES, 2012)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída inicialmente pela Portaria nº 648/2006 e revista pela Portaria no 2.436 de 2017, trouxe importantes mudanças na organização da atenção básica. A atualização flexibilizou a composição mínima das equipes e ampliou a autonomia dos gestores municipais para adaptar as estratégias às realidades locais, reconhecendo a diversidade dos modelos de equipe. A Portaria no 2.488/2011 também reforça que o trabalho da ESF deve envolver profissionais de diferentes áreas e articular-se com outros setores sociais, como educação, assistência social e trabalho, para garantir a integralidade e a resolutividade do cuidado (FERRO et al., 2014). Apesar das flexibilizações, a ESF permanece como a estratégia prioritária para fortalecer a atenção primária à saúde, e a PNAB 2017 reafirma a integralidade como diretriz essencial, destacando a importância de um cuidado contínuo, resolutivo e humanizado, especialmente em contextos de desigualdades sociais (BRASIL, 2017).

A ESF foi criada para mudar o modelo de atendimento em saúde, focando na promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação, com atenção voltada ao indivíduo e sua família e comunidade (FERRO, ET. AL., 2014)

A ESF tradicionalmente conta com equipes multiprofissionais compostas por médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, além de equipes de saúde bucal. (MENDES, 2012)

Contudo, diante da crescente prevalência de doenças crônicas no Brasil, é necessária a incorporação de outros profissionais, como assistentes sociais, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais de educação física e psicólogos, para compor uma equipe padrão mais abrangente, então foi criado em 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por equipes multiprofissionais que buscam superar o modelo assistencial fragmentado, promovendo a corresponsabilização e a gestão integrada do cuidado (FERRO, ET. AL., 2014). O NASF, substituído pelas Equipes Multiprofissionais na Atenção Básica (eMulti) em 2023, deve evoluir para apoiar esse modelo, com profissionais especialistas atuando de forma integrada e, quando necessário, à distância. Embora

haja aumento de custos iniciais, a ampliação da equipe é considerada custo-efetiva, pois reduz complicações evitáveis nos níveis secundário e terciário da rede de atenção, promovendo um cuidado primário mais resolutivo e integral. Além disso, sugere-se a inclusão de um gerente técnico de nível superior para gestão em tempo integral. Essa equipe ampliada, garante um manejo mais qualificado e efetivo das condições crônicas. (MENDES 2012)

A institucionalização da ESF deve ser compreendida em sua dimensão política, como parte de um movimento de ruptura com os modelos fragmentados e tecnicistas de atenção à saúde. O fortalecimento da ESF representa a consolidação de um modelo centrado na APS como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que contraria interesses de setores com maior poder na arena sanitária, como grandes prestadores de serviços, a indústria farmacêutica e os sistemas privados. (MENDES, 2012)

A consolidação da ESF como coordenadora da RAS e organizadora do SUS exige uma mudança ideológica profunda. É necessário superar visões tradicionais de atenção primária seletiva e fragmentada, reconhecendo a ESF como a estratégia central que exerce os atributos essenciais da APS, como resolutividade, comunicação e responsabilização. (MENDES, 2012).

Diante desse cenário, é fundamental refletir sobre como os serviços e os profissionais da Atenção Primária têm buscado superar esses desafios para garantir um cuidado verdadeiramente integral. Isso requer uma abordagem multidimensional que valorize o acolhimento, a escuta qualificada, o vínculo e a corresponsabilidade, elementos centrais do modelo proposto pela ESF (BRASIL, 2017).

Ao longo das últimas décadas, a implementação da ESF consolidou-se como o principal modelo de reorganização da APS no país, com importantes impactos na saúde da população. A ESF se caracteriza por equipes multiprofissionais que atuam em territórios definidos, estabelecendo vínculos com os usuários e priorizando ações de promoção, prevenção e cuidado próximo da realidade local. Sua expansão teve efeitos significativos, especialmente na melhoria do acesso, redução das desigualdades em saúde, aumento da eficiência do SUS e melhores indicadores de saúde, como a queda na mortalidade infantil e nas internações por condições sensíveis à atenção primária. (MACINKO, MENDONÇA, 2017)

O acesso e a utilização dos serviços são elementos fundamentais da APS, pois, sem eles, a população não se beneficia dos demais atributos dessa modalidade. A APS é mais eficaz quando foca na pessoa como um todo, estabelecendo um vínculo contínuo entre usuários e profissionais de saúde ao longo da vida, o que permite um conhecimento mais profundo do indivíduo e de seu contexto social. Essa longitudinalidade resulta em benefícios como diagnósticos mais precisos, menor taxa de hospitalizações, redução de custos, maior prevenção de doenças e maior satisfação dos usuários. (MACINKO, MENDONÇA, 2017)

Esses determinantes têm impacto direto na saúde das populações e exigem respostas intersetoriais coordenadas. Assim, a intersetorialidade não pode ser vista apenas como uma diretriz administrativa ou uma proposta ideal; trata-se de uma exigência concreta para garantir a efetividade do cuidado integral. Nesse sentido, a prática da intersetorialidade deve ser entendida como uma ação política que rompe com a lógica compartimentalizada do Estado e propõe uma atuação integrada, centrada nos sujeitos e nos territórios (BRASIL, 2017).

O fortalecimento institucional da ESF deve ocorrer nos três níveis de gestão, com maior investimento e coordenação nas secretarias estaduais e municipais, assegurando instrumentos políticos e operacionais eficazes. A institucionalização deve ocorrer em múltiplos espaços — político, sistema de saúde, educacional, corporativo e representação populacional — para que a ESF seja reconhecida como a base organizadora do SUS, assegurando cuidado integral, resolutividade, coordenação e protagonismo social na atenção às condições de saúde da população. (MENDES, 2012)

Neste contexto, este estudo justifica-se por sua relevância social e acadêmica, ao propor uma análise aprofundada das práticas, percepções e desafios enfrentados pelas equipes da ESF na implementação da atenção integral à saúde. A ESF, enquanto eixo central da atenção primária no SUS, desempenha um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças e no cuidado contínuo dos usuários, especialmente daqueles em situação de maior vulnerabilidade social. Dessa forma, investigar suas dinâmicas internas e as dificuldades cotidianas que as equipes enfrentam é essencial para identificar lacunas, potencialidades e barreiras que influenciam a efetividade das políticas públicas de saúde.

A pesquisa pretende contribuir com subsídios que possam orientar o aprimoramento das políticas públicas, a qualificação dos serviços prestados e o

fortalecimento do SUS como um sistema inclusivo, resolutivo e democrático. Ao compreender os limites e as potencialidades da ESF nas rotinas das Unidades Básicas de Saúde, será possível avançar na construção de modelos de atenção que superem a fragmentação e a medicalização excessiva, problemas recorrentes que comprometem a integralidade do cuidado. Além disso, o estudo busca promover a valorização de práticas mais humanas, solidárias e eficazes, que considerem as necessidades específicas das comunidades e estimulem o protagonismo dos usuários na gestão de sua própria saúde.

Assim, ao oferecer uma visão crítica e fundamentada das experiências vivenciadas pelas equipes da ESF, o trabalho reforça a importância de estratégias que integrem diferentes saberes e setores sociais, contribuindo para a transformação do modelo assistencial vigente e para a consolidação de uma atenção primária que realmente responda aos princípios do SUS.

Além disso, este trabalho dialoga com uma perspectiva crítica sobre o papel dos profissionais de saúde na atualidade. Em vez de agentes executores de protocolos, eles são convocados a se posicionar como sujeitos ativos na produção do cuidado, como mediadores de processos complexos e como construtores de relações éticas e emancipatórias com os usuários. O fortalecimento da integralidade requer, portanto, um compromisso político com os princípios do SUS, uma postura reflexiva diante das práticas cotidianas e uma disposição permanente para aprender, transformar e inovar.

Dessa forma, este trabalho tem como objetivo geral analisar como a Estratégia Saúde da Família contribui para a efetivação da atenção integral ao paciente no contexto da Atenção Básica. A partir desse objetivo, pretende-se compreender o conceito de atenção integral à saúde à luz dos princípios do SUS e da PNAB 2017; identificar as práticas desenvolvidas pelas equipes da ESF que favorecem ou limitam a integralidade do cuidado; investigar os principais desafios enfrentados na implementação de um cuidado integral nas Unidades Básicas de Saúde; analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre a atenção integral e sua aplicação no cotidiano do trabalho em equipe; e propor reflexões e possíveis estratégias para o fortalecimento da integralidade do cuidado na Atenção Básica.

A questão-problema que norteia esta pesquisa é: considerando os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde e a centralidade da Atenção Primária à Saúde na organização do cuidado integral, como a Estratégia Saúde da Família tem

promovido, na prática cotidiana, a efetivação da atenção integral ao paciente? Quais são os principais desafios enfrentados pelas equipes da ESF para garantir um cuidado contínuo, resolutivo e humanizado, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica?

Ao investigar essas questões, espera-se contribuir com evidências e reflexões que fortaleçam o compromisso com a integralidade do cuidado no SUS, promovendo uma atenção à saúde que, de fato, compreenda o sujeito em sua complexidade e que responda às suas necessidades de forma ética, solidária e eficiente. A consolidação desse modelo de atenção exige, além de investimentos estruturais e financeiros, uma mudança cultural e política na forma de conceber e praticar o cuidado em saúde — uma tarefa que exige não apenas vontade institucional, mas também engajamento dos profissionais e participação ativa da sociedade.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FUNDAMENTOS, CONCEITO E EVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

2.1.1 Fundamentos e conceito da Atenção Primária à Saúde

A APS constitui o primeiro nível de atenção no SUS, sendo o principal meio de acesso da população aos serviços públicos de saúde. Caracteriza-se pela oferta de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (FIGURA 1). Tais ações são desenvolvidas de forma contínua, integral e articulada com a comunidade e os demais níveis de atenção (BRASIL, 2017).

A APS está orientada pelos princípios fundamentais do SUS — universalidade, equidade e integralidade (FIGURA 1) — e incorpora atributos essenciais como acessibilidade, continuidade do cuidado, vínculo, responsabilização, humanização e orientação familiar e comunitária (BRASIL, 2017).

A APS deve cumprir a resolutividade (resolver mais de 80% dos problemas de saúde da população) (FIGURA 1), ser a comunicação (gestão eficiente de pessoas, comunicar com a rede de atenção à saúde e informações e ser a responsabilização (ter conhecimento apronfudado da população atendida) (MENDES, 2012).

A Portaria nº 4.279/2010 estabelece que a Atenção Primária em Saúde deve ser a principal porta de entrada e ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010) (FIGURA 1).

FIGURA 1 - Fundamentos e conceito da Atenção Primária à Saúde

Fonte: Elaborado pelo autor.

2.1.2 A trajetória histórica da APS no Brasil

A trajetória institucional da APS no Brasil teve como marco inicial a promulgação da Constituição Federal de 1988, que consolidou o direito à saúde como dever do Estado, instituindo a saúde como direito de todos e baseando o SUS nos princípios da universalidade, equidade e integralidade. (BRASIL, 1988)

Em 1994, o Brasil implementou a ESF, uma importante mudança no modelo assistencial, ao substituir a lógica centrada na doença por uma abordagem preventiva, territorializada e orientada à família e à comunidade (BRASIL, 2006).

Posteriormente, em 2006, foi instituída a PNAB, reforçando a APS como a base do sistema de saúde. Essa política foi atualizada em 2011 e novamente em 2017. Na versão mais recente, a PNAB ampliou a possibilidade de outros modelos de atenção além da ESF, o que gerou debates entre os profissionais e estudiosos da área quanto ao risco de desestruturação do modelo baseado na atenção comunitária (BRASIL, 2017).

2.1.3 Conquistas e desafios da APS

A consolidação da APS no Brasil trouxe importantes resultados, como a melhoria nos indicadores de saúde, redução da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal, controle de doenças crônicas e melhor organização dos serviços de saúde. No entanto, o modelo ainda enfrenta desafios estruturais, como: desigualdade na distribuição de recursos e profissionais entre regiões; financiamento insuficiente e instável; alta rotatividade de profissionais, sobretudo em áreas remotas; e fragilidade na articulação intersetorial e nas ações de vigilância em saúde. (MENDES, 2012)

2.2 CUIDADO EM SAÚDE: O PAPEL DAS INSTITUIÇÕES E DO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

2.2.1 Unidades básicas de saúde (UBS)

As UBS constituem a principal estrutura física e organizacional da APS no Brasil. São o espaço para o desenvolvimento das ações da ESF e representam a materialização do SUS nos territórios. Nessas unidades, atuam as equipes multiprofissionais responsáveis pelo atendimento contínuo e integral à população. (BRASIL, 2017)

De acordo com a PNAB, cada UBS deve contar, no mínimo, com uma equipe formada por médico generalista ou da família, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A depender das características do território e da demanda local, podem ser incorporados outros profissionais como odontólogos, ginecologistas, pediatras e psicólogos, integrando a atenção básica ampliada (BRASIL, 2017).

Além das ações assistenciais, as UBS também são responsáveis por atividades de educação em saúde, vigilância epidemiológica, acompanhamento de grupos prioritários, imunizações, entre outras, sendo fundamentais para a prevenção de agravos e o controle de doenças crônicas e transmissíveis. (BRASIL, 2017).

A política Brasil Sorridente, por exemplo, reforça a inclusão de equipes de saúde bucal na APS, permitindo que a atenção odontológica seja parte integrante da rede básica e ampliando o escopo dos cuidados ofertados à população (BRASIL, 2004).

2.2.2 Equipes de apoio multiprofissional

Até o ano de 2023, o modelo tradicional de apoio especializado às equipes da ESF era desenvolvido por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Criado em 2008, os NASF foram concebidos com o objetivo de expandir a resolutividade da APS por meio do apoio matricial, promovendo a interdisciplinaridade e o compartilhamento de saberes entre diferentes profissionais (BRASIL, 2009).

As equipes dos NASF eram compostas por psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, entre outros, conforme as necessidades identificadas nos territórios. A proposta era fortalecer a integralidade do cuidado e apoiar as equipes da ESF em casos complexos, respeitando os contextos locais. Com a reformulação da PNAB e a criação das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária (eMulti), o Ministério da

Saúde passou a adotar uma abordagem mais flexível na composição dessas equipes, permitindo maior autonomia municipal na definição de arranjos institucionais. As eMulti mantêm os princípios do apoio matricial e da interdisciplinaridade, mas com ênfase na adesão voluntária, contratualização local e diversificação da atuação, podendo ser vinculadas tanto a UBS quanto a outros serviços da rede (BRASIL, 2023).

2.2.3 Territorialização e organização do cuidado

A territorialização é um princípio estratégico fundamental para a organização do cuidado no SUS. Trata-se da delimitação e conhecimento detalhado do território onde vivem as populações assistidas, permitindo que as ações de saúde sejam planejadas e executadas de forma contextualizada e efetiva (BRASIL, 2017).

A organização do cuidado no SUS se dá de forma hierarquizada e regionalizada, com a APS funcionando como porta de entrada preferencial para o sistema, coordenando o acesso aos níveis secundário e terciário de atenção. Esse modelo busca garantir a integralidade do cuidado, a resolutividade das ações e a continuidade do acompanhamento dos pacientes (BRASIL, 2010).

A articulação entre os diferentes níveis de atenção e a atuação intersetorial são essenciais para enfrentar os determinantes sociais da saúde e promover intervenções que considerem os aspectos biopsicossociais e culturais das comunidades. Assim, a territorialização orienta a alocação de recursos e profissionais e fortalece o controle social e a participação comunitária no planejamento e na avaliação das ações de saúde (BRASIL, 2017).

2.3 FINANCIAMENTO ATUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

2.3.1 Estrutura tripartite do financiamento

O financiamento do SUS é um dos pilares centrais para a efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). O modelo de financiamento adotado é tripartite, ou seja, compartilhado entre os três entes federativos: União, Estados e Municípios. (BRASIL, 1990)

Os estados e o Distrito Federal devem aplicar, anualmente, no mínimo 12% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, enquanto os municípios devem aplicar, no mínimo, 15%, conforme determina a legislação vigente (BRASIL, 2012).

2.3.2 Blocos de financiamento

Desde a publicação da Portaria GM/MS nº 3.992/2017, o financiamento federal do SUS passou a ser organizado em apenas dois blocos: o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços Públicos de Saúde, substituindo o antigo modelo baseado em seis blocos de repasse, constando ainda na portaria que “os recursos que compõem cada Bloco de Financiamento serão transferidos, fundo a fundo, de forma regular e automática, em conta-corrente específica e única para cada Bloco, mantidas em instituições financeiras oficiais federais e movimentadas” conforme disposto no Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011 (BRASIL, 2017). O objetivo dessa mudança foi simplificar e dar maior flexibilidade à gestão dos recursos financeiros pelos entes federativos, o

2.3.3 Desafios e limitações no financiamento do SUS

O financiamento do SUS enfrenta diversos desafios e limitações, que comprometem sua capacidade de garantir o acesso universal, integral e equânime à saúde. Entre os principais obstáculos, destaca-se a subfinanciamento crônico, com recursos muitas vezes insuficientes para cobrir a demanda crescente da população. Além disso, a desigualdade na distribuição de recursos entre estados e municípios, a falta de planejamento de longo prazo, e a burocratização nos repasses financeiros dificultam a execução eficaz das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2023).

O financiamento do SUS tem enfrentado grandes desafios, especialmente após a promulgação da Emenda Constitucional 95/2016 (EC 95/2016), que estabeleceu um regime fiscal de austeridade, congelando os gastos públicos por 20 anos, incluindo os investimentos em saúde. Esse congelamento limita o orçamento do Ministério da Saúde a reajustes apenas pela inflação, desconsiderando o crescimento populacional, o envelhecimento da população, a incorporação

tecnológica e os custos crescentes do setor. Além disso, impede que ganhos reais advindos do crescimento econômico sejam destinados às políticas sociais, restringindo os recursos disponíveis para o SUS. Como consequência, a participação da União nas despesas públicas em saúde vem diminuindo, transferindo progressivamente a responsabilidade financeira para estados e municípios, situação que pode se agravar nos próximos anos. Esse cenário de desfinanciamento compromete a universalidade e a integralidade do direito à saúde previsto na Constituição Federal. (MORETTI, 2019) Para evitar um colapso orçamentário, a PEC da Transição (Emenda constitucional 126/2022) surgiu como medida emergencial, liberando R$ 145 bilhões fora do teto em 2023. O Novo Arcabouço Fiscal (Lei Complementar 200/2023) substituiu o teto, permitindo crescimento das despesas conforme a receita, com metas de resultado primário e mecanismos de ajuste (BORGES, 2023).

2.4 PERCEPÇÕES NA PRÁTICA E IMPACTOS NO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

2.4.1 A resolutividade da Atenção Primária à Saúde

A APS, especialmente por meio da ESF, é reconhecida como o nível do sistema de saúde com maior potencial de resolutividade e proximidade com a população. Segundo dados do Ministério da Saúde e estudos acadêmicos, uma APS bem estruturada pode ser capaz de solucionar até 80% dos problemas de saúde, reduzindo significativamente a demanda por serviços de média e alta complexidade (BRASIL, 2017; MENDES, 2012).

Essa alta capacidade de resolução está diretamente vinculada ao modelo territorial e ao funcionamento das equipes multiprofissionais da ESF, que são responsáveis por acompanhar uma população adscrita de forma contínua. O acompanhamento longitudinal e a responsabilização sanitária das equipes permitem que o cuidado seja centrado nas necessidades reais da população, promovendo relações mais próximas, humanizadas e efetivas entre profissionais e usuários (BRASIL, 2012).

2.4.2 Organização do trabalho e qualidade da atenção

As equipes de Saúde da Família são organizadas para atender de forma integral e contínua a um território, normalmente com cobertura de cerca de 2.500 a 3.500 pessoas. A composição mínima inclui médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, podendo ser ampliada com profissionais do apoio multiprofissional, como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes sociais (BRASIL, 2017).

Essa estrutura multiprofissional favorece a construção de projetos terapêuticos singulares, ações interdisciplinares e abordagens ampliadas do processo saúde-doença, contemplando aspectos biopsicossociais e culturais, além de visitas domiciliares, grupos educativos, ações de promoção à saúde e os encontros comunitários fazem parte do cotidiano das UBS, fortalecendo o vínculo entre serviço e comunidade, e contribuindo para o reconhecimento da APS como a principal porta de entrada do SUS. (BRASIL, 2017)

2.4.3 Abordagem do processo saúde-doença

Os determinantes sociais da saúde são fatores que influenciam o estado de saúde das populações e estão diretamente relacionados às condições sociais, econômicas, culturais e ambientais em que as pessoas vivem. Mendes enfatiza que a saúde não pode ser compreendida apenas sob a ótica biomédica, mas deve incluir uma visão ampliada, que considera os determinantes sociais como elementos estruturantes do processo saúde-doença. (MENDES, 2012)

Por outro lado, temos a determinação social em saúde, na qual temos a saúde e as formas de viver, adoecer e morrer são socialmente determinadas, dependendo tanto do desenvolvimento das forças produtivas quanto das relações de produção. Em sociedades de classes, o acesso a bens, condições de trabalho e expectativa de vida varia conforme a posição social. O avanço produtivo pode melhorar a vida, mas no capitalismo frequentemente acentua a exploração e a desigualdade. Assim, diferenças de morbimortalidade entre países e grupos sociais refletem não só riqueza, mas sobretudo a forma como a sociedade organiza suas relações sociais e econômicas (ALBURQUERQUE, 2014)

A discussão sobre saúde exige distinguir determinantes sociais e

determinação social da saúde. Os determinantes sociais correspondem a fatores objetivos como renda, moradia, trabalho, educação e acesso a serviços, que explicam desigualdades entre grupos e orientam políticas de intervenção imediata. Já a determinação social da saúde busca compreender o processo em sua totalidade histórica, revelando como o modo de produção e as relações de classe estruturam tais condições, produzindo limites e possibilidades para a vida. Enquanto os determinantes apontam para mudanças pontuais dentro da ordem vigente, a determinação social questiona a própria lógica que sustenta a desigualdade. (ALBURQUERQUE, 2014).

2.4.4 Desafios e limitações observados na prática

A PNAB de 2017 reconhece que o SUS enfrenta diversas fragilidades que comprometem a integralidade e a qualidade da APS. Entre essas fragilidades destacam-se a insuficiência e instabilidade no financiamento, a desigualdade na distribuição de profissionais e recursos, além da alta rotatividade das equipes, especialmente em áreas rurais e remotas (BRASIL, 2017; MENDES, 2012).

Ademais, a fragilidade na gestão local e a falta de articulação eficaz entre os diferentes níveis de atenção dificultam a coordenação do cuidado, comprometendo a continuidade e a integralidade do atendimento. A participação social e o controle social, embora previstos legalmente como princípios fundamentais do SUS, muitas vezes são subutilizados, o que enfraquece a transparência e o fortalecimento do sistema (BRASIL, 2017).

3 METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado por meio de uma revisão de literatura e análise documental, visando compreender as percepções na prática e os impactos do cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

A revisão de literatura permitiu reunir, analisar e sintetizar informações relevantes provenientes de fontes secundárias, como artigos científicos, documentos oficiais e políticas públicas. Para isso, foram analisados e selecionadas publicações reconhecidas, obtidas em bases de dados acadêmicas e em portais governamentais, especialmente do Ministério da Saúde.

Foram selecionadas diferentes fontes para embasar o trabalho: 1 artigo da base de dados Scielo, 1 artigo do Observatório da FGV, 1 livro, 2 artigos de revistas e 1 artigo de site do tipo blog, escolhidos pela relevância do conteúdo e pela coerência com a temática, dentro do recorte temporal de 2012 a 2025. Já os portais governamentais foram incluídos considerando sua pertinência ao texto. Os critérios de seleção contemplaram atualidade, relevância temática, qualidade metodológica e alinhamento com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Posteriormente, realizou-se a análise crítica dos conteúdos, que subsidiou a elaboração do texto, com ênfase na capacidade resolutiva da APS, na composição das equipes e nos desafios enfrentados na prática cotidiana.

Esse método permitiu uma visão abrangente e atualizada sobre o tema, apoiando a construção de um texto fundamentado em evidências científicas e normativas oficiais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise integrada das fontes consultadas evidenciou que a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), exerce papel fundamental na organização do cuidado e na promoção da saúde da população brasileira. Os dados indicaram que, quando bem estruturada e adequadamente financiada, a APS é capaz de resolver até 80% das demandas em saúde, contribuindo significativamente para a redução da sobrecarga nos níveis secundário e terciário e promovendo um cuidado integral e contínuo (BRASIL, 2017; MENDES, 2012).

A composição mínima das equipes da ESF — formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde —, aliada ao vínculo territorial e à responsabilidade sobre uma população adscrita, favorece a construção de relações de confiança e a implementação de ações pautadas nos princípios universalidade, equidade e integralidade. Esse modelo fortaleceu o cuidado longitudinal, promoveu a prevenção de doenças e facilitou o acompanhamento de condições crônicas e a adoção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2012).

Destacou-se ainda a ampliação da atuação multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com a inclusão das equipes eMulti, compostas por profissionais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, entre outros. Essa abordagem interdisciplinar ampliou a resolutividade da APS, permitindo intervenções mais abrangentes diante dos determinantes sociais da saúde e das necessidades específicas da população (BRASIL, 2023).

Apesar dos avanços, o congelamento dos gastos em saúde pela EC 95/2016 prejudica a efetividade do SUS, limitando a expansão da rede e a incorporação de tecnologias necessárias. A maior responsabilidade financeira dos estados e municípios comprometeu o atendimento, gerando precarização e afetando os princípios de universalidade e integralidade do sistema. (MORETTI, 2019)

Diante do atual cenário da saúde pública no Brasil, torna-se cada vez mais urgente a formulação e a implementação de políticas públicas sólidas que atendam às reais necessidades da Atenção Primária à Saúde (APS). Essas políticas devem garantir um financiamento adequado e sustentável, capaz de manter e expandir os serviços ofertados à população. Além disso, é fundamental investir na valorização

dos profissionais de saúde, assegurando melhores condições de trabalho, remuneração justa e oportunidades contínuas de formação e qualificação.

Outro ponto essencial é a melhoria da gestão das unidades de saúde, com foco na eficiência, transparência e capacidade de resposta às demandas locais. A gestão estratégica e bem estruturada contribui diretamente para a qualidade do atendimento e para o fortalecimento dos vínculos entre os serviços e a comunidade. Soma-se a isso a necessidade de ampliar e fortalecer os mecanismos de participação social, de modo a garantir que as decisões no âmbito da saúde sejam construídas de forma democrática, considerando as especificidades e prioridades de cada território.

Somente por meio da articulação dessas ações será possível consolidar a APS como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Com uma estrutura fortalecida, a Atenção Primária poderá exercer plenamente seu papel de promotora da equidade, da integralidade do cuidado e da transformação efetiva das condições de saúde da população brasileira.

5 CONCLUSÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o alicerce do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, destacando-se como o principal mecanismo para garantir o acesso universal, integral e equitativo aos serviços de saúde. Através da Estratégia Saúde da Família (ESF) e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a APS demonstra elevada capacidade resolutiva, podendo atender até 80% das necessidades de saúde da população quando devidamente estruturada e financiada.

A composição multiprofissional das equipes, o vínculo territorial e os princípios que norteiam a APS — acessibilidade, continuidade, humanização e responsabilização — são fundamentais para promover um cuidado centrado no indivíduo e na comunidade, fortalecendo a prevenção, a promoção da saúde e o acompanhamento longitudinal dos usuários.

A Emenda Constitucional 95/2016 limitou os recursos para a saúde por 20 anos, ameaçando a sustentabilidade do SUS diante das crescentes necessidades da população. Além disso, desafios como subfinanciamento, gestão deficiente e condições de trabalho fragilizam a qualidade dos serviços. Para garantir a efetividade do SUS, é fundamental fortalecer o financiamento público, valorizar os profissionais e melhorar a gestão, assegurando a saúde como direito universal.

Em síntese, a APS tem potencial transformador para a saúde pública brasileira, desde que receba o suporte institucional, financeiro e político necessários para consolidar sua função estratégica dentro do SUS e continuar avançando em direção a um sistema de saúde mais justo e eficiente.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza e. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/sdeb/2014.v38n103/953-965/. Acesso em: 20 set. 2025.

BRASIL. **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: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. **Brasil Sorridente: Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/brasil-sorridente. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 mai. 2023. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017**. Altera as regras de financiamento e transferência de recursos federais para ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 dez. 2017. Disponível https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html. Acesso em: 10 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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: Ministério da Saúde, 30 abr 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União,

Brasília, 5 out. 1988. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 ago. 2025.

BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF: caderno de atenção básica, n. 27.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 13 set. 2025.

BRASIL. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal 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 esferas de governo; revoga dispositivos das Leis 8080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 16 jan. 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 15 set. 2025.

BORGES, Bráulio; RESENDE, Carolina; PIRES, Manoel. **Arcabouço Constitucional: modificações recentes e como isso condiciona a nova regra fiscal em preparação pelo Governo Federal:** arcabouço constitucional: modificações recentes e como isso condiciona a nova regra fiscal em preparação pelo governo federal. Arcabouço Constitucional: modificações recentes e como isso condiciona a nova regra fiscal em preparação pelo Governo Federal. 2023. Disponível em: https://observatorio-politica-fiscal.ibre.fgv.br/politica-economica/outros/arcabouco-constitucional-modificacoes-recentes-e-como-isso-condiciona-nova. Acesso em: 15 set. 2025.

FERRO, Luis Felipe Ferro et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014.

MAKINKO, James. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-45, set. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família / The care of chronic conditions in primary care: the imperative of strengthening the strategy of family health**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MORETTI, Bruno; MENEZES, Ana Paula. **Desvinculação de receitas, barbárie anunciada na saúde pública.** 2019. Disponível em: https://www.viomundo.com.br/blogdasaude/ana-paula-menezes-e-bruno-moretti-desvinculacao-de-receitas-barbarie-anunciada-na-saude-publica.html. Acesso em: 10 set. 2025.