

Estratégia Saúde da Família e os novos horizontes para a qualidade da atenção primária brasileira

The Family Health Strategy and new horizons for the quality of primary care in Brazil

La Estrategia de Salud Familiar y nuevos horizontes para la calidad de la atención primaria en Brasil

Claunara Schilling Mendonça ¹

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas ²

doi: 10.1590/0102-311XPT051226

Atender o convite de comentar o texto *30 anos da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: Marcos, Avanços, Retrocessos e Desafios* ¹, apresentado de forma muito abrangente e instigante, como é característico de seus autores, é uma honra, porque esta que é a maior política de inclusão social no Sistema Único de Saúde (SUS), é a parte da nossa trajetória pessoal e profissional desde a sua criação até o momento. O texto traz os marcos referenciais significativos de um programa que se transforma em política, os avanços e retrocessos nesses 30 anos e os desafios do financiamento, da força de trabalho e da coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde.

Induzido pelo financiamento federal, com o Piso de Atenção Básica, que inaugura repasses federais diretos aos fundos municipais de saúde e como resultado de um empenho tripartite, impulsiona o modelo brasileiro de atenção primária. Crescem as equipes de saúde da família, os agentes comunitários de saúde, a saúde bucal e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), agora equipes multiprofissionais complementares aos cuidados primários, e esses recursos consideram a equidade, com incentivos especiais para o atendimento às populações historicamente negligenciadas, como em territórios quilombolas, assentamentos agrários, populações indígenas, ribeirinhas, privadas de liberdade e em situação de rua.

O alinhamento da saúde da família com outras políticas sociais, como o Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET Saúde), o Saúde nas Escolas e o Programa Mais Médicos com o Ministério da Educação (MEC) ^{2,3,4}, e o acompanhamento das famílias que recebem o Bolsa Família, junto ao Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome são alguns exemplos, mas ter uma política de atenção primária à saúde (APS) efetiva permite articulação também dentro do setor saúde, como é o caso da atenção domiciliar e da saúde mental ^{5,6}.

Os desafios apontados no artigo: financiamento, força de trabalho e coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, permanecem nesses 30 anos. Embora a saúde da família tenha voltado a ser prioridade do Governo Federal e os recursos federais da assistência estejam próximos dos 30% para a APS, 80% dos municípios brasileiros têm uma população inferior a 20 mil habitantes, e sem apoio técnico e financeiro das Secretarias de Estado da Saúde não conseguem garantir o fluxo adequado dos usuários na rede de serviços intermunicipais. Para além do financiamento, a garantia da qualidade do cuidado longitudinal exige que revisitemos os parâmetros de densidade populacional por equipe. A previsão de até 3.500 pessoas por equipe, estimada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente, mostra-se muitas vezes incompatível com a complexidade epidemiológica e social dos

¹ Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

² Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

Correspondência

C. S. Mendonça
Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Rua São Manoel 543, Porto Alegre, RS 90035-903, Brasil.
cmendonca@hcpa.edu.br



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.

territórios brasileiros. Torna-se imperativo que a política nacional induza estudos técnicos e científicos para definir novos parâmetros de adscrição, possivelmente reduzindo esse teto para permitir que o especialista em Medicina de Família e Comunidade e a equipe multiprofissional exerçam, de fato, a clínica ampliada e a gestão do cuidado sem a sobrecarga que compromete a resolutividade do cuidado ofertado.

Nas duas primeiras décadas da Estratégia Saúde da Família (ESF), o grande esforço era garantir sua ampliação e cobertura para toda a população brasileira, em unidades básicas de saúde (UBS) com infraestrutura adequada, incluídos os recursos humanos. A terceira década exigiu a garantia de sua qualidade, e isto não é possível sem profissionais especialistas e com a valorização e o reconhecimento adequados. Aqui enfrentamos o risco da mercantilização, o empresariamento nas ações e serviços de saúde, com a atual substituição da administração direta para a gestão com associações privadas e a contratação de pessoas de forma terceirizada e suas derivações⁷. Ainda em relação à força de trabalho, a carga horária de 40 horas semanais, proposta inicialmente na PNAB visando a garantir os atributos da APS na ESF, hoje, à luz da proposta de Emenda à Constituição que propõe a jornada de trabalho de até 36 horas semanais, deve ser amplamente debatida e incorporada na política atual, adotando pagamentos e valores agregados com base em critérios que valorizem o trabalho do profissional da APS, imprescindível numa política de abrangência nacional⁸.

O processo mais complexo na construção dos sistemas de saúde é a articulação dos pontos de atenção. A coordenação do cuidado com a integração e ordenação da rede a partir da APS requer mecanismos de gestão ainda incipientes no Brasil, mesmo nas capitais e municípios maiores. A recente política da atenção especializada e a revisão da política de regulação não garantem sozinhas a autorização direta de vagas, de definição de prioridades e tempos-resposta, nem mesmo uma cogestão das listas, permanecendo uma assimetria no papel coordenador da APS, mesmo nas regiões onde contam com centrais de regulação ou a regulação do acesso exercida pelo Médico de Família e Comunidade. Nesse cenário de fragmentação, a saúde digital e a telessaúde devem ser incorporadas não como ferramentas acessórias, mas como eixos estruturantes para a superação de vazios assistenciais, especialmente nos municípios de pequeno porte e em áreas remotas. A Telessaúde permite o matriciamento em tempo real com a interconsulta, reduzindo as distâncias entre a APS e a atenção ambulatorial especializada (AAE). A integração digital de dados é o caminho para mitigar as assimetrias na regulação, transformando o prontuário eletrônico em uma ferramenta viva de cogestão da rede, onde a APS exerce, tecnologicamente, o seu papel de ordenadora do fluxo assistencial^{9,10}.

Por fim, a APS é o cenário que possibilita o reconhecimento, o acolhimento e a valorização das múltiplas dimensões da diversidade humana, como os aspectos biopsicossociais, socioeconômicos, étnico-raciais, de gênero, orientação sexual, ambientais, culturais e religiosos. A atenção primária resolutiva e de base territorial é capaz de conduzir a sociedade brasileira na definição das necessidades e direitos, incorporando o conceito de empoderamento e capital social.

Colaboradores

C. S. Mendonça colaborou com a redação e revisão; e aprovou a versão final. A. L. F. R. Caldas colaborou com a redação e revisão; e aprovou a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Claunara Schilling Mendonça (0000-0001-6264-5769); Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas (0000-0002-6887-4471).

Disponibilidade de dados

Não se aplica.

Referências

1. Giovanella L, Mendonça MHM, Campos EMS, Vilasbôas ALQ, Aquino R, Facchini LA. Thirty years of the Family Health Strategy in the Brazilian Unified National Health System: milestones, advances, setbacks and challenges. *Cad Saúde Pública* 2026; 42:e00206025.
2. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 6 dec.
3. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2010; 3 mar.
4. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2013; 23 oct.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 28 may.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2011; 26 dec.
7. Miranda AS. A focalização utilitária da atenção primária à saúde em viés tecnocrático e disruptivo. *Saúde Debate* 2020; 44:1214-30.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2017; 22 sep.
9. Haddad AE. Experiência brasileira do Programa Nacional Telessaúde Brasil. In: Mathias I, Monteiro A, editors. *Gold Book: inovação tecnológica em educação e saúde*. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2012. p. 12-44.
10. Cezário LRA, Ferreira BF, Manoel AV, Oliveira JM, Mendes KLC, Pecorari VA, et al. Telessaúde no Brasil: uma revisão de escopo. *Rev Baiana Saúde Pública* 2024; 48:209-24.

Recebido em 04/Mar/2026

Aprovado em 17/Mar/2026

Coordenadora da avaliação:
 Editora-chefe Luciana Dias de Lima
 (0000-0002-0640-8387)