Revista de APS
ISSN: 1809-8363 (*on-line*)

Artigo de Atualização

Trinta anos da Estratégia Saúde da Família no Brasil: três décadas revolucionando o modelo da Atenção Primária à Saúde do SUS

Thirty years of the Family Health Strategy in Brazil: three decades revolutionizing the SUS Primary Health Care model

Estela Marcia Saraiva Campos

Autoria

Metadados

RESUMO

Objetivo: realizar uma análise narrativa, histórica e crítica da implementação da ESF, destacando avanços e desafios para sua consolidação plena. **Resultados**: universalização do acesso nos municípios de pequeno porte, com 100% de cobertura populacional; municípios maiores enfrentam barreiras para alcançar coberturas elevadas; redução da taxa de mortalidade infantil a partir do segundo ano de adesão do município à ESF e das ICSAPs em comparação às não ICSAPs (45% e 22% respectivamente). UBS otimizaram a prevenção e o cuidado de idosos com doenças crônicas. Algumas estratégias ampliaram a resolubilidade da ESF, como: produção de dados de base territorial para o planejamento local; formação e educação permanente para as equipes e apoio matricial a estas por meio dos Nasfs e, posteriormente, das eMultis. O PMM, o Pmaq-AB e o Requalifica UBS convergiram para a qualificação estrutural e assistencial da rede. O financiamento da SF passou por transição complexa, iniciada pela instituição do PAB, com o repasse de recursos *per capita*, substituído pela capitação ponderada, cuja verba é calculada pelo número de usuários cadastrados. Recentemente, definiram-se seis componentes de custeio combinados, que integram valores *per capita* e fixos, incentivos ao desempenho das equipes, vínculo por cadastros acompanhados e ações voltadas a programas estratégicos. **Conclusão**: a trajetória de avanços e retrocessos reflete as oscilações da condução político-institucional da esfera federal. Apesar de tais fragilidades conjunturais, a ESF reafirma sua potencialidade na reorientação do modelo tecnoassistencial do SUS, mostrando-se indispensável para o fortalecimento dos princípios constitucionais de universalidade e equidade.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRAT

Objective: To conduct a narrative, historical, and critical analysis of the implementation of the Family Health Strategy (ESF), highlighting advances and challenges regarding its full consolidation. **Results**: Universal access was achieved in small municipalities, with 100% population coverage, whereas larger municipalities face barriers to reaching high coverage levels. Impacts included a reduction in infant mortality rates starting in the second year of a municipality's participation in the ESF, and a greater reduction in hospitalizations for primary care-sensitive conditions (ICSAP) compared to non-ICSAP conditions (45% vs. 22%, respectively). Basic Health Units (UBS) optimized prevention and care for elderly patients with chronic diseases. Strategies that enhanced problem-solving capacity included the generation of territory-based data for local planning, team training and continuing education, and matrix support provided to teams by NASF and, subsequently, eMulti. Initiatives such as PMM, PMAQ-AB, and Requalifica UBS converged to improve the network's infrastructure and care quality. A complex financing transition occurred, beginning with the establishment of the PAB (which introduced per capita transfers), followed by a shift to weighted capitation (funding based on user registration) and, more recently, a model comprising six combined funding components: per capita and fixed amounts, team performance incentives, funding linked to monitored registrations, and resources for strategic programs. **Conclusion**: The trajectory of progress and setbacks reflects fluctuations in the federal government's political and institutional management. Despite such contextual vulnerabilities, the ESF reaffirms its potential to reorient the SUS care model, proving indispensable for strengthening the constitutional principles of universality and equity.

KEYWORDS: Family Health. Unified Health System. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

Em 2024, completou-se o trigésimo ano da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), inicialmente denominada Programa Saúde da Família (PSF). Idealizada na década de 1990, período de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS), a ESF surgiu para apoiar o processo de descentralização — orientado pela municipalização — ao estimular a mudança no modelo de atenção, por meio da reorganização do nível de atenção básica, denominado posteriormente de Atenção Primária à Saúde (APS). Este artigo tem por objetivo realizar uma narrativa histórica e crítica do processo de implementação da ESF nesses 30 anos, destacando avanços e principais desafios para a plena implementação desse modelo inovador em APS. Para tal, rememora os principais marcos históricos, o processo de expansão desde 1994, os impactos na saúde da população, os retrocessos e as perspectivas futuras.

RESULTADOS

Criado em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) propôs um novo modelo de organização da atenção básica — hoje denominada Atenção Primária à Saúde (APS) — no âmbito do SUS. No início, o programa priorizou a ampliação da cobertura por serviços de saúde em áreas desassistidas, o que caracterizou uma focalização nos municípios e regiões com indicadores sociais em situação crítica. Nesse período, o PSF foi apresentado aos gestores municipais sob a modalidade de convênio, cuja adesão era o mecanismo de inclusão na proposta. Apesar da característica inicial de focalização da atenção, houve a preocupação do Ministério da Saúde (MS) em distinguir o PSF dos programas tradicionais, constituídos por ações paralelas ao sistema. Como diferença fundamental, o PSF apresenta "característica estratégica de reestruturação do modelo assistencial dominante, ele é parte integrante do Sistema de Saúde Local. Ele se constitui como uma unidade prestadora de serviço atuando numa lógica de transformação das práticas". [1]

Com a Norma Operacional Básica 01-1996 (NOB-SUS 01/96), o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), ao ser considerado o modelo prioritário de organização da APS. Os municípios são os protagonistas de sua implantação, uma vez que a APS é o nível de assistência que deve estar mais próximo de onde as pessoas vivem. Os princípios operacionais de territorialização e de adscrição de clientela passaram a organizar a relação entre a equipe assistencial e a população usuária com o propósito de identificar a demanda e, assim, definir a oferta, induzindo novas práticas de atenção pautadas no modelo da vigilância à saúde, o qual privilegia o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e

sanitária.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o serviço de referência responsável por essa assistência, e sua equipe mínima deve ser composta de médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou em Medicina de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esses profissionais são responsáveis pelo acompanhamento das necessidades de saúde das pessoas em todos os ciclos de vida, por meio de ações que busquem integralidade do cuidado, promoção da saúde, prevenção e cura de doenças. O processo saúde-doença, compreendido como resultante dos determinantes sociais da saúde, passa a ordenar as ações pela identificação e pela intervenção nos fatores de risco, exigindo a participação de setores para além da saúde, cabendo à APS lidar com os problemas mais comuns e menos definidos.

Apesar das instruções emanadas do Ministério da Saúde (MS) para garantir a implantação de um "modelo único", há uma dinâmica singular que opera em cada realidade, resultado da correlação de forças e da definição de estratégias operacionais elegíveis pelos sujeitos envolvidos: gestores, profissionais e usuários. A objetividade e a subjetividade intrínsecas foram responsáveis por desenhos diferenciados de operacionalização, uns segundo o modelo médico centrado e outros, o modelo usuário centrado, a depender da forma de produzir o cuidado em saúde[2]. Ademais, a ESF enfrenta constantes desafios por estar em curso em um cenário fortemente influenciado pelo modelo biomédico hegemônico, presente tanto nos processos de formação profissional, como na prática assistencial, a qual foi estruturada pela lógica taylorista de divisão e organização do trabalho.

A expansão da ESF foi muito aderente aos municípios de pequeno porte. Estes alcançaram, rapidamente, boas coberturas populacionais pela expansão ou implantação de UBS. Em 2004, dos 4.017 municípios de pequeno porte, 3.345 tinham ESF implantada, um número quase cinco vezes maior que o de 1998. Em 2008, os municípios com menos de 10 mil habitantes apresentavam, em sua maioria, 100% de cobertura; ao passo que, em municípios maiores, a adesão ao programa não implicou coberturas populacionais elevadas.[3]

De 2003 a 2009, o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf) representou a iniciativa para a consolidação da ESF em grandes centros urbanos (municípios ≥ 100 mil habitantes). Contemplou três componentes: apoio à conversão do modelo de atenção básica de saúde; desenvolvimento de recursos humanos; monitoramento e avaliação. Os estudos de linha de base (ELB) desenvolvidos por universidades públicas e centros de pesquisa constituíram-se como a primeira iniciativa de institucionalização da avaliação na APS. As instituições participantes desenvolveram metodologias de análise sobre as práticas de Saúde da Família as quais deveriam ser compartilhadas, enquanto estratégia de apoio, utilização e institucionalização da avaliação.

A criação de um sistema de informação próprio foi sempre uma preocupação institucional. Inicialmente, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus) desenvolveu o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), cujo objetivo foi a produção de dados de base territorial a serem utilizados no planejamento e no direcionamento das ações de saúde pelas equipes. No entanto, a forte tendência à lógica de produção oriunda do pagamento por procedimento ocasionou perdas de dados qualitativos presentes nas fichas do Siab, mas ausentes nos relatórios consolidados — como, por exemplo, estilo de vida, comportamento de risco e indicadores referentes à saúde bucal. Houve, então, a necessidade de readequar a ferramenta; dessa forma, novas versões da plataforma foram desenvolvidas a fim de subsidiar melhor os profissionais para um planejamento orientado pelas necessidades de intervenção em cada território.[4]

Em 2013, foi instituído o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), que, por meio do e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS), reestruturou as informações. Os dados coletados passaram a ser organizados em três frentes: a Coleta de Dados Simplificada (CDS), que utiliza como instrumentos fichas de registros individual e domiciliar; o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que armazena as informações de saúde dos usuários, favorecendo o acompanhamento do usuário de forma individualizada; e a consolidação do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS) — instituído em 2011, mas que, com o e-SUS APS, possibilitou vincular simultaneamente o procedimento realizado ao usuário, ao profissional que lhe prestou o cuidado e à unidade de saúde onde foi atendido.

Apesar dos avanços com a informatização das unidades de saúde, esse é um dos desafios que persistem, pois exige a digitalização dos dados — a qual, na maioria das vezes, ainda acontece de forma centralizada, retardando ou impedindo que as equipes guiem o planejamento e a avaliação das ações de saúde para sua população adscrita. O e-SUS APS é um avanço para um sistema de informação em saúde qualificado; no entanto, sua implantação plena vai além da disponibilização de uma tecnologia, pois exige uma adequada e complexa infraestrutura. Necessita também que os agentes envolvidos (profissionais de saúde, gestores dos três níveis) reconheçam o sistema de informação como aliado à tomada de decisão local, visando a uma gestão e a um cuidado qualificado. Portanto, os profissionais envolvidos, não podem se comportar como meros “coletadores de dados”, que, ao transmiti-los para os níveis centrais, eliminam a possibilidade de a ferramenta ser um elemento-chave para o processo de trabalho.[5]

Os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família (Polo SF) ocuparam a agenda do MS durante os anos de 1996 a 2000. Eles representaram a institucionalização de uma estratégia de formação e educação permanente de recursos humanos para a implementação da ESF, orientada pelo Art. 200, inciso III, da

Constituição Federal de 1988, segundo o qual cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. Foram implantados e financiados 30 Polos-SF, que utilizaram metodologias educacionais pautadas no treinamento em serviço e em conteúdos de APS. A integração institucional com órgãos de ensino e serviço envolveu instituições de ensino superior, gestores e secretarias estaduais e municipais de saúde, tornando os polos instâncias de articulação interinstitucional e intersetorial.[6]

As atividades dos Polos-SF contemplaram cursos introdutórios para as equipes de Saúde da Família, além de cursos de atualização e aperfeiçoamento em áreas temáticas, conforme as necessidades locorregionais. Essas ações abrangeram conteúdos relacionados a atenção integral em diferentes etapas do ciclo de vida, capacitação de agentes comunitários de saúde, uso do Sistema de Informação da Atenção Básica e formação de facilitadores para os cursos em Saúde da Família. A postura de parceria com o MS permitiu que os Polos SF atuassem com autonomia, articulando-se com áreas programáticas do Ministério — como, por exemplo, com a realização de cursos introdutórios para equipes SF, que passaram a ser a qualificação inicial das equipes. A articulação dos polos em rede induziu a troca de experiências e a legitimação de seus cursos pelo MS. Os polos também promoveram inovações no ensino de graduação e pós-graduação *lato sensu*, por meio da inclusão do tema em disciplinas da graduação e da criação de especializações e residências multiprofissionais em Saúde da Família.

Em 2004, foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. A instituição dessa política sinalizou um ponto de inflexão na concepção, organização e forma de atuação dos Polos-SF ao criar os Polos de Educação Permanente em Saúde (Peps), integrando todas as iniciativas existentes. A própria política é o eixo transformador e mantém a integração entre instituições de ensino e serviço. Coube às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) a iniciativa de reuni-los periodicamente.

Posteriormente, foram instituídos os Colegiados de Gestão Regional e as Comissões de Integração Ensino-Serviço em substituição à estratégia dos Polos. Essas instâncias interinstitucionais e locorregionais tinham, por um lado, a responsabilidade de identificar as necessidades de formação dos trabalhadores de saúde e, por outro, de desenvolver estratégias capazes de aprimorar a atenção e a gestão em saúde, com vistas à elaboração, à condução e ao desenvolvimento dos planos de ação de educação permanente nos âmbitos municipal, estadual e regional.

Estudos[6,7] evidenciaram que, apesar de configurações e funções heterogêneas, os polos contribuíram para o reconhecimento da capacidade da educação permanente em saúde em qualificar e transformar as práticas, ao focar a aprendizagem no próprio local de trabalho e a articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino.

A carência e a desigualdade na distribuição de médicos na APS do SUS estimularam a criação, em 2013, do Programa Mais Médicos (PMM), por meio da Lei n. 12.871/2013. O programa representou uma estratégia de provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros em equipes de Saúde da Família que não contavam com esse profissional — aspecto importante para a sustentabilidade e a qualificação da APS. O programa também contribuiu para a diminuição das iniquidades ao distribuir esses profissionais em áreas remotas, de extrema pobreza ou em outras situações de vulnerabilidade no território brasileiro. Tal estratégia veio acompanhada de ações de aprimoramento da formação de médicos generalistas, com a oferta de cursos de especialização na modalidade EaD, vinculados a instituições de educação superior brasileiras participantes da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Houve a contratação de médicos de 47 nacionalidades, dos quais, cerca de 80% vieram de Cuba, impulsionados pelo termo de cooperação entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e desta com o *Ministerio de Salud Pública* de Cuba. Entre 2013 e 2017, o PMM contratou 35.060 médicos em atividade nos territórios, sendo 72,8% estrangeiros. Em 2016, havia 18.088 médicos atuando em 4.509 municípios[8]. Em 2018, a cooperação técnica existente entre Brasil e Cuba foi interrompida, afetando os serviços de APS drasticamente.

O processo de implantação do PMM foi acompanhado de grandes tensões por parte das entidades representativas da classe médica. Essas associações alegavam que o Brasil dispunha de profissionais médicos suficientes para suprir a demanda nacional e cobravam melhores condições de trabalho. Além disso, não concordavam com o argumento do MS sobre a necessidade de um contingente maior de médicos e a grande disparidade na distribuição desses profissionais entre as regiões do país.[9]

Em dezembro de 2019, o governo federal da época lançou o chamado Programa Médicos pelo Brasil (PMpB) em substituição PMM. O programa era gerido por um serviço social autônomo, denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps). Dessa forma, a nova diretriz de provimento médico federal criou condições para que uma entidade privada assumisse a gestão da APS. Como consequência, observou-se perda do poder do Estado, que passou a mero contratante ao abrir mão do papel de gestor do sistema. As alterações foram significativas, especialmente pelo risco de uma dupla terceirização e pela transferência de competências de gestão da APS do nível municipal para a Adaps, além de a agência poder contratar a prestação de serviços de empresa pública ou privada.[10]

Em 2023, a Adaps foi reestruturada e passou a ser denominada Agência Brasileira de Apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde (AgSUS). Houve a expansão de seu escopo, antes focado estritamente no provimento médico na APS, com a finalidade de promover, em âmbito

nacional, a execução de políticas de desenvolvimento da atenção à saúde indígena em diferentes níveis, bem como das atenções primária e especializada, em caráter complementar e colaborativo com a atuação dos entes federativos.

A Lei do Projeto Mais Médicos trouxe outras diretrizes para atuar na problemática da carência do número de médicos e da desigualdade na distribuição desses profissionais no país, entre elas a expansão da oferta de cursos de Medicina e de vagas para residência em Medicina de Família e Comunidade, além de incentivo a mudanças na formação médica. De 2013 a 2016, foram criados 70 novos cursos de medicina (5.540 novas vagas). Em 2022, o país contava com 11.255 médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade (2,3% do total de especialistas) e, no ano 2021, havia 2.300 residentes nessa mesma especialidade (5,5% dos residentes médicos).[11] Apesar da expansão, ainda se percebe uma baixa ocupação nessas vagas. Houve ampliação do acesso e diminuição das desigualdades em saúde com a distribuição de médicos em municípios prioritários. No entanto, a iniciativa ainda não resolve o problema da má distribuição desses profissionais, uma vez que outros fatores interferem nesse cenário, tais como: a concentração dos programas de residência nas regiões Sul e Sudeste; a preferência por regiões economicamente mais desenvolvidas, por oferecerem mais oportunidades profissionais, educacionais e de lazer; as condições de trabalho e a precarização do vínculo trabalhista.

Outra estratégia criada para estimular e valorizar a atuação de médicos na APS e na ESF foi o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab). Criado em 2011, por meio de uma ação interministerial dos Ministérios da Saúde e da Educação, o programa também teve como principal motivação garantir a cobertura médica para localidades desprovidas de assistência no âmbito da APS. O Provab contribuiu para o fortalecimento dos cursos de graduação e para a formação do médico com o perfil proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, ao propiciar a oportunidade de atuação em diferentes realidades de saúde, sob supervisão e mediante avaliação de desempenho. A nota obtida nessa avaliação garantia uma pontuação adicional de 10% nos exames de residência médica.

As modalidades de formação também foram expandidas para outras profissões da área da saúde. Por iniciativa do MS, foram criadas modalidades de qualificação multiprofissional por meio de cursos de especialização e residências em Saúde da Família, tendo como cenário as unidades básicas orientadas por esse modelo de atenção.

A criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em 2008, estimulou o caráter multi e interprofissional da ESF, objetivando ampliar a abrangência e o escopo das ações, bem como a resolubilidade, ao incorporar profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades. O trabalho do Nasf, orientado pela interdisciplinaridade e pela integralidade da atenção, tomou como referencial o apoio matricial às equipes de SF. As atividades de apoio

matricial, ao se inserirem no cotidiano das equipes de SF, têm potencialidade para mudar o processo de trabalho delas, além de oportunizar uma amplitude de possibilidades de ação, por meio de criatividade e autonomia no trabalho.[12] A implantação dos Nasfs foi bastante heterogênea no país. Houve a presença de modelo matricial, com desenvolvimento de ações de educação permanente, como atividades clínicas compartilhadas, discussões de processo de trabalho e intervenções no território. Mas também houve um modelo organizativo, focado na reprodução do padrão ambulatorial de atenção encontrado no modelo biomédico, reproduzindo apenas a função de apoio às atividades gerenciais e administrativas da UBS.[13]

Em 2019, os Nasfs foram desfinanciados, retornando em 2023, com a denominação de Equipes Multiprofissionais na APS (eMulti). São equipes de profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira complementar e integrada, com possibilidade de vinculação a todas as modalidades de equipes de APS. O novo arranjo mantém algumas similaridades com o trabalho do Nasf, retoma cofinanciamento federal e passa a dispor de novos mecanismos organizativos e estruturais, sendo estrutura de apoio às equipes de APS e não apenas às equipes de SF.

A chegada da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) **— com a sua** primeira edição em 2006 e a segunda versão em 2011**—** foi um marco importante na reorientação do modelo assistencial do SUS a partir da APS. Ambas as versões explicitaram a ESF como modelo estratégico e prioritário para a reorganização e a consolidação da APS no país, de caráter substitutivo em relação à rede de AB tradicional e sendo a porta de entrada do sistema de saúde. Elas reafirmaram as diretrizes de territorialização e adscrição de clientela, com a realização do cadastramento domiciliar, do diagnóstico situacional e de ações dirigidas aos problemas de saúde, numa postura proativa.

A Pnab 2011 expandiu as modalidades de equipes de Saúde da Família, ribeirinhas e fluviais; regulamentou os Consultórios na Rua e incorporou os profissionais de Saúde Bucal no apoio às equipes de Saúde da Família. A adscrição da população a uma equipe de SF passou a ser recomendada com a média de 3 mil pessoas, podendo ser menor em populações de maior vulnerabilidade. Houve, nesse período, uma forte indução do governo federal aos processos organizacionais da APS em nível municipal, apesar da influência de fatores como financiamento e capacidade de infraestrutura municipal, o que refletiu em formas e resultados dos processos de implementação da Política Nacional de Atenção Básica.[14]

Ainda em 2011, o Decreto n. 7.508 reforçou a determinação constitucional de que o SUS deve ser organizado por uma rede regionalizada e hierarquizada e definiu a Rede de Atenção à Saúde (RAS) como o dispositivo de organização dos serviços. A RAS é o arranjo organizativo integrado dos serviços de saúde por níveis de complexidade, sendo a APS a coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS. Todos os níveis de atenção contam com sistemas de apoio

diagnóstico e terapêutico, com vistas a garantir a integralidade do cuidado.

No entanto, para que a APS exerça efetivamente a missão de ser o nível de atenção preferencial — responsável pelo primeiro contato da assistência a famílias, indivíduos e comunidades —, é necessário que o SUS supere falhas que ainda persistem no cotidiano do funcionamento e que acabam por tornar o sistema fragmentado.

As consequências são a dificuldade no acesso — o que ocasiona filas de espera para os serviços especializados e hospitalares —, a descontinuidade assistencial, com a geração de exames complementares duplicados, referências e reinternações desnecessárias, além da utilização inadequada dos serviços de urgência e emergência, o que compromete a integralidade da atenção ofertada. Para tanto, é premente investir em mecanismos de integração e comunicação, na regulação do acesso pelos diferentes níveis assistenciais e em sistemas informatizados que possibilitem a gestão desses processos e fluxos.[15]

Organizar o fluxo dos usuários, visando à garantia de referências a serviços e ações de saúde de média e alta complexidade, é de responsabilidade da APS, sem a perda de seu vínculo no acompanhamento do plano terapêutico do usuário. Para tanto, são necessárias a valorização e a legitimação das práticas que se desenvolvem nesse nível de atenção, bem como a interação entre profissionais generalistas e especialistas, a qual não deve ser substituída apenas por guias de fluxo assistenciais entre serviços. No entanto, a APS ainda não parece ocupar um lugar de destaque de modo a conferir poder regulatório aos seus profissionais — o que é essencial para práticas como a gestão de listas de espera e a coordenação do cuidado.[16]

Em 2017, uma nova versão da Pnab manteve a ESF como estratégia prioritária, mas permitiu outros arranjos de equipes, com a configuração de profissionais sem composição mínima, sem a exigência de 40 horas semanais de trabalho e sem foco na adscrição da população de base territorial.

Estudo que analisou as tendências temporais de indicadores referentes à ESF, sob o olhar das três versões da Pnab (2006, 2011 e 2017), evidenciou que houve uma tendência de crescimento nos primeiros períodos identificados, seguido por fases de estabilidade ou queda, principalmente após o ano de 2017. Essa mudança pode ser atribuída ao desestímulo à continuidade e à ampliação da ESF como modelo prioritário da atenção primária do SUS, ao permitir e financiar novos arranjos e processos de trabalhos das equipes.[17]

No âmbito do financiamento da atenção básica, a criação, em 1997, do Piso de Atenção Básica (PAB) fixo e variável reestruturou a lógica do financiamento em nível federal ao trazer o pagamento por valor per capita (PAB-Fixo) e não por produção. Já o PAB variável — parcela de recursos federais do PAB — incentivou os municípios a implementarem programas de saúde específicos, sendo um estímulo para o avanço do modelo de atenção básica.

Em 2019, a proposta de financiamento por meio do Programa Previne Brasil trouxe a

extinção dos PABs e do pagamento fundo a fundo, ou seja, de um fundo de saúde a outro. A APS passou a ser paga com base em três critérios: captação ponderada — que considera o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde —, pagamento por desempenho e incentivo à implantação de ações estratégicas.

Estudiosos[18,19] afirmam que tal mudança gerou seletividade por atribuir maior alocação de recursos à maior cobertura de população cadastrada, comprometendo o caráter universal do SUS. Eles destacaram que o financiamento, ao depender da efetividade do cadastro, poderia incorrer na redução de recursos para a APS. Isso ocorre uma vez que, em municípios mais carentes, tal atividade depende da capacidade administrativa para o registro e, em cidades populosas, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa.

Além do mais, a extinção do PAB significou uma perda para os municípios da única transferência governamental em saúde de base populacional, a qual fortalecia uma série de ações que vão além da prestação de serviços biomédicos na UBS. Somado a tais fatos, houve a interrupção do financiamento do Nasf, o que pode ter comprometido a capacidade resolutiva da APS, e a aprovação da Emenda Constitucional n. 95, que congelou, a partir de 2016, os investimentos em Saúde, Educação e outras áreas sociais até 2036, num contexto histórico de subfinanciamento do SUS.[20]

Em 2024, uma nova metodologia de cofinanciamento federal para a Atenção Primária à Saúde foi instituída, integrando as equipes de Saúde Bucal, Saúde da Família e multiprofissionais. Os componentes passam a ser os de manutenção e implantação de equipes — considerado a parte fixa, além dos componentes de vínculo e acompanhamento territorial e de indução de boas práticas. Estes dois últimos, representativos da parte variável, devem ser acompanhados e avaliados por meio de indicadores.

Ressalta-se a persistência histórica do modelo de transferências no financiamento, com valorização de incentivos financeiros fragmentados[21]. Esse esquema afasta a possibilidade de alocação dos recursos federais conforme as necessidades de saúde e o enfrentamento da determinação social da doença.

Portanto, se o SUS vem buscando orientar o sistema de saúde pela Atenção Primária — ou seja, ser operado com a capacidade de responder de forma equitativa e eficiente às necessidades de saúde, cuidando das pessoas em vez de apenas tratar doenças —, faz-se necessário um financiamento mais coerente. No entanto, o que se observa, apesar dos esforços das três esferas de governo, especialmente a municipal, é que a média e a alta complexidade continuam detendo a maior parte dos recursos alocados, o que destoa da relação “modelo assistencial-financiamento”.

Em 2012, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) buscou melhorar o padrão de qualidade da assistência na APS, qualificando as

práticas de gestão e de cuidado, assim como as condições e o funcionamento das UBS. A proposta foi obter um padrão de qualidade dos serviços comparável em nível nacional, regional e local, ao acompanhar os resultados alcançados e mensurar os efeitos de tal política de saúde. Um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde, conjugado com um incentivo financeiro, buscou a adesão de gestores municipais e equipes.

Por se tratar de um processo avaliativo, a aplicação dos instrumentos foi sistemática em três ciclos. O primeiro ciclo, em 2011/12, o segundo ciclo em 2013/14 e o terceiro ciclo em 2015/17. No primeiro ciclo, houve adesão das equipes de Atenção Básica (eAB) e equipes de Saúde Bucal (eSB). A partir do segundo ciclo, houve a inclusão do Nasf. Em uma das fases do Pmaq-AB, nomeada de avaliação externa, estratégias foram direcionadas para verificar as condições de acesso e de qualidade das equipes participantes, o que gerou a certificação destas.

Houve uma parceria envolvendo mais de 40 instituições de ensino superior distribuídas em todo o território nacional, as quais participaram desde a construção do instrumento de avaliação e da organização do trabalho de campo em nível nacional até a aplicação dos questionários nos mais de cinco mil municípios brasileiros. Contudo, a partir da Pnab 2017 — reflexo da emergência de novos atores políticos com interesses e concepções opostas —, o Pmaq-AB teve sua implementação encerrada em 2019, com a reorientação da nova política governamental de financiamento da APS, o Programa Previne Brasil.

Outro instrumento utilizado para a avaliação dos serviços de APS foi o *Primary Care Assessment Tool – Brasil* (PCAtool – Brasil), traduzido, readequado e validado estatisticamente para ser utilizado no país a partir do modelo desenvolvido e disseminado por Starfield e colaboradores. O instrumento avalia a orientação dos serviços de APS para os chamados “atributos essenciais” (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e “atributos derivados” (orientação familiar e comunitária e competência cultural). Compõe-se de um grupo de questionários direcionados a diferentes públicos-alvo (crianças, adultos, profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas – e gerentes/gestores). Por ter sido utilizado por vários estudiosos da área de avaliação, o PCAtool – Brasil pode ser considerado uma nova linha de base para avaliação dos serviços da atenção primária.[22]

O Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), instituído em 2011, visou à estruturação e ao fortalecimento da APS, com repasses financeiros aos municípios habilitados nos componentes de construção, reforma ou ampliação de UBS. Pode-se afirmar que os programas PMM, Pmaq-AB e Requalifica UBS convergiram para a qualificação de equipes e estruturas, na medida em que garantiram a presença de médicos nas equipes, induziram

padrões de qualidade ao processo de trabalho das equipes e ao acesso à APS e ofertaram um amplo diagnóstico da infraestrutura das UBS respectivamente. Além disso, essas iniciativas propuseram a institucionalização da avaliação em saúde sob a perspectiva da avaliação por desempenho.[23]

O contexto político institucional de avanços e retrocessos da ESF — com destaque para a esfera federal, instância indutora das políticas de APS — esteve sempre presente, o que refletiu nos resultados de reorientação do modelo assistencial do SUS a partir da Saúde da Família. Mesmo com idas e vindas, a Saúde da Família alcançou resultados significativos, embora ainda existam desafios.

Um estudo[24] que analisou os resultados das Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) de 2013 e 2019 destacou ser a ESF a modalidade predominante da APS no SUS, ao observar o aumento na cobertura populacional, que passou de 56,1% em 2013 para 62,6% em 2019. As regiões Nordeste e Sul apresentaram as maiores coberturas (71,1%, 64,8% respectivamente), enquanto a região Sudeste apresentou a mais baixa cobertura (51,9%), apesar de ser a região com o maior número de brasileiros. A população mais vulnerável — considerando-se a escolaridade do chefe da família ou a renda familiar *per capita* — é a mais coberta. Além disso, destaca-se ser significativa a cobertura em áreas rurais, regiões em que há maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, onde o SUS é o único responsável pela atenção à saúde. Por fim, é importante destacar que a PNS-2019 incorporou, pela primeira vez, a versão do PCATool para usuários adultos.

Evidenciou-se que a taxa de mortalidade infantil começa a cair a partir do segundo ano em que o município adere à ESF (média entre 3% e 9%).[25] Em relação às internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAPs), vários estudos[25,26] evidenciaram uma diminuição mais acentuada na taxa de ICSAPs (45%) comparada às demais (22%). Essas pesquisas apontaram uma tendência de declínio e uma correlação negativa entre a taxa de Icsap e a cobertura da ESF no período de 2001 a 2016. Destacou-se que a proporção de Icsap em relação ao total de internações registradas variou de 27,9% em 2015 a 13% em 2021.

Em relação ao controle do câncer do colo do útero, o rastreamento é uma tecnologia própria da APS, e a garantia de uma elevada cobertura da população-alvo é o componente mais importante da atuação desse nível de atenção. No entanto, na prática, ainda prevalece o rastreamento oportunista. Cabe à ESF avançar em direção a um programa organizado por meio da adscrição da população por critério territorial e da presença de ACS atuando na busca ativa das mulheres, a fim de reorientar tal prática.[27]

O controle da tuberculose (TB) tornou-se uma das ações prioritárias da APS após descentralização das ações de detecção, diagnóstico e acompanhamento da doença para esse nível de atenção. No período de 2013 a 2018, houve melhoria nos indicadores de incidência e

mortalidade por TB no Brasil, apesar de os desafios relacionados à capacidade de diagnóstico e à manutenção do tratamento ainda persistirem. O comportamento heterogêneo entre os estados pode ser atribuído, em parte, às melhorias na infraestrutura e no processo de trabalho da APS no que se refere ao manejo da doença.[28]

Assistir e monitorar o estado de saúde dos idosos também são ações prioritárias para a APS. Estudiosos[29] evidenciaram melhor desempenho no cuidado das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) mais prevalentes - hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Práticas preventivas são mais prevalentes em UBS, com alto escore de presença dos atributos da APS.

Investir em formação e qualificação dos profissionais da APS permanece como uma prioridade. Há de se fortalecer programas de educação permanente que abordem os atributos da APS, cuidados clínicos e ações coletivas. Destaca-se a ampliação da formação multiprofissional com especializações, residências de Enfermagem de Família e Comunidade e multiprofissionais, além de programas de mestrado profissional em rede nacional — como o ProfSaúde —, o que fomentou práticas colaborativas nas UBS. Conjugada a tais esforços, é necessária uma política que amplie e qualifique os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação e comunicação, bem como que invista em condições adequadas de trabalho para as equipes multiprofissionais.

CONCLUSÃO

A ESF representa um marco importante para o SUS e a saúde pública brasileira. A estratégia trouxe inovações e avanços sociais ao ampliar o acesso da população brasileira à assistência à saúde, consolidando-se como o modelo de APS que compreende as dinâmicas de um território e de suas famílias no cotidiano, acompanhando as peculiaridades do processo de adoecimento. Dessa forma, alterou a organização da oferta de assistência e dos serviços, adquiriu uma face genuinamente brasileira com a presença dos ACS e alcançou reconhecimento internacional.

No entanto, apesar de tais êxitos, problemas estruturais antigos permanecem no SUS e afetam diretamente a ESF. Entre eles, destacam-se o subfinanciamento **—** ou até mesmo o desfinanciamento — crônico do sistema, além da necessidade de aprimorar a organização e a integração da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para que a APS ocupe, de fato, seu papel organizador do fluxo assistencial dos usuários. No âmbito da APS, reduzir a proporcionalidade da adscrição da clientela (atualmente com média de 3 a 4 mil pessoas**/**equipe) é necessário para que possa ocorrer um atendimento mais qualificado. Por fim, o contexto político — marcado por períodos de resistência e circunstâncias contraditórias intercaladas com períodos de avanço e legitimação **—** tenciona a consolidação da ESF.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. [internet]. Brasília; 1996. [acesso em 2025 jun. 17].
2. FrancoTB, Merhy EE. Programa Saúde da Familia (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Júnior HMM, Rimoli J,Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde:olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003, p. 55-124.
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Familia no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004 [internet]. Brasília; MS; 2006. [acesso em 2025 jun 17]. Acesso em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_15a.pdf.
4. Neves TCCL, Montenegro LA, Bittencourt SDA. Produção e registro de informações em saúde no Brasil: panorama descritivo através do PMAQ-AB. Saúde em Debate. [internet]. 2014 [acesso em 2025 jun. 17];38(103):756-770.Disponível em: http://scielo.br/j/sdeb/a/zQPyYdWGCjZ68DdV9WkXGRg/?lang=pt.
5. Cavalcante RB, Esteves CJS, Gontijo TL, Brito MJM, Guimarães EAA, Barbosa SP. Computerization of primary health care in Brazil: the network of actors. Rev Bras Enferm [internet]. 2019 [acesso em 2025 jun. 10];72(2):337-44. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/67XXTzLtcz3LJX8H5gCrTyN/?lang=pt
6. Viana ALD, Faria RMB, Silva HP, Carvalho CL, Araújo JF, Maciel MBP *et al*. Relatório Final Projeto de Pesquisa Programa de Avaliação e Acompanhamento da Política de Educação Permanente em Saúde. [Internet]. 2008. [acesso em 2025 jun. 17]; São Paulo. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2463.pdf
7. França T, Medeiros KR, Belisario SA, Pinto ICM, Castro JL, Pierantoni CR *et al*. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. Ciência & Saúde Coletiva. [internet] 2016. [acesso em 2025 jun 17]; 22(6):1817-1828. Disponível em: https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politica-de-educacao-permanente-em-saude-no-brasil-a-contribuicao-das-comissoes-permanentes-de-integracao-ensinoservico/15987?id=15987
8. Hone T, Powell-Jackson T, Santos LMP, Soares RS, Oliveira FP, Sanchez MN *et al*. Impacto do Programa Mais Médicos na oferta de médicos na atenção primária e na mortalidade evitável: estudo quase experimental em 5.565 municípios brasileiros. BMC Health Serv Res. [internet]. 2020 [acesso em 2025 jun 17]. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32933503/
9. Martins ACP, Sant'anna PA, Durães Rocha JF, Vieira MA. Programa mais médicos: uma revisão integrativa. Rev Bras Promoc Saúde [Internet]. 2017 [acesso 2025 jul 5];30(4). Disponível em: https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/6515
10. Morosini MVG, Cardoso AFF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? Cad. Saúde Pública. [internet]. 2020 [acesso em 2025 jul 5]; 36(9). Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/7447/16465
11. Scheffer M, Guilloux AGA, Miotto BA, Almeida CJ, Guerra A, Cassenote A *et al*. Demografia Médica no Brasil 2023. [internet]. 2023 [acesso em 2025 jul 4]; 344p. Disponível em: https://amb.org.br/wp-content/uploads/2023/02/DemografiaMedica2023_8fev-1.pdf

12. Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde em Debate. [internet]. 2018. [acesso 2025 jul 5]42(1):328-340. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SskhD8q88hvTkv3wgvvG5Tc/?format=pdf&lang=pt

13. Sobrinho DF, Machado ATGM, Lima AMLD, Jorge AO, Reis CMR, Abreu DMX *et al.* Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes-hipertenção e saúde mental. Saúde em Debate. [internet]. 2014 [acesso em 2025 jul. 22];38:83-93. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dw7GpdHbb6mn5KxbctjxsKg/?format=pdf&lang=pt

14. Mazon LM, Freitas SFT, Colussi CF. Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. Cien Saude Colet. [internet]. 2021 [acesso 2025 jul 22]26(4):1521-1532. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/55dC6KfZxm8yZfSyMnXY7TF/?format=pdf&lang=pt

15. Mesquita ALM, Araújo Júnior DG, Gomes FMB, Ximenes Neto FRG, Lira RCM, Marinho GM, Silva MAM *et al*. Atenção primária à saúde enquanto ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado. Contribuciones a las Ciencias Sociales. [internet]. 2023 [acesso em 2025 jul. 25];16(12):30191–30205. Disponível em: https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2928/2356

16. Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PHB, Guabiraba KPL. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. Physis: Rev. de Saúde Colet. [internet]. 2021 [acesso em 2025 jul. 25]31(1):2 -26. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/86BXPhTn3CrBcZfDjBs33md/?format=pdf&lang=pt Acesso em 13-10-2025

17. Carmo ADN, Campos EMS, Silva SLA. Análise temporal de indicadores da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da Política Nacional da Atenção Básica. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2023 [acesso em 2025 jul. 25];39(8). Disponível em: https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/8348/18637

18. Sellera PEG, Silva MRM, Mendonça AVM, Ginani VC, Sousa MF. Incentivo de capitação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS. Ciência & Saúde Coletiva, 28(9):2743-2750, 2023.

19. Soares, CS, Noronha, KVMS, Andrade, MV, Camargos, MCS .Impacto da mudança do modelo de financiamento da atenção primária à saúde para municípios do estado de Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 30(4):1-12, 2025

20. Massuda, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? Ciência & Saúde Coletiva. [internet]. 2025 [acesso em 2025 ago 23];25(4):1181-1188, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?format=pdf&lang=pt.

21. Mendes A, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde Debate. [internet]. 2018. [acesso em 2025 ago 23];42(1):224-243,. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvRBmBzh4CJXdXBJDh/?format=pdf&lang=pt.

22. Miranda IZ, Guimarães MA, Ito LA, Coimbra AMV, Caramori U. Uso do PCATOOL no território brasileiro: publicações no período de 2020 a 2022 e suas conclusões: uma revisão de literatura. Rev Bras Med Fam Comunidade. [internet]. 2025 [acesso em 2025 out 23]; 20(47):4344. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/4344/2091.

23. Giovanella L, Mendonça MHM, Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A, Lima JG, Seidl H. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. [internet]. 2016 [acesso em 2025 out 23];21(9):2697-2708.

24. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva. [internet]. Rio de Janeiro 2021. [acesso 2025 ago. 23]; 26(Supl. 1):2543-2556. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/abstract/?lang=pt

25. Komatsu BK , Filho NAM. Estudo impactos da estratégia saúde da família e desafios para o desenvolvimento infantil : estudo 5 . NCPI. [internet]. São Paulo 2019 [acesso em 2025 ago 23]. Disonível em: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2024/08/Impactos-da-estrategia-saude-da-familia-e-desafios-para-o-desenvolvimento-infantil.pdf.

26. Zirr GM; Mendonça CS. Internações por condições sensíveis à atenção primária no município de Gramado/RS. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [internet]. 2023 [acesso em 2025 ago. 26]18(45):3530. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3530.

27. Santos BV, Lima DS, Fontes CJF. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. Epidemiol. Serv. Saúde. [internet]. 2019 [acesso em 2025 ago. 26];28(1):1-12. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/fxDCSZHJfY7LYdmvYBRP4qx/?format=pdf&lang=pt

28. Cerqueira RS, Santos HLPC, Prado NMBL, Bittencourt RG, Biscarde DGS, Santos AM. Controle do câncer do colo do útero na atenção primária à saúde em países sul-americanos: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica [internet]. 2022 [acesso em 2025 ago.];46:e107. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56249/v46e1072022.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56249/v46e1072022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Rabelo JVC, Navarro PD, Carvalho WS, Almeida, IN, Oliveira CSF, Haddad JPA, Miranda SS. Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [internet]. Rio de Janeiro 2021 [acesso em 2025 ago.];37(3): :e00112020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/9CfKDRxJfKpSpKtN3wLyH5F/?format=pdf&lang=pt

30. Placideli N, Castanheira ERL, Dias A, Silva PAD, Carrapato JLF, Sanine PR, *et al.* Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. Rev Saude Publica. [Internet]. São Paulo 2020 [acesso em 2025 ago. 26];54(06) Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/6fvB85XLLv6m3fgzp6zhzWQ/?format=pdf&lang=en

Autoria			
Nome	**Afiliação institucional**	**ORCID**	**CV Lattes**
Estela Marcia Saraiva Campos	Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)	https://orcid.org/0000-0002-3569-9785	http://lattes.cnpq.br/9892915181255087
Autor correspondente	Estela Marcia Saraiva Campos estela.marcia.campos@gmail.com		

Metadados		
Submissão: 24 de outubro de 2025	Aprovação: 24 de setembro de 2026	Publicação: 5 de novembro de 2026
Como citar (Vancouver)	Campos EMS. Trinta anos da Estratégia Saúde da Família no Brasil: três décadas revolucionando o modelo da Atenção Primária à Saúde do SUS. Rev. APS [Internet]. 2026; 29 (único): e292650632. DOI: 10.34019/1809-8363.2026.v29.50632	

Cessão de Primeira Publicação à Revista de APS	A autora mantém todos os direitos autorais sobre a publicação, sem restrições, e concede à Revista de APS o direito de primeira publicação, com o trabalho licenciado sob a Licença *Creative Commons Attribution* (CC-BY), que permite o compartilhamento irrestrito do trabalho, com reconhecimento da autoria e crédito pela citação de publicação inicial nesta revista, referenciando inclusive seu DOI e/ou a página do artigo.

Conflito de interesses	Sem conflitos de interesses.
Financiamento	Sem financiamento.
Contribuições dos autores	Concepção e planejamento do estudo; análise ou interpretação dos dados; elaboração do rascunho; e revisão crítica do conteúdo: EMSC. A autora aprovou a versão final e concorda com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.

Início