

## Reflexões sobre o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na implementação e desenvolvimento da APS no Brasil

Reflections on the role of the State Health Secretariats in the implementation and development of and development of primary health care in Brazil

*Reflexiones sobre el papel de las Secretarías Estadales de Salud en la implementación y desarrollo de la APS en Brasil*

Patricia Sampaio Chueiri<sup>1</sup> 

<sup>1</sup>Faculdade Israelita de Ciências da Saúde Albert Einstein – São Paulo (SP), Brasil.

### Resumo

Este ensaio analítico-reflexivo examina os efeitos da municipalização da saúde, os desafios da regionalização e o papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. A Estratégia Saúde da Família consolidou-se como modelo central da APS, gerando avanços significativos em indicadores de saúde. No entanto, persistem desafios como desigualdade na oferta, carência de profissionais e fragilidades na gestão municipal. A maioria dos municípios, especialmente os de pequeno porte, demonstra limitações estruturais, financeiras e técnicas para garantir a integralidade do cuidado. O texto propõe maior protagonismo das SES, especialmente nas Comissões Intergestores Regionais (CIR), promovendo uma gestão colaborativa da APS e apoiando os municípios em temas como planejamento, formação profissional, infraestrutura e financiamento. Conclui-se que fortalecer a gestão regional é essencial para o avanço do SUS e pode gerar impactos positivos além da saúde, contribuindo para o desenvolvimento regional mais amplo.

**Palavras-chave:** Política; Descentralização; Gestão em saúde; Atenção primária à saúde.

**Como citar:** Chueiri PS. Reflexões sobre o papel das Secretarias Estaduais de Saúde na implementação e desenvolvimento da APS no Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4728. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4728](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4728)

Este texto é um ensaio analítico-reflexivo, baseado em uma revisão narrativa e dados secundários. Ele busca pensar sobre os efeitos da municipalização, o papel das Secretarias Estaduais de Saúde e as dificuldades da regionalização, bem como propõe estratégias para avançar na organização do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### **Autora correspondente:**

Patricia Sampaio Chueiri  
E-mail: [patriciachueiri@gmail.com](mailto:patriciachueiri@gmail.com)

#### **Fonte de financiamento:**

não se aplica.

#### **Parecer CEP:**

não se aplica.

#### **TCLE:**

não se aplica.

#### **Procedência:**

não encomendado.

#### **Avaliação por pares:**

externa.

Recebido em: 28/04/2025.

Aprovado em: 18/11/2025

#### **Editor associado:**

Irmã Monique



## Abstract

This reflective-analytical essay examines the effects of municipalising health services, the challenges of regionalisation, and the role of State Health Secretariats (SES) in strengthening primary health care (PHC) in Brazil. The Family Health Strategy has established itself as the primary PHC model, achieving notable improvements in health indicators. However, challenges remain, including inequality of provision, shortages of professionals, and weaknesses in municipal management. Many municipalities, particularly smaller ones, lack the structural, financial and technical resources necessary to provide comprehensive care. The text proposes a greater role for the SES, particularly within the Regional Inter-Management Commissions (CIR), to promote collaborative PHC management and support municipalities with issues such as planning, professional training, infrastructure and funding. In conclusion, strengthening regional management is essential for advancing the Unified Health System and can generate positive impacts beyond health, contributing to wider regional development.

**Keywords:** Politics; Decentralisation; Health management; Primary health care.

## Resumen

En este ensayo reflexivo y analítico se examinan los efectos de la municipalización de la salud, los desafíos de la regionalización y el papel de las Secretarías Estatales de Salud (SES) en el fortalecimiento de la atención primaria de salud (APS) en Brasil. La Estrategia de Salud de la Familia se ha consolidado como el modelo central de la APS y ha generado avances significativos en los indicadores de salud. No obstante, siguen existiendo desafíos como la desigualdad en la prestación de servicios, la escasez de profesionales y las deficiencias en la gestión municipal. La mayoría de los municipios, especialmente los pequeños, tienen limitaciones estructurales, financieras y técnicas para garantizar una atención integral. El texto propone un mayor papel para las SES, especialmente en las Comisiones Intergestoras Regionales (CIR), con el fin de promover la gestión colaborativa de la APS y apoyar a los municipios en aspectos como la planificación, la formación de profesionales, la infraestructura y la financiación. En conclusión, el fortalecimiento de la gestión regional es esencial para el avance del Sistema Único de Salud (SUS) y puede generar impactos positivos que trasciendan el ámbito de la salud, contribuyendo a un desarrollo regional más amplio.

**Palabras clave:** Política; Descentralización; Gestión en salud; Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos, alinhado às melhores evidências sobre o impacto da Atenção Primária à Saúde (APS) nos indicadores de saúde e na efetividade e equidade dos sistemas de saúde,<sup>1</sup> o Brasil implantou diversas políticas para a ampliação e o fortalecimento da APS. A mais importante delas é o nosso modelo de organização desse nível de cuidado: a Estratégia Saúde da Família (ESF). Inicialmente, a ESF concentrava-se em seis prioridades: o cuidado da gestante, a puericultura, o cuidado de pessoas com hipertensão, com diabetes, com tuberculose e hanseníase. Hoje é a principal porta de entrada do sistema de saúde, oferecendo um cuidado muito mais abrangente, reconhecido nacional e internacionalmente.<sup>2,3</sup>

Este modelo apresentou resultados robustos ao longo dos anos, como a redução da mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à APS, a melhoria da equidade no acesso a saúde, o maior controle de algumas doenças transmissíveis, o aumento do acesso a cuidados odontológico, a redução de hospitalizações e a sinergia com programas sociais.<sup>4-7</sup>

A ESF foi acompanhada de outras políticas voltadas para o fortalecimento desse modelo. Exemplos incluem: a criação das equipes de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família, o Programa Requalifica UBS (para melhorar a infraestrutura física e tecnológica das Unidades Básicas de Saúde — UBS), os programas de qualificação do processo de trabalho das equipes, como o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade e o Previne Brasil, os sistemas de informação (SIAB e eSUS – AB) e os Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil, que visam apoiar os municípios no enfrentamento do desafio de atração e retenção do profissional médico.<sup>8,9</sup>

Autores como Pinto et al.<sup>10</sup> e Gonçalves et al.<sup>11</sup> reconhecem os avanços da APS brasileira, porém pontuam que ela ainda enfrenta diversos desafios: a grande heterogeneidade com que é ofertada à população, número excessivo de pessoas sob responsabilidades das equipes (dificuldade no acesso), escassez e má qualidade na formação de profissionais, especialmente médicos, o que compromete toda a potência que a longitudinalidade do cuidado tem, desvalorização social, dificuldade de profissionalização da gestão e das relações de trabalho, além de déficits tecnológicos e de infraestrutura.<sup>9-11</sup>

Diante dessa realidade, cabe perguntar: a maioria dos municípios do país tem capacidade (financeira, técnica e de infraestrutura) para realizar as mudanças que a APS precisa, dependendo de municípios maiores e do estado apenas quando há necessidade de acesso a cuidado especializado?

## Dados da realidade dos municípios

Para apoiar a reflexão, seguem alguns dados que contextualizam os municípios brasileiros. Na sua grande maioria (70%), estes têm apenas até 20 mil habitantes, o que corresponde a no máximo dez equipes de saúde da família responsáveis pelo cuidado da população.<sup>12</sup> A maior parte das UBS tem apenas uma equipe de saúde da família (67%), e os dados dos censos das UBS revelam que a infraestrutura das UBS está muito aquém do mínimo esperado para a prestação de serviço qualificado e resolutivo pela APS.<sup>13,14</sup>

A Pesquisa de Informações Básicas Municipais feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021 revelou que apenas 37,4% dos gestores de saúde no país têm formação relacionada com a área e 19% não tem nível superior. A gestão indireta de serviços de saúde está presente em 16% dos municípios brasileiros, e o tipo de administrador terceirizado mais comum são as organizações sociais, sendo esta a modalidade de gestão mais comum na Região Sudeste.<sup>15</sup> Atualmente, apenas 3% da gestão das UBS do país é feita pelo setor privado.<sup>14</sup>

Outro dado desta mesma pesquisa que chama a atenção é que o referenciamento para outro município com vistas apenas à realização de exames ocorreu em 40,0% das municipalidades do país e atingiu 58,6% naquelas com até 5 mil habitantes, sendo menor que 20% nos municípios mais populoso (>50 000 habitantes).<sup>15</sup>

Com relação ao financiamento, apesar do aumento de gastos com saúde pelos municípios, a dependência de recursos não próprios aumentou nos últimos anos, especialmente nos municípios com menos de 50 mil habitantes, acompanhada da queda das transferências da União, pressionando os estados para ampliarem o financiamento.<sup>16</sup>

Essas informações revelam a interdependência da maioria dos municípios brasileiros para garantir a assistência à saúde, mesmo no nível primário. Fica claro ainda que a garantia da integralidade do cuidado na APS passa necessariamente por alguma articulação regional. Nesse sentido, por que não repensar o papel dos estados na implantação da APS no Brasil, mesmo sendo uma responsabilidade executiva dos municípios?

## O papel dos estados nas Comissões Intergestores Regionais

O SUS tem como uma das suas principais características a gestão compartilhada por três entes federados (tripartite). Por esse motivo as relações intergovernamentais são um grande desafio para a implementação plena dos seus princípios, destacando-se a integralidade e a regionalização.<sup>17</sup>

Entre as responsabilidades das SES, talvez a mais relevante delas, hoje, seja ser um ator estratégico para viabilizar a gestão não só compartilhada, mas também colaborativa nas regiões de saúde, permitindo assim que o cuidado integral saia do papel e aconteça no cotidiano do cuidado. Por consequência, haveria uma mudança no protagonismo, saindo da centralidade municipal, característica dos anos iniciais de implementação do SUS, para uma atuação mais ativa das SES.<sup>17</sup>

Em 2021, 92,1% dos municípios declararam que seus gestores participavam das Comissões Intergestores Regionais — CIR.<sup>15</sup> Neste sentido, essas comissões, caracterizadas pela presença do gestor estadual e dos gestores municipais da região, são um espaço essencial para colocar em prática uma gestão marcada pela colaboração/cooperação.

Atualmente, há um debate emergente sobre a importância da regionalização para o acesso e a qualidade da atenção especializada. Mas será que o desafio da regionalização no SUS também não guarda relação com a qualidade e resolutividade da APS? E a capacidade municipal de garanti-las? Assim, as CIR não seriam espaços apenas para a gestão e o planejamento da atenção especializada, mas também lócus de gestão cooperada da APS.

A inclusão das pautas relativas à APS nos espaços dessas comissões possibilitaria que os estados apoiassem os municípios em agendas desafiadoras, que não encontram solução no âmbito exclusivamente municipal, construindo de forma coletiva estratégias para enfrentar a dificuldade de atração e fixação de profissionais, ou propondo arranjos para a profissionalização das relações de trabalho, entre outros temas.

Atualmente as CIR são pouco valorizadas por parte dos gestores, estão burocratizadas<sup>17</sup> e caracterizam-se como espaços que servem apenas para a tomada de decisão. No entanto, poderiam se tornar espaços de gestão cooperada se incorporassem ações típicas da gestão, como: planejamento, monitoramento e avaliação no cotidiano das suas atividades.<sup>18-20</sup>

Também é importante criar espaço dentro das comissões para que seus membros (estado e municípios) dialoguem diretamente com os prestadores de serviços da região, definam em conjunto quais os parâmetros mínimos de contratação, indicadores de produção e qualidade. Hoje não há um espaço formal, compartilhado pelos gestores da região, para a negociação conjunta com prestadores (serviços e profissionais).<sup>17</sup>

## **Propostas para fortalecimento da Atenção Primária à Saúde com protagonismo estadual**

Diante do colocado, as SES poderiam ser protagonistas, assumindo a responsabilidade por viabilizar a mudança no processo de trabalho das CIR, tornando-as definitivamente o espaço de gestão compartilhada do SUS, assim como incluindo os desafios da APS na agenda desses fóruns. Para além da mudança no padrão de funcionamento das CIR, as SES têm potência para apoiar o desenvolvimento e a implantação da APS de outras maneiras:

- a. Fortalecer o corpo técnico das regionais de saúde, para que estes consigam apoiar os municípios, lado a lado, na avaliação dos dados municipais, no monitoramento e avaliação das ações e na formulação de soluções para os desafios nos diferentes contextos, dirimindo os efeitos da alta rotatividade de gestores municipais de saúde.
- b. Criar espaços de intercâmbio de boas práticas entre os diferentes municípios e regiões de cada estado.
- c. Elaborar, em parceria com os municípios no âmbito da CIR, documentos que descrevam objetivamente quais as responsabilidades dos diferentes entes federativos sobre as ações e serviços

de saúde da região, até mesmo sobre a APS. Isso porque, para a gestão em saúde, é essencial que responsabilidade e papéis estejam claramente definidos.

- d. Desenvolver instrumentos, programas e estratégias compartilhadas que amparem os municípios na atração e fixação de profissionais, diminuindo a competição regional e trabalhando com cooperação. Além disso, trazer para o espaço das comissões regionais as diferentes entidades e organizações profissionais para dialogar sobre as relações trabalhistas.
- e. Apoiar os municípios, tanto no sentido técnico (por exemplo, parâmetros de necessidade e qualidade, estratégias de monitoramento e avaliação) quanto administrativo, com instrumentos e trâmites (por exemplo, formas de contratação, licitações), para a contratação de serviços e o diálogo com os prestadores.
- f. Fortalecer as ações que visam concretizar a integralidade do cuidado (por exemplo, definição de referências, fluxos e parâmetros de regulação assistencial).
- g. Oferecer estratégias para a educação permanente dos profissionais tanto da gestão e como da assistência dos municípios de cada região.
- h. Implantar ou apoiar os municípios no desenvolvimento de programas de formação profissional, como por exemplo residências médicas e multiprofissionais regionais, fazendo parcerias regionais com instituições de ensino para a qualificação de profissionais e para o uso adequado dos serviços do SUS para o ensino em saúde.
- i. Promover programas para a melhoria da infraestrutura das UBS e acesso à internet e apoio técnico para a implantação e manutenção de sistemas de informação em sinergia com os programas e financiamentos federais.
- j. Atuar para diminuir as desigualdades regionais nos estados, apoiando de forma equânime as diferentes regiões de saúde (técnica e financeiramente).
- k. Na área de financiamento e alocação de recursos: propor ações de apoio técnico para a captação de recursos extras ou para garantir que não haja perda de recursos federais e ofertar programas de cofinanciamento estadual para a APS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avançar na integralidade do cuidado, princípio essencial do SUS, requer esforços técnicos e políticos.<sup>19</sup> Sem eles será muito difícil ultrapassar aos atuais desafios do SUS, com destaque à regionalização e às mudanças necessárias nos papéis dos três entes federados na execução da política de saúde.

É essencial que o protagonismo das próximas décadas seja assumido pelas secretarias estaduais e que as CIR sejam valorizadas e se transformem em espaços efetivos de gestão do SUS, sendo responsáveis pelas atividades típicas da gestão pública (planejamento, organização, execução, controle e avaliação de políticas, programas e serviços públicos).

Por fim, vale destacar que a integração regional que pode ser promovida por meio do SUS não trará só benefícios e desenvolvimento apenas para a área da saúde, mas será potência para gerar ganhos em outras áreas essenciais para o progresso do país.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

## REFERÊNCIAS

1. Stange KC, Miller WL, Etz RS. The role of primary care in improving population health. *Milbank Q.* 2023;101(S1):795-840. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12638>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
3. Harris M, Haines A. Brazil's family health programme. *BMJ.* 2010;341:c4945. <https://doi.org/10.1136/bmj.c4945>
4. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
5. Pimenta L, Dutra VGP, Castro ALB, Guimarães RM. Analysis of conditions sensitive to primary care in a successful experience of primary healthcare expansion in Brazil, 1998–2015. *Public Health.* 2018;162:32-40. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.05.011>
6. Hone T, Macinko J, Trajman A, Palladino R, Coeli CM, Saraceni V, et al. Expansion of primary healthcare and emergency hospital admissions among the urban poor in Rio de Janeiro Brazil: a cohort analysis. *Lancet Reg Health Am.* 2022;15:100363. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2022.100363>
7. Hone T, Been JV, Saraceni V, Coeli CM, Trajman A, Rasella D, et al. Associations between primary healthcare and infant health outcomes: a cohort analysis of low-income mothers in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet Reg Health Am.* 2023;22:100519. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100519>
8. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde Redes.* 2018;4(1):35-53. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1p35-53>
9. Chueiri PS. Um estudo sobre os motivos de consulta e a qualidade das condutas médicas da Atenção Primária à Saúde Brasileira [tese de doutorado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.
10. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. *Saúde Debate.* 2014;38(spe):358-72. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
11. Gonçalves MR, Umpierre RN, D'Avila OP, Heinzelmann R, Trevisan L, Harzheim E. Desafios da atenção primária à saúde no Brasil. Porto Alegre: UFRGS; 2017.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2022: população e domicílios: primeiros resultados: primeiros resultados. Rio de Janeiro: IBGE; 2023.
13. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5R. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(8):e00037316. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária. Censo das Unidades Básicas de Saúde: sumário executivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2025.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos municípios brasileiros: 2021. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2022.
16. Cruz WGN, Barros RD, Souza LEPF. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2022;27(6):2459-69. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.15062021>
17. Viana ALD, Ferreira MP, Cutrim MA, Fusaro ER, Souza MR, Mourão L, et al. The Regionalization Process in Brazil: influence on Policy, Structure and Organization dimensions. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2017;17(suppl 1):S27-43. <https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100003>
18. Mendes EV. Desafios do SUS. Brasília: CONASS; 2019.
19. Shimizu HE, Lima LD, Carvalho ALB, Carvalho BG, Viana ALD. Regionalization and the federative crisis in the context of the Covid-19 pandemic: deadlocks and perspectives. *Saúde Debate.* 2021;45(131):945-57. <https://doi.org/10.1590/0103-11042021131011>
20. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Relatório Técnico nº 6/2023. Competências interfederativas e regionalização [Internet]. São Paulo: IEPS; 2023 [acessado em 2 set. 2023]. Disponível em: <https://agendamaisus.org.br/wp-content/uploads/2023/06/ieps-relatorio06-competencias-interfederativas-regionalizacao.pdf>