

Campus Porto Velho Zona Norte
Coordenação do Curso Tecnologia em Gestão Pública EAD

MARCONDES PAULO DE AZEVEDO

**COBERTURA REGIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (2016–2020):
POSSÍVEIS IMPACTOS PARA A UNIVERSALIDADE E A GESTÃO DO SUS**

PORTO VELHO
2025

MARCONDES PAULO DE AZEVEDO

**COBERTURA REGIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (2016–2020):
POSSÍVEIS IMPACTOS PARA A UNIVERSALIDADE E A GESTÃO DO SUS**

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* Porto Velho Zona Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dr^a. Isabel Cristina Bento.

PORTO VELHO
2025

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Gerador de Ficha Catalográfica do IFRO.

Azevedo, Marcondes Paulo de.

Cobertura regional da atenção primária a saúde (2016–2020):
possíveis impactos para a universalidade e a gestão do SUS /
Marcondes Paulo de Azevedo. - Porto Velho, 2025.
18 f. : il.

Orientador(a): Prof^a. Dra. Isabel Cristina Bento.

Trabalho de Conclusão de Curso (Superior de Tecnologia em
Gestão Pública EAD) – Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Rondônia - IFRO, Porto Velho, 2025.

1. Atenção primária à saúde. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3.
Universalização da saúde. 4. Sistema Único de Saúde. I. Bento, Isabel
Cristina (orient.). II. Instituto Federal de Educação, Ciência e
Tecnologia de Rondônia - IFRO. III. Título.


Bibliotecário(a) Responsável: Marlene Fouz da Silva, CRB-11/946

MARCONDES PAULO DE AZEVEDO


**COBERTURA REGIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (2016–2020):
POSSÍVEIS IMPACTOS PARA A UNIVERSALIDADE E A GESTÃO DO SUS**

Artigo entregue como Trabalho de Conclusão de Curso ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO), *Campus* Porto Velho Zona Norte, como requisito parcial para obtenção do grau de tecnólogo, junto ao Curso Gestão Pública EAD, sob a orientação da professora Dr^a. Isabel Cristina Bento.


Aprovado em: 05/11/2025 pela banca examinadora.

Documento assinado digitalmente
 **PATRICIA PASSOS SIMOES**
Data: 05/11/2025 19:50:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a Patrícia Passos Simões - Membro da Banca

Documento assinado digitalmente
 **DANIELE DE MORAES BRAGA NEVES**
Data: 05/11/2025 18:58:08-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Me. Daniele de Moraes Braga Neves - Membro da Banca

Documento assinado digitalmente
 **ISABEL CRISTINA BENTO**
Data: 05/11/2025 18:54:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a Dr^a. Isabel Cristina Bento - Orientadora

COBERTURA REGIONAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE (2016–2020): POSSÍVEIS IMPACTOS PARA A UNIVERSALIDADE E A GESTÃO DO SUS

RESUMO: A saúde no Brasil é organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o objetivo de garantir cuidado contínuo e acessível à população. Este estudo objetivou descrever as diferenças na evolução da cobertura da APS nas regiões brasileiras entre 2016 e 2020 e analisar seus impactos sobre a universalidade e a gestão do SUS. Foram utilizados dados secundários do e-Gestor APS, consolidando as médias anuais de cobertura das cinco regiões do país, e interpretadas as implicações para a universalidade e gestão a partir da comparação dos percentuais médios. Os resultados mostraram que Nordeste e Sul apresentaram as maiores coberturas, próximas da universalidade, enquanto Norte, Centro-Oeste e Sudeste mantiveram índices mais baixos, evidenciando desigualdades regionais. As variações anuais foram pequenas, mas indicaram lacunas no acesso em áreas com menor cobertura, associadas a desafios estruturais e insuficiência de profissionais. A análise sugere que, embora a expansão da ESF tenha promovido avanços, a plena universalidade depende de políticas que priorizem distribuição equitativa de recursos, planejamento estratégico territorializado e fortalecimento da infraestrutura e do provimento de profissionais. O estudo reforça a necessidade de estratégias regionais específicas para manter e aprimorar a cobertura e reduzir desigualdades.

PALAVRAS-CHAVE: atenção primária à saúde; acesso aos serviços de saúde; universalização da saúde; sistema único de saúde.

REGIONAL COVERAGE OF PRIMARY HEALTH CARE (2016–2020): POSSIBLE IMPACTS ON UNIVERSALITY AND MANAGEMENT OF THE SUS

ABSTRACT: Health in Brazil is organized through the Unified Health System (SUS), which is based on the principles of universality, comprehensiveness, and equity, with Primary Health Care (PHC), especially through the Family Health Strategy (FHS), serving as its main entry point to ensure continuous and accessible care for the population. This study aimed to describe differences in the evolution of PHC coverage across Brazilian regions between 2016 and 2020 and discuss its impacts on universality and SUS management. Secondary data provided by e-Gestor PHC were used, consolidating the annual average coverage for the country's five regions, and the implications for universality and management were interpreted through comparative analysis of the mean percentages. Results showed that the Northeast and South regions had the highest coverage, approaching universality, while the North, Central-West, and Southeast maintained lower rates, highlighting persistent regional inequalities. Annual fluctuations were small but revealed access gaps in areas with lower coverage, associated with structural challenges, insufficient professionals, and difficulties in team retention. The analysis suggests that, although the expansion of the FHS contributed to progress, full universality still depends on public policies that prioritize equitable resource distribution, territorialized strategic planning, and strengthening of infrastructure and workforce provision. The study underscores the need for region-specific strategies, maintaining and improving coverage in already consolidated areas while promoting improvements in regions with lower access to ensure universality.

KEYWORDS: primary health care; health services accessibility; universalization of health; unified health system.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde passou a ser reconhecida oficialmente como um direito de todos e um dever do Estado a partir da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). Para tornar esse direito efetivo, foi criada a Lei nº 8.080/1990, que estabeleceu as regras de organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990; Paim et al., 2011).

O SUS se apoia em três princípios essenciais: universalidade, integralidade e equidade. Eles orientam tanto a oferta de serviços quanto a distribuição de recursos, buscando garantir que toda a população tenha acesso a cuidados completos e de qualidade, independentemente de onde viva ou de sua condição social. Segundo Branco (2019), esses princípios também funcionam como guia para a gestão do sistema, influenciando a forma como políticas de saúde são planejadas e implementadas.

A Atenção Básica (AB), também denominada Atenção Primária à Saúde (APS), que é um termo alinhado ao uso dessa nomenclatura internacionalmente, é a principal porta de entrada do SUS e desempenha papel central na coordenação do cuidado. É nesse nível que acontece o primeiro contato da população com os serviços, assegurando acompanhamento contínuo e articulado com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como modelo prioritário de organização da APS, ampliando a presença do SUS nos territórios e fortalecendo a universalidade do acesso (Machado, 2019).

A ESF trouxe importantes contribuições, ao aproximar o cuidado das comunidades e favorecer vínculos entre profissionais e usuários. Também ajudou a reduzir desigualdades e a tornar a APS mais efetiva (Ribeiro et al., 2020). No entanto, sua consolidação ainda enfrenta desafios, como limitações de infraestrutura, dificuldades de qualificação profissional e desigualdades regionais persistentes (Giovanella et al., 2021). Por isso, fortalecer a ESF continua sendo essencial para que o SUS avance na realização de seus princípios.

Apesar dos avanços, as desigualdades entre as regiões do país ainda são evidentes. As regiões Sul e Sudeste concentram mais recursos, melhor infraestrutura e maior disponibilidade de profissionais, enquanto Norte e Nordeste convivem com dificuldades relacionadas à rede física, ao abastecimento de insumos e à fixação das equipes. O acesso a medicamentos também é desigual,

mostrando que o SUS não garante cobertura completa por si só, mas depende de políticas que distribuam recursos de forma justa e de melhor coordenação entre os entes federativos, bem como uma gestão adequada em cada município e Estado (Pereira; Costa, 2022).

Essas desigualdades regionais refletem não apenas diferenças históricas na distribuição de recursos e infraestrutura, mas também os desafios do financiamento e da organização da APS. Mudanças nas políticas e nos modelos de gestão têm impacto direto sobre a capacidade do SUS de garantir acesso universal e equitativo, mostrando que ajustes na forma de distribuir recursos e coordenar serviços têm a sua relevância para reduzir essas diferenças (Morosini, Fonseca e Baptista, 2020).

Em 2019, o programa Previnde Brasil trouxe mudanças no financiamento da APS, substituindo critérios populacionais por indicadores de desempenho e cadastro de usuários, o que alterou a distribuição de recursos entre os municípios (Brasil, 2019a). No mesmo período, foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), introduzindo novas formas de gestão, mais centralizadas e com traços de privatização.

Segundo Morosini et al. (2020), essas mudanças sinalizariam uma certa fragilização da APS ao reduzir a importância da ESF como modelo prioritário, segmentar serviços e priorizar indicadores de desempenho ao invés de uma cobertura universal, acentuando desigualdades regionais e dificultando o acesso equitativo aos cuidados de saúde.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi descrever as diferenças na evolução da cobertura da APS nas regiões brasileiras entre os anos de 2016 e 2020, e a partir desses dados discutir possíveis impactos para a universalidade e para a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), que reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, sendo regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que estabeleceu as bases legais para a organização, a gestão e a prestação de serviços de saúde no país (Brasil, 1990).

Desde sua criação, o SUS se fundamenta em três princípios doutrinários centrais, que orientam não apenas a organização do sistema, mas também a formulação de políticas públicas, a distribuição de recursos e a prestação de serviços, garantindo que a população tenha acesso a cuidados de qualidade independentemente de sua condição socioeconômica. São eles: universalidade, que assegura que toda a população tenha acesso integral aos serviços de saúde; integralidade, que abrange a atenção completa às necessidades do indivíduo, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; e equidade, que busca reduzir desigualdades, oferecendo atenção diferenciada a grupos populacionais e territórios mais vulneráveis (Paim et al., 2011).

Muitas mudanças ocorreram no ano de 2017 com a publicação da Portaria nº 2.436, que instituiu a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Essa reformulação trouxe alterações nas diretrizes, na organização dos serviços, na composição das equipes, no processo de trabalho e no escopo das práticas, impactando no modelo de atenção e o direito à saúde. A universalidade, até então eixo central do SUS, passou a ser relativizada, pois a recomendação de cobertura total da população restringiu-se a áreas de grande dispersão territorial, risco ou vulnerabilidade social. Além disso, foi introduzida a segmentação do cuidado por meio da diferenciação entre serviços básicos e ampliados, e a Estratégia Saúde da Família (ESF), antes referência principal da atenção básica, perdeu protagonismo, dando espaço à retomada de arranjos da chamada atenção básica tradicional (Brasil, 2017).

Em 2019, o programa Previnir Brasil trouxe mudanças no financiamento da APS, substituindo critérios populacionais por indicadores de desempenho e cadastro de usuários. Isso alterou a distribuição de recursos entre municípios (Brasil, 2019a). No mesmo período, foi criada a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), instituída pela Lei nº 13.958/2019 e

regulamentada pelo Decreto nº 10.283/2020 A ADAPS tem como principal finalidade a execução do Programa Médicos pelo Brasil, visando incrementar a prestação de serviços médicos em locais de difícil provimento ou alta vulnerabilidade, além de fomentar a formação de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade no âmbito da APS. Ambas as iniciativas representaram mudanças significativas na estruturação da APS, com impactos na gestão, financiamento e organização dos serviços de saúde (Brasil, 2019b; 2020).

Ainda em 2019, o Ministério da Saúde promoveu uma reorganização administrativa, extinguindo a antiga Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e criando três novas instâncias: a Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), a Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). A APS, elevada à condição de secretaria própria, passou a ser alvo de intensa produção normativa. No segundo semestre, foram anunciados três eixos de reestruturação da APS: financiamento, regulação e prestação de serviços. Entretanto, tanto o processo quanto o conteúdo dessas propostas têm sido alvo de críticas, por apresentarem características que fortalecem uma lógica mercantilizada de gestão e de atenção em saúde (Morosini; Fonseca; Baptista, 2020).

A APS ocupa posição central no SUS, sendo considerada a principal porta de entrada do sistema. O seu objetivo é oferecer cuidado contínuo, integral e próximo da população, por meio de ações individuais, familiares e coletivas, abrangendo promoção da saúde, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Por sua capilaridade e descentralização, a APS permite o acompanhamento longitudinal da população, favorecendo a continuidade do cuidado, a humanização dos serviços e a implementação de estratégias voltadas à prevenção e promoção da saúde, contribuindo para a redução das desigualdades regionais e sociais (Brasil, 2017).

A ESF, implantada a partir dos anos 2000, representa o principal modelo da APS no Brasil, estruturado a partir de uma abordagem comunitária e centrada nas pessoas. Esse modelo ampliou significativamente o acesso da população aos serviços de saúde e contribuiu para a melhoria de indicadores de saúde, como a redução da mortalidade infantil, a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção primária e a queda na mortalidade por doenças cardiovasculares. A ESF é organizada por equipes multiprofissionais, que assumem responsabilidade sobre territórios definidos, promovendo a integração entre o

cuidado clínico, as ações de saúde coletiva, a participação social e a articulação intersetorial. Essa estrutura fortalece o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, permitindo a identificação precoce de necessidades, o acompanhamento contínuo dos indivíduos e o planejamento de intervenções contextualizadas (Ribeiro et al., 2020).

Estudos populacionais, como os realizados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), indicam que a cobertura da ESF passou de 50,9% em 2008 para 53,4% em 2013, com cerca de 78% da população referenciada a um serviço de saúde regular. Apesar desses avanços, persistem as desigualdades regionais e socioeconômicas, evidenciando que a consolidação de um sistema universal e equitativo exige políticas públicas contínuas e estratégias que fortaleçam a atenção territorial, multidisciplinar e integrada (Giovanella et al., 2021). a de serviços, buscando ampliar a integração entre Estado e iniciativa privada, ao mesmo tempo em que trouxe desafios para a manutenção do cuidado territorial e comunitário (Brasil, 2017).

Mudanças no modelo de financiamento da atenção básica, como a adoção do programa Previne Brasil, representaram uma ameaça à universalidade, pois substituíram o repasse per capita garantido a todos os municípios (PAB fixo) por um modelo baseado na população cadastrada e em critérios de vulnerabilidade (Brasil, 2019a). Como apontam Morosini et al. (2020), esse mecanismo induz à focalização, admitindo que parte da população fique de fora da cobertura da atenção básica e rompendo com a diretriz histórica do acesso universal.

Além disso, o SUS enfrenta desafios contemporâneos relacionados à gestão, financiamento e qualificação de serviços, que exigem monitoramento constante de indicadores de saúde, ampliação do acesso a tecnologias, formação de profissionais capacitados e fortalecimento da participação social. O sistema de saúde brasileiro, por meio da APS e da Estratégia Saúde da Família, tem demonstrado sua capacidade de reduzir desigualdades, promover a prevenção de doenças e consolidar políticas públicas de saúde voltadas à promoção da qualidade de vida da população, desde a infância até a idade adulta. Assim, o SUS se configura como um modelo de atenção integral à saúde, centrado na população, capaz de responder às diferentes necessidades de saúde e de contribuir para a construção de uma sociedade mais justa e saudável (Morosini; Fonseca; Lima, 2018).

A expansão da ESF contribuiu para avanços significativos na cobertura da APS, aproximando o SUS do ideal de universalidade. Apesar disso, persistem desafios relacionados à infraestrutura, financiamento e qualificação dos profissionais, especialmente em regiões Norte e Nordeste, onde as condições sanitárias e de acesso são mais precárias em comparação com as regiões Sul e Sudeste (Machado; Melo; Paula, 2019).

Nas capitais do Norte e Nordeste, as farmácias das unidades de APS apresentam condições sanitárias mais deficientes, refletindo desigualdades estruturais que impactam a qualidade e a universalidade do acesso aos medicamentos e serviços. Já nas regiões Sul e Sudeste, há melhores condições de infraestrutura e organização dos serviços, favorecendo a efetivação do princípio da universalidade (Pereira; Costa, 2022).

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, utilizando dados secundários da cobertura da APS no Brasil. Nos relatórios públicos do e-Gestor Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2025), a cobertura da APS é calculada a partir da população estimada a ser acompanhada pela APS em relação à população total de cada mês e ano.

Este estudo abrangeu as cinco regiões brasileiras no período de 2016 a 2020. Como a apresentação mensal geraria tabelas muito extensas e de difícil interpretação, optou-se por consolidar os dados calculando as médias anuais dos percentuais de cobertura da APS provenientes de relatórios do e-Gestor (Brasil, 2025).

Os possíveis impactos para a universalidade foram interpretados a partir desses percentuais médios, de modo que níveis mais elevados de cobertura indicavam que a maior parte da população tinha acesso aos serviços da APS, aproximando-se do ideal de universalidade, enquanto níveis mais baixos apontavam lacunas no atendimento e desafios para garantir cobertura plena (Castro et al., 2020). Com base na comparação dos percentuais e das diferenças entre as regiões, foram levantadas as possíveis implicações para a gestão do SUS.

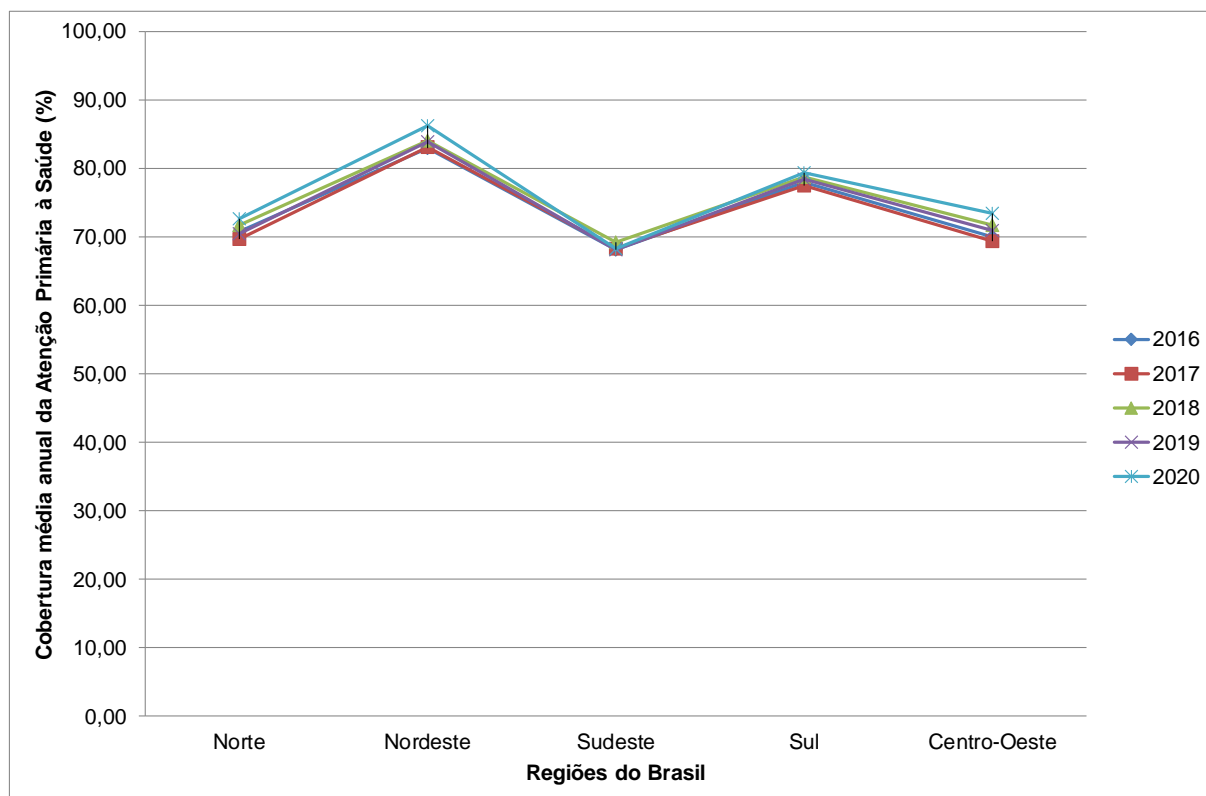
Utilizou-se o *Microsoft Excel* para o cálculo das médias anuais da cobertura da APS e elaboração de um gráfico para mostrar a sua evolução no período estudado.

Como este estudo se baseou apenas em dados de acesso público, e por isso não houve necessidade de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2016).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As taxas médias de cobertura da APS no Brasil apresentaram variações anuais em todas as regiões, no período de 2016 e 2020, mas sem diferenças expressivas entre elas. A região Nordeste apresentou a maior cobertura da APS, seguida da região Sul. As demais regiões apresentaram taxas próximas entre si, com pequenas oscilações entre os anos de 2016 a 2020. Percebe-se que apesar de algumas oscilações, a cobertura da APS no Brasil manteve-se uniforme entre as regiões, com maior destaque para as regiões Nordeste e Sul (Figura 1).

Figura 1. Evolução dos percentuais médios da cobertura da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2016 e 2020, por região.



Fonte: e-gestor (2024).

A cobertura média anual da APS variou entre as regiões brasileiras no período de 2016 a 2020. A região Nordeste apresentou os maiores índices de cobertura, iniciando em 82,98% em 2016 e alcançando 86,31% em 2020, indicando uma boa aproximação do ideal de universalidade. O Sul também apresentou cobertura relativamente elevada, com média de 78,00% em 2016 e 79,44% em 2020, embora ainda não tenha atingido a universalidade plena (Tabela 1).

As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram cobertura mais baixa, com médias em torno de 70%, demonstrando que parte da população não tinha acesso completo à APS, o que evidencia desafios para alcançar a universalidade nessas áreas. O Sudeste manteve cobertura limitada, variando pouco ao longo dos anos, entre 68,17% e 68,34%, mostrando desigualdades regionais persistentes (Tabela 1).

Esses resultados podem ser explicados pelo pioneirismo do Nordeste na implementação da ESF como modelo de reorganização da atenção primária, o que favoreceu maior presença territorial dos serviços (Giovanella et al., 2021). No Sul, a expansão da rede de serviços e o engajamento das equipes multiprofissionais contribuíram para consolidar a atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde (Ribeiro et al., 2020).

No caso do Norte, os desafios de infraestrutura e as grandes distâncias geográficas podem dificultar a fixação de equipes e a universalização dos serviços. Já no Centro-Oeste e Sudeste, a rápida urbanização, a concentração de serviços privados e a insuficiência de profissionais na rede pública poderiam estar comprometendo a expansão da ESF. Machado et al. (2019) apontaram que a fragilidade da medicina de família e comunidade em determinados contextos reforça essas limitações, enquanto Pereira e Costa (2022) relatou que desigualdades sanitárias e deficiências estruturais tendem a comprometer a consolidação da APS como eixo fundamental da atenção à saúde nessas regiões.

Diante desse cenário, emergem importantes implicações para as políticas públicas de saúde. O fortalecimento da ESF deve ser priorizado nas regiões menos assistidas, com medidas voltadas para a expansão da infraestrutura, a criação de incentivos para fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e a alocação de recursos de forma mais equitativa. Segundo Ribeiro et al. (2020), a expansão da ESF tem impacto positivo nos indicadores de saúde, o que reforça sua centralidade para a consolidação do SUS. Além disso, políticas de regionalização e gestão territorializada podem ampliar a eficiência da APS, contribuindo para reduzir desigualdades regionais e aproximar o SUS do princípio da universalidade.

Tabela 1 - Cobertura média anual da Atenção Primária à Saúde por região brasileira e possíveis impactos para a universalidade e para a gestão do SUS (2016-2020)

Região	Ano	Média anual da Cobertura da Atenção Primária a Saúde	Possíveis impactos para a universalidade	Possíveis impactos para a gestão do SUS
Norte	2016	70,82	Parte da população ainda sem acesso pleno, indicando desafios para alcançar universalidade	Necessidade de revisar planejamento e alocação de equipes; reforçar ações em áreas com menor cobertura.
	2017	69,71		
	2018	71,67		
	2019	70,51		
	2020	72,60		
Nordeste	2016	82,98	Boa aproximação da universalidade; maioria da população atendida	Gestão mais eficiente em termos de distribuição de equipes e recursos; manter monitoramento para sustentar os avanços
	2017	83,06		
	2018	84,04		
	2019	83,84		
	2020	86,31		
Sudeste	2016	68,17	Universalidade limitada, acesso desigual em relação a outras regiões	Indica necessidade de revisão da distribuição de recursos, expansão de equipes e planejamento estratégico local
	2017	68,27		
	2018	69,28		
	2019	68,08		
	2020	68,34		
Sul	2016	78,00	Universalidade não foi totalmente atingida	Gestão relativamente boa, porém pode focar em pequenas melhorias de cobertura e qualidade
	2017	77,45		
	2018	78,71		
	2019	78,39		
	2020	79,44		
Centro-oeste	2016	70,03	Parte da população não totalmente atendida, desafios para universalidade	Necessidade de fortalecer planejamento, distribuir melhor equipes e monitorar áreas com menor cobertura
	2017	69,44		
	2018	71,70		
	2019	70,89		
	2020	73,52		

Fonte: e-gestor (2024).

É necessário enfatizar que a universalidade não é consequência automática da expansão da cobertura. Trata-se de um processo que depende de planejamento adequado, de políticas de regionalização e da alocação equitativa de recursos humanos e financeiros. Conforme defendem Paim et al. (2011), a universalidade deve ser compreendida como um princípio que exige equidade na distribuição da atenção, de modo a superar desigualdades territoriais. Nesse sentido, Branco (2019) reforça que a garantia de acesso universal só se concretiza quando acompanhada por ges-

tão eficiente, distribuição adequada de equipes e qualidade assistencial, de modo que a ampliação da cobertura represente efetivamente o acesso ao cuidado.

No campo da gestão do SUS, em regiões com menor cobertura (Norte, Centro-Oeste e Sudeste), considera-se importante revisar o planejamento estratégico, redistribuir equipes, reforçar ações em áreas vulneráveis e monitorar os resultados para corrigir desigualdades. Essa necessidade converge com a análise de Morosini et al. (2018), que defendem a territorialização da gestão como forma de superar os desequilíbrios no acesso.

Por outro lado, nas regiões com maior cobertura (Nordeste e Sul), a gestão deve concentrar-se na manutenção dos avanços e na qualificação do atendimento, otimizando os recursos disponíveis e promovendo melhorias contínuas na resolutividade da atenção primária à saúde. A sustentabilidade desses serviços depende de monitoramento permanente (Morosini et al., 2020) e do direcionamento de esforços para a qualidade do atendimento e a satisfação dos usuários em contextos de maior cobertura (Araújo et al., 2023).

Percebe-se, assim, que as desigualdades regionais refletem fatores estruturais persistentes, como infraestrutura precária em áreas periféricas, escassez de profissionais qualificados e dificuldade de acesso a medicamentos essenciais. Segundo Giovanella et al. (2021), a expansão desigual da ESF acentua essas diferenças. Além disso, a fragilidade da atenção farmacêutica e os déficits estruturais dificultam o acesso universal (Pereira; Costa, 2022), assim como desigualdades de financiamento e problemas de gestão regional (Almeida et al., 2024).

Por fim, essas evidências têm implicações para as políticas públicas de saúde. A redução das desigualdades exige estratégias específicas para cada território: no Norte e Centro-Oeste, políticas de provimento e fixação de profissionais em áreas de difícil acesso e investimentos em infraestrutura sanitária; no Sudeste, ações que diminuam a dependência da saúde suplementar e fortaleçam a rede pública de APS; e no Nordeste e Sul, esforços voltados à manutenção da cobertura elevada e à qualificação da qualidade dos serviços. Como reforçam Giovanella et al. (2021), somente por meio de políticas públicas territorializadas e equitativas será possível consolidar a universalidade do SUS e efetivar a integralidade da atenção.

Este estudo apresenta algumas limitações. A cobertura da atenção primária à saúde varia mensalmente em função da população estimada, o que poderia ser representado em séries mensais. Entretanto, devido ao grande volume de dados (cinco regiões entre 2016 e 2020), optou-se por consolidar as informações em médias

anuais. Essa escolha facilita a análise comparativa entre regiões, mas pode reduzir a sensibilidade às flutuações de curto prazo e mascarar variações locais dentro de cada região.

O presente estudo teve como foco a atenção primária à saúde, mas sabe-se que a resolutividade é um princípio que se estende a todos os níveis de atenção. No entanto, optou-se por concentrar a análise na atenção primária, por ser a porta de entrada preferencial do sistema e o nível em que a resolutividade tem papel essencial na continuidade do cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre 2016 e 2020, a cobertura da APS apresentou variações significativas entre as regiões brasileiras. Nordeste e Sul registraram os maiores percentuais, aproximando-se do ideal de universalidade, enquanto Norte, Centro-Oeste e Sudeste mantiveram cobertura mais baixa, revelando lacunas no acesso. Essas diferenças regionais podem comprometer a universalidade do SUS e indicam a necessidade de ajustes na gestão, incluindo redistribuição de equipes, planejamento estratégico e reforço de ações em áreas com menor cobertura. Apesar dos avanços observados, a plena universalização do acesso ainda depende de políticas públicas direcionadas às desigualdades históricas e territoriais.

Deve-se ressaltar ainda o impacto do Programa Previnde Brasil, que alterou o modelo de financiamento da APS. Com a chegada da pandemia de COVID-19 os desafios da APS aumentaram, especialmente quanto à manutenção dos cadastros atualizados e ao alcance das metas dos indicadores, o que impactou no financiamento. Em 2024, o Previnde Brasil passou por ajustes em seus critérios e indicadores de repasse, buscando corrigir desigualdades e ampliar a efetividade do modelo. As mudanças favoreceram regiões com maiores vulnerabilidades socioeconômicas, promovendo uma redistribuição mais equitativa dos recursos federais e incentivando o aumento da cobertura da Atenção Primária.

Assim, o Previnde Brasil, ao direcionar mais recursos para os territórios que mais necessitam e ao reforçar a importância do desempenho e da continuidade do cuidado, contribui para fortalecer o acesso e a equidade no SUS.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F., et al. Perspectivas para las políticas públicas de Atención Primaria en Salud en Suramérica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 7, e03792024, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mSxjg6fjz44BknWc3C4QjSw/>. Acesso em: 02 set. 2025.

ARAÚJO, A. C. de et al. Processo de trabalho para coordenação do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, 27, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CVTB35Fcj5w9jH4r4dLstXd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago.2025.

BRANCO, S. C. Universidade Aberta do SUS – UNASUS –Produção do Cuidado e Atenção integral. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): princípios e diretrizes**. p. 1-8. 2019. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13429/1/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ATEN%C3%87%C3%83O%20B%C3%81SICA%20%28PNAB%29%20PRINC%C3%8DPIOS%20E%20DIRETRIZES.pdf?utm_source . Acesso em 21 ago. 2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 14 maio 2025.

BRASIL. **Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020**. Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS. Brasília, 20 mar. 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10283.htm . Acesso: 09 set. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.958, de 18 de dezembro de 2019**. Institui o Programa Médicos pelo Brasil e autoriza a instituição de serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS). Brasília, 18 dez. 2019b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13958.htm. Acesso: 09 set. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 510, de 7 de abril de 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html Acesso: 20 ago.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União ,Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 20 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.979, de 12 de novembro de 2019.** Institui o Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União 2019a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso: 21 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde . **e-Gestor Atenção Primária à Saúde. Retalórios da atenção Primária à Saúde.** 2025. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 ago. 2025.

CASTRO, D. M. de et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 11, e00209819, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tqLFcwZ6qCthTMGwFBswzM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2025.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(Supl. 1): 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago.2025.

MACHADO, H. S. V.; MELO, E. A.; PAULA, L. G. N. de. Medicina de Família e Comunidade na saúde suplementar do Brasil: implicações para o Sistema Único de Saúde e para os médicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, e00068419, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QYCh5R6sG59JvS3wQgmFDBw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 set.2025.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 9, e00040220, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=pt&format=pdf&utm_source

MOROSINI, M.V.G.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, p.11-24, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 ago. 2025.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 21 ago. 2025.

PEREIRA, M.; COSTA, E. Situação sanitária dos medicamentos na atenção primária no Sistema Único de Saúde nas capitais do Brasil. **Vigilância Sanitária em Debate**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 2–12, 2022. Disponível em: q. Acesso em: 2 set. 2025.

RIBEIRO, A. et al. O impacto da estratégia saúde da família sobre os indicadores da atenção básica no Brasil. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e4730, 27 nov. 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4730>. Acesso em: 21 ago.2025.