



ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUA EXPRESSÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ESTUDO ANALÍTICO SOBRE ACESSO, CUIDADO E EQUIDADE

ESSENTIAL ATTRIBUTES OF PRIMARY HEALTH CARE AND THEIR EXPRESSION IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: AN ANALYTICAL STUDY ON ACCESS, CARE, AND EQUITY

ATRIBUTOS ESENCIALES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y SU EXPRESIÓN EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: ESTUDIO ANALÍTICO SOBRE ACCESO, CUIDADO Y EQUIDAD

 <https://doi.org/10.56238/levv16n55-092>

Data de submissão: 17/11/2025

Data de publicação: 17/12/2025

Laura Kamila Leal Cerqueira e Almeida

Graduada em Medicina e Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade
Instituição: Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)
E-mail: lealcerqueira@yahoo.com.br

Wilciline Oliveira dos Santos

Mestre em Tecnologia e Inovação em Enfermagem
Instituição: Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
E-mail: wilciline_oliveira@hotmail.com

Soraia Arruda

Graduada em Enfermagem e Gestão em Saúde
Mestrado em Gastroenterologia e Hepatologia
Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
E-mail: so_arruda@hotmail.com

Helayne Karen Moura Araújo

Enfermeira Esp. em Enfermagem em Saúde da Mulher e Gestão em Saúde
Instituição: Centro Universitário União das Américas (UniAmérica)
E-mail: helaynekaren@gmail.com

Herica Francine Pinto Meneses

Pós-graduando em Geriatria
Instituição: Universidade estadual de Montes Claros (Unimontes)
E-mail: hericafrancine@gmail.com

Laina Íris Nunes Santana

Graduada em Enfermagem
Instituição: Faculdade UNISAPIENS
E-mail: lainasantanna3@gmail.com



Thainá Klosowski Kulicz

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário Fundação Assis Gurgacz (FAG)

E-mail: thainakulicz2@hotmail.com

Thiago Jacobi Pacheco

Graduado em Medicina

Instituição: Universidad Central del Paraguay (UCP) - Pedro Juan Caballero - Paraguay

E-mail: thiagojacobi@outlook.com

Sebastião Marcos Rigonato da Silva

Graduado em Medicina

Instituição: Universidad Central del Paraguay (UCP) - Pedro Juan Caballero - Paraguay

E-mail: Doc.marcosrigonato@gmail.com

Ana Lucia Pereira da Silva Schiave

Graduada em Medicina

Instituição: Universidad Central del Paraguay (UCP) - Pedro Juan Caballero - Paraguay

E-mail: anapsil@live.com

RESUMO

Considerando que a Atenção Primária à Saúde se tornou a base estruturante do SUS e que a Estratégia Saúde da Família passou a ocupar papel central na organização do cuidado, surgiu a necessidade de compreender como seus atributos essenciais aparecem no cotidiano dos territórios e influenciam a vida das comunidades. Objetiva-se analisar de que maneira acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação se expressam na ESF, especialmente em contextos atravessados por desigualdades sociais e demandas crescentes por equidade. Para tanto, procede-se a uma pesquisa qualitativa de caráter documental e analítico, utilizando literatura nacional e internacional, sendo estruturada por metodologia inspirada em Minayo (2014), Creswell (2014) e Bardin (2016), além de estudos recentes sobre APS. Desse modo, observa-se que a ESF demonstra forte capacidade de produzir vínculos, organizar fluxos de cuidado, reconhecer vulnerabilidades e responder com sensibilidade às particularidades territoriais, o que fortalece sua efetividade como modelo de Atenção Primária. Permite-se concluir que a consolidação da Estratégia Saúde da Família depende de investimentos contínuos e de reconhecimento de seu papel estratégico, já que sua atuação territorial contribui para reduzir desigualdades e sustentar o cuidado de forma humana e integral.

Palavras-chave: Atenção Primária. Estratégia Saúde da Família. Equidade. Cuidado em Saúde. Território.

ABSTRACT

Considering that Primary Health Care has become the structural basis of Brazil's Unified Health System and that the Family Health Strategy now assumes a central role in organizing care, the need emerged to understand how its essential attributes appear in daily territorial practices and influence community health. This study aims to analyze how access, longitudinality, comprehensiveness, and care coordination are expressed within the FHS, particularly in contexts marked by social inequalities and growing demands for equity. To this end, a qualitative, documentary, and analytical approach was carried out, supported by national and international literature and guided by methodological contributions from Minayo (2014), Creswell (2014), and Bardin (2016). In this way, it is observed that the FHS demonstrates strong capacity to create bonds, organize care flows, identify vulnerabilities, and respond sensitively to territorial specificities, strengthening its effectiveness as a Primary Health Care model. This allows us to conclude that the consolidation of the Family Health Strategy depends on continuous investments and recognition of its strategic role, since its territorial presence contributes to reducing inequalities and sustaining humanized and comprehensive care.



Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Equity. Health Care. Territory.

RESUMEN

Considerando que la Atención Primaria de Salud se convirtió en la base estructural del Sistema Único de Salud y que la Estrategia Salud de la Familia asumió un papel central en la organización del cuidado, surgió la necesidad de comprender cómo sus atributos esenciales aparecen en la vida cotidiana de los territorios y afectan la salud de las comunidades. Tiene como finalidad analizar de qué manera el acceso, la longitudinalidad, la integralidad y la coordinación se expresan en la ESF, especialmente en contextos marcados por desigualdades sociales y demandas crecientes de equidad. Para ello se procede a una investigación cualitativa de carácter documental y analítico, sustentada en literatura nacional e internacional y guiada por aportes metodológicos de Minayo (2014), Creswell (2014) y Bardin (2016). De esta manera se observa que la ESF posee capacidad para generar vínculos, organizar flujos de cuidado, reconocer vulnerabilidades y responder con sensibilidad a las particularidades territoriales. Esto permite concluir que la consolidación de la Estrategia Salud de la Familia depende de inversiones continuas y de reconocimiento de su papel estratégico, ya que su actuación territorial contribuye a reducir desigualdades y sostener un cuidado integral y humano.

Palabras clave: Atención Primaria. Estrategia Salud de la Familia. Equidad. Cuidado. Territorio.



1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde ganhou relevância internacional depois de décadas de discussão sobre a necessidade de sistemas de saúde que funcionassem mais perto do cotidiano das pessoas, e essa compreensão foi profundamente influenciada pela obra de Starfield (2002), que apresentou os atributos essenciais da APS e demonstrou que resultados positivos dependem de vínculos duradouros, coordenação e acessibilidade. No Brasil, essa visão encontrou espaço dentro da construção histórica do Sistema Único de Saúde, já que o SUS foi concebido como um projeto social orientado pela universalidade e pela equidade, dimensões que Paim (2015) considerou fundamentais para enfrentar desigualdades estruturais que atravessam o país. Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família emergiu como a principal forma de organização da APS, criando um modelo que aproxima profissionais e comunidades dentro de uma lógica territorial e contínua.

Essa presença cotidiana das equipes no território permite uma convivência que não se resume a procedimentos técnicos, pois as relações vão se fortalecendo com o tempo e criam condições para que o cuidado se adapte às realidades específicas de cada família, exatamente como Mendes (2015) descreveu quando explicou que a Atenção Primária só funciona plenamente quando reconhece histórias, vulnerabilidades e modos de vida que influenciam o processo saúde-doença.

A literatura recente reforça essa interpretação, já que Giovanella *et al.* (2021) mostraram que a proximidade territorial da APS sustenta processos que combinam acolhimento, responsabilidade sanitária e integração com redes sociais e comunitárias, criando um modelo que não apenas oferece serviços, mas circula pela vida das pessoas com sensibilidade e continuidade.

Os desafios mais recentes, especialmente aqueles relacionados a crises sanitárias e transições demográficas, tornaram ainda mais evidente a necessidade de uma APS forte, porque redes estruturadas sobre vínculos comunitários conseguem responder com mais estabilidade em momentos de pressão. A pandemia de COVID-19 deixou isso extremamente claro, já que análises de Teixeira *et al.* (2024) mostraram que municípios com forte presença da Estratégia Saúde da Família conseguiram organizar triagens, monitoramentos e fluxos de atendimento com menos sobrecarga e maior proteção aos grupos vulneráveis. Essa capacidade de resposta também encontra paralelo em experiências internacionais descritas por Charles *et al.* (2023), que observaram que sistemas de APS conectados aos territórios reduzem atrasos no atendimento e evitam rupturas na continuidade do cuidado.

A equidade também se tornou um eixo central dentro dessa discussão, porque a Atenção Primária só cumpre sua função quando reconhece que populações diferentes enfrentam desigualdades profundas e, por causa disso, necessitam de respostas diferenciadas. Maceira *et al.* (2024) afirmaram que modelos de APS guiados por responsabilidade territorial conseguem reduzir desigualdades históricas, e esse entendimento ganha força no Brasil com ferramentas como a EVFAM-BR, discutida por Silva *et al.* (2024), que permitiu às equipes visualizar nuances de vulnerabilidade que antes



permaneciam invisíveis. Esses elementos reforçam a ideia defendida por Cecílio (2012), segundo a qual o cuidado em saúde se fortalece quando combina técnica com sensibilidade para as singularidades das pessoas.

Diante desse conjunto de questões, este estudo teve como propósito analisar como os atributos essenciais da Atenção Primária — acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação — se expressam na Estratégia Saúde da Família, procurando compreender de que maneira esses elementos estruturam a organização dos serviços, influenciam as práticas profissionais e contribuem para enfrentar desigualdades que marcam a realidade brasileira. A intenção foi construir uma reflexão que reunisse conceitos clássicos e evidências recentes, permitindo enxergar a ESF como uma experiência que combina conhecimento técnico, convivência territorial e responsabilidade coletiva dentro de um sistema que ainda está em transformação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A Atenção Primária à Saúde foi construída historicamente como um modelo capaz de sustentar sistemas de saúde mais justos e eficientes, e esse entendimento se fortaleceu depois de décadas de estudos que demonstraram que atributos como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação são indispensáveis para garantir respostas consistentes às necessidades da população, como explicou Starfield (2002) em sua formulação clássica.

No contexto brasileiro, esses atributos ganharam densidade própria porque o Sistema Único de Saúde incorporou a Atenção Primária como eixo estruturante, e isso foi destacado por Paim (2015), que descreveu o SUS como um projeto civilizatório que depende de uma base territorial forte para funcionar de forma democrática.

A Estratégia Saúde da Família surgiu dentro dessa perspectiva, com a intenção de reorganizar o modelo assistencial e criar uma lógica de cuidado que não ficasse presa à fragmentação dos serviços, algo que Mendes (2015) descreveu como fundamental para romper ciclos históricos de baixa resolutividade.

A literatura nacional consolidou a ideia de que a ESF funciona como espinha dorsal da Atenção Primária, e isso acontece porque as equipes assumem responsabilidade sobre territórios definidos, convivendo com as famílias e criando vínculos que sustentam decisões clínicas e organizacionais, como discutiram Giovanella *et al.* (2021), que reforçam que a proximidade cotidiana permite compreender não apenas condições biológicas, mas também dimensões sociais que influenciam o processo saúde-doença.

Essa convivência constante produz um efeito que se torna visível com o tempo, porque profissionais começam a reconhecer padrões, antecipar riscos e construir um cuidado que vai muito além de consultas pontuais, e essa dimensão foi destacada por Cecílio (2012), que entende a APS como



espaço de encontro entre necessidades concretas e possibilidades institucionais. Assim, a ESF se estabelece como núcleo de articulação entre saberes, tecnologias e vínculos afetivos, fortalecendo um cuidado que se constrói em camadas e não em atos isolados.

Os debates sobre integralidade também fazem parte do referencial teórico da APS, pois esse atributo implica compreender que o cuidado não se limita a diagnósticos e tratamentos, exigindo práticas que envolvem promoção da saúde, prevenção, reabilitação e ações intersetoriais, como defenderam Campos (2007) e Giovanella *et al.* (2021).

Essa noção ganha força quando a ESF se articula com escolas, centros de assistência social, vigilância em saúde e movimentos comunitários, criando redes de apoio que sustentam intervenções mais amplas, e essa prática se aproxima do conceito de determinação social da saúde, discutido por Paim (2015), que entende que realidades sociais, econômicas e culturais moldam profundamente os padrões de adoecimento. Desse modo, a integralidade deixa de ser um conceito abstrato e se transforma em prática viva, vivida e negociada diariamente dentro dos territórios.

Outro eixo central no campo teórico envolve a ideia de equidade, que representa não apenas oferecer serviços, mas garantir que diferentes grupos recebam o que necessitam para alcançar condições de saúde semelhantes, e essa perspectiva foi defendida por Starfield (2002) e aprofundada no Brasil por autores como Paim (2015) e Giovanella *et al.* (2021).

A Estratégia Saúde da Família se destaca nesse ponto porque sua lógica territorializada facilita a identificação de desigualdades internas, algo fundamental para organizar intervenções mais sensíveis, e esse processo se torna ainda mais preciso quando ferramentas como a EVFAM-BR são incorporadas, permitindo visualizar vulnerabilidades familiares que antes permaneciam invisíveis, como demonstraram Silva *et al.* (2024). Assim, a equidade deixa de ser um princípio genérico e se torna parte concreta da gestão cotidiana do cuidado.

A coordenação do cuidado também aparece como um pilar teórico indispensável, já que a APS precisa gerir fluxos entre diferentes serviços, garantindo que o usuário transite pela rede de forma organizada, algo que Starfield (2002) descreveu como essencial para evitar fragmentação e desperdícios. No SUS, essa coordenação se mostra ainda mais necessária porque hospitais, ambulatórios, unidades de apoio e serviços especializados compõem uma rede complexa e, por vezes, difícil de acessar sem mediação adequada.

Mendes (2015) reforça que a ESF tem potencial para exercer essa função, pois conhece a trajetória clínica de cada indivíduo e consegue organizar encaminhamentos com mais precisão, evitando duplicidades e garantindo continuidade. Charles *et al.* (2023) também observaram que modelos de APS conectados reduzem atrasos no diagnóstico e facilitam acesso oportuno a serviços especializados.



A longitudinalidade, por sua vez, se fundamenta na ideia de cuidado contínuo dentro de uma relação que se prolonga por anos, e isso produz um acúmulo de confiança que influencia decisões clínicas, adesão terapêutica e comportamentos de saúde, conforme destacado por Starfield (2002). Essa dimensão se reforça quando analisamos estudos sobre experiência dos usuários idosos, como o trabalho de Correia *et al.* (2025), que descrevem a importância da escuta qualificada e da sensibilidade afetiva nos encontros clínicos.

Mendes (2015) já defendia que vínculos duradouros criam condições para que profissionais percebam sinais precoces de agravamento e ajustem condutas rapidamente, e isso se confirma na prática da ESF, em que equipes acompanham trajetórias familiares de forma contínua.

Assim, o referencial teórico da APS e da ESF constrói uma compreensão ampla do cuidado como processo social, técnico e relacional, sustentado por conhecimento territorial, responsabilidade sanitária e sensibilidade comunitária, e essa perspectiva se mantém coerente com análises de Macinko e Mendonça (2018), que associam alta cobertura da ESF a redução de desigualdades e melhora de desfechos populacionais.

Dessa forma, percebe-se que a ESF se tornou um modelo singular no cenário internacional, reunindo princípios globais formulados por Starfield com especificidades locais resultantes da história política e social brasileira, criando um arranjo teórico e prático capaz de sustentar um cuidado contínuo, equitativo e territorializado.

3 METODOLOGIA

A construção deste estudo nasceu de uma busca estruturada que reuniu materiais científicos recentes e documentos institucionais, porque este tipo de percurso metodológico permite compreender fenômenos complexos com maior profundidade, como defendem Gil (2019) e Minayo (2014). Os materiais foram coletados em bases de dados amplamente reconhecidas, incluindo SciELO, PubMed, Google Scholar, Web of Science e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), já que essas plataformas reúnem produções nacionais e internacionais sobre Atenção Primária que dialogam diretamente com o tema da pesquisa. Também foram consultados documentos oficiais do Ministério da Saúde e livros clássicos da área, como Starfield (2002), Mendes (2015) e Giovanella *et al.* (2021), porque esses autores estruturaram o campo conceitual da APS no Brasil.

A busca nas bases foi conduzida utilizando conjuntos de descritores previamente organizados, sempre tentando reunir termos que realmente representassem a essência do tema. Assim, foram empregados os termos “Atenção Primária à Saúde”, “Primary Health Care”, “Estratégia Saúde da Família”, “Family Health Strategy”, “atributos essenciais”, “equidade em saúde” e “acesso aos serviços de saúde”, intercruzados com operadores booleanos que ajudaram a refinar os resultados. A combinação mais utilizada foi “Primary Health Care” AND “Family Health Strategy” AND “equity”,



porque essa fórmula trazia estudos que discutiam, de um jeito mais direto, acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, que são atributos centrais da APS conforme Starfield (2002). Em outros momentos, optou-se por usar “Atenção Básica” OR “Atenção Primária”, já que alguns artigos brasileiros utilizam variações terminológicas, e isso evita perda de materiais relevantes, seguindo a ideia de abrangência recomendada por Bardin (2016) durante processo exploratório.

O intercruzamento desses descritores foi realizado seguindo uma lógica de ampliação e posterior refinamento, exatamente como sugerem Lakatos e Marconi (2017) quando explicam que pesquisas qualitativas exigem ciclos repetidos de busca, leitura e reorganização. Assim, a primeira etapa utilizou combinações amplas, como “Primary Health Care” AND “COVID-19”, que permitiram identificar estudos de impacto epidemiológico, como os de Teixeira *et al.* (2024). Depois, a busca foi afunilada com expressões mais específicas, como “longitudinality” AND “Family Health Strategy”, que resultaram em materiais relacionados à continuidade das relações entre profissionais e usuários, tema discutido por Correia *et al.* (2025).

Os critérios de inclusão foram definidos antes do início da leitura completa dos materiais, seguindo orientações metodológicas de Creswell (2014), e incluíram:

1. publicações entre 2018 e 2025, pois esse período concentra análises contemporâneas após mudanças organizacionais significativas na APS;
2. artigos revisados por pares, garantindo credibilidade científica;
3. textos que abordassem diretamente a Estratégia Saúde da Família ou os atributos essenciais da APS;
4. estudos relacionados à equidade, acesso, coordenação, integralidade ou longitudinalidade;
5. produção nacional ou internacional com relevância comprovada para o tema.

Os critérios de exclusão seguiram lógica complementar e retiraram materiais que apresentavam limitações para o objetivo deste trabalho, como:

1. estudos anteriores a 2018, exceto autores clássicos que compõem o referencial teórico (Starfield, Mendes, Paim etc.);
2. artigos sem vínculo direto com a APS, mesmo que mencionassem temas relacionados à saúde pública;
3. publicações de opinião ou materiais sem revisão técnica, que poderiam comprometer a qualidade da análise;
4. textos duplicados entre bancos, algo comum em pesquisas integradas entre BVS e Google Scholar.

Depois de selecionados, os materiais foram organizados em um banco estruturado



manualmente, semelhante ao que Yin (2016) descreve como “arquivo analítico”, porque esse processo facilita a comparação entre fontes. Esse banco continha colunas que identificavam ano, autor, objetivo do estudo, atributos da APS abordados e relação com a Estratégia Saúde da Família. A partir dessa organização, a análise interpretativa foi iniciada seguindo um percurso semelhante ao proposto por Bardin (2016), que recomenda identificar unidades de registro, agrupar temas recorrentes e construir categorias que expressem sentido.

O método final adotado seguiu uma lógica narrativa inspirada em Creswell (2014), em que conceitos teóricos, evidências empíricas e interpretações foram sendo costurados como partes de um mesmo tecido, criando um percurso coerente dentro da discussão que viria depois. Essa estratégia possibilitou enxergar conexões entre autores, épocas e contextos, e isso resultou em uma leitura mais sensível da Atenção Primária como sistema vivo, cotidiano e territorializado, exatamente como Mendes (2015) descreve.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados mostram que a Estratégia Saúde da Família vem sustentando de maneira consistente os atributos essenciais da Atenção Primária, pois a presença contínua das equipes no território fortaleceu o primeiro contato, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, algo que aparece com clareza nas análises realizadas por Pinto *et al.* (2024), que identificaram redução significativa da mortalidade por AIDS em municípios com cobertura ampliada, e isso se aproxima das conclusões de Macinko e Mendonça (2018), que descrevem a ESF como uma estrutura capaz de transformar indicadores populacionais pela força do vínculo territorial. A percepção dos usuários também confirma essa direção, já que Celino *et al.* (2023) observaram que pessoas acompanhadas por equipes experientes relatam maior confiança, e isso, segundo Starfield (2002), influencia diretamente a continuidade das relações terapêuticas.

Outro resultado importante envolve a capacidade da ESF de produzir equidade quando utiliza ferramentas que identificam vulnerabilidades, como a EVFAM-BR descrita por Silva *et al.* (2024), já que esse instrumento permitiu uma leitura mais sensível das desigualdades internas dos territórios, e isso acabou fortalecendo práticas capazes de reduzir riscos acumulados em famílias em situação frágil. Essa percepção dialoga com o trabalho de Maceira *et al.* (2024), que afirma que modelos de APS estruturados em responsabilidade territorial conseguem diminuir desigualdades persistentes, e encontra suporte no argumento de Eissa *et al.* (2022), que defendem que a equidade em saúde depende da capacidade de enxergar necessidades específicas de cada grupo.

O período da pandemia reforçou a força desses atributos, pois municípios com forte presença da ESF tiveram menor mortalidade por COVID-19, como demonstrado por Teixeira *et al.* (2024), que consideram a APS brasileira uma barreira protetora contra o colapso hospitalar. Esse comportamento

aparece alinhado com o que Charles *et al.* (2023) discutem sobre a importância de redes primárias conectadas para evitar atrasos no cuidado, e também se aproxima das experiências descritas por Joyce *et al.* (2025), que mostraram que equipes interprofissionais ampliam o acesso e reduzem lacunas assistenciais. Assim, a capacidade da ESF de reorganizar fluxos e orientar famílias durante crises se torna um indicador de amadurecimento do modelo.

Os resultados evidenciam ainda que a perspectiva dos usuários idosos merece atenção, já que Correia *et al.* (2025) identificaram que esse grupo valoriza escuta, tempo adequado, continuidade e acolhimento emocional durante os encontros com médicos de família, e isso se relaciona diretamente com a noção de vínculo descrita por Mendes (2015), que entende a APS como um espaço em que confiança e presença regular têm tanto peso quanto procedimentos técnicos. Além disso, Xiong *et al.* (2023) destacam que a competência cultural e a sensibilidade às diferenças ampliam a efetividade do cuidado, e essas conclusões reforçam que a prática clínica dentro da ESF precisa incorporar múltiplas dimensões do encontro humano.

A discussão dos achados confirma que a Estratégia Saúde da Família se consolidou como o centro de gravidade da Atenção Primária no Brasil, pois traduz na prática aquilo que Starfield (2002) definiu como atributos essenciais, e faz isso sustentando vínculos prolongados, conhecimento profundo do território e coordenação efetiva entre níveis de atenção. Essa interpretação se mantém coerente com Mendes (2015), que descreve a APS como eixo organizador da rede, já que municípios com equipes bem estruturadas conseguiram transformar indicadores de saúde de maneira significativa, algo observado também nas evidências de Macinko e Mendonça (2018), que associam alta cobertura da ESF a melhores resultados populacionais.

A equidade emerge como um dos pontos mais fortes da discussão, porque o uso da EVFAM-BR, descrito por Silva *et al.* (2024), permitiu que as equipes identificassem nuances de vulnerabilidade antes invisíveis, e isso abriu espaço para intervenções mais justas, algo que se aproxima das análises de Maceira *et al.* (2024), que reforçam que territórios desiguais precisam de respostas diferenciadas. Essa linha de interpretação se junta ao argumento de Eissa *et al.* (2022), que defendem que sistemas de APS só conseguem reduzir desigualdades quando reconhecem as barreiras estruturais que atingem certos grupos, e isso mostra que a ESF se fortalece sempre que incorpora ferramentas capazes de revelar realidades ocultas.

A pandemia trouxe um teste extremo para esse modelo, e os achados de Teixeira *et al.* (2024) mostram que municípios com estruturas de APS consolidadas registraram menores taxas de mortalidade por COVID-19, porque a ESF conseguiu organizar triagens, monitoramento e fluxos de cuidado em meio ao caos sanitário. Esse tipo de resposta está em consonância com o que Joyce *et al.* (2025) descrevem sobre a força de equipes interprofissionais para ampliar acesso, e com o que Charles *et al.* (2023) discutem sobre conexões entre APS e serviços especializados. Assim, percebe-se que

sistemas centrados em hospitais se tornam frágeis em momentos de crise, enquanto modelos que têm base comunitária, como a ESF, mantêm resiliência por conhecer a realidade cotidiana das famílias.

A experiência dos usuários idosos complementa essa discussão, pois Correia *et al.* (2025) indicam que pessoas mais velhas valorizam escuta, continuidade e sensibilidade comunicativa, e isso ressoa com a defesa de Starfield (2002) de que a relação longitudinal reduz internações evitáveis e melhora adesão. Essa percepção se articula ainda com Xiong *et al.* (2023), que apontam que competência cultural amplia confiança e adesão, especialmente em comunidades com forte diversidade cultural. Assim, a discussão mostra que qualidade do cuidado não está apenas em diretrizes técnicas, mas também nas relações humanas tecidas lentamente entre equipes e moradores.

Dessa forma, a análise dos resultados permite compreender que a ESF continua sendo uma das experiências mais sólidas de organização da APS no mundo, pois reúne capacidade de resposta, sensibilidade territorial, impacto epidemiológico e adaptação às demandas complexas da população, como descrevem Pinto *et al.* (2024), Macinko e Mendonça (2018) e Mendes (2015). O desafio presente envolve investimento, formação contínua e tecnologias que apoiem decisões clínicas, porque, como afirmam Charles *et al.* (2023) e Joyce *et al.* (2025), o futuro da APS depende de redes integradas e equipes capazes de trabalhar com múltiplas abordagens. Assim, a ESF segue se consolidando como uma estrutura indispensável para reduzir desigualdades, melhorar resultados e sustentar a saúde coletiva brasileira.

5 CONCLUSÃO

As discussões desenvolvidas ao longo deste estudo permitiram compreender que a Estratégia Saúde da Família segue ocupando um lugar central dentro da organização da Atenção Primária, porque conseguiu construir um modo de cuidar que se apoia no vínculo, na proximidade com os territórios e na compreensão sensível das necessidades das famílias. Esse conjunto de elementos ajuda a transformar a rotina dos serviços, já que a presença contínua das equipes produz um tipo de relação que fortalece a confiança, sustenta acompanhamentos prolongados e cria condições para que o cuidado aconteça de forma mais humana e mais coerente com as realidades locais. Com isso, a APS deixa de ser uma estrutura distante e passa a ser parte viva da comunidade, funcionando quase como uma extensão do cotidiano das pessoas.

Ficou claro também que a equidade só se concretiza quando existe a disposição de olhar para as desigualdades internas que atravessam cada território, porque não há maneira de oferecer um cuidado verdadeiramente justo sem reconhecer que diferentes grupos enfrentam obstáculos muito distintos. A Estratégia Saúde da Família mostrou força nesse aspecto, já que seu funcionamento territorializado facilita o encontro com essas diferenças e cria oportunidades para planejar intervenções mais sensíveis. Essa percepção reforça a ideia de que o cuidado precisa acompanhar as singularidades das famílias e



não apenas reproduzir protocolos padronizados, pois a vida cotidiana raramente cabe em moldes rígidos.

Outra reflexão importante envolve o fato de que a Atenção Primária demonstrou grande capacidade de resposta em situações de crise, mostrando que modelos apoiados em cuidado próximo e contínuo conseguem oferecer mais estabilidade e proteção mesmo quando o sistema como um todo está sob enorme pressão. Essa experiência revelou que a presença de equipes inseridas na comunidade não apenas facilita o acesso, mas também garante algum nível de organização quando tudo ao redor parece instável, e isso reforça a importância de investir continuamente em estruturas que aproximam o cuidado das pessoas.

Dessa forma, as considerações finais deste estudo apontam que o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família não deve ser compreendido como um movimento isolado, e sim como parte de um compromisso mais amplo com a construção de um sistema de saúde que consiga acolher, acompanhar e orientar pessoas em suas trajetórias de vida. A APS se mostra, assim, como um espaço onde técnica e humanidade se encontram, permitindo que práticas cotidianas ganhem significado e que o cuidado deixe de ser apenas um procedimento e passe a ser uma relação construída dia após dia. O que emerge desse processo é a certeza de que a saúde se sustenta melhor quando nasce do território, do vínculo e da escuta, e não de modelos distantes que pouco conversam com a realidade concreta das famílias.



REFERÊNCIAS

- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A determinação social da saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Modelos tecnoassistenciais e a integralidade da atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 94, p. 237-246, 2012.
- CELINO, Suely Deysny de Matos et al. Evaluation of primary health care by users during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. **PLOS ONE**, v. 18, n. 6, e0286431, 2023.
- CHARLES, Jocelyn et al. Building more connected primary care: improving connections between primary care and community care, specialists and hospitals for timely and appropriate care. **International Journal of Integrated Care**, v. 23, n. 4, p. 1-12, 2023.
- CORREIA, Rebecca H. et al. Attributes of family physician encounters valued by older adults: a systematic review. **BMC Primary Care**, v. 26, n. 1, p. 1-15, 2025.
- CRESWELL, John W. **Investigação qualitativa e métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Penso, 2014.
- EISSA, Azza et al. Implementing high-quality primary care through a health equity lens. **Annals of Family Medicine**, v. 20, n. 5, p. 452-460, 2022.
- FAUSTO, Márcia C. R. et al. Desenvolvimento da Atenção Primária no Brasil: estudo comparado entre regiões. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4951-4961, 2014.
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.
- GIOVANELLA, Lígia et al. Atenção primária à saúde: seletiva ou abrangente? **Revista Saúde em Debate**, v. 45, n. 129, p. 1-15, 2021.
- GIOVANELLA, Lígia; MENDES, Ana. A **Atenção Primária no Brasil**: expansão, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial, p. 76-90, 2018.
- HARZHEIM, Erno et al. Avaliação da qualidade da APS no Brasil com o PCATool. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 6, p. 1-10, 2013.
- JOYCE, Susan et al. Using integrated care teams to improve access to primary care. **International Journal of Integrated Care**, v. 25, n. 1, p. 1-14, 2025.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2017.
- MACEIRA, Daniel et al. Primary health care as a tool to promote equity and sustainability: a review of Latin American and Caribbean literature. **International Journal for Equity in Health**, v. 23, p. 1-16, 2024.
- MACINKO, James; HARRIS, Matthew. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. **The New England Journal of Medicine**, v. 372, p. 2177-2181, 2015.
- MACINKO, James; MENDONÇA, Cristiane Sacramento. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados: evidências da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 604-611, 2018.



MATTOS, Ruben Araújo de. **Integralidade e a reorganização das práticas de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

PINTO, Pâmela Letícia et al. The impact of primary health care on AIDS incidence and mortality: A cohort study of 3.4 million Brazilians. **PLOS Medicine**, v. 21, n. 4, p. 1-17, 2024.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS 30 anos: da descentralização à regionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, 2017.

SILVA, Vivian Deysny Leal da; TEOTÔNIO, Henrique et al. Family Vulnerability Scale (EVFAM-BR): Why and how to use at Primary Health Care to promote health equity? **European Journal of Public Health**, Supplement, 2024.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

SZWARCWALD, Célia et al. Desigualdades sociais e saúde no Brasil: desafios para a APS. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 2, p. 1-12, 2021.

TEIXEIRA, Adriano Dutra et al. The role of primary healthcare amid the COVID-19 pandemic: evidence from the Family Health Strategy in Brazil. **Social Science & Medicine**, v. 345, p. 1-10, 2024.

XIONG, Xuefeng et al. Family medicine and primary care: best practice to achieve health equity for western and traditional Chinese medicine. **Frontiers in Medicine**, v. 10, p. 1-4, 2023.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2016.