

**ANÁLISE DA COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CENTRO-OESTE  
BRASILEIRO NO PERÍODO DE 2020 A 2025**

**ANALYSIS OF PRIMARY HEALTH CARE COVERAGE IN CENTRAL-WEST BRAZIL  
FROM 2020 TO 2025**

**ANÁLISIS DE LA COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL  
CENTRO-OESTE DE BRASIL EN EL PERÍODO DE 2020 A 2025**

 <https://doi.org/10.56238/arev8n1-119>

**Data de submissão:** 19/12/2025

**Data de publicação:** 19/01/2026

**Hevellyn Dayanne Borges**

Graduando em Medicina

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

E-mail: hevellynborges@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4002-0455>

**Thallita de Freitas Ramos**

Doutoranda - Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)

E-mail: thallita.ramos@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6752-930X>

**Lianna Ghisi Gomes**

Professora

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail:liannaghisi@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0909-2426>

**Paulo Roberto Spiller**

Médico Veterinário

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

E-mail:Paulo\_spiller@hotmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4659-4647>

**Juliana Evangelista Bezerril**

Professora

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

E-mail: julianaevb@unifimes.edu.br

<https://orcid.org/0000-0002-6352-4341>

**Andréa Cristina de Sousa**

Professora

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

E-mail: andrea.cristina@unifimes.edu.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8584-8451>

**Ricardo Cambraia Parreira**

Professor

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

E-mail: [ricardo.cambraia@unifimes.edu.br](mailto:ricardo.cambraia@unifimes.edu.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2769-7958>

**Andresa de Cássia Martini**

Professora

Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)

E-mail: [andresa.martini@unifimes.edu.br](mailto:andresa.martini@unifimes.edu.br)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2553-3685>

## RESUMO

Este estudo analisou a evolução da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) nas capitais da região Centro-Oeste do Brasil — Goiânia, Brasília, Campo Grande e Cuiabá — entre 2020 e 2025, com foco no número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e na estimativa de cobertura populacional, bem como lacunas assistenciais e desigualdades no acesso, avaliou-se a evolução temporal da cobertura no período, permitindo observar tendências e possíveis impactos de fatores externos, como a pandemia de COVID-19 e mudanças nas políticas públicas de financiamento. Trata-se de pesquisa descritiva, do tipo série temporal, utilizando dados secundários provenientes de bases oficiais do Ministério da Saúde (SAPS/e-Gestor, DATASUS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os resultados mostram crescimento de 28,5% no número de equipes da ESF no período, passando de 935 para 1.202 equipes. Campo Grande apresentou as maiores taxas de cobertura, alcançando 71,03% em 2025, enquanto Goiânia manteve os menores percentuais, com 38,54%. Brasília e Cuiabá registraram expansão progressiva, com destaque para o Distrito Federal, que concentrou mais de 50% das equipes da região. Observou-se que as capitais com maior investimento em planejamento e gestão apresentaram melhor desempenho na expansão da cobertura. Conclui-se que, apesar do avanço da APS durante o período analisado, persistem desigualdades regionais, influenciadas por fatores socioeconômicos, demográficos e políticos. Os achados reforçam a importância de políticas de financiamento e valorização das equipes da ESF para ampliar o acesso e fortalecer o Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde (SUS). Atenção Básica. Atenção Primária a Saúde (APS). Estratégia de Saúde da Família. Programa Saúde da Família (PSF). Cobertura de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

This study analyzed the evolution of Primary Health Care (PHC) coverage in the capital cities of the Central-West region of Brazil — Goiânia, Brasília, Campo Grande, and Cuiabá — between 2020 and 2025, focusing on the number of Family Health Strategy (FHS) teams and the estimated population coverage, as well as gaps in care and inequalities in access. The temporal evolution of coverage during this period was evaluated, allowing for the observation of trends and possible impacts of external factors, such as the COVID-19 pandemic and changes in public financing policies. This is a descriptive, time-series study using secondary data from official databases of the Ministry of Health (SAPS/e-Gestor, DATASUS) and the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The results show a 28.5% increase in the number of FHS teams during the period, from 935 to 1,202 teams. Campo Grande presented the highest coverage rates, reaching 71.03% in 2025, while Goiânia maintained the lowest percentages, with 38.54%. Brasília and Cuiabá registered progressive expansion, with the Federal District standing out, concentrating more than 50% of the region's teams. It was observed that the capitals with greater investment in planning and management showed better

performance in expanding coverage. It is concluded that, despite the advancement of Primary Health Care (PHC) during the analyzed period, regional inequalities persist, influenced by socioeconomic, demographic, and political factors. The findings reinforce the importance of financing policies and valuing Family Health Strategy (FHS) teams to expand access and strengthen the Unified Health System (SUS).

**Keywords:** Unified Health System (SUS). Primary Care. Primary Health Care (PHC). Family Health Strategy. Family Health Program (FHP). Health Service Coverage.

## RESUMEN

Este estudio analizó la evolución de la cobertura de Atención Primaria de Salud (APS) en las capitales de la región Centro-Oeste de Brasil —Goiânia, Brasilia, Campo Grande y Cuiabá— entre 2020 y 2025, centrándose en el número de equipos de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) y la cobertura poblacional estimada, así como en las brechas en la atención y las desigualdades en el acceso. Se evaluó la evolución temporal de la cobertura durante este periodo, lo que permitió observar tendencias y posibles impactos de factores externos, como la pandemia de COVID-19 y los cambios en las políticas de financiamiento público. Se trata de un estudio descriptivo de series temporales que utiliza datos secundarios de bases de datos oficiales del Ministerio de Salud (SAPS/e-Gestor, DATASUS) y del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). Los resultados muestran un aumento del 28,5 % en el número de equipos de la ESF durante el periodo, pasando de 935 a 1202 equipos. Campo Grande presentó los índices de cobertura más altos, alcanzando el 71,03 % en 2025, mientras que Goiânia mantuvo los porcentajes más bajos, con un 38,54 %. Brasilia y Cuiabá registraron una expansión progresiva, destacando el Distrito Federal, que concentró más del 50 % de los equipos de la región. Se observó que las capitales con mayor inversión en planificación y gestión mostraron un mejor desempeño en la expansión de la cobertura. Se concluye que, a pesar del avance de la Atención Primaria de Salud (APS) durante el período analizado, persisten las desigualdades regionales, influenciadas por factores socioeconómicos, demográficos y políticos. Los hallazgos refuerzan la importancia de las políticas de financiamiento y la valoración de los equipos de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) para ampliar el acceso y fortalecer el Sistema Único de Salud (SUS).

**Palabras clave:** Sistema Único de Salud (SUS). Atención Primaria. Atención Primaria de Salud (APS). Estrategia de Salud Familiar. Programa de Salud Familiar (PSF). Cobertura de Servicios de Salud.

## 1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde são estruturas fundamentais para a promoção do bem-estar físico, mental e social das populações, funcionando como instrumentos de proteção coletiva e de redução das desigualdades. A forma como esse sistema se organiza depende de fatores políticos, econômicos e culturais, refletindo a capacidade de cada país em garantir acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se como a base essencial de qualquer sistema, por ser o primeiro nível de contato da população com o cuidado em saúde e responsável pela coordenação das ações preventivas, promocionais e assistenciais (Bosanquet, 2019).

A organização dos sistemas de saúde varia amplamente entre as nações. Na Europa, predomina o modelo público universal, em que a atenção primária é a porta de entrada do sistema. O exemplo mais emblemático é o *National Health Service* (NHS), criado no Reino Unido em 1948, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade — fundamentos que inspiraram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Já países em desenvolvimento enfrentam limitações estruturais e financeiras, o que resulta em desigualdades regionais e na dificuldade de acesso a serviços básicos (OPAS, 2023).

Nos Estados Unidos, por exemplo, o sistema é fortemente dependente da iniciativa privada e de seguros de saúde, o que gera disparidades significativas. Em contrapartida, na América Latina, observam-se modelos híbridos, com coexistência de serviços públicos e privados. Nesse contexto, a Atenção Primária surge como instrumento essencial de democratização do acesso, promovendo ações de prevenção e acompanhamento contínuo da população. A experiência internacional demonstra que os sistemas mais eficientes são aqueles que integram governança participativa, financiamento sustentável e foco na prevenção de doenças (Bosanquet, 2019).

A trajetória da saúde pública brasileira começou no período colonial, marcada pela introdução de doenças infectocontagiosas como varíola, febre amarela e peste bubônica, trazidas pelos colonizadores europeus e africanos. As respostas sanitárias eram rudimentares, baseadas em práticas populares e religiosas, e limitadas às Santas Casas de Misericórdia, que atendiam a uma pequena parcela da população (Busse, 2017).

No início do século XX, o país iniciou campanhas sanitárias centralizadas e coercitivas, lideradas por Oswaldo Cruz, que controlaram epidemias urbanas e impulsionaram o início de uma estrutura estatal de saúde. Durante a década de 1930, a saúde foi incorporada ao Ministério da Educação e Saúde, consolidando um modelo hospitalocêntrico e curativo. Nas décadas seguintes, o acesso à saúde tornou-se privilégio de trabalhadores formais por meio dos institutos previdenciários, aprofundando as desigualdades (Brasil, 2017).

A partir dos anos 1970, com a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) e o movimento da Reforma Sanitária, a atenção primária ganhou relevância como estratégia de ampliação do acesso. A 8<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (1986) e a Constituição Federal de 1988 foram marcos decisivos na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que consolidou o direito universal à saúde e adotou um modelo pautado nos princípios de integralidade, equidade e participação social (Brasil, 2017).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, organizado em três níveis de complexidade — básica, média e alta — e estruturado sobre os princípios da universalidade, equidade e integralidade. A sua criação representou a transformação da saúde em dever do Estado e direito de todos (Brasil, 1990).

Seu modelo de gestão é descentralizado e participativo, com a atuação de Conselhos e Conferências de Saúde em todas as esferas federativas. As Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990 regulamentaram a organização do sistema e a transferência de recursos, consolidando o pacto federativo da saúde. A Portaria nº 2.436/2017 reforçou o papel da atenção básica como coordenadora do cuidado, destacando a importância do trabalho multiprofissional e do enfoque nos determinantes sociais da saúde (Brasil, 1990, 2017).

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi incorporada ao SUS como o primeiro nível de atenção e tornou-se a principal estratégia de fortalecimento do sistema. O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e posteriormente transformado na Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidou um novo paradigma de cuidado, centrado na comunidade e na prevenção (Brasil, 1994).

Conforme a Declaração de Alma-Ata (1978), a APS deve ser universal, acessível e culturalmente aceitável, princípios que influenciaram diretamente o modelo brasileiro. A ESF busca promover vínculos entre equipe e comunidade, coordenar o cuidado e garantir acompanhamento contínuo. Estudos indicam que sua expansão contribuiu para a redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB), a ampliação do acesso à saúde bucal e o aumento das ações preventivas. Contudo, persistem desafios, como a desigualdade na distribuição de equipes, a rotatividade de profissionais e o subfinanciamento crônico do setor. Tais limitações afetam especialmente regiões de maior vulnerabilidade social e municípios de grande porte, onde o acesso é mais complexo.

Entre 2020 e 2025, a APS brasileira passou por um processo de adaptação e fortalecimento, marcado pela pandemia de COVID-19, pela implementação do Programa Previne Brasil e pela ampliação das tecnologias digitais em saúde. Durante a crise sanitária, a APS desempenhou papel

crucial na triagem de casos, vacinação e monitoramento de grupos de risco, evidenciando sua relevância como porta de entrada do SUS (De Souza, 2021).

Dados da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e do DATASUS (2025), indicam que a cobertura nacional da ESF se manteve entre 63% e 67% nesse período, embora com variações regionais significativas. No Centro-Oeste, as capitais apresentaram comportamentos distintos: Cuiabá manteve índices acima de 80%, Campo Grande estabilizou-se em torno de 55%, Goiânia registrou cerca de 35%, e Brasília apresentou as menores coberturas, próximas a 22%.

A adoção do Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019, alterou o modelo de financiamento da atenção básica, priorizando indicadores de desempenho e cadastramento populacional. Embora tenha promovido avanços na eficiência e transparência, trouxe desafios para municípios com maior vulnerabilidade social. Paralelamente, a expansão do e-SUS AB e das teleconsultas fortaleceu a comunicação entre equipes e usuários, ampliando o alcance da APS (Brasil, 2019).

De modo geral, o período de 2020 a 2025 simboliza uma fase de consolidação da APS no Brasil. Apesar dos avanços obtidos, persistem desafios relacionados ao financiamento, à equidade e à fixação de profissionais, especialmente nas capitais e áreas periféricas. Assim, caracterizar a área de cobertura atenção básica capitais da região Centro-Oeste brasileira, no período de 2020 a 2025 é essencial para subsidiar políticas públicas que garantam o acesso universal, integral e de qualidade à saúde, conforme os princípios do SUS.

## 2 METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza descritiva, do tipo série temporal, realizado com dados secundários referentes ao número de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas capitais da região Centro-Oeste do Brasil entre 2020 e 2025. Segundo Gil (2015), a pesquisa descritiva busca observar e analisar fenômenos sem interferência do pesquisador, descrevendo com precisão características sociais, econômicas e culturais de uma determinada realidade.

A investigação foi conduzida a partir de dados públicos disponíveis em bases oficiais do Ministério da Saúde, e-Gestor Atenção Primária à Saúde e Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) (<https://relatorioaps.saude.gov.br/cobertura/aps>) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao.html>). Essas fontes fornecem informações sobre a estrutura e a cobertura da Atenção Básica, permitindo a análise das capitais de Goiânia (GO), Brasília (DF), Campo Grande (MS) e Cuiabá (MT).

A população do estudo corresponde às equipes de Saúde da Família implantadas e à população residente nessas capitais durante o período analisado. Foram incluídos dados oficiais e atualizados de equipes cadastradas e implantadas entre 2020 e 2025, excluindo-se registros incompletos e informações de municípios do interior.

A coleta de dados foi realizada eletronicamente nos portais do Ministério da Saúde, SAPS, TABNET, DATASUS, DAB e IBGE. As variáveis analisadas incluíram o número de equipes da ESF, a população residente e o percentual de cobertura da Atenção Primária à Saúde. As informações foram tabuladas e processadas no software Microsoft Excel® 2016, utilizado também para a elaboração de gráficos e tabelas descritivas.

A análise dos dados foi baseada em estatística descritiva, com cálculo de frequências e proporções. A cobertura populacional potencial da ESF foi estimada pela fórmula:

$$\text{Cobertura da ESF (\%)} = (\text{Nº de Equipes} \times 3.000 \times 100) / \text{População residente}$$
, considerando que cada equipe deve atender, em média, de 3.000 a 4.000 pessoas (BRASIL, 2025).

Por se tratar de dados secundários de domínio público, não houve envolvimento direto de seres humanos, sendo o estudo dispensado de apreciação ética, conforme a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

A pergunta norteadora que guiou esta investigação foi “Quais são as características socioeconômicas e demográficas associadas à cobertura da Atenção Primária à Saúde nas capitais da região Centro-Oeste do Brasil, no período de 2020 a 2025?”

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se nas últimas décadas como o principal modelo de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, sendo essencial para a ampliação do acesso, da equidade e da integralidade do cuidado. Em nível nacional, a cobertura populacional da ESF evoluiu de 6,6% em 1998 para mais de 70% em 2018, incorporando mais de 147 milhões de brasileiros ao sistema público (BRASIL, 2022; FACCHINI et al., 2018).

No contexto da região Centro-Oeste, os dados apontam crescimento progressivo do número de equipes implantadas, refletindo o fortalecimento gradual da APS e o compromisso das capitais com as diretrizes do SUS. De acordo com a Tabela 1, o total de equipes da ESF nas capitais passou de 935 em 2020 para 1.202 em 2025, um incremento de aproximadamente 28,5%. Esse aumento demonstra a continuidade de investimentos, mesmo diante de conjunturas adversas, como as restrições orçamentárias da Emenda Constitucional nº 95/2016 e, mais recentemente, os efeitos da pandemia de COVID-19.

Tabela 1 – Equipes da Estratégia de Saúde da Família, implantadas nas Capitais da região Centro-Oeste Brasileira, no período de 2020 a 2025.

Capital	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Goiânia	192	190	191	189	188	192
Brasília	472	586	610	629	638	645
Campo Grande	176	180	187	198	226	226
Cuiabá	95	107	107	110	140	139
Total	935	1063	1095	1126	1192	1202

Adaptado de Ministério da Saúde - MS, Secretaria de Atenção Primária de Saúde - SAPS, 2025.

Entre 2020 e 2022, o avanço da ESF sofreu oscilações em virtude da pandemia, que impactou diretamente a dinâmica da Atenção Primária. O período foi marcado por redirecionamento de recursos humanos e financeiros para ações emergenciais, suspensão de atividades presenciais e aumento da demanda por atendimentos domiciliares e rastreamento de casos suspeitos (SOUZA et al., 2021).

Essas mudanças alteraram a rotina das equipes, atrasaram novos credenciamentos e desafiaram a manutenção das metas de cobertura. Ainda assim, o papel da ESF foi central para a resposta comunitária à pandemia, reforçando sua importância estratégica no território (BRASIL, 2021).

Brasília destacou-se ao longo de todo o período analisado, registrando o maior número de equipes implantadas entre as capitais pesquisadas. Em 2025, o Distrito Federal contabilizava 645 equipes, mais da metade do total regional, evidenciando uma rede de atenção consolidada e maior capacidade de investimento. Essa predominância pode ser atribuída à estrutura administrativa centralizada, maior disponibilidade de recursos financeiros e maior densidade de serviços de saúde públicos e privados. Tais fatores contribuem para a manutenção e expansão das equipes e para a ampliação da cobertura assistencial (BRASIL, 2023).

Durante a pandemia, o Distrito Federal também implementou políticas locais de fortalecimento da APS e expansão da cobertura territorial, com o objetivo de descentralizar atendimentos e reduzir a sobrecarga hospitalar, o que explica o crescimento expressivo mesmo em um contexto de crise sanitária (MENDONÇA; MATTA; GONDIM, 2020; BRASIL, 2025).

Em contraste, Cuiabá apresenta o menor número de equipes entre as capitais pesquisadas, mesmo em 2025, quando registrou 139 equipes implantadas. Esse dado revela um ritmo mais lento de expansão, que pode estar associado a desafios estruturais e administrativos, como limitações orçamentárias, déficit de profissionais e dificuldades de cobertura territorial.

Goiânia e Campo Grande mantiveram trajetórias mais estáveis, o que pode refletir uma tentativa de consolidar as equipes existentes em vez de expandir durante o período de crise sanitária. A pandemia exigiu reorganização das práticas da APS, priorizando o monitoramento remoto de

pacientes, a vigilância ativa e o apoio a campanhas de vacinação em massa, o que, em muitos casos, retardou o credenciamento de novas equipes (SOUZA et al., 2021).

Ao analisar os dados populacionais e o quantitativo de equipes, percebe-se que o aumento das ESF nem sempre acompanhou o crescimento demográfico. Cuiabá, por exemplo, teve o maior aumento populacional, mas o menor crescimento de equipes, enquanto Brasília manteve expansão constante, mesmo com leve decréscimo populacional. Essa discrepância reforça que a implantação das ESF depende não apenas da demanda populacional, mas também da capacidade política, técnica e financeira de cada gestão local (BRASIL, 2022).

O impacto da pandemia também revelou a relevância da APS e da ESF como linhas de frente no enfrentamento de emergências sanitárias. As equipes atuaram na vigilância epidemiológica, rastreamento de contatos, orientação comunitária e vacinação, o que reforçou a importância da cobertura territorial e da proximidade com a população (BRASIL, 2021). Isso contribuiu para que, a partir de 2023, fosse retomado o ritmo de expansão das equipes, observando-se um crescimento contínuo até 2025.

Assim, a distribuição das equipes da ESF na região Centro-Oeste revela uma realidade de avanços e desigualdades. Brasília lidera em número e ritmo de expansão, sustentada por maior capacidade de gestão e investimentos, enquanto Cuiabá, Campo Grande e Goiânia enfrentam limitações estruturais e administrativas que dificultam a ampliação equitativa da cobertura. Apesar das adversidades impostas pela pandemia e pelas restrições fiscais, o crescimento global indica resiliência e reafirma a centralidade da ESF como pilar da Atenção Primária e instrumento de redução das desigualdades regionais em saúde.

O maior número de população residente na região Centro-Oeste brasileira foi registrado no ano de 2021, totalizando 6.154.638 da população residente. Nesse mesmo ano, Brasília obteve o quantitativo de 3.094.325, o maior registro entre as capitais pesquisadas. A capital de estudo que demonstrou o menor número de população residente no ano de 2020 foi Cuiabá, com 612.547 e também foi a capital que apresentou maior aumento da população residente de 2020 para 2025, registrando um crescimento significativo de 70.385 indivíduos. Já a população de Goiânia e Brasília obtiveram uma queda no número de indivíduos, sendo assim ambas as capitais obtiveram menor índice de crescimento populacional (Tab.2).

Tabela 2 - População Residente nas capitais da região centro-oeste brasileiras, nos períodos de 2020 a 2025. \*Anos que não foram atualizados pelo IBGE.

Capital	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Goiânia	1.516.113	1.536.097	1.555.626	1.437.366*	1.437.366*	1.494.599

Brasília	3.015.268	3.094.325	2.817.381*	2.817.381*	2.817.381*	2.982.818
Campo Grande	906.092*	906.092*	916.001	898.100*	898.100*	954.537
Cuiabá	612.547	618.124	623.614	650.877*	650.877*	682.932
Total	4.535.423,11	6.154.638	5.912.622	5.803.724	5.803.724	6.114.886

Adaptado de Ministério da Saúde - MS, Secretaria de Atenção Primária de Saúde - SAPS, 2025.

Observa-se que, em determinados anos, não houve atualização dos dados populacionais de algumas capitais da região Centro-Oeste brasileira, o que está evidenciado pelos valores destacados com asterisco (Tab. 2). Em Goiânia, por exemplo, os números de 2023 e 2024 permaneceram idênticos (1.437.366 habitantes), indicando ausência de atualização. Situação semelhante ocorreu em Brasília, que manteve o mesmo contingente populacional (2.817.381 habitantes) nesses dois anos. O mesmo padrão é verificado em Campo Grande e Cuiabá, cujas populações registradas em 2023 e 2024 também não sofreram variação. Dessa forma, os destaque em vermelho evidenciam que o IBGE não atualizou as estimativas populacionais para esses períodos.

A região Centro-Oeste é a maior região do país em extensão territorial abrange uma área de 1.606.371 km<sup>2</sup>, e a menos populosa, é composta por três estados, sendo eles: Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal (capital do país). O relevo é dividido em três áreas principais, planalto central, planalto meridional e planície do pantanal, com um clima predominantemente tropical semiúmido.

A distribuição populacional ao longo dessa região é irregular, tendo em vista que existem áreas onde a densidade demográfica supera os 100 hab./Km<sup>2</sup>, como o sul de Goiás e Mato Grosso e oeste do Mato Grosso do Sul. Por outro lado, existem áreas onde a população relativa não ultrapassa 1 hab./Km<sup>2</sup>, exemplo disso, o norte e o noroeste do Mato Grosso, o norte de Goiás e a região do pantanal.

A população da região vem apresentando um acelerado crescimento vegetativo, especialmente após a década de 60. Período que marcou o início da construção da capital federal de Brasília. Nas últimas décadas houve uma explosão demográfica. A região apresenta uma superioridade de habitantes urbanos em relação aos rurais, gerando uma taxa de urbanização elevada, aproximadamente 88,8%.

A região é caracterizada pela desigualdade social, estimativas de crescimento populacional no Brasil vem sofrendo grande aumento, trazendo mudanças nas desigualdades territoriais que carrega diretamente no número de populações com baixa renda, taxa de analfabetismo, nível de escolaridade, número de instalações sanitárias e condição saúde-doença. Nos anos 2000 surgiram grandes iniciativas para auxílio e redução destas desigualdades, como a bolsa família, valorização do salário mínimo, recursos na saúde como o “Mais Saúde” que investiu R\$ 5,2 bilhões no Centro-Oeste a partir do ano de 2007, investimentos na educação, entre outros.

Segundo dados da IBGE, em 2024 o rendimento nominal mensal domiciliar per capita da população residente na região Centro-Oeste foi de R\$ 2.399,00, acima da média nacional de R\$ 2.069,00. A taxa de analfabetismo da população de 15 anos ou mais no Brasil foi de 5,3% em 2024. Para a região Centro-Oeste, fontes secundárias indicam uma taxa de aproximadamente 4,0%, abaixo da média nacional. Quanto à taxa de desocupação (taxa de desemprego), para o primeiro trimestre de 2025 a região Centro-Oeste foi mencionada como a única a manter estabilidade, sugerindo uma taxa inferior à média nacional (7,0% no trimestre). A média nacional para 2024 ficou em 6,6.

No que se refere ao saneamento básico – cobertura de abastecimento de água por rede geral e esgotamento sanitário – o Censo Demográfico 2022 indica que, no Brasil, 85,9% dos domicílios tinham abastecimento de água por rede geral em 2023. Especificamente para a cobertura de esgotamento por rede ou fossa ligada à rede, a região Centro-Oeste registrou 61,1% dos domicílios em 2023.

A melhoria das condições de saneamento básico, abastecimento de água e esgotamento sanitário, são eficazes para diminuir a mortalidade infantil pós-neonatal, período em que os óbitos decorrem principalmente de doenças ligadas às condições do ambiente em que a criança vive, confirmado que o aumento de sistemas de esgotamento sanitário pode contribuir para reduzir ainda mais a mortalidade infantil no Brasil.

O novo padrão de crescimento focado na produção e no consumo de massa teve efeitos regionais diferenciados e favoreceu especialmente o Norte e o Nordeste do país. O aumento do salário mínimo real repercutiu mais no Nordeste, com resultados bem acima da média brasileira. O desempenho do consumo resultou na expansão de indústrias de alimentos e bebidas e a política habitacional na ampliação do setor de construção civil, acarretando no grande crescimento populacional, tendo maior cobrança na saúde pública.

A distribuição da população no território, parte do Norte e a porção oeste do Nordeste se adensaram e as cidades médias cresceram com maior intensidade, cobrando maior número de ESF para cada território adstrito. Para reorganizar o processo trabalho em saúde mediante operações intersetoriais e ações de promoção e atenção à saúde a política de saúde acompanhou de forma particular as propostas de desenvolvimento regional, se inserindo em projetos intersetoriais, como no plano de ESF, investindo na regionalização setorial, objetivando melhorar a integração dos serviços de saúde, a distribuição dos recursos e a ampliação do acesso.

Ao contrário de Moraes e Gomes (2016), que analisa os municípios das macrorregiões brasileiras, as análises espacial e multivariada dos profissionais de saúde a nível estadual demonstram que a Região Centro-Oeste possui o perfil de concentração desses profissionais mais próximo das

Regiões Sul e Sudeste e não da Região Norte. O Distrito Federal e o Estado do Mato Grosso Sul são os que mais se assemelham as Regiões Sul e Sudeste.

Na região Centro-Oeste a diversificação de macrorregiões ao longo dos anos foi notória, obtiveram crescimento econômico através da agropecuária e mineração, tais atividades resultaram em um crescimento populacional concentrado em poucos centros urbanos, esse dinamismo cobrou grande expansão nos serviços de saúde. De modo mais específico, considera-se que os aspectos do nível de renda das famílias brasileiras, do nível educacional, da oferta de médicos e da medicina suplementar tem grande impacto na demanda do serviço prestado e de como deve ser voltado para cada especificidade da população.

A análise dos dados disponibilizados pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS, 2025) evidencia que a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas capitais da região Centro-Oeste passou por variações relevantes entre 2020 e 2025. Observou-se que Campo Grande destacou-se com os maiores percentuais de cobertura em praticamente todos os anos analisados, iniciando o período com 58,27% e atingindo 71,03% em 2025. Esse desempenho sugere estabilidade da gestão municipal e continuidade de políticas orientadas para a expansão da atenção primária, o que, segundo Giovanella et al. (2019), representa um dos principais determinantes para o fortalecimento da ESF nos territórios.

Tabela 3 – Distribuição do coeficiente da área de Cobertura da Estratégia de Saúde da Família nas Capitais da região Centro-Oeste Brasileira, no período de 2020 a 2025.

Capital	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Goiânia	37,99%	37,11%	36,83%	39,45%	39,24%	38,54%
Brasília	46,96%	56,81%	64,95%	66,98%	67,94%	64,87%
Campo Grande	58,27%	59,60%	61,24%	66,14%	75,49%	71,03%
Cuiabá	46,53%	51,93%	51,47%	50,70%	64,53%	61,06%

Adaptado de Ministério da Saúde - MS, Secretaria de Atenção Primária de Saúde - SAPS, 2025.

Em sentido oposto, Goiânia apresentou os menores valores de cobertura populacional durante o período estudado, mostrando variação mínima de 37,99% em 2020 para 38,54% em 2025. A ausência de ampliação expressiva pode refletir dificuldades no planejamento e na expansão territorial da rede de Atenção Primária à Saúde (APS), características que a literatura reconhece como obstáculos para a consolidação dessa estratégia em grandes centros urbanos (Harzheim et al., 2020; Giovanella et al., 2021). Esses fatores contribuem para a manutenção de um cenário de cobertura insuficiente, perpetuando desigualdades de acesso aos serviços básicos de saúde.

Brasília demonstrou tendência de crescimento gradual da cobertura, aumentando de 46,96% em 2020 para 64,87% em 2025. Embora haja evolução positiva, esse percentual permanece aquém do

ideal, considerando as particularidades demográficas e a extensa distribuição territorial do Distrito Federal, onde as regiões administrativas apresentam diferentes realidades socioeconômicas. Pesquisas apontam que a rotatividade de profissionais, os vínculos empregatícios precários e a dificuldade de fixação de equipes completas prejudicam a continuidade e a integralidade do cuidado (Ribeiro et al., 2023). Assim, apesar da ampliação do número de equipes, ainda persiste a necessidade de ajustes na organização do modelo assistencial.

Cuiabá também apresentou ampliação progressiva da cobertura, passando de 46,53% em 2020 para 61,06% em 2025. A evolução é compatível com o perfil observado em municípios de porte intermediário, nos quais a expansão da ESF tende a ocorrer com maior fluidez quando há compatibilidade entre financiamento, planejamento e capacidade municipal de gestão (Almeida e Santos, 2021). Esses avanços posicionam Cuiabá acima da média regional e revelam aspectos positivos para a consolidação da APS enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

Ao comparar as quatro capitais, a média geral de cobertura no período analisado foi de aproximadamente 57,7%, valor que permanece distante do ideal de 100% de população adscrita, parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde como meta de cobertura integral (Brasil, 2024). Além disso, o ano de 2022 apresentou redução da cobertura em três das quatro capitais, o que pode estar associado às consequências pós-pandemia de COVID-19, como reorganização de fluxos assistenciais e afastamento temporário de trabalhadores da saúde, conforme destacado por Santos et al. (2023). Esses eventos reforçam que a expansão da ESF é sensível a fatores externos e depende de condições estruturais que garantam continuidade das ações.

A literatura demonstra que a expansão da APS e da ESF está diretamente relacionada à melhoria de indicadores populacionais, como redução da mortalidade infantil e materna, queda nas internações por condições sensíveis à atenção primária e aumento do acesso aos serviços preventivos (Macinko e Mendonça, 2020; WHO, 2023). Tais evidências reforçam a importância de investimentos na estrutura e na valorização das equipes, uma vez que a simples implantação numérica de equipes não garante qualidade assistencial sem adequada infraestrutura, capacitação profissional e financiamento contínuo (Giovanella et al., 2019; Harzheim et al., 2020).

Dessa forma, embora todas as capitais da região Centro-Oeste tenham apresentado evolução ao longo do período de 2020 a 2025, o cenário ainda está distante do potencial máximo de cobertura e evidencia desigualdades regionais. A ampliação da Estratégia Saúde da Família exige continuidade de investimentos públicos, organização eficiente da gestão local e implementação de políticas de valorização profissional, elementos essenciais para que a atenção primária cumpra seu papel de ordenadora da rede de serviços e garantidora do cuidado integral à população.

#### 4 CONCLUSÃO

O presente estudo descritivo, do tipo série temporal, analisou a trajetória da Estratégia Saúde da Família (ESF) nas capitais da região Centro-Oeste brasileira – Goiânia, Brasília, Campo Grande e Cuiabá – no período de 2020 a 2025. Os resultados confirmam o papel da ESF como pilar central do Sistema Único de Saúde (SUS), demonstrando um incremento médio de 28,5% no número total de equipes na região, mesmo em contextos críticos como a pandemia de COVID-19.

A ESF é primordial para a saúde pública, e sua atuação universal e integral de cuidados primários vem contribuindo para ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, articulando práticas e saberes para solucionar diversas situações de maneira apropriada. A análise, no entanto, revelou uma distribuição heterogênea do avanço da cobertura. Enquanto Campo Grande e Brasília registraram os melhores índices de cobertura 71,03% e 64,87% em 2025, respectivamente), Goiânia manteve-se com os menores percentuais 38,54%, sinalizando limitações estruturais e administrativas para a universalização do acesso em grandes centros urbanos.

As disparidades sugerem que o desempenho da ESF nas capitais está intrinsecamente ligado aos determinantes socioeconômicos e à capacidade de gestão local, sendo que a média de cobertura regional, de aproximadamente 57,7%, permanece distante da meta de 100% de população adscrita, destacando que, os números de equipes de ESF são insuficientes para o número de habitantes nas capitais do centro-oeste brasileiro.

Diante desse cenário, evidencia-se que as propostas em potencial para solucionar tais problemáticas requerem esforços político-institucionais em questões relacionadas ao investimento financeiro, reconhecimento, formação e preparação de profissionais, revelando-se a necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais.

Conclui-se, assim, que a ESF tem apresentado diversos avanços, mas ainda enfrenta desafios complexos, principalmente os impostos pela estrutura federativa do país e pelas grandes desigualdades regionais, o que dificulta a organização da APS como eixo principal do sistema de saúde. Portanto, a sustentabilidade e o desenvolvimento pleno da Estratégia dependem diretamente do compromisso e do investimento contínuo do Estado.

## REFERÊNCIAS

1. ANTAS, Ricardo Mendes. A economia política da saúde no território brasileiro e seu complexo industrial: uma análise a partir do conceito de circuito espacial produtivo. **Sociedade & Natureza**, v. 29, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.14393/SN-v29n2-2017-4> Acesso em: 17 mai 2025.
2. BOSANQUET, Nick. **The future of the NHS: Plan B**. Future Healthcare Journal, v. 6, n. 2, p. 110-113, 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2514664524010622> Acesso em: 17 mai 2025.
3. BOUSQUAT, Aylene. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099118> Acesso em: 17 mai 2025.
4. BUSSE, Reinhard. *et al.* *Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition*. **The Lancet**. 2017. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2931280-1> Acesso em: 17 mai 2025.
5. BRASIL. Decreto Federal nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm) Acesso em 05 mar. 2025.
6. \_\_\_\_\_ . **Ministério da Saúde**. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em 05 mar. 2025.
7. \_\_\_\_\_ . **Ministério da Saúde**. Portaria nº 692, de 25 de março de 1994. Estabelece normas e diretrizes para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 28 mar. 1994.
8. \_\_\_\_\_ . Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. DF; Brasília: Diário Oficial da União; 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html) Acesso em 30 abr. 2025.
9. \_\_\_\_\_ . Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html) Acesso em 30 abr. 2025.

10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica**. Disponível em: [www.saude.gov.br/sage](http://www.saude.gov.br/sage) Acesso em 21 fev. 2025.
11. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://relatorioaps.saude.gov.br> Acesso 05 mar. 2025.
12. \_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**, 2011. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em 21 fev. 2025.
13. \_\_\_\_\_. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. 18.ed. Brasília, DF, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em 21 fev. 2025.
14. \_\_\_\_\_. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm) Acesso em 21 fev. 2025.
15. \_\_\_\_\_. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm) Acesso em 21 fev. 2025.
16. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). **Diário Oficial da União**, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html) Acesso em 27 fev. 2025.
17. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Cronologia Histórica da Saúde Pública**. Fundação Nacional de Saúde. 2017. Disponível em: <https://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica> Acesso em 27 fev. 2025.
18. CORDILHA, Ana Carolina; LAVINAS, Lilian. Transformações dos sistemas de saúde na era da financeirização: lições da França e do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 2147-2158, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.11422018> Acesso em 27 fev. 2025.
19. DE SOUZA, Sabrina da Silva et al. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. **Journal Health NPEPS**, v. 6, n. 1, 2021. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4994> Acesso em 27 out. 2025.

20. GIOVANELLA, Ligia. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543-2556, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl1/2543-2556/> Acesso em 20 mai. 2025.
21. GIOVANELLA, Ligia. *et al.* Desafios da atenção primária à saúde no Brasil: universalidade, equidade e integralidade em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024292.00142024> Acesso em 20 mai. 2025.
22. HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/er/a/YFprXwcGwr3jrnCXwRM8TGb/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 17 abr. 2025.
23. MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em: 01 nov. 2025.
24. MENDONÇA, Fernanda de Freitas. *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 47, p. 13-30, 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2023.v47n137/13-30> Acesso em 20 mai. 2025.
25. OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. (2023). **Sistemas e Serviços de Saúde**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/sistemas-e-servicos-saude> Acesso em 20 mai. 2025.
26. PINTO, Lúcia Ferraz; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n6/1903-1914/pt> Acesso em 20 mai. 2025.