www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v.30, n.163, 2026 | DOI: 10.69849/7k2jda77

Uma breve avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil: avanços, retrocessos e desafios na visão de uma equipe multiprofissional

A brief evaluation of the Family Health Strategy in Brazil: advances, setbacks and challenges from the perspective of a multiprofessional team

Aline de Avila Balbela[1]

Audrey de Avila Soares[2]

Sandro Schreiber de Oliveira[3]

RESUMO

Este trabalho apresenta uma avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil, considerando sua trajetória histórica, seus avanços, retrocessos, fragilidades e desafios na perspectiva de uma equipe multiprofissional. A ESF constitui uma importante estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde e está fundamentada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente universalidade, integralidade, equidade, territorialização e participação social. A análise evidencia que, desde sua implantação na década de 1990, a ESF contribuiu para ampliar o acesso aos serviços de saúde, fortalecer as ações de promoção e prevenção, aproximar as equipes das comunidades e consolidar o trabalho multiprofissional. Destaca-se também a importância dos agentes comunitários de saúde na construção do vínculo com as famílias e no conhecimento das necessidades do território. Entretanto, a política apresenta fragilidades relacionadas ao financiamento, à infraestrutura, à rotatividade e ao provimento de profissionais, às desigualdades entre municípios e às dificuldades de articulação entre os diferentes níveis de atenção. As mudanças introduzidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017 também geraram debates sobre a flexibilização da composição das equipes e o possível enfraquecimento da dimensão comunitária da estratégia. A avaliação demonstra que a cobertura da ESF não deve ser analisada apenas quantitativamente, sendo necessário considerar a qualidade do cuidado, a continuidade da atenção, a satisfação dos usuários e a capacidade de reduzir desigualdades. Conclui-se que o fortalecimento da ESF depende de financiamento adequado, valorização dos trabalhadores, educação permanente, participação social e integração da rede de atenção, preservando sua dimensão territorial, comunitária, preventiva, integral e multiprofissional.

[1] Aline de Avila Balbela. Assistente Social e Psicóloga. Doutora em Política Social e Direitos Humanos. Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

[2] Audrey de Avila Soares. Médica. Unidade Básica de Saúde da Família-Profilurb-Rio Grande.

[3] Sandro Schreiber de Oliveira. Médico. Doutor em Epidemiologia. Universidade Federal do Rio Grande. Universidade Católica de Pelotas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Políticas Públicas de Saúde. Trabalho Multiprofissional.

ABSTRACT

This study presents an evaluation of the Family Health Strategy (FHS) in Brazil, considering its historical development, advances, setbacks, weaknesses, and challenges from the perspective of a multidisciplinary team. The FHS constitutes an important strategy for reorganizing Primary Health Care and is grounded in the principles of the Brazilian Unified Health System (SUS), particularly universality, comprehensiveness, equity, territorialization, and social participation. The analysis shows that, since its implementation in the 1990s, the FHS has contributed to expanding access to health services, strengthening health promotion and disease prevention initiatives, bringing health teams closer to communities, and consolidating multidisciplinary work. The importance of community health workers in building relationships with families and understanding the needs of local territories is also highlighted. However, the policy presents weaknesses related to funding, infrastructure, professional turnover and staffing, inequalities among municipalities, and difficulties in coordinating the different levels of care. The changes introduced by the 2017 National Primary Health Care Policy also generated debate regarding greater flexibility in team composition and the possible weakening of the strategy's community-based dimension. The evaluation demonstrates that FHS coverage should not be analyzed solely in quantitative terms; the quality of care, continuity of care, user satisfaction, and the capacity to reduce inequalities must also be considered. It is concluded that strengthening the FHS depends on adequate funding, appreciation and support of health workers, continuing education, social participation, and integration of the health care network, while preserving its territorial, community-based, preventive, comprehensive, and multidisciplinary dimensions.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Brazilian Unified Health System. Public Health Policies. Multidisciplinary Work.

1. INTRODUÇÃO

A avaliação de uma política pública de saúde exige compreender que seus resultados não podem ser analisados exclusivamente a partir do número de serviços implantados, da quantidade de profissionais contratados ou da cobertura populacional alcançada. Uma política pública constitui-se como uma construção histórica, política, econômica e social, cuja efetividade está diretamente relacionada à capacidade do Estado de responder às necessidades concretas da população. Nesse sentido, avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) significa analisar não apenas sua estrutura administrativa ou sua capacidade operacional, mas também sua contribuição para a transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil,

para a ampliação do acesso aos serviços, para a produção do cuidado, para a redução das desigualdades e para a efetivação dos princípios estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A Estratégia Saúde da Família ocupa posição singular na organização do sistema de saúde brasileiro. Sua trajetória está diretamente relacionada à construção do SUS e à necessidade de superar um modelo assistencial predominantemente centrado na doença, no atendimento individual, na demanda espontânea e na assistência hospitalar. O Programa Saúde da Família foi implantado pelo Ministério da Saúde em 1994 e, posteriormente, passou a ser compreendido como estratégia de reorganização da Atenção Básica, assumindo progressivamente papel estruturante na organização da atenção à saúde no território. A regulamentação do Programa de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde pela Portaria nº 1.886/1997 representou importante etapa desse processo. Em 2006, a Portaria nº 648 consolidou a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica no país.

Essa trajetória precisa ser compreendida à luz dos princípios constitucionais que orientam o SUS, especialmente a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. A Estratégia Saúde da Família foi concebida dentro dessa perspectiva, procurando aproximar o serviço de saúde das pessoas e das comunidades, tendo como referência um território definido e uma população adscrita. A proposta representa, portanto, uma mudança significativa na lógica assistencial, pois desloca parte importante da atenção para o espaço em que as pessoas vivem, trabalham, constituem suas relações familiares e comunitárias e enfrentam os diferentes determinantes sociais do processo saúde-doença.

Nesse modelo, a unidade básica de saúde deixa de ser compreendida apenas como local de atendimento e passa a constituir uma referência territorial para a população. O cuidado não se restringe à consulta médica ou ao tratamento de uma doença já instalada. A equipe passa a desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, acompanhamento de condições crônicas, atenção à saúde da mulher, da criança, do idoso, acompanhamento pré-natal, vacinação, ações de vigilância, educação em saúde, visitas domiciliares e outras atividades que buscam compreender a realidade sanitária e social da população acompanhada.

A própria definição contemporânea da Atenção Básica reforça essa perspectiva. A Política Nacional de Atenção Básica estabelece que a Atenção Básica compreende ações individuais, familiares e coletivas voltadas à promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por equipe multiprofissional responsável por uma população em território definido. A mesma política estabelece a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Essa característica territorial é particularmente importante para a avaliação da Estratégia Saúde da Família porque permite compreender que o processo saúde-doença não ocorre de maneira isolada dentro dos indivíduos. As condições de moradia, alimentação, renda, escolaridade, trabalho, saneamento, transporte, acesso à informação, violência, relações familiares e comunitárias, além de outros determinantes sociais, influenciam diretamente as condições de saúde. Dessa maneira, uma avaliação que considere somente consultas realizadas, exames solicitados ou medicamentos dispensados corre o risco de não alcançar a complexidade da política pública avaliada.

A ESF também se diferencia pela possibilidade de construção do vínculo entre trabalhadores e população. A continuidade do acompanhamento permite que os profissionais conheçam não apenas a doença apresentada em determinado momento, mas a história de vida, as condições familiares, os fatores de risco e proteção e as necessidades de saúde existentes no território. O princípio da longitudinalidade, associado à coordenação do cuidado, à integralidade e à participação da comunidade, constitui elemento central da Atenção Básica brasileira.

Nesse processo, a atuação multiprofissional torna-se fundamental. A composição das equipes permite que diferentes saberes profissionais sejam articulados em torno de necessidades que não podem ser respondidas por uma única profissão. A presença do médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, com a possibilidade de incorporação de profissionais de saúde bucal e outros trabalhadores, traduz uma concepção de cuidado que procura ultrapassar a fragmentação das práticas. A atuação conjunta permite que a situação de saúde seja observada por diferentes perspectivas e que

as respostas construídas considerem aspectos clínicos, sociais, familiares e territoriais.

Essa característica torna particularmente importante a participação de profissionais das áreas médica, de enfermagem, psicologia, serviço social e demais profissões da saúde na análise da ESF. O olhar clínico é indispensável para o diagnóstico e tratamento das doenças, mas não é suficiente para compreender todas as dimensões que determinam o adoecimento e o acesso aos serviços. Da mesma forma, o olhar social e psicológico é fundamental para compreender vulnerabilidades, vínculos familiares, sofrimento psíquico, violência, condições de trabalho, pobreza, exclusão social e outras situações que interferem diretamente na saúde. A interdisciplinaridade, portanto, não deve ser compreendida apenas como a reunião de diferentes profissionais no mesmo espaço, mas como a construção compartilhada de respostas para problemas complexos.

Outro aspecto fundamental diz respeito à atuação do agente comunitário de saúde. O ACS representa uma das principais características históricas da Estratégia Saúde da Família, justamente pela possibilidade de aproximação entre o serviço público e a comunidade. Sua inserção no território permite identificar situações que muitas vezes não chegam espontaneamente à unidade de saúde. A visita domiciliar, o conhecimento das famílias e a comunicação cotidiana com a comunidade possibilitam reconhecer necessidades, acompanhar pessoas em situação de vulnerabilidade e contribuir para ações de promoção, prevenção e educação em saúde.

Historicamente, a construção da ESF esteve relacionada também à expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A regulamentação de 1997 já estabelecia a atuação territorial, a vinculação da população e o desenvolvimento de ações voltadas às famílias e à comunidade. Essa dimensão comunitária é fundamental para compreender por que a ESF não pode ser avaliada apenas como uma forma diferente de organizar consultas médicas. Sua proposta envolve uma mudança na relação entre Estado, serviço público e população.

Ao longo de sua trajetória, a Estratégia Saúde da Família apresentou expressiva expansão. Estudos sobre a evolução da Atenção Primária demonstram

que, em 2019, a APS estava presente em praticamente todos os municípios brasileiros, embora com diferenças importantes entre os territórios e com resultados heterogêneos. A expansão da ESF também esteve associada a melhorias em indicadores de saúde e à redução de internações por condições sensíveis à Atenção Primária, ainda que esses resultados não possam ser atribuídos exclusivamente à estratégia, uma vez que políticas sociais e outras ações do SUS também interferem nos indicadores de saúde.

Esse aspecto demonstra a importância de uma avaliação que não seja meramente administrativa. Uma política pode apresentar elevada cobertura e, ainda assim, apresentar dificuldades de acesso, problemas de infraestrutura, rotatividade de profissionais, excesso de demanda, dificuldades de referência para serviços especializados, insuficiência de medicamentos, fragilidade dos processos de educação permanente e limitações para desenvolver ações efetivamente territoriais. Da mesma forma, uma equipe pode apresentar limitações estruturais e, mesmo assim, desenvolver práticas de grande impacto sobre a população atendida.

Avaliar a ESF exige, portanto, considerar simultaneamente sua estrutura, seu processo de trabalho e seus resultados. Na dimensão estrutural, devem ser observados recursos financeiros, infraestrutura física, disponibilidade de equipamentos, composição das equipes, estabilidade dos trabalhadores e condições de trabalho. Na dimensão processual, devem ser analisados o acesso, o acolhimento, o vínculo, as visitas domiciliares, a territorialização, o trabalho interdisciplinar, a vigilância em saúde, a participação social e a coordenação do cuidado. Na dimensão dos resultados, devem ser observados indicadores relacionados à saúde da população, à prevenção de doenças, ao acompanhamento de condições crônicas, à mortalidade, às internações evitáveis, à satisfação dos usuários e à capacidade de reduzir desigualdades.

Essa perspectiva é coerente com a compreensão de avaliação apresentada ao longo deste trabalho, segundo a qual avaliar significa também atribuir valor, analisar resultados e compreender as relações entre os objetivos de uma política e aquilo que efetivamente ocorre em sua implementação. No caso da ESF, essa análise torna-se ainda mais necessária porque existe uma distância potencial entre

aquilo que está previsto nos documentos normativos e aquilo que é efetivamente realizado no território.

A existência de uma equipe cadastrada não significa, necessariamente, que todos os princípios da Estratégia Saúde da Família estejam sendo concretizados. Da mesma forma, a existência de uma unidade básica de saúde não garante automaticamente acesso universal, cuidado integral ou vínculo longitudinal. É necessário observar como a política funciona na prática e quais condições concretas estão disponíveis para que os profissionais desenvolvam aquilo que a política estabelece.

A avaliação também precisa considerar o contexto econômico e político no qual a ESF foi implementada e posteriormente modificada. O SUS é construído em um cenário de disputas relacionadas ao financiamento público, à organização do trabalho, à relação entre público e privado, à distribuição de recursos entre os diferentes níveis de governo e às prioridades definidas por diferentes administrações. Assim, a trajetória da ESF não pode ser dissociada das transformações ocorridas na política de saúde brasileira.

Nesse sentido, a avaliação da Estratégia Saúde da Família proposta neste trabalho busca compreender sua trajetória como política pública e identificar avanços e dificuldades em relação aos princípios que fundamentaram sua criação e sua consolidação. Não se trata apenas de afirmar que a ESF apresenta resultados positivos ou negativos. Trata-se de compreender em quais aspectos houve fortalecimento da política, em quais houve fragilização e quais desafios permanecem para que a estratégia possa cumprir plenamente a função de reorganizar a Atenção Primária à Saúde brasileira.

Essa avaliação torna-se ainda mais relevante porque a ESF se encontra diretamente relacionada ao cotidiano da população e dos trabalhadores do SUS. O serviço de saúde da família é, em muitos territórios, o principal ponto de contato da população com o sistema de saúde. Para milhões de brasileiros, é nesse espaço que ocorre o acompanhamento da gestação, da infância, da hipertensão, do diabetes, da saúde mental, da vacinação, da prevenção de doenças, do cuidado domiciliar e de inúmeras outras necessidades.

Por essa razão, avaliar a Estratégia Saúde da Família significa também avaliar a capacidade do Estado brasileiro de transformar o direito constitucional à saúde em acesso concreto e cuidado efetivo. Significa analisar se a política permanece orientada pela universalidade, pela integralidade e pela equidade e se consegue manter sua característica territorial, comunitária e multiprofissional diante das mudanças políticas, econômicas e administrativas que ocorreram no país.

É a partir dessa compreensão ampliada que se apresenta a discussão a seguir, articulando a avaliação das políticas públicas ao processo histórico de construção da Estratégia Saúde da Família e considerando seus avanços, suas limitações, seus retrocessos e os desafios que permanecem para a consolidação de uma Atenção Primária à Saúde capaz de responder às necessidades da população brasileira.

2. AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVANÇOS E RETROCESSOS

Alguns autores fundamentam que, durante muitos anos, discutiu-se o que seria uma avaliação de política pública, fato que se dava pelas inúmeras compreensões que eram estabelecidas ao termo e que eram encontradas em discussões nas diferentes áreas de conhecimento. Foi justamente a diversidade desses autores que gerou uma variedade significativa de tipos e modelos de avaliação de políticas, o que, de certa forma, reflete um conhecimento interessante e visões de avaliações distintas. Finalmente, aponta-se para o fato de o corpo teórico-metodológico da avaliação de políticas ter sido construído gradual e coletivamente (CAVALCANTI, 2007, p.47).

Conforme Cavalcanti (2007), o conceito de avaliação, de maneira geral, refere-se à ação de testar, medir ou atribuir valor a algo; apreciar ou estimar o merecimento de; calcular, computar e conhecer a grandeza de; fazer uma apreciação. Nesse conceito, entende-se que o termo se torna amplo, viabilizando o entendimento da grandeza de uma avaliação de política pública, que acontece desde o seu pensamento até sua avaliação final.

Segundo Arretche (1998), ainda que a análise de uma dada política pública possa atribuir a um determinado desenho institucional alguns resultados prováveis, somente a avaliação dessa política poderá atribuir uma relação de causalidade entre um programa X e um resultado.

No entanto, parece que à medida que o processo avaliativo passou a ter uma função importante na administração e gestão das agências governamentais, o conceito de avaliação foi agregando dimensões e, gradativamente, foi sendo substituído por concepções que abrangiam novos objetivos, funções e aspectos a serem avaliados (CAVALCANTI, 2007, p.62).

A avaliação de política pública agrega, dentre outros fatores, a transparência do que está sendo ofertado, de sua eficiência ou ineficiência em determinada função, trazendo, ainda, transparência à administração pública. Como parte importante deste trabalho, abordar-se-ão, aqui, alguns pontos considerados importantes no âmbito da avaliação em políticas públicas. É sabido, conforme afirma Boschetti (2006, p.1), que a maioria dos estudos sobre tal referência se detém em definir o que significa avaliar política pública. Ainda que não seja o objetivo, é preciso que se possam buscar algumas definições no intuito de dar clareza aos objetivos que se quer alcançar.

Assim, segundo Arretche (1998, p.1),

> É certo que qualquer forma de avaliação envolve necessariamente um julgamento, vale dizer, trata-se precipuamente de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público particular, de analisá-la a partir de uma certa concepção de justiça (explícita ou implícita).

A autora afirma, conforme desejado, que a avaliação pressupõe uma forma de julgar não diferente do que se pretende neste trabalho, só cabe destacar que o objetivo de se realizar tal feito poderia ser pensar o julgar no intuito de trazer novidades ao assunto, ou mesmo de um compromisso social da operacionalização de determinada política pública.

Silva (2013, p.2) afirma que a avaliação perpassa uma questão muito maior:

> A avaliação da política pública é concebida como ferramenta precípua para alargamento da esfera pública e da participação da sociedade civil,

> favorecendo ações substanciadas nos princípios da transparência e da democracia entendida como socialização da política.

Diante do exposto, é factível que uma avaliação tenha o dever de mobilizar Estado e sociedade no sentido de ampliar os horizontes e olhares sobre ela. A composição desses dois entes acaba por ser prioritária dentro do processo, devendo ser avaliada, no mínimo, por meio dessa relação. Ainda, diante da referida relação que deve ser prioritária em tal avaliação, Boschetti (2006,p.2) acrescenta que:

A análise objetiva reconstituir as diversas características de uma política, como a relação entre público e privado, as formas de financiamento, as modalidades de prestação de serviços e as possibilidades de desenho institucional que atribuem corpo a uma política social. Analisar uma política social, nesta perspectiva, pressupõe examinar o quadro institucional, os traços constitutivos da política analisada, a fim de decompor o todo em suas partes componentes; observar e examinar com minúcia e submeter à crítica.

Acredita-se ser inevitável que a análise de uma política pública deva passar, primeiramente, por um histórico do caminho percorrido até a sua concepção. É possível que essa avaliação, para que aconteça de forma a apurar dados que subsidiem a realidade apontada, seja precisa no sentido de recuperar a composição da política, desde o histórico anterior à sua concepção, perpassando a sua estrutura inicial, objetivos traçados e objetivos finais, considerando, prioritariamente, o contexto político e econômico quando da sua formulação.

Arretche (1998, p.6) destaca a importância da avaliação por intermédio de instrumentos de avaliação independentes que é constituído a partir de seu papel democrático. As equipes governamentais encarregadas da execução de uma política fazem as "avaliações". Estas consistem frequentemente em relatórios de acompanhamento, nos quais se descrevem as ações desenvolvidas no curso de implementação do programa em questão.

Essa afirmação nos leva a refletir sobre a neutralidade dessa avaliação. A partir de qual ponto está partindo essa avaliação? É por meio de uma perspectiva pessoal, de uma defesa em prol daquilo que tem sua participação direta, ou até mesmo associado a preceitos de cunho de financiamento da sua política e

manutenção do seu emprego? Considerando esse ponto importante da avaliação, a autora esclarece:

Isto não significa que, em pesquisas de avaliação, a neutralidade administrativa e a tecnicalidade isenta sejam possíveis e, que, portanto, a avaliação se caracterize pela ausência de valores, tais como justiça social, eficiência, redução de custos, etc. Significa apenas que instituições independentes têm maiores condições e incentivos para, com base em critérios valorativos explícitos e objetivos definidos, montar instrumentos adequados para responder à questão da relação entre as políticas, seus processos e seus resultados, que são condições necessárias ao bom governo (ARRETCHE, 1998, p.9).

Dessa forma, cabe pensar que, quando a autora cita as instituições independentes, poder-se-iam citar os estudos científicos de determinada área, pois esses podem vir a acrescentar nesse ponto avaliativo, haja vista que a pesquisa científica nasce basicamente de um questionamento de determinada situação ou fato, ainda que alguns pesquisadores sejam advindos de determinada área, não se acredita que se tenham definido objetos de defesa para tal estudo.

Na situação de pesquisa proposta neste estudo, não se encontrou, na literatura, qualquer modelo que seja aplicado no cerne de um panorama avaliativo. Conforme brevemente citado neste trabalho, a avaliação da referida política tem acontecido enquanto pesquisas avaliativas, entoando as áreas administrativas e econômicas. Poder-se-ia afirmar que é confortante avaliar uma política pública a partir desses dois aspectos previstos, pois avaliar a forma gerencial e operacional demonstra aspectos de ordem organizacional bem mais confortantes que avaliar pelos seus impactos sociais. Não cabe, aqui, qualquer desqualificação de uma avaliação que se baseie nesses dois princípios, mas é fato que as pesquisas deveriam estar atreladas aos objetivos gerais da política, que abrangem uma perspectiva que vai muito além.

De acordo com o abordado, Boschetti (1998, p. 12) afirma:

> Nessa perspectiva, uma política pública, para ser reconhecida enquanto tal deve combinar a existência de legislação própria, de orçamento específico, de administração institucional, de quadro de pessoal qualificado, com vistas a cumprir objetivos claros (programa de ação governamental). Por outro lado, a

> simples existência desse quadro geral não significa que a política pública exista concretamente e nem que atinja seus objetivos. Desse modo, no processo de análise e avaliação de uma política pública, algumas preocupações devem orientar a ação do avaliador. A primeira é conhecer o caráter normativo da política avaliada, bem como seus objetivos, que nem sempre estão explícitos nos textos legais. Muitas vezes os objetivos são inexistentes ou apresentados de forma ambígua. Neste caso, o avaliador precisa identificar os objetivos implícitos a partir de uma visão de conjunto da política avaliada e reconstruir os objetivos, utilizando outros recursos e documentos relativos à política avaliada, ou ainda realizando entrevistas. A segunda preocupação é de conhecer quem toma as decisões e define as normas, ou seja, identificar quais são os sujeitos responsáveis pela definição de um determinado tipo de política. Estes sujeitos podem ser a equipe social ou econômica do poder executivo, os dirigentes e/ou corpo técnico da instituição responsável, partidos políticos ou o conjunto do legislativo, ou ainda os integrantes de espaços de representação como os conselhos de gestão. O importante é que uma análise e/ou avaliação de política pública não se restrinja a estudar o Estado apenas como aparelho administrativo, mas busque revelar as forças políticas que influenciam e definem a conformação das políticas avaliadas. A terceira preocupação se refere ao reconhecimento do caráter contraditório das políticas públicas, o que significa que, além de demonstrar o significado de uma política social a partir de um pretenso conjunto coerente de normas, regras, processo decisório e funções, a avaliação deve revelar o caráter contraditório presente em toda forma de construção e relação social.

O analista tem como compromisso central avaliar a construção da política pública, enfatizando aspectos de valores e interesses em jogo no processo, como esses se relacionam, como as decisões são tomadas e como acontecem as negociações no processo. Cabe salientar que o processo de avaliação de uma política pública precisa, acima de tudo, dar atenção aos interesses que permeiam seu processo de construção.

3. AVANÇOS DA ESTRATÉGIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir dos critérios apresentados, a avaliação da Estratégia Saúde da Família permite identificar um conjunto importante de avanços acumulados ao longo de mais de três décadas de construção. O primeiro grande avanço corresponde à própria transformação da ESF em uma política estruturante da Atenção Primária à Saúde brasileira. O que inicialmente foi implantado como Programa Saúde da Família passou a assumir caráter de estratégia nacional de reorganização do modelo de atenção, alcançando praticamente todo o território brasileiro. A Portaria nº 648/2006 reconheceu expressamente a expansão do então PSF e sua consolidação como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica.

Esse processo representa um avanço porque estabelece uma direção para o sistema público de saúde. Em vez de limitar a Atenção Básica a um conjunto de procedimentos ou atendimentos isolados, a ESF organiza a atenção a partir de território, população adscrita, equipe multiprofissional, vínculo e continuidade do cuidado. A PNAB de 2017 manteve essa concepção ao estabelecer a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Outro avanço importante é a ampliação do acesso. A presença da ESF nos municípios brasileiros possibilitou que uma parcela muito maior da população tivesse um serviço de referência próximo de seu território. A expansão da Atenção Primária chegou a 99,7% dos municípios brasileiros em 2019, embora isso não signifique que a cobertura populacional tenha sido homogênea ou que todos os territórios apresentem as mesmas condições de funcionamento.

A ampliação do acesso deve ser compreendida não apenas em termos geográficos, mas também em termos de possibilidade de acompanhamento. A população passa a ter uma equipe de referência, o que favorece a continuidade do cuidado e permite que o usuário seja acompanhado em diferentes momentos de sua trajetória. Essa característica é especialmente relevante para pessoas com doenças crônicas, idosos, gestantes, crianças, pessoas com deficiência e indivíduos em situações de vulnerabilidade social.

A ESF também apresentou avanços importantes na incorporação das ações de promoção e prevenção. Ao contrário de uma lógica exclusivamente curativa, a estratégia estabelece a necessidade de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos e vigilância. Essa mudança é fundamental porque desloca parte da atenção para antes do surgimento ou agravamento da doença. A identificação precoce de fatores de risco, o acompanhamento de grupos vulneráveis, a vacinação, o pré-natal, as ações de saúde da criança, o acompanhamento de hipertensos e diabéticos e a educação em saúde são exemplos de práticas que podem produzir efeitos de longo prazo.

Outro avanço é a valorização da territorialização. A equipe passa a ser responsável por uma população determinada, permitindo que os profissionais

conheçam características epidemiológicas, sociais e ambientais do território. A PNAB estabelece a população adscrita, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado, a ordenação da rede e a participação da comunidade como elementos da Atenção Básica.

Essa dimensão territorial possui grande importância para a redução das desigualdades. Uma política universal não necessariamente produz resultados equitativos se oferecer exatamente a mesma resposta para populações que vivem em condições completamente diferentes. A ESF permite, pelo menos em sua concepção, que as ações sejam organizadas de acordo com as características e necessidades de cada território.

A presença dos agentes comunitários de saúde constitui outro avanço fundamental. O ACS possibilita uma aproximação singular entre o serviço e a comunidade, permitindo que a equipe conheça situações que poderiam permanecer invisíveis para os serviços de saúde. A visita domiciliar e o contato direto com as famílias favorecem ações educativas, acompanhamento de pessoas vulneráveis e identificação de necessidades sociais e sanitárias.

A própria produção científica reconhece a relevância dos ACS para a construção do vínculo e para ações de promoção e prevenção. Estudos demonstram que esses trabalhadores desempenham papel importante na relação entre equipe e população e que sua atuação está relacionada a processos de cuidado, educação em saúde e aproximação com os determinantes sociais.

Também deve ser considerado como avanço o desenvolvimento do trabalho multiprofissional. A ESF possibilita que o cuidado seja compartilhado entre diferentes categorias profissionais, contribuindo para uma compreensão mais ampla das necessidades de saúde. Esse aspecto ganha importância diante do envelhecimento populacional, do aumento das doenças crônicas, das demandas de saúde mental, das situações de violência e das vulnerabilidades sociais.

A incorporação progressiva de profissionais e equipes multiprofissionais à Atenção Primária também representa uma evolução da política. A PNAB de 2017 reconheceu o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica como equipe

multiprofissional e interdisciplinar voltada ao suporte clínico, sanitário e pedagógico das equipes. Mais recentemente, a política federal passou a trabalhar com equipes multiprofissionais, reforçando a necessidade de ampliar a capacidade de resposta da Atenção Primária.

Na prática, contudo, essa coordenação depende da existência de serviços especializados suficientes e de mecanismos eficientes de referência e contrarreferência. Ainda assim, a definição normativa desse papel representa avanço porque estabelece que o cuidado deve ser acompanhado ao longo da rede e não fragmentado em serviços independentes.

Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 3.493/2024 instituiu nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária, com componentes específicos para manutenção das equipes de Saúde da Família, vínculo e acompanhamento territorial, qualidade, saúde bucal e outros componentes. A mudança demonstra uma tentativa de reforçar a ESF e associar o financiamento à manutenção das equipes, ao acompanhamento territorial e à qualidade do cuidado.

Esse novo modelo possui importância porque reconhece que uma equipe não pode ser avaliada apenas pela quantidade de procedimentos realizados. O componente de vínculo e acompanhamento territorial considera elementos relacionados à população vinculada, ao cadastro, ao acompanhamento, à vulnerabilidade e à satisfação dos usuários, enquanto o componente de qualidade considera indicadores pactuados.

Também existem evidências de que a expansão da Atenção Primária e da ESF esteve associada a resultados positivos em indicadores de saúde. Estudos brasileiros identificaram redução importante das internações por condições sensíveis à Atenção Primária ao longo das décadas de expansão da ESF. Esses resultados não devem ser interpretados como efeito exclusivo da estratégia, mas indicam que a ampliação da Atenção Primária ocorreu em paralelo a mudanças favoráveis em diversos indicadores de saúde.

Assim, entre os principais avanços da ESF podem ser identificados a expansão territorial, a ampliação do acesso, a organização por território e população

adscrita, o fortalecimento da promoção e prevenção, a presença dos agentes comunitários, o trabalho multiprofissional, a continuidade do cuidado, a coordenação da rede e a criação de mecanismos de financiamento específicos.

4. RETROCESSOS, FRAGILIDADES E CONTRADIÇÕES

A avaliação, entretanto, não pode limitar-se aos avanços. A própria compreensão da política pública apresentada neste trabalho exige reconhecer suas contradições e analisar as condições que podem dificultar a concretização dos objetivos estabelecidos. Nesse sentido, um dos principais pontos de tensão da trajetória recente da ESF está relacionado às alterações introduzidas pela Política Nacional de Atenção Básica de 2017.

A PNAB de 2017 manteve formalmente a Saúde da Família como estratégia prioritária, mas também passou a reconhecer e financiar outras modalidades de equipes de Atenção Básica. A própria norma estabelece que outras estratégias podem ser reconhecidas, desde que observados os princípios e diretrizes previstos, ainda que indique a ESF como modelo prioritário.

Essa flexibilização pode ser interpretada de diferentes maneiras. Por um lado, permite maior adaptação dos serviços às características locais, considerando municípios com diferentes dimensões territoriais, dificuldades de provimento profissional e necessidades específicas. Por outro, cria o risco de enfraquecimento da indução nacional para a implantação de equipes completas de Saúde da Família, especialmente em municípios nos quais a gestão local tenha dificuldades financeiras ou opte por modelos menos estruturados.

Estudos que analisaram a composição das equipes após a PNAB de 2017 encontraram que, embora as equipes tradicionais de Saúde da Família continuassem predominantes, houve redução no número de agentes comunitários de saúde e reconhecimento financeiro de outras modalidades de equipes. Em estudo que analisou dados nacionais de 2007 a 2019, as equipes de Atenção Básica representavam menos de 1% do total após os primeiros anos da política, enquanto as equipes de Saúde da Família permaneciam como modalidade predominante.

Esse resultado demonstra que o risco de substituição completa da ESF por outros modelos não se concretizou de maneira generalizada no período estudado, mas não elimina a necessidade de atenção às alterações normativas. A avaliação de uma política pública deve considerar não somente aquilo que já ocorreu, mas também os incentivos que determinada regulamentação produz.

Essa alteração pode produzir consequências importantes porque o ACS representa uma das principais tecnologias de aproximação entre o Estado e o território. A redução desse trabalhador pode significar menor capacidade de acompanhamento domiciliar, menor conhecimento das famílias, diminuição das ações educativas e maior distância entre a equipe e a população.

Outro retrocesso ou fragilidade importante relaciona-se ao financiamento. A Atenção Primária necessita de financiamento estável e suficiente para garantir infraestrutura, profissionais, medicamentos, equipamentos e condições adequadas de funcionamento. Períodos de restrição fiscal podem produzir consequências importantes sobre a capacidade municipal de manter equipes completas e oferecer serviços com qualidade.

Essa questão evidencia uma contradição importante: embora a ESF seja uma política nacional, sua execução cotidiana depende fortemente dos municípios. O município é responsável pela organização dos serviços no território, pela gestão das unidades e pela manutenção de grande parte da força de trabalho. Isso significa que diferenças na capacidade administrativa e financeira dos municípios podem produzir diferenças importantes na qualidade da ESF.

A descentralização é um dos princípios do SUS e possui vantagens por permitir que a política seja adaptada às necessidades locais. Entretanto, quando ocorre sem mecanismos suficientes de compensação das desigualdades, pode ampliar diferenças entre municípios ricos e pobres. Municípios com maior capacidade de arrecadação e infraestrutura podem oferecer melhores condições de trabalho e maior diversidade de serviços, enquanto municípios pequenos e vulneráveis podem enfrentar maiores dificuldades para manter equipes e garantir acesso integral.

Outro desafio importante é o provimento e a fixação de profissionais médicos. A distribuição desigual de médicos no território brasileiro constitui uma dificuldade histórica para a consolidação da Atenção Primária. A ESF depende de equipes completas e estáveis, mas determinados municípios apresentam dificuldades para contratar e manter profissionais, especialmente em áreas remotas e socialmente vulneráveis.

A experiência do Programa Mais Médicos demonstrou a importância de políticas nacionais de provimento para reduzir desigualdades na disponibilidade de profissionais. Estudos sobre a Atenção Primária brasileira identificam que a concentração de médicos permanece desigual entre regiões e que políticas de provimento influenciaram a composição das equipes.

A rotatividade profissional também prejudica a longitudinalidade. Quando o profissional permanece pouco tempo em determinada unidade, o vínculo com a população é interrompido e a equipe precisa constantemente reconstruir relações. Isso pode comprometer o acompanhamento de pacientes crônicos, famílias vulneráveis e pessoas que necessitam de cuidado continuado.

Outro problema está relacionado à infraestrutura das unidades. A existência formal de uma equipe não garante condições adequadas para o trabalho. Unidades sem espaço físico suficiente, equipamentos inadequados, falta de medicamentos, problemas de conectividade, dificuldades de transporte para visitas domiciliares e insuficiência de materiais podem limitar a capacidade resolutiva da equipe.

A avaliação da ESF precisa, portanto, diferenciar cobertura de qualidade. Uma população pode estar contabilizada como coberta por uma equipe, mas essa cobertura pode ser insuficiente se a equipe estiver incompleta, sobrecarregada ou sem condições materiais para realizar todas as atividades previstas.

Também existe o risco de burocratização do processo de trabalho. A necessidade de registrar informações, alimentar sistemas e cumprir indicadores é importante para a avaliação e o planejamento, mas pode consumir parcela significativa do tempo dos profissionais quando não há organização adequada. A avaliação não deve fazer com que os trabalhadores passem a atuar apenas para

cumprir metas administrativas, deixando em segundo plano as necessidades concretas das pessoas.

Esse ponto dialoga diretamente com a discussão apresentada por Arretche sobre a necessidade de diferenciar o acompanhamento administrativo da avaliação propriamente dita. O registro de produção é necessário, mas não é suficiente para determinar se uma política está alcançando seus objetivos. No caso da ESF, o número de consultas ou procedimentos realizados não revela, sozinho, a qualidade do vínculo, a capacidade de prevenção, a redução das desigualdades ou a satisfação da população.

Outro aspecto que merece atenção é a dificuldade de articulação entre a Atenção Primária e os demais níveis de atenção. A ESF pode realizar uma excelente avaliação inicial, acompanhar adequadamente o paciente e identificar a necessidade de encaminhamento, mas o cuidado será fragmentado se o usuário não conseguir acesso ao especialista ou ao exame necessário.

Dessa forma, a resolutividade da ESF depende também da organização da Rede de Atenção à Saúde. O fortalecimento da Atenção Primária não significa retirar importância da atenção especializada e hospitalar. Ao contrário, significa organizar melhor a relação entre os diferentes níveis de atenção, permitindo que cada um cumpra seu papel e que o usuário não fique responsável por organizar sozinho seu percurso dentro do sistema.

As dificuldades de referência e contrarreferência são, portanto, uma das principais fragilidades do modelo. O encaminhamento sem retorno de informações para a equipe de referência produz fragmentação do cuidado e reduz a capacidade da ESF de acompanhar o usuário de maneira longitudinal.

Também é necessário considerar o crescimento das demandas de saúde mental. As equipes da ESF convivem diariamente com situações de sofrimento psíquico, uso problemático de substâncias, violência, conflitos familiares, isolamento social e outras situações complexas. A ausência ou insuficiência de profissionais especializados e de articulação com a Rede de Atenção Psicossocial pode

sobrecarregar as equipes e dificultar a construção de projetos terapêuticos adequados.

A mesma questão aparece em relação às vulnerabilidades sociais. A equipe de saúde frequentemente identifica problemas relacionados à renda, moradia, alimentação, violência, desemprego e acesso a benefícios sociais, mas não possui, isoladamente, capacidade para solucionar essas questões. Por isso, a articulação intersetorial com assistência social, educação, habitação, segurança alimentar e outras políticas públicas é indispensável.

Nesse sentido, a presença de profissionais como assistentes sociais e psicólogos, quando integrada às equipes e aos processos de cuidado, pode ampliar a capacidade de compreensão das necessidades sociais e subjetivas da população. Entretanto, a atuação desses profissionais também precisa estar organizada de forma interdisciplinar, evitando que sejam transformados em responsáveis isolados por demandas que pertencem ao conjunto das políticas públicas.

A pandemia de COVID-19 também evidenciou fragilidades e potencialidades da Atenção Primária. As unidades precisaram reorganizar fluxos, realizar vigilância, acompanhar casos, desenvolver estratégias de vacinação, manter cuidados essenciais e responder a demandas relacionadas às consequências sociais e psicológicas da pandemia. Ao mesmo tempo, a interrupção ou redução de algumas atividades de rotina demonstrou como crises sanitárias podem comprometer o acompanhamento longitudinal.

Essa experiência reforçou a importância de uma rede de Atenção Primária estruturada e territorializada. Uma APS forte possui melhores condições para responder não apenas às doenças individuais, mas também a emergências sanitárias e situações coletivas.

Por outro lado, a pandemia também expôs desigualdades. Territórios com menor infraestrutura e maior vulnerabilidade social apresentaram dificuldades adicionais para acesso aos serviços, acompanhamento remoto e continuidade do cuidado. Isso reforça a necessidade de considerar a equidade como critério central da avaliação da ESF.

A avaliação atual também precisa considerar as mudanças recentes no financiamento. A Portaria GM/MS nº 3.493/2024 estabeleceu uma nova metodologia de cofinanciamento federal da Atenção Primária, com componentes destinados à manutenção das equipes, vínculo e acompanhamento territorial, qualidade, saúde bucal e base populacional.

Essa mudança pode ser considerada um movimento de fortalecimento da ESF porque procura valorizar a manutenção das equipes e o acompanhamento territorial. Ao mesmo tempo, qualquer modelo de financiamento baseado em indicadores precisa ser acompanhado com cuidado para evitar que a equipe passe a priorizar aquilo que é mais facilmente mensurável em detrimento de necessidades que são mais complexas e menos quantificáveis.

A satisfação do usuário, por exemplo, é importante, mas não pode ser analisada isoladamente. Da mesma forma, o número de atendimentos pode aumentar sem que isso represente necessariamente melhoria da qualidade do cuidado. A avaliação deve combinar indicadores quantitativos e qualitativos, considerando a realidade do território e as condições concretas de trabalho.

Outro ponto importante é que os avanços da ESF não ocorreram de maneira homogênea. A presença da estratégia em praticamente todos os municípios não significa que todas as pessoas tenham o mesmo acesso ou recebam cuidado com a mesma qualidade. Existem diferenças regionais, municipais e intramunicipais importantes.

A avaliação precisa, portanto, olhar para desigualdades dentro dos próprios municípios. É possível que uma cidade apresente elevada cobertura formal da ESF e, ainda assim, determinadas comunidades rurais, áreas periféricas ou populações vulneráveis permaneçam com dificuldade de acesso. A cobertura média municipal pode esconder grupos populacionais que continuam excluídos.

Nesse aspecto, a avaliação da ESF precisa incorporar a perspectiva da equidade. Uma política pública universal deve ser capaz de identificar aqueles que apresentam maiores necessidades e criar mecanismos para que recebam atenção proporcional às suas vulnerabilidades.

A participação social constitui outro elemento que precisa ser fortalecido. A população não deve ser vista apenas como destinatária dos serviços. Os usuários possuem conhecimento sobre suas próprias necessidades e sobre as dificuldades encontradas no território. Conselhos de saúde, conferências, reuniões comunitárias e outros espaços de participação podem contribuir para que a política seja construída de maneira mais democrática.

A avaliação participativa também pode revelar aspectos que os indicadores administrativos não identificam. Um serviço pode apresentar bons indicadores de produção e, ao mesmo tempo, ser percebido pela população como pouco acolhedor ou de difícil acesso. Da mesma forma, uma equipe pode apresentar baixa produção em determinado indicador porque atende uma população com necessidades muito complexas.

Nesse sentido, a avaliação da ESF precisa ser capaz de combinar dados de produção, indicadores epidemiológicos, informações territoriais, condições de trabalho e percepção dos usuários e trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da trajetória da Estratégia Saúde da Família permite afirmar que se trata de uma das principais experiências brasileiras de reorganização da Atenção Primária à Saúde. Desde sua implantação na década de 1990, a estratégia passou por diferentes processos de regulamentação, expansão e reformulação, consolidando-se como referência para organização da atenção básica no país. A Portaria nº 648/2006 foi um marco importante nesse processo ao reconhecer a expansão do Programa Saúde da Família e sua consolidação como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica. Posteriormente, a PNAB de 2017 manteve formalmente essa prioridade, embora tenha introduzido maior flexibilidade na composição e organização das equipes.

Os avanços são significativos. A ESF contribuiu para ampliar a presença do SUS nos territórios, aproximar profissionais e comunidades, organizar a atenção a partir de populações adscritas, fortalecer ações de promoção e prevenção, ampliar a atuação dos agentes comunitários, desenvolver o trabalho multiprofissional e

fortalecer a coordenação do cuidado. A expansão da Atenção Primária para praticamente todos os municípios brasileiros demonstra a dimensão alcançada pela política.

Também existem evidências de resultados positivos relacionados à expansão da Atenção Primária e da ESF, inclusive em relação às internações por condições sensíveis à Atenção Primária. Entretanto, é necessário reconhecer que esses resultados decorrem de múltiplos fatores e não podem ser atribuídos exclusivamente à ESF.

Ao mesmo tempo, os retrocessos e as fragilidades demonstram que a expansão quantitativa não garante, por si só, a consolidação qualitativa da política. A flexibilização introduzida pela PNAB de 2017, especialmente em relação à composição das equipes e ao número de agentes comunitários, gerou preocupações sobre a possibilidade de enfraquecimento do caráter territorial e comunitário da ESF. Estudos identificaram redução de ACS em municípios brasileiros após a publicação da PNAB 2017 e apontaram possíveis repercussões sobre o trabalho desses profissionais e sobre a relação das equipes com a comunidade.

Esse aspecto merece especial atenção porque o agente comunitário não representa simplesmente mais um trabalhador dentro da equipe. Sua presença possui uma dimensão territorial e social específica. Reduzir sua atuação pode significar reduzir a capacidade de conhecer as famílias, identificar situações de vulnerabilidade, realizar educação em saúde e manter uma relação contínua entre serviço e comunidade.

Outro desafio está no financiamento. A sustentabilidade da ESF depende de financiamento público adequado e estável. As mudanças econômicas e fiscais ocorridas nos últimos anos demonstraram que restrições financeiras podem comprometer a capacidade de manutenção e expansão dos serviços. Ao mesmo tempo, a criação de novo modelo de cofinanciamento federal em 2024 demonstra uma tentativa recente de fortalecer a Atenção Primária e valorizar vínculo, acompanhamento territorial e qualidade.

A avaliação também demonstra que a ESF não pode ser analisada isoladamente. Sua capacidade de produzir resultados depende da articulação com a atenção especializada, hospitalar, vigilância em saúde, saúde mental, assistência social, educação e demais políticas públicas. A saúde da população é resultado de múltiplos determinantes e, portanto, exige respostas igualmente múltiplas.

A presença de profissionais de diferentes áreas no processo de avaliação também é coerente com a própria concepção da Estratégia Saúde da Família. A análise médica pode contribuir para compreender aspectos clínicos e epidemiológicos; a enfermagem acrescenta elementos relacionados ao cuidado, à gestão e ao acompanhamento; a psicologia permite observar dimensões subjetivas e relacionais; o serviço social contribui para a compreensão das vulnerabilidades e dos determinantes sociais. A articulação desses diferentes conhecimentos permite uma avaliação mais próxima da complexidade da realidade.

Nesse sentido, a avaliação da ESF não deve buscar simplesmente determinar se a política “funciona” ou “não funciona”. Uma política dessa dimensão não pode ser reduzida a uma resposta binária. É necessário identificar onde funciona, para quem funciona, em quais condições funciona, quais resultados produz e quais grupos permanecem com dificuldades de acesso.

A ESF apresenta, portanto, uma importante contradição: ao mesmo tempo em que representa uma política consolidada e amplamente disseminada no território brasileiro, permanece vulnerável a mudanças de financiamento, alterações normativas, dificuldades de provimento profissional, precarização das condições de trabalho e desigualdades entre municípios.

O desafio contemporâneo não parece ser apenas ampliar o número de equipes, mas garantir que as equipes existentes tenham condições para realizar aquilo que a política estabelece. Isso significa investir em infraestrutura, profissionais, educação permanente, estabilidade das equipes, sistemas de informação adequados, medicamentos, equipamentos, transporte, apoio matricial, saúde mental, saúde bucal e integração com os demais pontos da rede.

Também é necessário recuperar e fortalecer a dimensão comunitária da Estratégia Saúde da Família. O risco de transformar a ESF em uma unidade de consultas e procedimentos deve ser permanentemente enfrentado. A estratégia foi criada para reorganizar o modelo de atenção, e não apenas para ampliar a oferta de consultas médicas.

O território continua sendo um dos principais elementos que diferenciam a ESF de modelos tradicionais de atenção. Conhecer as famílias, identificar vulnerabilidades, acompanhar as pessoas ao longo do tempo e construir vínculo são ações que não podem ser substituídas integralmente por indicadores de produção.

Por fim, a avaliação evidencia que os avanços da Estratégia Saúde da Família são relevantes, mas não estão definitivamente garantidos. A consolidação da política exige acompanhamento permanente, financiamento adequado, participação social, valorização dos trabalhadores, avaliação independente e capacidade de adaptação às mudanças demográficas, epidemiológicas e sociais.

A própria existência de uma política pública por mais de três décadas não significa que seus objetivos tenham sido plenamente alcançados. Ao contrário, quanto mais consolidada uma política se torna, maior deve ser a capacidade de avaliá-la criticamente. No caso da ESF, isso significa reconhecer suas conquistas sem ignorar suas fragilidades e reconhecer seus problemas sem desconsiderar sua contribuição para a construção do SUS.

Assim, a avaliação da Estratégia Saúde da Família demonstra que seus principais avanços estão relacionados à ampliação do acesso, à territorialização, à longitudinalidade, à prevenção, à promoção da saúde, à atuação dos agentes comunitários, ao trabalho multiprofissional e à consolidação da Atenção Primária como porta de entrada preferencial do sistema. Seus principais retrocessos e riscos estão relacionados à flexibilização de alguns elementos da composição das equipes, à redução do número de agentes comunitários em determinados contextos, às desigualdades de financiamento e estrutura entre municípios, à rotatividade de profissionais, às dificuldades de articulação da rede e à possibilidade de redução da dimensão comunitária em favor de um modelo mais centrado na produção de procedimentos.

A avaliação permite, portanto, compreender a Estratégia Saúde da Família como uma política em permanente construção. Seus resultados dependem das condições políticas, econômicas, institucionais e sociais nas quais é implementada. O fortalecimento da ESF passa necessariamente pela preservação de seus fundamentos: universalidade, equidade, integralidade, vínculo, territorialização, participação social e cuidado multiprofissional.

Mais do que avaliar somente o número de equipes ou pessoas cadastradas, é necessário avaliar se as pessoas estão efetivamente sendo cuidadas, se conseguem acessar os serviços de que necessitam, se são acompanhadas ao longo do tempo, se suas condições sociais são consideradas e se a política consegue reduzir desigualdades. Esse deve ser o centro de qualquer avaliação comprometida com a saúde como direito.

Dessa forma, os avanços alcançados pela Estratégia Saúde da Família devem ser preservados e ampliados, enquanto os retrocessos e fragilidades precisam ser identificados e enfrentados por meio de políticas de financiamento, gestão, formação e valorização profissional. A ESF permanece como instrumento fundamental para a consolidação do SUS, mas sua efetividade depende de que sua dimensão territorial, comunitária, preventiva, integral e multiprofissional não seja perdida ao longo das transformações administrativas e políticas.

A avaliação, nesse sentido, não deve ser entendida como mecanismo de condenação ou aprovação definitiva da política, mas como instrumento para aperfeiçoá-la. Avaliar a Estratégia Saúde da Família significa reconhecer aquilo que foi construído, compreender aquilo que não alcançou os resultados esperados e produzir elementos para que o Estado e a sociedade possam tomar decisões mais adequadas sobre o futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In RICO, E. M. (Org.). Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, 1998. p. 29-41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Institui nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Legislação da Estratégia Saúde da Família. Ministério da Saúde.

BOSCHETTI, I. **Questões Correntes no Debate sobre Metodologias de Avaliação de Políticas Públicas.** Texto preparado como material didático para a disciplina Análise de Política Social. Programa de Pós-graduação em Política Social. SER/UnB, 2006. Disponível em: <https://gepelc.fefd.ufg.br>. Acesso em: 30 abr. 2018.

CAVALCANTI, P. A. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas**: **uma contribuição para a área educacional.** 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Campinas. Campinas – SP, 2007.

FREIRE, Daniel et al. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. Revista de Saúde Pública, 2021.

GOMES, Clarice Brito e Souza; GUTIÉRREZ, Adriana Coser; SORANZ, Daniel. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 2020.

SILVA e SILVA, M. O. da. O Padrão de Proteção Social e a Reforma das Políticas Sociais no Brasil. v.4, n. 1-2 ,2000. Disponível em: <http://www.periodicoseletronicos.ufma.br>. Acesso em: 5 mar. 2018.