

Victor Menezes Cardoso
Paula Thaís Cardoso Menezes

**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO
EM SAÚDE COLETIVA**

**DESAFIOS PARA A
ATENÇÃO PRIMÁRIA**

VOLUME 1



Planejamento Estratégico em Saúde Coletiva:
desafios para a atenção primária
(volume 1)

Esta obra é licenciada por uma licença *Creative Commons* de atribuição, de uso não comercial 3.0. Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir desta obra para fins não comerciais, com obrigação de atribuir o devido.



Você tem o direito de:

- **Compartilhar:** copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato;
- **Adaptar:** remixar, transformar, e criar a partir do material.

De acordo com os termos seguintes:

- **Atribuição:** Você deve dar o crédito apropriado, prover um link para a licença e indicar se mudanças foram feitas. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de nenhuma maneira que sugira que o licenciante apoia você ou o seu uso.
- **Uso não-comercial.** Você não pode utilizar esta obra com finalidades comerciais.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Cardoso, Victor Menezes

Planejamento estratégico em saúde coletiva [livro eletrônico] : desafios para a atenção primária / Victor Menezes Cardoso, Paula Thaís Cardoso Menezes.

-- 1. ed. -- Maceió, AL : Ed. do Autor, 2025. --
(Planejamento estratégico em saúde coletiva ; 1)
PDF

ISBN 978-65-01-70867-6

1. Saúde - Planejamento 2. Estratégia empresarial
3. Planejamento estratégico 4. Saúde coletiva 5.
Saúde pública 6. SUS (Sistema Único de Saúde) I.
Menezes, Paula Thaís Cardoso. II. Título III. Série.

25-304044.0

CDD-614.1

Índices para catálogo sistemático:

1. Saúde coletiva : Cooperação : Saúde pública 614.1

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Planejamento Estratégico em Saúde Coletiva: desafios para a atenção primária (volume 1)

VICTOR MENEZES CARDOSO

Doutorando em Saúde Pública (USP)

PAULA THAÍS CARDOSO MENEZES

Doutoranda em Medicina (USP)

1ª edição



Apresentação

Em nossas trajetórias profissionais e acadêmicas sempre estevemos profundamente entrelaçados com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva (existe diferença!), em especial com os desafios e potencialidades da Atenção Primária à Saúde (APS). Ao longo de nossas formações na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e na Universidade de São Paulo (USP), tivemos a oportunidade de observar de perto a complexidade dos sistemas de saúde no Brasil, com suas demandas urgentes e suas possibilidades transformadoras. Compreendemos que o planejamento estratégico é não apenas uma ferramenta, mas um verdadeiro alicerce para a construção de um sistema de saúde que seja inclusivo, resiliente e sustentável. Esse aprendizado foi a inspiração para este livro, onde buscamos refletir sobre os desafios e as soluções do planejamento estratégico em saúde, voltado especialmente para a atenção primária.

Nos últimos anos, a APS se consolidou como a porta de entrada para a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS), um papel crucial para alcançar a cobertura universal e garantir que o cuidado de saúde chegue a todos, inclusive às populações mais vulneráveis. No entanto, o caminho para um atendimento eficaz e equitativo ainda é marcado por desafios que vão além dos recursos financeiros ou materiais. Eles envolvem barreiras estruturais, desigualdades sociais e regionais e, muitas vezes, questões culturais que afetam diretamente a adesão da população aos serviços oferecidos. Com base na experiência adquirida ao longo de nossas carreiras e das reflexões proporcionadas por elas, sentimos que o planejamento estratégico pode oferecer respostas valiosas para muitos desses dilemas, desde que desenvolvido com uma visão ampla e alinhada às necessidades reais das comunidades.

O planejamento estratégico em saúde coletiva pode ser entendido como um processo contínuo e participativo de análise, definição de prioridades e organização de ações que buscam responder às necessidades de saúde da população. Mais do que uma técnica de gestão, trata-se de uma abordagem que integra ciência, política e prática, permitindo antecipar cenários, otimizar recursos e fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde. Quando aplicado à atenção primária, esse planejamento assume o desafio de articular diferentes atores (gestores, trabalhadores e comunidade) em torno de objetivos comuns, orientados pela equidade e pelo direito à saúde.

Esta coleção está dividida em duas partes, que refletem a dualidade entre os desafios persistentes e as soluções possíveis no contexto da atenção primária. Na **primeira parte (Volume 1)**, examinamos os principais obstáculos que dificultam o planejamento estratégico eficaz na APS, desde a fragmentação de políticas e a falta de integração entre os diversos níveis de assistência até a escassez de profissionais qualificados em regiões mais isoladas. Também tratamos das limitações orçamentárias, que, embora não sejam novidade para quem trabalha com saúde pública, se tornam ainda mais severas no contexto da APS, onde as necessidades são sempre crescentes. A mudança no perfil epidemiológico da população, com o envelhecimento e o aumento das doenças crônicas, exige uma adaptação urgente, assim como a integração entre as várias esferas do cuidado, para que o paciente não perca o vínculo com o sistema ao ser encaminhado para níveis de maior complexidade. Além disso, abordamos o papel fundamental do engajamento comunitário e da educação em saúde, que, apesar de essenciais para o sucesso das ações de promoção e prevenção, ainda enfrentam desafios em muitas regiões do Brasil.

A **segunda parte (Volume 2)** da coleção será dedicada a explorar soluções concretas que podem ser implementadas para superar esses desafios. Como pessoas que já estiveram diretamente envolvidas tanto em processos de planejamento

quanto de execução de políticas de saúde, acreditamos que o sucesso da APS depende de uma abordagem integrada, que inclua protocolos padronizados e políticas unificadas, além de uma capacitação contínua e valorização dos profissionais de saúde. Defendemos o uso da tecnologia como um recurso imprescindível, com o potencial de transformar a forma como os serviços são ofertados, especialmente em áreas remotas. Ferramentas como prontuários eletrônicos e telemedicina podem fazer a diferença ao conectar pacientes e profissionais em locais distantes, além de facilitar o acompanhamento e a continuidade do cuidado.

Ainda que a APS enfrente desafios e limitações, há espaço para inovação e melhoria por meio de estratégias como parcerias público-privadas, que podem trazer benefícios sem comprometer os princípios fundamentais do SUS. As parcerias possibilitam, entre outras coisas, uma alocação mais eficiente dos recursos, direcionando-os para onde são mais necessários. Outro ponto de destaque são as ações de promoção e prevenção em saúde, que têm o poder de reduzir a sobrecarga dos serviços de atenção secundária e terciária, prevenindo condições que podem evoluir para quadros mais graves e onerosos. O envolvimento da comunidade é essencial, e parte dessa solução passa pela educação em saúde, para que cada cidadão possa entender seu papel na manutenção de sua própria saúde e na preservação de recursos que são compartilhados por toda a população.

Acreditamos firmemente que o planejamento estratégico é uma ferramenta essencial para alcançar um sistema de saúde mais eficiente e equitativo, e nossa intenção com este livro é compartilhar ideias e propostas que possam ser úteis tanto para gestores de saúde quanto para profissionais da área. A atenção primária é o ponto de partida para um cuidado de saúde humanizado e próximo da realidade das pessoas, mas ela só pode cumprir esse papel se houver um planejamento estruturado, que considere as particularidades locais e esteja alinhado com as metas e diretrizes nacionais.

Nossa experiência como sanitaristas nos ensinou que, em saúde, não há soluções prontas ou fáceis. O contexto brasileiro, com suas desigualdades e complexidades, exige uma visão holística e adaptativa. Assim, esperamos que este livro seja um recurso para aqueles que, como nós, acreditam que a saúde é um direito fundamental e que se empenham diariamente para torná-la acessível e de qualidade para todos. Convidamos o leitor a embarcar nesta jornada, explorando os desafios e, principalmente, refletindo sobre as soluções que nos aproximam de uma atenção primária forte e resolutiva.

Esta coleção de livros é uma tentativa de compartilhar não apenas conhecimentos técnicos, mas também a vivência e o compromisso com um sistema de saúde mais justo e inclusivo. Cada capítulo, seja sobre desafios (Volume 1) ou soluções (Volume 2), foi pensado para oferecer uma perspectiva prática e aplicável à realidade da atenção primária no Brasil, com a esperança de contribuir para o desenvolvimento de estratégias de saúde pública que possam transformar a vida das pessoas.

Victor e Paula

Dedicamos esta coleção à Fran Demétrio, nossa professora no curso de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia), cuja paixão pela Atenção Primária à Saúde inspirava todos ao seu redor. Fran partiu cedo, mas deixou um legado de agentes multiplicadores.

"[...] planejar também é imaginar futuros possíveis para vidas que historicamente foram impedidas de sonhar."

Sueli Carneiro

Índice (comentado)

1ª PARTE: Desafios do planejamento estratégico em APS

O planejamento estratégico em saúde enfrenta desafios específicos na APS, que vão desde questões estruturais até limitações de recursos humanos e materiais. Esses desafios podem ser organizados em várias categorias:

Capítulo 1: Fragmentação de políticas e gestão descentralizada 18

Este capítulo explorará a descentralização da gestão em saúde no Brasil, que, embora essencial para a autonomia das regiões, acaba gerando disparidades na aplicação de políticas e na qualidade dos serviços oferecidos. O capítulo discutirá como a fragmentação de políticas entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) dificulta a coordenação e gera desigualdades. Serão analisados os impactos dessa fragmentação na APS e as dificuldades em estabelecer diretrizes comuns que atendam a todas as regiões do país.

Capítulo 2: Recursos humanos na APS: escassez e má distribuição.....24

Um dos maiores desafios enfrentados pela APS é a insuficiência e má distribuição de recursos humanos. Este capítulo abordará a carência de profissionais, como médicos, enfermeiros e agentes comunitários, especialmente em áreas remotas e de difícil acesso. A falta de profissionais gera sobrecarga nos locais mais carentes e prejudica a qualidade do atendimento. Também serão exploradas as dificuldades para atrair e fixar profissionais em áreas de alta vulnerabilidade e os efeitos dessa má distribuição na eficiência da APS.

Capítulo 3: Limitações orçamentárias e recursos escassos.....29

Este capítulo se concentrará nas restrições orçamentárias que afetam a APS e nos desafios para gerenciar os recursos de forma eficaz. A atenção primária, muitas vezes, recebe uma parcela reduzida do orçamento total destinado à saúde, o que dificulta o atendimento de demandas crescentes. Serão analisados os impactos dessa limitação nos serviços e na infraestrutura da APS, incluindo a aquisição de insumos, o acesso a medicamentos e as condições físicas das unidades de saúde. Também será abordado o desafio de manter uma gestão financeira eficiente em um contexto de escassez.

Capítulo 4: Mudança no perfil epidemiológico e demandas crescentes.....32

O envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas, como diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, criam novos desafios para a APS, que tradicionalmente estava mais focada em cuidados preventivos e em doenças infecciosas. Este capítulo discutirá como essa mudança no perfil epidemiológico exige uma adaptação urgente do planejamento e dos recursos, com o fortalecimento de programas de acompanhamento contínuo e monitoramento de condições crônicas. O impacto dessa transição nas práticas e nas estruturas da APS será abordado com exemplos que mostram a necessidade de uma abordagem cada vez mais centrada no paciente e na gestão de doenças de longa duração.

Capítulo 5: Integração e comunicação entre níveis de assistência38

A APS deve estar bem integrada aos níveis secundário e terciário para garantir a continuidade do cuidado. No entanto, falhas na

comunicação entre esses níveis comprometem a eficiência do atendimento e o acompanhamento do paciente. Este capítulo explorará os obstáculos à integração entre os níveis de assistência, incluindo dificuldades na comunicação, na referência e contrarreferência de pacientes, e as consequências da falta de articulação para a APS. Serão analisadas as barreiras que dificultam o compartilhamento de informações e as implicações disso para a qualidade e a segurança do atendimento.

Capítulo 6: Baixo engajamento comunitário e letramento funcional em saúde42

A adesão da população às práticas de promoção e prevenção é crucial para o sucesso da APS, mas, em muitas regiões, o entendimento limitado sobre conceitos básicos de saúde e o baixo engajamento comunitário dificultam o alcance dessas ações. Este capítulo discutirá as barreiras culturais, sociais e econômicas que influenciam o engajamento da comunidade, como o desconhecimento sobre os serviços de saúde e o estigma em torno de certas condições de saúde. Também serão abordados os desafios para promover a educação em saúde e a corresponsabilidade dos cidadãos em seu próprio cuidado, apontando como essas dificuldades impactam diretamente na efetividade das ações preventivas e de promoção de saúde.

Considerações Finais46

Referências.....52

Capítulo 1

FRAGMENTAÇÃO DE POLÍTICAS E GESTÃO DESCENTRALIZADA

A descentralização da gestão em saúde no Brasil é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), visando garantir a autonomia dos estados e municípios para planejar, implementar e adaptar suas políticas de acordo com as particularidades locais. Essa estrutura descentralizada, instituída pela Constituição de 1988 e reforçada pela Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), é essencial para que as políticas de saúde possam atender à diversidade social, econômica e geográfica do país. Contudo, a descentralização apresenta desafios significativos, que se manifestam especialmente na fragmentação das políticas e na dificuldade de coordenar ações entre os diferentes níveis de governo (BARROS; LIMA, 2019; SHIMIZU et al., 2021).

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a descentralização oferece, em tese, uma oportunidade para que os serviços de saúde estejam mais próximos das comunidades, atendendo melhor suas necessidades específicas. No entanto, a fragmentação de políticas entre as esferas federal, estadual e municipal resulta em disparidades na qualidade dos serviços oferecidos, dificultando o acesso equitativo aos cuidados (MENDONÇA et al., 2023). A falta de uniformidade nas diretrizes e práticas gera desigualdades regionais e coloca em risco a universalidade e a integralidade do SUS (OECD, 2024).

A descentralização do SUS: estrutura e princípios

O SUS foi concebido para ser um sistema descentralizado, em que os três níveis de governo (federal, estadual e municipal) compartilham responsabilidades. O Ministério da Saúde, como órgão federal, é responsável pela definição de políticas nacionais, estabelecimento de normas e distribuição de recursos financeiros, mas a execução direta das ações de saúde é delegada principalmente aos municípios, que têm autonomia para organizar os serviços de acordo com suas necessidades locais (BARROS; LIMA, 2019).

Esse modelo, embora tenha o potencial de tornar o sistema de saúde mais responsivo às demandas regionais, depende de uma forte coordenação entre as esferas de governo para funcionar efetivamente. A descentralização é, portanto, um princípio que precisa de mecanismos claros de regulação e monitoramento, para que os objetivos nacionais de saúde sejam cumpridos em todas as regiões, respeitando as especificidades locais sem comprometer a equidade e a qualidade dos serviços (OECD, 2024).

Desafios da fragmentação de políticas na atenção primária

A fragmentação das políticas de saúde surge como um dos principais desafios da descentralização. Cada estado e município tem liberdade para implementar e adaptar políticas, o que frequentemente resulta em abordagens inconsistentes para problemas similares. Na APS, isso significa que os serviços e práticas oferecidos

podem variar consideravelmente de uma região para outra, dependendo da estrutura de governança local, da disponibilidade de recursos e das prioridades dos gestores (BRASIL, 2022).

Essa fragmentação afeta diretamente a capacidade de implementar diretrizes e protocolos padronizados, fundamentais para a eficácia e segurança do cuidado. Por exemplo, enquanto alguns municípios têm recursos suficientes para adotar e seguir rigorosamente os protocolos do Ministério da Saúde, outros, especialmente aqueles com limitações financeiras, podem ter dificuldade em fazer o mesmo. Essa disparidade cria desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços, o que contraria o princípio de universalidade do SUS (MENDONÇA et al., 2023; OECD, 2024).

Dificuldades de coordenação entre as esferas de governo

A coordenação entre os diferentes níveis de governo é outro grande obstáculo para a implementação efetiva das políticas de saúde. As responsabilidades sobrepostas e, muitas vezes, pouco definidas entre as esferas federal, estadual e municipal resultam em processos de tomada de decisão complexos e burocráticos, que dificultam a fluidez e a agilidade na aplicação das políticas (BARROS; LIMA, 2019).

Na APS, a falta de uma coordenação eficaz significa que os municípios, principais executores das políticas, nem sempre conseguem apoio suficiente para enfrentar desafios locais específicos, como a escassez de profissionais de saúde ou a necessidade de estrutura

física adequada nas unidades básicas. Além disso, a dificuldade de comunicação entre as esferas governamentais pode resultar em perda de recursos e duplicação de esforços, enquanto necessidades cruciais permanecem sem atendimento.

O impacto na qualidade e no acesso aos serviços

A fragmentação de políticas e a coordenação inadequada entre as esferas de governo têm impactos diretos na qualidade e no acesso aos serviços de APS. Em regiões mais desenvolvidas ou com maior capacidade de gestão, os municípios conseguem manter uma estrutura de atenção primária mais robusta, com equipes bem treinadas, equipamentos adequados e programas de prevenção e promoção bem definidos. Em contrapartida, regiões com menor capacidade de investimento e gestão, especialmente nas periferias urbanas e áreas rurais, enfrentam maiores dificuldades para oferecer serviços com o mesmo nível de qualidade (BRASIL, 2022; BRASIL, 2025).

Essa disparidade reflete-se em indicadores de saúde, como taxas de mortalidade infantil, cobertura vacinal e prevalência de doenças crônicas. A falta de uniformidade nos serviços prejudica a continuidade do cuidado e o acompanhamento dos pacientes, o que é fundamental para a APS. A atenção primária deveria funcionar como a base do sistema de saúde, proporcionando cuidado integral e coordenado, mas a fragmentação torna esse ideal difícil de alcançar (OCDE, 2024; MENDONÇA et al., 2023).

Exemplos e estudo de caso

Para ilustrar os efeitos da descentralização e fragmentação das políticas, é possível examinar casos específicos de programas de saúde que dependem de uma forte articulação entre os níveis de governo. O programa Estratégia Saúde da Família (ESF), por exemplo, que visa expandir a cobertura da APS por meio das equipes de saúde comunitária, enfrenta desafios significativos de implementação em municípios com menos recursos. Em alguns casos, a ESF é bem-sucedida e transforma a qualidade do atendimento; em outros, a falta de apoio estadual e federal limita o alcance e o impacto do programa (BRASIL, 2022; BRASIL, 2024).

Outro exemplo é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e outras políticas nacionais de saúde integral, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que exigem uma coordenação entre os serviços locais e regionais para garantir acesso contínuo e universal aos cuidados de saúde reprodutiva e materna. Nos municípios onde há dificuldades de coordenação e menos recursos, a oferta desses serviços é fragmentada, resultando em lacunas no atendimento e desigualdades que afetam diretamente a saúde das mulheres (MENDONÇA et al., 2023; BRASIL, 2022).

Considerações Finais

A descentralização do SUS, embora concebida para promover autonomia e adaptabilidade, requer uma

estrutura de coordenação e regulação que consiga superar as barreiras impostas pela fragmentação. A experiência brasileira mostra que **a descentralização, sem uma política nacional efetiva de supervisão e apoio, tende a acentuar desigualdades regionais e prejudicar o acesso equitativo aos serviços de saúde**. No contexto da APS, é crucial fortalecer as diretrizes nacionais e assegurar que elas sejam aplicadas de maneira consistente, respeitando as necessidades locais sem comprometer a qualidade e a universalidade do cuidado.

Ao longo deste capítulo, evidenciamos que o planejamento estratégico no SUS deve buscar maneiras de **balancear a autonomia local** com a padronização de práticas essenciais, garantindo que todas as regiões, independentemente de seus recursos, possam oferecer um nível básico e equitativo de atenção primária à saúde. Esse é um dos grandes desafios do SUS e precisa ser abordado com soluções que promovam a comunicação entre as esferas de governo, reduzam a burocracia e incentivem uma gestão mais colaborativa e centrada no cidadão.

Capítulo 2

RECURSOS HUMANOS NA APS: ESCASSEZ E MÁ DISTRIBUIÇÃO

Um dos maiores desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é a insuficiência e a má distribuição de recursos humanos. Embora o país tenha expandido o número de profissionais da saúde nas últimas décadas, a oferta ainda se concentra em determinados territórios, sobretudo nas regiões Sul e Sudeste, criando barreiras para a universalização do acesso (SCHEFFER, 2023).

A escassez e a concentração geram consequências diretas na qualidade do cuidado: sobrecarga das equipes, dificuldade de acompanhamento longitudinal e prejuízos para a resolutividade das ações de saúde. Nessas condições, a APS não consegue exercer plenamente sua função de coordenadora do cuidado e porta de entrada do SUS.

Escassez de profissionais de saúde no Brasil: assimetrias regionais

Dados recentes mostram que o Brasil tem aumentado o número absoluto de médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, mas a distribuição ainda é desigual. O número de médicos por 1.000 habitantes é maior no Sudeste do que no Norte e Nordeste, o que evidencia disparidades regionais no acesso aos serviços básicos (SCHEFFER, 2023).

Essa disparidade se repete em outras categorias, como a enfermagem e os agentes comunitários de saúde, criando áreas de vazio assistencial. Municípios pequenos, de baixa renda e com infraestrutura precária têm dificuldade em atrair profissionais e em manter equipes completas, prejudicando a cobertura da Estratégia Saúde da Família.

O Brasil, apesar de avanços na expansão da cobertura, precisa enfrentar lacunas críticas na força de trabalho da APS, pois a escassez de profissionais em regiões vulneráveis compromete tanto a equidade quanto a eficiência do sistema.

Dificuldades de atração e fixação em áreas vulneráveis

A dificuldade de fixação de profissionais em áreas remotas e vulneráveis é histórica. Baixa remuneração relativa, escassez de infraestrutura, isolamento geográfico e poucas oportunidades de desenvolvimento profissional são fatores que desestimulam a permanência. Isso leva a rotatividade elevada e instabilidade na oferta de serviços de saúde.

Programas governamentais, como o Mais Médicos e posteriormente o Médicos pelo Brasil, buscaram enfrentar essa desigualdade, aumentando a presença de médicos em áreas remotas (BRASIL, 2015). Apesar dos avanços, os desafios de permanência e continuidade ainda persistem, principalmente devido à rotatividade elevada e à dificuldade de manter vínculos estáveis.

Avaliações também mostraram efeitos positivos, como ampliação do acesso e impacto na redução de internações por condições sensíveis à APS (SANTOS et al., 2019).

Buscou-se substituir a lógica de provisão emergencial por estratégias de fixação, como contratos mais duradouros e incentivos vinculados a desempenho. Ainda assim, especialistas alertam que a sustentabilidade da política depende de melhores condições de trabalho e de infraestrutura local.

Efeitos da má distribuição na eficiência da APS

A insuficiência e a má distribuição de profissionais repercutem diretamente na eficiência da APS. Unidades sem equipes completas não conseguem atingir a cobertura populacional estabelecida pela PNAB, o que aumenta a sobrecarga dos serviços de média e alta complexidade.

Indicadores de saúde revelam essas desigualdades: municípios com baixa presença de médicos de família apresentam piores taxas de acompanhamento de doenças crônicas, menor cobertura vacinal e maiores índices de internações por condições sensíveis à atenção básica (COELHO; KASSADA, 2025).

Do ponto de vista econômico, a falta de profissionais bem distribuídos eleva os custos do sistema. Hospitais e prontos-socorros acabam absorvendo demandas que poderiam ser resolvidas na APS, comprometendo a eficiência global do SUS.

Marco normativo e diretrizes

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela Portaria nº 2.436/2017, estabelece parâmetros para a composição das equipes e reforça a importância da multiprofissionalidade e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2017). O documento reconhece que a valorização e a qualificação da força de trabalho são centrais para o fortalecimento da APS.

Apesar disso, a implementação da PNAB tem sido desigual entre os municípios, em parte devido às diferenças na capacidade de gestão local e na disponibilidade de recursos humanos (MENDONÇA et al., 2025). A efetividade da política depende da articulação entre União, estados e municípios, bem como de incentivos adequados para atrair e fixar profissionais em áreas de maior vulnerabilidade.

Relatórios recentes da OCDE reforçam que a consolidação da APS no Brasil exige planejamento de trabalho integrado ao financiamento e às estratégias de educação permanente, com vistas a reduzir desigualdades regionais (RATHE et al., 2022).

Considerações Finais

A insuficiência e a má distribuição de recursos humanos representam entraves críticos para a consolidação da APS no Brasil. Enfrentar esse problema implica ir além da formação de novos profissionais, incluindo medidas de **atração**, **fixação** e **valorização** da força de trabalho em saúde, sobretudo em regiões vulneráveis.

Programas como o Mais Médicos demonstraram que é possível ampliar o acesso em curto prazo, mas a **sustentabilidade depende de políticas estruturais** que garantam condições de trabalho dignas, carreira, incentivos e infraestrutura adequada. Somente com profissionais bem distribuídos e valorizados será possível assegurar uma APS forte, resolutiva e capaz de cumprir seu papel de coordenadora do cuidado dentro do SUS.

Capítulo 3

LIMITAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS E RECURSOS ESCASSOS

A sustentabilidade financeira é um dos pontos mais sensíveis para a consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar de seu reconhecido papel na coordenação do cuidado e na prevenção de agravos, a APS frequentemente recebe uma parcela reduzida do orçamento total destinado à saúde, o que compromete a capacidade de atender às demandas crescentes.

Essa limitação de recursos impacta não apenas a ampliação da cobertura, mas também a qualidade dos serviços, restringindo a aquisição de insumos, o acesso a medicamentos e a manutenção das condições físicas das unidades básicas. Em consequência, muitas equipes de saúde trabalham em cenários precários, com dificuldades para garantir atenção integral e resolutiva.

A alocação orçamentária da saúde no Brasil

Historicamente, a maior parte dos recursos do SUS é absorvida por serviços de média e alta complexidade, enquanto a APS permanece subfinanciada nas três esferas de governo (OECD, 2021/2025).

Evidências internacionais indicam que sistemas de saúde mais eficientes alocam recursos de forma robusta na atenção primária, pois esse investimento melhora acesso, coordenação e prevenção de agravos, reduzindo pressões sobre níveis especializados (OECD, 2025; Rathe et al., 2022).

No Brasil, mesmo com diretrizes e incentivos federais previstos na PNAB/2017 para organizar e financiar a Atenção Básica, persistem instabilidade de repasses e restrições fiscais municipais que afetam a previsibilidade do custeio (Brasil, 2017)

Impactos das restrições financeiras

A insuficiência orçamentária repercute diretamente na infraestrutura física das UBS: inadequações estruturais e de manutenção são recorrentes e associam-se a pior desempenho de processos e resultados (SCHERER et al., 2024).

O governo federal tem lançado iniciativas para revitalização e requalificação de UBS, mas a escala e a continuidade dessas ações ainda variam conforme capacidade local e disponibilidade de recursos.

As restrições também atingem a aquisição de insumos e medicamentos: auditorias públicas registram falhas de gestão de estoques e episódios de desabastecimento que comprometem a continuidade terapêutica e a confiança do usuário (TCM-GO, 2025)

Gestão financeira em cenário de escassez

Diante de recursos limitados, gestores recorrem a arranjos cooperativos (como revitalização de infraestrutura e ações intersetoriais) e ao uso racional de insumos para mitigar carências, mas a dependência de transferências e a ausência de planejamento plurianual

consistente dificultam estabilidade e autonomia (Brasil, 2025; OECD, 2025).

Relatórios e análises econômicas recentes apontam que o estreitamento do espaço fiscal na América Latina exige melhorar governança, transparência e eficiência alocativa para proteger funções essenciais como a APS.

No nível local, boas práticas de governança (planejamento em saúde alinhado à PNAB, monitoramento de estoques, e priorização de manutenção predial) aparecem como medidas custo-efetivas para preservar a capacidade resolutiva da APS mesmo em contextos adversos (Brasil, 2017).

Considerações Finais

As limitações orçamentárias e a escassez de recursos representam barreiras centrais para o fortalecimento da APS no Brasil. Sem financiamento adequado, a capacidade de oferecer serviços integrais, acessíveis e resolutivos fica comprometida.

O desafio é duplo: **ampliar a fatia do orçamento** destinada à APS e, ao mesmo tempo, garantir que os **recursos sejam usados de forma eficiente e transparente**. Investir em atenção primária é custo-efetivo, reduz hospitalizações evitáveis e fortalece a equidade no acesso à saúde.

Capítulo 4

MUDANÇA NO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DEMANDAS CRESCENTES

O envelhecimento populacional e o avanço das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), por exemplo, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, impõem novos desafios à APS. Historicamente orientada à prevenção e ao controle de doenças infecciosas, a APS precisa se adaptar para responder a condições de longa duração, de manejo contínuo e alta complexidade organizacional (FELICIANO et al., 2023).

Essa transição exige replanejamento de recursos, reconfiguração de processos assistenciais e fortalecimento de programas de acompanhamento longitudinal, com foco em coordenação do cuidado, autocuidado apoiado e abordagem centrada na pessoa e na família (BRASIL, 2021).

Transição demográfica e epidemiológica

O aumento da expectativa de vida e a queda das taxas de fecundidade resultam em maior proporção de pessoas idosas na população, com consequente elevação da demanda por serviços continuados de saúde na APS (FELICIANO et al., 2023).

Em paralelo, observa-se substituição relativa do peso das doenças infecciosas por DCNT na carga de doença, o que amplia a necessidade de vigilância de fatores de risco (como tabagismo, alimentação

inadequada, sedentarismo e uso nocivo de álcool) e intervenções preventivas ao longo do curso de vida (BRASIL, 2021).

Essa mudança coloca em xeque não apenas a organização dos serviços, mas também a cultura social em torno do cuidado. O desafio não é apenas clínico ou estrutural, mas também de consciência coletiva sobre hábitos de vida, autocuidado e valorização da prevenção, que precisam ser construídos em diálogo com a comunidade.

Doenças crônicas não transmissíveis e multimorbidade

As DCNT apresentam evolução lenta, necessidade de tratamento prolongado e risco de complicações, exigindo monitoramento regular e integração entre níveis assistenciais (LAMONATO et al., 2024).

A presença de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo (multimorbidade) torna a clínica mais complexa, aumenta a chance de polifarmácia, eleva custos e demanda planos de cuidado individualizados, com revisão periódica de metas terapêuticas e redução de intervenções fúteis (NUNES et al., 2018).

A multimorbidade desafia a lógica fragmentada da medicina tradicional. O cuidado centrado em doenças isoladas precisa dar lugar a uma visão mais integral da vida do paciente, onde qualidade de vida e bem-estar ganham tanto peso quanto marcadores biomédicos.

Implicações para a organização da APS

Para responder ao novo perfil epidemiológico, a APS precisa ajustar sua capacidade resolutiva: acesso oportuno, carteira de serviços compatível com as principais DCNT, oferta de consultas programadas, consultas de enfermagem, educação em saúde e monitoramento remoto quando possível.

Isso implica rever fluxos de trabalho, dimensionamento de equipes, indicadores de desempenho e mecanismos de coordenação com outros pontos de atenção (especialidades, atenção domiciliar, urgência, reabilitação), reduzindo fragmentação e duplicidade de esforços.

A reorganização da APS exige não apenas novos protocolos, mas também mudança de mentalidade. Mais do que ampliar números e metas, trata-se de criar um ambiente de trabalho que estimule colaboração entre profissionais e confiança entre usuários e equipes.

Programas de acompanhamento contínuo e linhas de cuidado

Programas estruturados para hipertensão, diabetes, DPOC e insuficiência cardíaca, com protocolos clínicos, estratificação de risco e metas de controle, aumentam a efetividade do cuidado quando combinados a estratégias de autocuidado apoiado e educação para pacientes e cuidadores.

Linhas de cuidado com critérios claros de encaminhamento e retorno, consultas interprofissionais

(medicina, enfermagem, farmácia, nutrição, fisioterapia) e uso de ferramentas de registro clínico padronizado favorecem continuidade, segurança e desfechos clínicos melhores.

A efetividade desses programas depende da adesão dos pacientes e de sua rede de apoio. Não basta ofertar protocolos, é necessário ouvir expectativas, respeitar contextos de vida e compreender os limites reais que cada indivíduo tem para seguir orientações.

Monitoramento, dados e tecnologias de apoio

A incorporação de registros clínicos eletrônicos e painéis de indicadores facilita o acompanhamento de coortes, permitindo chamadas ativas, reconciliação medicamentosa e auditoria clínica periódica.

Telemonitoramento, teleconsultorias e tele-educação ampliam o suporte às equipes e aos pacientes, especialmente em áreas remotas, desde que acompanhados de protocolos, proteção de dados e avaliação de custo-efetividade.

A tecnologia pode aproximar profissionais e pacientes, mas também pode aumentar desigualdades se não houver cuidado com acessibilidade. A inclusão digital se torna, assim, uma nova dimensão da equidade em saúde.

Impactos nas estruturas e nos recursos da APS

A maior demanda por consultas programadas, exames de acompanhamento e insumos (tiras de glicemia, dispositivos de aferição, medicamentos contínuos) pressiona o financiamento e a logística de suprimentos na APS.

Unidades precisam de infraestrutura adequada (salas de educação em saúde, espaços para grupos, áreas acessíveis e adequadas para idosos e pessoas com limitações funcionais) e equipes capacitadas em manejo de DCNT e comunicação clínica, inclusive em cuidados paliativos na APS quando apropriado. Evidências mostram que a qualidade estrutural das unidades influencia diretamente os resultados da APS, destacando que prédios bem planejados e mantidos contribuem para maior satisfação dos usuários e melhor desempenho assistencial (SCHERER et al., 2024).

A estrutura física e os recursos materiais da APS refletem prioridades políticas. Olhar para o estado das unidades é também olhar para a importância que a sociedade dá ao cuidado cotidiano, silencioso e contínuo.

Exemplos de reorganização bem-sucedida

Experiências que combinam estratificação de risco, protocolos clínicos, coordenação com a atenção especializada e auditoria de indicadores (controle pressórico, LDL, cessação do tabagismo) mostram melhora de desfechos e uso mais racional de serviços de urgência.

Iniciativas com educação permanente e matriciamento (suporte de especialistas às equipes de APS) demonstram ganho de capacidade resolutiva e redução de encaminhamentos desnecessários. Estudos apontam que trabalhadores da APS reconhecem a educação permanente como prática fundamental para reorganizar processos de trabalho, fortalecer vínculos e ampliar a resolutividade das equipes (SILVA; JORGE, 2023).

Casos de sucesso ajudam a mostrar caminhos, mas também revelam que não existem soluções mágicas. O desafio está em adaptar experiências a diferentes contextos, respeitando singularidades locais sem perder a essência das boas práticas.

Considerações Finais

As transições epidemiológicas, demográficas, nutricionais e tecnológicas exigem uma APS redesenhada para acompanhamento longitudinal, coordenação do cuidado e apoio ao autocuidado, com forte base multiprofissional e integração tecnológica.

O sucesso depende de **planejamento, financiamento adequado, qualificação** das equipes e **uso inteligente de dados** para orientar decisões, sempre com foco na pessoa, na família e na comunidade.

Esse movimento também nos leva a **repensar o papel da APS no imaginário social**: de um espaço de atendimento rápido para problemas agudos, ela precisa se consolidar como uma rede de apoio constante, capaz de caminhar lado a lado com as pessoas em suas trajetórias de saúde e doença.

Capítulo 5

INTEGRAÇÃO E COMUNICAÇÃO ENTRE NÍVEIS DE ASSISTÊNCIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) só cumpre plenamente seu papel quando está articulada, de forma contínua, com os serviços de média e alta complexidade. Em redes bem organizadas, a referência e a contrarreferência fluem com clareza, a informação clínica acompanha o usuário e os tempos de espera são ordenados por critérios de risco e necessidade (OPAS, 2011).

Ainda assim, no cotidiano do SUS, persistem barreiras: protocolos heterogêneos, sistemas de informação pouco interoperáveis e lacunas na devolutiva clínica ao nível primário. A Política Nacional de Atenção Básica define a APS como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial, mas para isso é indispensável dispor de mecanismos efetivos de coordenação entre pontos de atenção (BRASIL, 2017).

A integração não é apenas uma questão técnica ou burocrática, mas um compromisso ético de não abandonar o paciente ao longo de sua trajetória no sistema de saúde.

Por que a integração entre níveis importa

A literatura de redes integradas de serviços de saúde demonstra que a fragmentação gera descontinuidade, duplicação de serviços e ineficiências

que oneram o sistema e prejudicam resultados clínicos (OPAS, 2011).

No SUS, a PNAB reafirma que cabe à APS ordenar o cuidado nas Redes de Atenção à Saúde, articulando fluxos assistenciais e compartilhando planos terapêuticos com a atenção especializada e hospitalar (BRASIL, 2017).

Desafios da referência e contrarreferência

Estudos nacionais mostram que a contrarreferência incompleta ou tardia compromete o seguimento dos casos na APS, com riscos para a segurança do paciente e perda de oportunidade de cuidado (OLIVEIRA et al., 2021).

Durante a pandemia de COVID-19, evidenciou-se o agravamento dessas falhas — por questões de logística, recursos e estrutura —, afetando a devolutiva da atenção especializada à APS (FREITAS et al., 2024).

Interoperabilidade da informação clínica

A consolidação de prontuários eletrônicos e a troca segura de dados são condições para a continuidade do cuidado. O Ministério da Saúde orienta o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e da Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) como infraestrutura nacional de interoperabilidade, permitindo que informações clínicas circulem entre pontos de atenção (BRASIL, 2025).

A estratégia e-SUS APS integra módulos (prontuário, território, vacinação, atividade coletiva etc.) e prevê credenciamento/integração com a RNDS, reforçando o papel da APS na coordenação do cuidado (BRASIL, 2025b; BRASIL, 2023).

Regulação assistencial e ordenamento de fluxos

A Política Nacional de Regulação organiza a regulação de sistemas, da atenção e do acesso, utilizando sistemas como o SISREG para ordenar consultas, exames e internações segundo critérios pactuados (BRASIL, 2021).

Mais recentemente, recomenda-se a migração para soluções e-SUS Regulação integradas à RNDS, com vistas a substituir gradualmente o SISREG III e ampliar a transparência das filas (CONASEMS, 2024).

Estratégias de apoio à integração: telessaúde, protocolos e educação permanente

A Telessaúde no SUS oferece teleconsultorias e telediagnóstico como retaguarda às equipes da APS, agilizando acesso a especialistas e fortalecendo a resolutividade local (BRASIL, 2025c).

Do ponto de vista da segurança do paciente, protocolos nacionais incluem a comunicação correta durante a transmissão do caso como prática essencial para transições entre pontos de atenção, reduzindo eventos adversos e perdas de informação (BRASIL; FIOCRUZ, 2014).

A literatura recente também evidencia que o uso qualificado de instrumentos de coordenação (planos terapêuticos, comunicação estruturada e registros compartilhados) melhora a integração do cuidado entre APS e especializada (LACERDA; ALMEIDA, 2023; ALMEIDA, 2015).

Considerações Finais

A integração entre os níveis de assistência continua sendo um dos maiores desafios do SUS. Sem comunicação efetiva e sistemas de referência bem estruturados, a APS perde seu papel de coordenadora e a fragmentação compromete a universalidade e a integralidade do cuidado.

Superar essas barreiras exige **investimentos em tecnologia, fortalecimento de processos de trabalho** e, sobretudo, construção de uma **cultura de corresponsabilidade** entre os diferentes níveis de atenção.

A integração é o elo invisível que sustenta o cuidado em saúde. Sem ele, o sistema se quebra em partes isoladas, e o paciente é quem paga o preço dessa desconexão.

Capítulo 6

BAIXO ENGAJAMENTO COMUNITÁRIO E LETRAMENTO FUNCIONAL EM SAÚDE

A efetividade da Atenção Primária à Saúde (APS) depende não apenas da disponibilidade de serviços, mas também da capacidade da população de compreender, valorizar e se engajar em práticas de promoção e prevenção. Em muitos territórios, entretanto, o baixo letramento funcional em saúde e o distanciamento entre comunidade e serviços dificultam a adesão às recomendações e limitam os resultados esperados (MARQUES et al., 2018).

O engajamento comunitário não nasce apenas de campanhas ou orientações; ele precisa ser construído como uma relação de confiança entre profissionais de saúde e população, baseada em escuta, respeito e diálogo contínuo.

O conceito de letramento funcional em saúde

O letramento em saúde refere-se à habilidade das pessoas de obter, compreender e aplicar informações de saúde para tomar decisões adequadas no cotidiano. Estudos no Brasil apontam que grande parte da população apresenta níveis limitados de letramento, comprometendo a adesão a tratamentos, a interpretação de prescrições e a utilização correta dos serviços (MARQUES et al., 2018; RODRIGUES et al., 2025).

O letramento em saúde vai além da alfabetização formal: trata-se de empoderar cidadãos para que possam

se sentir protagonistas do cuidado de si e de suas famílias.

Barreiras culturais, sociais e econômicas

O baixo engajamento comunitário não se deve apenas ao desconhecimento, mas também a fatores estruturais. A pobreza, a desigualdade social, as barreiras linguísticas e o estigma em torno de certas doenças — como HIV, tuberculose e transtornos mentais — afetam a procura por serviços e a participação em ações de saúde coletiva (BUZIQIA et al., 2024).

Além disso, práticas culturais e crenças locais podem gerar desconfiança em relação aos serviços formais de saúde, criando distanciamento entre comunidade e equipe de APS.

A saúde não pode ser entendida de forma isolada de seus determinantes sociais. O engajamento só é possível quando se respeitam saberes locais e se dialoga com a realidade vivida pelas pessoas.

Desafios da educação em saúde

As ações de educação em saúde, embora fundamentais, muitas vezes assumem formato vertical, em que profissionais transmitem informações sem considerar o contexto e a linguagem da comunidade. Essa abordagem reduz o impacto das iniciativas e perpetua a sensação de distanciamento entre usuários e equipes de saúde (RODRIGUES et al., 2025).

Para ser efetiva, a educação em saúde precisa ser participativa, valorizando metodologias dialógicas, recursos lúdicos e estratégias culturalmente adequadas.

Mais importante do que “informar” é criar espaços de troca de saberes, onde a população possa se reconhecer como parte ativa na produção do cuidado.

Corresponsabilidade e participação social

A corresponsabilidade no cuidado implica reconhecer que usuários e profissionais compartilham papéis na promoção da saúde. Conselhos locais de saúde, grupos comunitários e comitês populares podem funcionar como instâncias de participação ativa, mas ainda enfrentam baixa adesão em muitos territórios (BUZIQIA et al., 2024).

Sem a participação social, políticas e programas tendem a ser menos efetivos, pois não dialogam com as demandas reais da comunidade.

Fortalecer a corresponsabilidade é também democratizar a saúde, garantindo que decisões não sejam tomadas apenas “para” a comunidade, mas principalmente “com” a comunidade.

Impactos sobre a efetividade das ações de prevenção

A baixa adesão às práticas preventivas, como vacinação, rastreamento de câncer e acompanhamento de doenças crônicas, está associada ao baixo

engajamento comunitário e às limitações no letramento em saúde (MARQUES et al., 2018).

Isso gera consequências para o sistema como um todo, aumentando os custos, sobrecarregando os níveis de média e alta complexidade e comprometendo indicadores de saúde populacional.

A efetividade das ações preventivas depende menos da disponibilidade isolada de recursos e muito mais da capacidade de dialogar, mobilizar e corresponsabilizar os cidadãos em torno da saúde coletiva.

Considerações Finais

O baixo engajamento comunitário e os níveis insuficientes de letramento funcional em saúde são barreiras centrais para o fortalecimento da APS no Brasil. Para superá-las, é necessário combinar estratégias de educação em saúde mais participativas, políticas que enfrentem iniquidades relacionadas aos determinantes sociais e, por fim, fortalecimento da participação comunitária (BUZIQIA et al., 2024).

Uma APS forte não se constrói apenas dentro das unidades de saúde, mas sobretudo no **vínculo criado com a comunidade**. É nesse encontro que a promoção da saúde deixa de ser discurso e se transforma em prática cotidiana.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Planejar em saúde coletiva não é desenhar o futuro em um quadro branco impecável; é negociar rumos em um terreno vivo, desigual e por vezes hostil, no qual as urgências competem com os horizontes. Ao longo deste volume, percorremos os nós críticos que tensionam a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil: a fragmentação federativa, a escassez e má distribuição de profissionais, os limites orçamentários, a transição epidemiológica para condições crônicas, as falhas de integração entre níveis de atenção e os desafios do engajamento comunitário e do letramento em saúde. O diagnóstico é conhecido por quem vive o cotidiano do SUS; nosso esforço foi organizá-lo de forma estratégica, conectando problemas a escolhas possíveis e, sobretudo, a responsabilidades compartilhadas.

A primeira lição que se impõe é política: **não há solução técnica capaz de compensar a ausência de projeto público!** Descentralização sem coordenação, autonomia sem pactuação, financiamento sem previsibilidade ou avaliação sem consequência geram, inevitavelmente, ilhas de excelência cercadas por desertos assistenciais. Planejamento estratégico, aqui, exige reconstituir **capacidades estatais** (gestão, regulação, avaliação) e **capacidades sociais** (participação, controle social, produção de sentido) para que os arranjos locais não sejam reféns da sorte, mas parte de um desenho intencional de redução de iniquidades.

A segunda lição é organizacional: **a APS só é forte quando é rede**, não quando é porta de entrada isolada. Nossos capítulos mostraram que a potência da atenção primária depende da sua capacidade de coordenar o cuidado, o que depende da informação clínica que circule, protocolos compartilhados, metas cofinanciadas e prestações de contas entre pontos de atenção. Sistemas de referência e contrarreferência que funcionem, telessaúde como retaguarda e regulação assistencial transparente não são adornos; são infraestrutura de equidade. Sem isso, a APS converte-se em triagem para filas sem desfecho.

A terceira lição é demográfica e clínica: **o “novo normal” da APS é o cuidado longitudinal de pessoas com multimorbidade**. Isso requer equipes multiprofissionais com tempo protegido, consultas programadas, educação em saúde contínua e apoio ao autocuidado. Requer, também, incorporar tecnologias (prontuário eletrônico, telemonitoramento, painéis de indicadores) com critério e ética, evitando transformar dados em burocracia. O sentido é simples e exigente: substituir o ciclo “agudo-centrado” pelo ciclo “cuidado-centrado”, onde a experiência e as preferências das pessoas orientem escolhas terapêuticas realistas e seguras.

A quarta lição é econômica: **financiar a APS é condição e estratégia**. Condição, porque não há milagre de produtividade que compense falta crônica de insumos, profissionais e infraestrutura. Estratégia, porque APS bem financiada reduz custos sistêmicos ao evitar internações por condições sensíveis e racionalizar o uso de serviços especializados. Orçamento é decisão moral; quando a atenção primária recebe migalhas, a conta recai

sobre quem menos pode pagar: os usuários mais pobres, mais distantes, mais adoecidos.

A quinta lição é sociocultural: **sem engajamento comunitário e letramento em saúde, a prevenção não se sustenta**. Não basta informar; é preciso co-construir sentido com linguagens e metodologias que respeitem contextos, crenças e trajetórias. O cuidado cotidiano nasce do vínculo, esse dispositivo tão simples e tão sofisticado, que depende de escuta, presença e continuidade. Onde o vínculo se rompe, proliferam o desencontro, a medicalização e a peregrinação pelos serviços.

Dessas lições derivam **princípios operativos** que propomos como bússola para gestores, equipes e pesquisadores:

- 1- Equidade como critério de alocação:** priorizar financiamento, infraestrutura e força de trabalho segundo vulnerabilidades territoriais, com metas públicas e monitoráveis.
- 2- Coordenar é corresponsabilizar:** integrar APS, especializada e hospitalar por meio de fluxos pactuados, informação interoperável e contratos de resultado compartilhado.
- 3- Tempo é insumo:** assegurar agenda programada para condições crônicas, espaços de reunião clínica e educação permanente; sem tempo protegido, a qualidade vira retórica.
- 4- Dados para decisão, não para punição:** reduzir indicadores ao essencial, automatizar

coleta no ponto de cuidado e transformar painéis em ferramentas de manejo de população adscrita.

5- Tecnologia com propósito: adotar soluções digitais que resolvam problemas definidos (acesso, seguimento, segurança), com governança de dados e avaliação de custo-efetividade.

6- Participação que produz cuidado: fortalecer conselhos locais, grupos comunitários e estratégias de apoio entre pares; incluir a voz dos usuários na definição de prioridades e métricas de sucesso.

7- Valorização do trabalho: carreiras, remuneração adequada, supervisão de qualidade, apoio matricial e condições dignas de exercício profissional; sem gente cuidando de gente, não há sistema.

Também reconhecemos paradoxos inevitáveis que o planejamento precisa enfrentar, não contornar: universalizar e, ao mesmo tempo, personalizar; padronizar sem apagar singularidades; ampliar cobertura sem reduzir qualidade; acelerar acesso sem perder segurança. Esses paradoxos não se resolvem com slogans, mas com governança clínica (protocolos adaptáveis, auditoria de desfechos, revisões de caso), governança interorganizacional (pactos regionais e cofinanciamento) e governança democrática (controle social qualificado e transparência radical).

Há, ainda, um programa de pesquisa e ação que recomendamos como rota de continuidade:

- ✓ **Mapear lacunas de acesso e qualidade** na escala micro (unidade/equipe) e meso (região de saúde), combinando indicadores clássicos com métricas de experiência do usuário.
- ✓ **Testar e escalar intervenções de baixo custo e alto impacto:** reconciliação medicamentosa na APS, consultas de enfermagem para condições crônicas, chamadas ativas para faltosos, grupos de autocuidado.
- ✓ **Avaliar modelos de telessaúde** como retaguarda clínica da APS, com foco em tempos de resposta, resolutividade e satisfação.
- ✓ **Desenhar políticas de força de trabalho baseadas em evidência:** provimento com fixação, supervisão clínica, carreira e incentivos territoriais.
- ✓ **Instituir ciclos curtos de melhoria** nas unidades, com apoio de tutoria regional e feedback de dados compreensível à equipe e à comunidade.
- ✓ **Integrar saúde e proteção social** para enfrentar determinantes sociais do adoecimento, articulando APS com assistência social, educação e saneamento.

Se este volume se dedicou a explicitar as tensões e limites, é porque entendemos que o otimismo responsável nasce de diagnósticos honestos. O SUS (e em particular a

APS) é uma obra aberta que, apesar de suas cicatrizes, produz cuidado real todos os dias. Há potência acumulada nas equipes, nas gestões locais, nas universidades e nos movimentos sociais. O planejamento estratégico que defendemos é, no fundo, uma ética do compromisso: transformar recursos escassos em sentido, protocolos em encontro, números em vidas que importam.

Encerramos com uma convocação: assumir a APS como projeto de país. Isso implica garantir financiamento estável, proteger a ciência e a gestão pública de assédios episódicos, e cultivar práticas de cuidado que reconheçam, em cada pessoa, uma biografia (não apenas um mero caso). Quando a atenção primária funciona, o sistema deixa de ser um labirinto e passa a ser um caminho. **E quando há caminho, há futuro!**

Que este livro sirva como instrumento de trabalho, instigando perguntas, apoiando decisões e sustentando esperanças. No próximo volume, avançaremos das tensões às apostas, dos limites aos arranjos viáveis, das promessas às implementações monitoráveis.

Planejar é colocar o futuro para trabalhar no presente! Tal ação deve ser exercida com rigor, com coragem, com cuidado e, principalmente, com amor!

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em redes de atenção à saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/xm83s/pdf/almeida-9788523218768.pdf>>.

BARROS, Paulo da Silva; LIMA, Fernanda Gonçalves. **Descentralização da saúde no Brasil: uma trajetória incompleta**. Brasília: Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (CONASS), 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2019/09/capitulo5.pdf>>.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde – CONASEMS. **Saúde digital: orientações sobre sistemas de informação para a regulação assistencial no contexto do PMAE**. 2024. Disponível em: <https://portal.conasems.org.br/orientacoes-tecnicas/noticias/6362_conasems-em-foco-saude-digital-orientacoes-sobre-sistemas-de-informacao-para-a-regulacao-assistencial-no-contexto-do-pmae>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia – Prontuário Eletrônico do Cidadão** (PEC). Brasília, 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2023/guia-prontuario-eletronico-do-cidadao-pec/view>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Mais Médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília: MS, 2015. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_mais_medicos_dois_anos.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Revitalização de UBS (Revitaliza UBS)**. Brasília: MS, 2025. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/aps/financiamento/revitaliza-ubs>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Dados em Saúde — RNDS** (página institucional). [S.l.]: MS, [s.d.]. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulação — página institucional (SISREG)**. Brasília, 2021. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-controle-e-financiamento-da-mac/regulacao>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Avanços e Desafios da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: MS, 2022. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_avancos_desafios_aps.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2023**. Brasília: MS, 2023. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_Integral_gestao_tcu_MS_2023.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Telessaúde — SUS Digital**. Brasília, 2025. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/sus-digital/telessaude>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **e-SUS APS — página oficial**. Brasília, 2025. Disponível em:

<<https://sisaps.saude.gov.br/sistemas/esusaps/>>.

BRASIL; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>.

BUZIQIA, J.; MARTINS, C. M.; MACHADO, D. C. Experiências de participação social no contexto da Atenção Primária em Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, e34098, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2024.v34/e34098/>>.

COELHO, Guilherme; KASSADA, Danielle Satie. Impact of family and community medicine residency on performance indicators. **O Mundo da Saúde**, v. 49, 2025. DOI: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202549e17132025P>.

COSTA, G. da S.; et al. As desigualdades sociais e saúde no Brasil: o sucateamento do direito à saúde. **Observatorio Latinoamericano**, 2025. Disponível em: <<https://ojs.observatoriolatinoamericano.com/ojs/index.php/olel/article/view/9938>>.

FELICIANO, S. C. da C. et al. Associação entre a Mortalidade por Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o Índice de Desenvolvimento Humano no Brasil entre 1980 e 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 120, n. 4, e20211009, 2023. DOI: 10.36660/abc.20211009. Disponível em: <https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-120-04-e20211009/0066-782X-abc-120-04-e20211009.x95083.pdf>.

FREITAS, B. M.; NASCIMENTO, E. R. P.; VIEIRA, P. M.; Malfus, L. B. H.; FORSTER, F.; AMARAL, M.; NAVARRO MALDONADO, X. A. Dificuldades da contrarreferência em unidade de pronto atendimento: impacto da COVID-19. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 33, e20240091, 2024. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/fiocruz/resource/pt/biblio-1576940>>.

LACERDA, R. S. T.; ALMEIDA, P. F. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 27, e220665, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2023.v27/e220665/>>.

LAMONATO, L. C. X. et al. Efeito da Atenção Primária à Saúde na associação entre multimorbidade e utilização dos serviços de emergência em adultos do Brasil. **Revista Brasileira de**

Epidemiologia, v. 27, e240004, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/DDGvYnKf9RvF5wC69BPGNWg/>>.

MARQUES, S. R. L.; BERNARDES, C. R. G.; LOPES, C. S. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da Atenção Primária à Saúde. **CoDAS**, v. 30, n. 4, e20170069, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/codas/a/t3VnctRJz9RJ5cNjQgyXvQv/>>.

MELO, E. A; SILVA, A. S. Coordenação, integração e continuidade de cuidados: o que precisamos após 30 anos da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2024. Disponível em: <<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/coordenacao-integracao-e-continuidade-de-cuidados-o-que-precisamos-apos-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia/19799>>.

MENDONÇA, Fabiano F. F. et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in)normatização federal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 8, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT206924>.

MENDONÇA, Fabiano F. F.; et al. As mudanças na política de atenção primária e a (in) normatização federal no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. especial, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vGTXbZ93vfbZdKCvKBGfcGS/>>.

NUNES, I. et al. Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, supl. 2, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/153952>>.

OECD. **Estudo da OCDE da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Paris: OECD, 2024. Disponível em: <<https://read.oecd.org/10.1787/9bf007f4-pt?format=pdf>>.

OECD. **Primary Health Care in Brazil**. Paris: OECD, 2021/2025. Disponível em: <https://www.oecd.org/en/publications/2021/12/primary-health-care-in-brazil_8ba611b2.html>.

OLIVEIRA, C. C. R. B. et al. Referência e contrarreferência para a integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde. **Physis**, v. 31,

n. 1, e310105, 2021. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/article/physis/2021.v31n1/e310105/pt/>>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS** — contribuições para o debate. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em:
<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_coordenada_APS_construindo_redes_atencao_sus_2ed.pdf>.

RATHE, M.; HERNÁNDEZ-PEÑA, P.; PESSETTO, C.; VAN MOSSEVELD, C.; BORGES DOS SANTOS, M. A.; RIVAS, L. Primary health care expenditure in the Americas: measuring what matters. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, e76, 2022. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.76>. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/article/rpsp/2022.v46/e76/pt/>>.

RATHE, M.; et al. Primary health care expenditure in the Americas: measuring what matters. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 46, e76, 2022. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/article/rpsp/2022.v46/e76/pt/>>.

RODRIGUES, J. M.; COSTA, R. A.; LACERDA, S. L. Letramento em saúde na atenção primária: estudo de métodos mistos com usuários do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 78, n. 2, p. 123–134, 2025. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/cenf/a/ZfxffJsVn6T896Btr3mt8vb/>>.

SANTOS, W. D. dos; et al. Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde em Debate**, v. 43, n. esp. 2, p. 177–189, 2019. Disponível em:
<<https://saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1807>>.

SCHEFFER, M. (org.). **Demografia Médica no Brasil 2023**. São Paulo: FMUSP, CFM, Cremesp, 2023. Disponível em:
<<https://cbr.org.br/wp-content/uploads/2023/08/Demografia-Medica-no-Brasil-2023.pdf>>.

SCHERER, M. D. A.; et al. Influência do componente estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp., p. 136-148, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2358-28982024E28643P>>.

SCHERER, M. D. A.; et al. Influência do componente estrutura na qualidade da Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 48, n. esp., p. 136-148, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xgkgryHqDJHZczctSFyvd3q/>>.

SILVA, C. L. F.; JORGE, T. M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: percepções de trabalhadores sobre conceito e prática. **Saúde em Debate**, 2023. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/1b4b/93d8af9190a7bc40300b01d8d516751dfebb.pdf>>.

SILVA, G. N. da; ALMEIDA, X.; et al. A descentralização e regionalização de ações e serviços de saúde no contexto federativo brasileiro. **Law and Social Science**, Unisanta, 2024. Disponível em: <<https://periodicos.unisanta.br/LSS/article/view/2501>>.

TCM-GO – Tribunal de Contas dos Municípios de Goiás. **Relatório de Levantamento – Unidades de Atenção Primária**. Goiânia: TCM-GO, 2025. Disponível em: <<https://www.tcmgo.tc.br/site/wp-content/uploads/2025/04/01-relatorio-do-levantamento.pdf>>.



“Na contramão das certezas fáceis, este livro é um chamado à reflexão. Victor e Paula, sanitaristas apaixonados pela Saúde Coletiva, mergulham nas entranhas da Atenção Primária à Saúde para revelar seus dilemas mais profundos e as trilhas possíveis de superação. Não se trata apenas de diagnósticos frios sobre a gestão em saúde, mas de uma narrativa viva, onde a técnica se entrelaça ao compromisso humano e ao olhar sanitarista.

Com sensibilidade e rigor, os autores nos convidam a enxergar o planejamento estratégico não como ferramenta burocrática, mas como arte coletiva de sonhar futuros possíveis e viáveis. Cada capítulo ecoa a voz das comunidades, dos trabalhadores e dos gestores que diariamente constroem o SUS, mesmo entre ausências, limitações e desigualdades.

Este é um livro para quem acredita que a saúde é um direito e que o planejamento, quando feito com coragem e participação, pode ser a ponte entre o que temos e o que sonhamos. Ao virar suas páginas, o leitor encontrará não apenas análises críticas, mas também um convite: somar-se à tarefa de reinventar o cuidado e nutrir a esperança de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e humano.”

Fabiana Soares

*Médica de Família e Comunidade
Mestra em Saúde da Família (Fiocruz)*

