

A IMPLICAÇÃO DA PORTARIA SAPS/MS Nº 161/2024 NA QUALIDADE E EQUIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE IMPLICATION OF SAPS/MS ORDINANCE NO. 161/2024 FOR THE QUALITY AND EQUITY OF PRIMARY HEALTH CARE

LA IMPLICACIÓN DE LA ORDENANZA SAPS/MS N.º 161/2024 EN LA CALIDAD Y EQUIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Marco Antonio Ferreira Mota¹
João Pedro Mendes Gontijo²
Conrado Carvalho Horta Barbosa³

RESUMO

Este artigo analisa as implicações da Portaria SAPS/MS nº 161/2024 no cotidiano da Atenção Primária à Saúde, com foco na qualidade do cuidado, na organização do trabalho e na equidade. Trata-se de estudo descritivo, transversal e exploratório, de abordagem quanti-qualitativa, baseado em 44 formulários aplicados a gestores, trabalhadores e usuários de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal. Os instrumentos combinaram itens em escala Likert de 1 a 5 e perguntas abertas sobre benefícios, desafios e prioridades de melhoria. Entre gestores, observaram-se avaliações favoráveis ao incentivo à busca ativa e ao acompanhamento longitudinal, mas também forte percepção de aumento da carga administrativa e persistência de barreiras estruturais. Entre trabalhadores, destacou-se a distância entre mudanças percebidas na prática e baixa compreensão formal da política, especialmente entre aqueles sem capacitação. Entre usuários, predominou baixa percepção de melhora concreta desde 2023, apesar da boa avaliação da escuta, do respeito e da privacidade no atendimento. A demora para exames e consultas especializadas apareceu como limite comum aos três grupos. Conclui-se que a Portaria nº 161/2024 possui potencial para fortalecer vínculo, território, monitoramento e atenção a vulnerabilidades, mas sua efetividade depende de sustentação operacional, qualificação permanente, sistemas integrados, recomposição de equipes e fortalecimento da rede de atenção.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Financiamento da APS. Portaria SAPS/MS nº 161/2024. Equidade. Gestão em Saúde. Organização do Trabalho.

ABSTRACT

This article analyzes the implications of SAPS/MS Ordinance No. 161/2024 in the daily work of Primary Health Care, focusing on care quality, work organization, and equity. This is a descriptive, cross-sectional, and exploratory study with a quantitative-qualitative approach, based on 44 questionnaires completed by managers, health workers, and users of Basic Health Units in the Federal District, Brazil. The instruments combined 1-to-5 Likert-scale items and open-ended questions about perceived benefits, challenges, and priorities for improvement. Among managers, favorable assessments were observed regarding active outreach and

¹ Graduando em Medicina, Centro Universitário de Brasília (CEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: maferreiramota@sempreceub.com

² Graduando em Medicina, Centro Universitário de Brasília (CEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil.
E-mail: joaomendes@sempreceub.com

³ Mestre em Medicina de Família e Comunidade, Centro Universitário de Brasília (CEUB), Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail: conrado.barbosa@ceub.edu.br

longitudinal follow-up, but there was also a strong perception of increased administrative workload and persistent structural barriers. Among health workers, the main finding was the gap between practical changes experienced in daily routines and limited formal understanding of the policy, especially among those who had not received training. Among users, there was a low perception of concrete improvements since 2023, despite positive evaluations of listening, respect, and privacy during care. Delays in access to specialized consultations and diagnostic tests emerged as a common limitation across the three groups. The findings suggest that Ordinance No. 161/2024 has potential to strengthen bonding, territorial work, monitoring, and attention to vulnerabilities, but its effectiveness depends on operational support, continuing education, integrated information systems, adequate staffing, and a stronger care network.

Keywords: Primary Health Care. Primary Care Financing. SAPS/MS Ordinance No. 161/2024. Equity. Health Management. Work Organization.

RESUMEN

Este artículo analiza las implicaciones de la Ordenanza SAPS/MS n.º 161/2024 en la vida cotidiana de la Atención Primaria de Salud, con énfasis en la calidad del cuidado, la organización del trabajo y la equidad. Se trata de un estudio descriptivo, transversal y exploratorio, con enfoque cuantitativo-cualitativo, basado en 44 formularios respondidos por gestores, trabajadores y usuarios de Unidades Básicas de Salud del Distrito Federal, Brasil. Los instrumentos combinaron ítems en escala Likert de 1 a 5 y preguntas abiertas sobre beneficios, desafíos y prioridades de mejora. Entre los gestores, se observaron evaluaciones favorables respecto al incentivo a la búsqueda activa y al seguimiento longitudinal, pero también una fuerte percepción de aumento de la carga administrativa y persistencia de barreras estructurales. Entre los trabajadores, el principal hallazgo fue la distancia entre los cambios vividos en la práctica y la baja comprensión formal de la política, especialmente entre quienes no recibieron capacitación. Entre los usuarios, predominó una baja percepción de mejora concreta desde 2023, aunque se evaluaron positivamente la escucha, el respeto y la privacidad en la atención. La demora para acceder a exámenes y consultas especializadas apareció como límite común a los tres grupos. Se concluye que la Ordenanza n.º 161/2024 tiene potencial para fortalecer vínculo, territorio, monitoreo y atención a vulnerabilidades, pero su efectividad depende de soporte operativo, educación permanente, sistemas integrados, dotación suficiente de equipos y fortalecimiento de la red asistencial.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Financiamiento de la Atención Primaria. Ordenanza SAPS/MS n.º 161/2024. Equidad. Gestión en Salud. Organización del Trabajo.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa lugar central na organização do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto por ser a principal porta de entrada do cuidado quanto por exercer função coordenadora da rede assistencial. Nas últimas décadas, o financiamento federal da APS passou por sucessivas mudanças, culminando, em 2019, na implantação do Previner Brasil, que vinculou parcela importante dos repasses ao cadastramento populacional e ao desempenho em indicadores selecionados. Esse modelo induziu mudanças relevantes na rotina dos serviços, mas

também foi alvo de críticas por reforçar assimetrias entre territórios, privilegiar metas mensuráveis e produzir tensões entre produtividade, cuidado longitudinal e equidade.

A Portaria SAPS/MS nº 161/2024 surge nesse contexto como tentativa de reorientar a política de financiamento e avaliação da APS, incorporando maior peso ao vínculo, ao acompanhamento territorial, à qualificação do cadastro, à longitudinalidade e às estratégias de equidade. A alteração normativa, entretanto, não se realiza de forma automática no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Sua efetividade depende da capacidade de transformar induções financeiras e critérios de monitoramento em rotinas concretas, sustentadas por equipes suficientes, sistemas de informação funcionais, apoio institucional e integração com a rede de atenção.

O presente estudo parte da seguinte questão: como gestores, trabalhadores e usuários de UBS percebem as implicações da Portaria SAPS/MS nº 161/2024 na qualidade, na equidade e na organização do cuidado na APS? A relevância da investigação decorre do fato de que políticas de financiamento não produzem efeitos apenas orçamentários; elas também reorganizam prioridades, registros, agendas, responsabilidades, fluxos e expectativas sobre o trabalho das equipes. Nesse sentido, compreender as percepções de diferentes atores permite identificar tanto o potencial indutivo da política quanto os limites concretos de sua implementação local.

O objetivo geral do estudo foi analisar as percepções de gestores, trabalhadores e usuários de UBS sobre as implicações da Portaria SAPS/MS nº 161/2024 na organização do trabalho, na qualidade do cuidado e na equidade da Atenção Primária à Saúde. Como objetivos específicos, buscou-se descrever o grau de compreensão dos participantes sobre as mudanças introduzidas pela portaria; examinar efeitos percebidos sobre monitoramento, fluxos de trabalho, busca ativa, territorialização, visitas domiciliares e acompanhamento longitudinal; identificar percepções sobre qualidade do cuidado, vínculo, humanização, coordenação do cuidado e estratégias voltadas a grupos vulneráveis; comparar convergências e divergências entre gestores, trabalhadores e usuários; e sintetizar, a partir dos campos abertos, benefícios, desafios e prioridades de aprimoramento da política na ponta.

REFERENCIAL TEÓRICO

Atenção Primária à Saúde, Financiamento e Mudança Normativa

A literatura sobre APS no Brasil demonstra que o debate sobre financiamento não pode ser dissociado do modelo assistencial. Quando os mecanismos de repasse enfatizam apenas captação, produtividade ou resultados restritos, existe o risco de reduzir a complexidade do

trabalho em saúde a metas fragmentadas. Em contrapartida, quando o financiamento dialoga com vínculo, responsabilização territorial e equidade, cria-se maior possibilidade de alinhar incentivos financeiros aos atributos clássicos da APS, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado (Starfield, 2002; OPAS, 2018).

A APS é o primeiro nível de atenção do SUS e funciona como principal porta de entrada para os usuários, além de coordenar o cuidado dentro da rede de saúde. Baseada nos princípios da universalidade, integralidade, equidade e participação social, a APS brasileira é operacionalizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família, com equipes multiprofissionais atuando em territórios definidos e acompanhando populações adscritas (Brasil, 2017).

A gestão da APS envolve planejamento local, monitoramento de indicadores e integração com outros níveis de atenção. Além das consultas e procedimentos, as equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância em saúde, visitas domiciliares, cuidado de condições crônicas e ações coletivas. Por isso, mudanças no financiamento tendem a repercutir diretamente sobre a organização do processo de trabalho, a priorização de agendas e a forma como as equipes registram e acompanham sua população.

Histórico dos Modelos de Financiamento da APS

O financiamento da APS passou por diferentes arranjos desde a consolidação do SUS. A Lei nº 8.080/1990 e a Norma Operacional Básica de 1996 contribuíram para estruturar repasses e responsabilidades entre entes federativos, enquanto o Piso da Atenção Básica, em suas dimensões fixa e variável, buscou expandir a Estratégia Saúde da Família e induzir programas prioritários (Brasil, 1990; Brasil, 1996).

Em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) vinculou parte dos repasses ao desempenho das equipes, introduzindo uma lógica avaliativa de qualidade, embora com adesão voluntária e grande complexidade operacional (Brasil, 2011). Em 2019, o Previne Brasil substituiu a lógica do Piso da Atenção Básica por um modelo baseado em captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivos a ações estratégicas (Brasil, 2019).

O Previne Brasil gerou interpretações divergentes. De um lado, seus defensores apontaram potencial de qualificação cadastral, ampliação de registros e maior objetividade no monitoramento. De outro, críticas destacaram riscos à universalidade, à equidade e à sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família, especialmente em territórios com maior

vulnerabilidade social, dificuldades cadastrais ou menor capacidade administrativa (Harzheim, 2020; De Seta; Dalbello-Araujo, 2021; Mendonça et al., 2023).

Portaria SAPS/MS nº 161/2024 e Implicações Esperadas

A Portaria SAPS/MS nº 161/2024 pode ser compreendida como uma inflexão em relação ao desenho anterior, ao valorizar a qualidade do cadastro, a regularidade do acompanhamento, o vínculo entre equipe e usuário, a presença territorial e a atenção a grupos vulneráveis. O novo arranjo procura deslocar o centro do financiamento de uma lógica predominantemente cadastral para uma lógica de acompanhamento efetivo, aproximando indução financeira e atributos estruturantes da APS (Brasil, 2024).

O modelo incorpora elementos de qualificação dos registros, demandando cadastros completos e atualizados, além de contatos assistenciais que expressem acompanhamento real da população. Ao estabelecer pesos e critérios relacionados a vulnerabilidade, longitudinalidade e presença territorial, a normativa busca tornar o financiamento mais aderente aos princípios do SUS, especialmente à equidade e à responsabilização sanitária.

Entretanto, a efetividade concreta dessas mudanças depende da capacidade local de implementação. Equipes reduzidas, sistemas instáveis, excesso de registros, fragilidade da rede especializada, baixa integração da regulação e ausência de formação permanente podem limitar o alcance da política. Assim, a portaria deve ser analisada não apenas por seu desenho normativo, mas também pelas condições operacionais que permitem, ou impedem, sua tradução em melhora assistencial percebida por gestores, trabalhadores e usuários.

METODOLOGIA

Tipo de Pesquisa e Abordagem

Trata-se de estudo descritivo, transversal e exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. A opção por esse desenho decorre do tipo de material empírico disponível: formulários estruturados com escala Likert e respostas abertas, voltados à captação de percepções sobre a implementação da Portaria SAPS/MS nº 161/2024. O objetivo analítico não foi medir impacto causal da política, mas descrever como suas mudanças vêm sendo percebidas por diferentes posições ocupadas na APS.

A dimensão quantitativa foi utilizada para sintetizar médias simples e distribuição de respostas por item. A dimensão qualitativa permitiu interpretar os campos abertos, identificar recorrências e organizar núcleos de sentido relacionados a vínculo, território, burocracia, equipe, rede, regulação, sistemas de informação, capacitação e participação social.

Participantes e Cenário Empírico

Foram analisados 44 formulários válidos, sendo 10 de gestores, 20 de trabalhadores de UBS e 14 usuários. Entre os trabalhadores, participaram enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, profissional administrativo/recepção, técnica de saúde bucal e dentista. As respostas referem-se a unidades localizadas em diferentes territórios do Distrito Federal, com menções a UBS de Taguatinga, Águas Claras, Asa Norte, Asa Sul, Santa Maria, Arapoanga, Sobradinho II e Planaltina.

Trata-se de uma amostra de conveniência, pequena e heterogênea, adequada para análise descritiva e interpretativa, mas insuficiente para generalizações estatísticas. Essa característica foi considerada na interpretação dos resultados, que devem ser compreendidos como aproximação exploratória das percepções dos participantes sobre a implementação local da política.

Instrumentos de Coleta

O formulário dos gestores continha 28 itens avaliativos em escala de 1 a 5, além de campos abertos sobre benefício principal, desafio central e recomendação prioritária. O formulário dos trabalhadores incluía pergunta sobre capacitação, 38 itens em escala de 1 a 5, questões sobre benefício, desafio e melhoria prioritária, além de campo final opcional para comentário livre. O formulário dos usuários abordou acesso, acolhimento, continuidade do cuidado, rede especializada, participação social e percepção de mudanças desde 2023.

Para fins analíticos, os itens foram agrupados em dimensões temáticas. Nos gestores, foram consideradas as dimensões compreensão e implementação, gestão e monitoramento, processo de trabalho, qualidade do cuidado, equidade, rede e participação, e comparação com o modelo anterior. Nos trabalhadores, foram consideradas compreensão e comunicação interna, metas e registros, trabalho em equipe, longitudinalidade e território, rede e articulação, qualidade do cuidado, equidade, participação social e comparação com o modelo anterior.

Estratégia de Análise e Aspectos Éticos

A análise quantitativa consistiu no cálculo de médias simples por item, bem como na leitura descritiva da distribuição das respostas. Não foram aplicados testes inferenciais em razão do tamanho amostral e da natureza exploratória do estudo. A análise qualitativa dos campos abertos foi realizada por leitura exaustiva, identificação de núcleos de sentido e agrupamento temático de recorrências, em diálogo com a análise de conteúdo (Bardin, 1977; Franco, 2008; Mendes; Miskulin, 2017).

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília, conforme registrado no material de consentimento do estudo. A participação foi voluntária, mediante aceite do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisas virtuais. Os dados foram analisados de forma agregada, sem identificação nominal dos participantes, com preservação da confidencialidade e uso exclusivo para fins científicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 44 formulários registrados entre 20/01/2026 e 21/03/2026, distribuídos em 10 gestores, 20 trabalhadores e 14 usuários de UBS. Os instrumentos continham itens em escala Likert de 1 a 5, além de perguntas abertas sobre benefícios, desafios e prioridades de melhoria. Trata-se, portanto, de um material empírico com dupla potência analítica: por um lado, possibilita síntese descritiva dos padrões de resposta; por outro, permite captar os sentidos atribuídos pelos participantes à política.

A amostra revelou distribuição heterogênea entre os três segmentos, com predominância de trabalhadores, seguidos por usuários e gestores. Entre os trabalhadores, a média de tempo de atuação na UBS foi de 6,35 anos, com mediana de 5 anos, o que confere ao material uma perspectiva de relativa maturidade institucional. Também se observou composição multiprofissional, com enfermeiros e médicos respondendo, cada um, por 35,0% da amostra de trabalhadores, além de técnicos de enfermagem, ACS, recepção, saúde bucal e odontologia.

Figura 1. Distribuição da amostra segundo grupo participante.

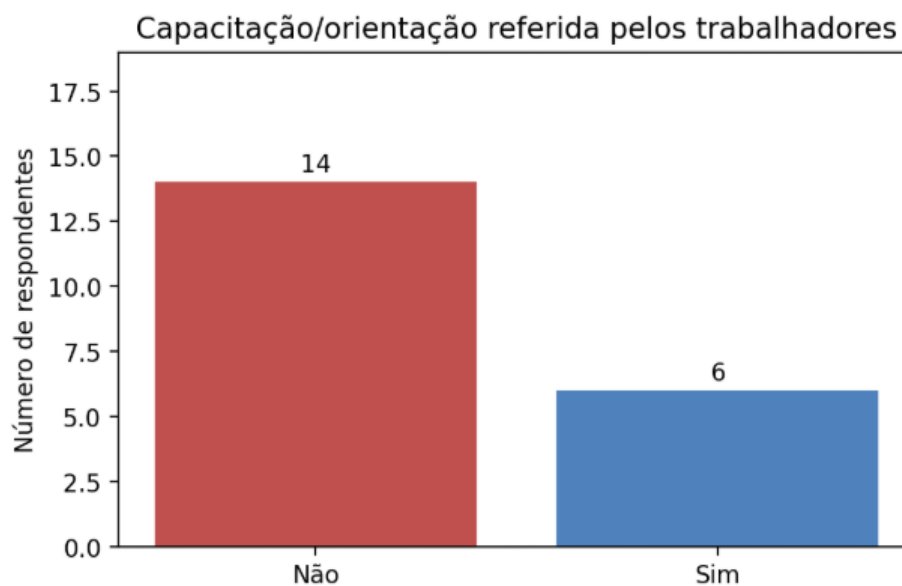
Grupo	n	% da amostra	Síntese caracterizadora
Gestores	10	22,7%	Respostas de diferentes UBS/RA; foco na implementação, gestão e efeitos do modelo.
Trabalhadores	20	45,5%	Equipe multiprofissional; média de 6,35 anos de atuação na UBS; apenas 30,0% relataram capacitação.
Usuários	14	31,8%	Predomínio de usuários frequentes; 64,3% com 6 ou mais consultas no último ano e 64,3% em acompanhamento contínuo.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Um achado central da caracterização foi a baixa cobertura de capacitação entre os trabalhadores: apenas 6 participantes relataram ter recebido orientação específica, enquanto 14

negaram essa preparação. Entre os usuários, a amostra também era de uso frequente e relevante da APS: 64,3% haviam se consultado seis vezes ou mais no último ano, 64,3% faziam acompanhamento contínuo de condições como hipertensão, diabetes ou sofrimento mental, e metade declarou perceber ter mais dificuldade de acesso do que outras pessoas. Ou seja, o grupo de usuários incluído não representa contato esporádico com a UBS, mas pessoas que dependem do serviço e têm maior sensibilidade para perceber falhas e avanços.

Figura 2. Capacitação/orientação específica sobre a Portaria SAPS/MS nº 161/2024 entre trabalhadores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No grupo dos gestores, o primeiro ponto que chama atenção é a coexistência entre compreensão razoável da lógica da política e fragilidade na sua tradução operacional. Sete dos dez gestores relataram compreender bem como a portaria afeta o financiamento vinculado ao vínculo e ao acompanhamento territorial, mas apenas quatro avaliaram positivamente a clareza das orientações recebidas pela UBS para implementar as mudanças. A média de 3,10 nesse item, somada à média de 3,30 para implementação organizada de rotinas, sugere um processo ainda incompleto de sedimentação institucional.

Ainda assim, a percepção gerencial não é de estagnação. A implementação foi reconhecida como suficientemente relevante para alterar o cotidiano das unidades, com média de 3,80 no item referente a mudanças em fluxos, agendas, registros e reuniões. No bloco de planejamento e monitoramento, destacaram-se a percepção de que o acompanhamento de indicadores ficou mais estruturado após 2024, com média 3,90, e de que as mudanças influenciaram prioridades de gestão, com média 3,60. Entretanto, esses ganhos vieram

acompanhados de forte sensação de sobrecarga: o item que mensurou aumento de carga administrativa e burocrática alcançou média 4,30, uma das mais altas do questionário gerencial.

Quando o foco se desloca do gerenciamento para o processo de trabalho, os gestores tendem a valorizar justamente aquilo que a portaria afirma buscar: territorialização, longitudinalidade e responsabilização sanitária. Nove dos dez gestores avaliaram de forma favorável o incentivo à busca ativa e ao acompanhamento longitudinal; 80,0% a 90,0% também reconheceram contribuição para visitas domiciliares, ações coletivas e maior clareza sobre responsabilidade territorial. Não por acaso, o maior benefício mais frequentemente apontado foi “mais vínculo/território”, citado por metade da amostra, seguido por melhor organização do cuidado.

No entanto, os mesmos gestores relativizam a potência transformadora do modelo ao reconhecerem que a promessa de equidade ainda esbarra em condições concretas de funcionamento do sistema. Embora médias entre 3,60 e 3,70 indiquem percepção moderadamente favorável quanto à capacidade de identificar usuários vulneráveis e favorecer seu acesso, o item sobre persistência de barreiras estruturais atingiu média 4,50, com 90,0% de respostas altas. Isso significa que a política pode ter refinado critérios e intenções, mas não eliminou os gargalos materiais que impedem sua realização plena.

As respostas abertas aprofundam essa leitura. Os gestores mencionaram sobrecarga assistencial, falta de profissionais, ausência de cobertura durante afastamentos, deficiência de transporte, expansão territorial sem suporte logístico e necessidade de novas UBS. Em vez de uma crítica abstrata, emergiu uma crítica enraizada no cotidiano da gestão local: a de que o novo arranjo cobra mais organização e mais monitoramento sem resolver, na mesma velocidade, o problema da insuficiência estrutural. O principal desafio apontado foi falta de equipe, seguido por burocracia.

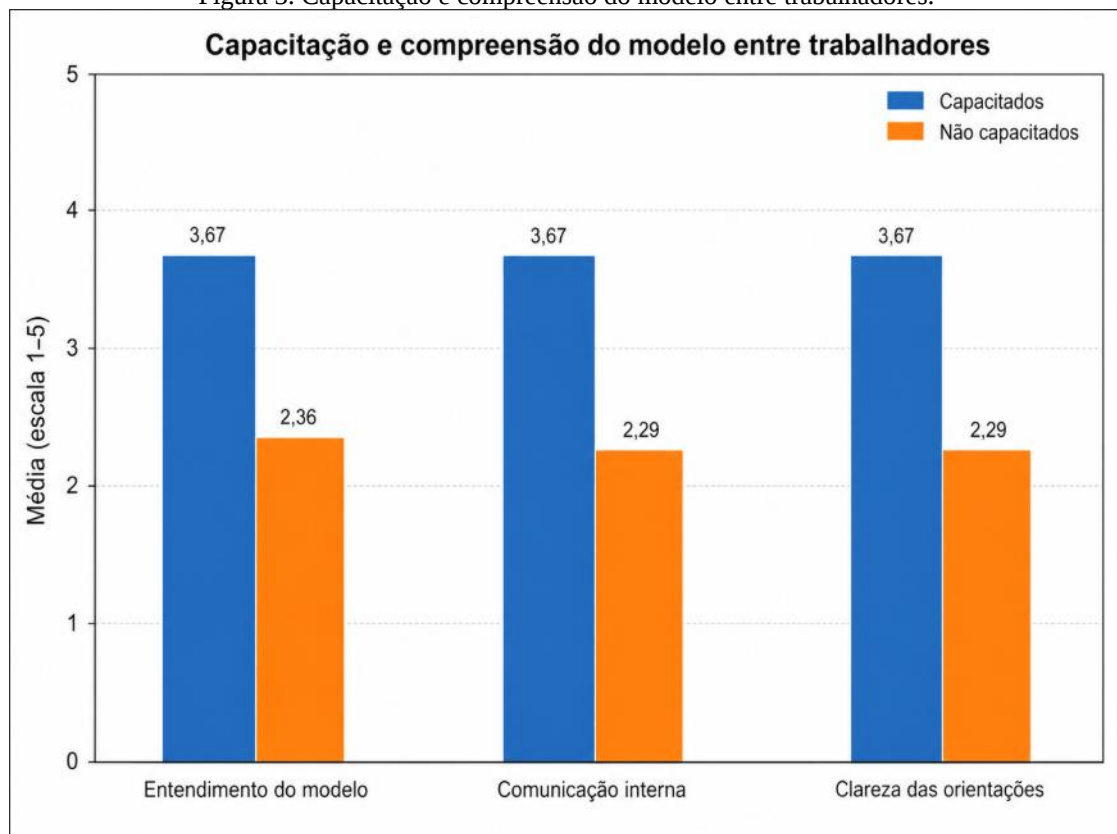
Essa ambivalência reaparece na comparação com o modelo anterior. Os gestores, em média, tendem a ver o arranjo atual como mais alinhado à longitudinalidade e discretamente mais justo do ponto de vista da equidade, mas também como mais complexo de operacionalizar. No balanço global, o apoio foi cauteloso: somente 40,0% responderam de forma favorável que o modelo de 2024 é melhor que o anterior para fortalecer a APS, enquanto metade permaneceu em posição intermediária. Em síntese, o discurso gerencial não rejeita a lógica da política; ele a considera coerente, porém insuficientemente sustentada por recursos humanos, infraestrutura e rede.

“População muito grande para a UBS e poucos profissionais, é preciso apagar fogo todo dia.”
“Aqui atende Arniqueiras e Varjão; há dificuldades de logística, territorialização, transporte e estrutura.”
“É necessário garantir cobertura das equipes durante afastamentos e reposição de RH de forma mais rápida.”

Entre os trabalhadores, a análise expôs um achado especialmente relevante: a política foi mais sentida no cotidiano do que compreendida em sua arquitetura formal. O item sobre entendimento das principais mudanças do modelo obteve média de apenas 2,75, e os itens relativos à comunicação interna e à suficiência das orientações tiveram médias de 2,70. Em outras palavras, há sinais de implementação prática sem correspondente apropriação pedagógica do conteúdo da política.

A diferença entre trabalhadores capacitados e não capacitados reforça essa interpretação. Entre aqueles que relataram ter recebido orientação, a média de entendimento sobre o modelo foi 3,67, contra 2,36 entre os não capacitados; o mesmo padrão se repetiu para comunicação interna e clareza das orientações. Embora o número de respondentes seja pequeno, o contraste é expressivo e aponta para um elemento modificável da implementação: a formação continuada.

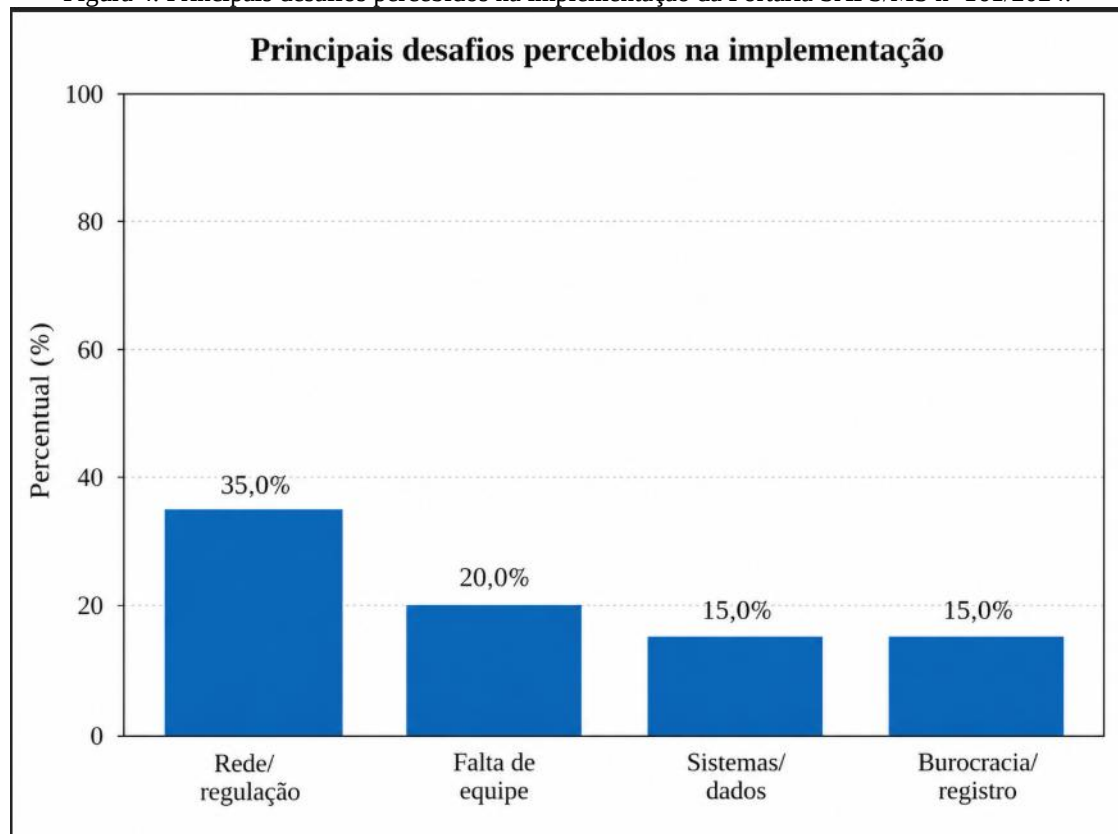
Figura 3. Capacitação e compreensão do modelo entre trabalhadores.



Fonte: Elaborado pelos autores.

No bloco que avaliou metas, registros e monitoramento, a percepção foi nitidamente de intensificação do trabalho. Três em cada quatro trabalhadores afirmaram que a cobrança por metas e indicadores aumentou, e 80,0% relataram retrabalhos ou gargalos nos sistemas e registros. A média mais alta de todo o questionário dos trabalhadores foi justamente a desse item sobre gargalos nos sistemas, com média 4,50. A pressão por metas elevou tensões ou conflitos no trabalho em equipe, também com média 4,05.

Figura 4. Principais desafios percebidos na implementação da Portaria SAPS/MS nº 161/2024.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Apesar da sobrecarga, os trabalhadores não descreveram um cenário de fracasso absoluto. No plano das potencialidades, foram mencionados como principais benefícios a organização do cuidado e dos fluxos, vínculo/território e equidade. Itens relacionados a visitas domiciliares, ações territoriais e identificação de pessoas em vulnerabilidade apresentaram médias próximas ou superiores a 3,90, o que sugere reconhecimento de que o modelo reforçou certos eixos clássicos da APS.

O problema é que esses avanços convivem com travas organizacionais robustas. O maior desafio apontado pelos trabalhadores foi rede/regulação, seguido por falta de equipe, sistemas/dados e burocracia/registro. Esse resultado é coerente com a percepção de que a

difículdade de acesso à rede limita o efeito do novo modelo: 75,0% responderam de forma favorável a essa afirmativa, com média 4,15. No plano prático, os profissionais reconhecem o esforço de reorganização interna, mas percebem que a potência da APS continua contida por uma rede secundária lenta, por sistemas pouco integrados e por insuficiência de pessoal.

“Quem está lá em cima devia ver quem está na ponta, porque arbitrar é fácil.”

“O processo da UBS melhorou em razão do desempenho profissional, não em razão da lei.”

“Muito trabalho para poucas equipes.”

O conjunto dos comentários finais sintetiza bem esse sentimento. As falas da ponta indicam incômodo com decisões tomadas de forma distante do cotidiano real das UBS, percepção de invisibilidade das dificuldades locais e avaliação de que parte das melhorias decorreu mais do empenho das equipes do que da própria norma. Não surpreende, portanto, que a melhoria prioritária mais mencionada tenha sido capacitação contínua, seguida por inovação e integração de sistemas. No plano político-institucional, isso significa que o modelo não será consolidado apenas com normativas e monitoramento; será necessário investir em tradução pedagógica, tecnologia e condições concretas de trabalho.

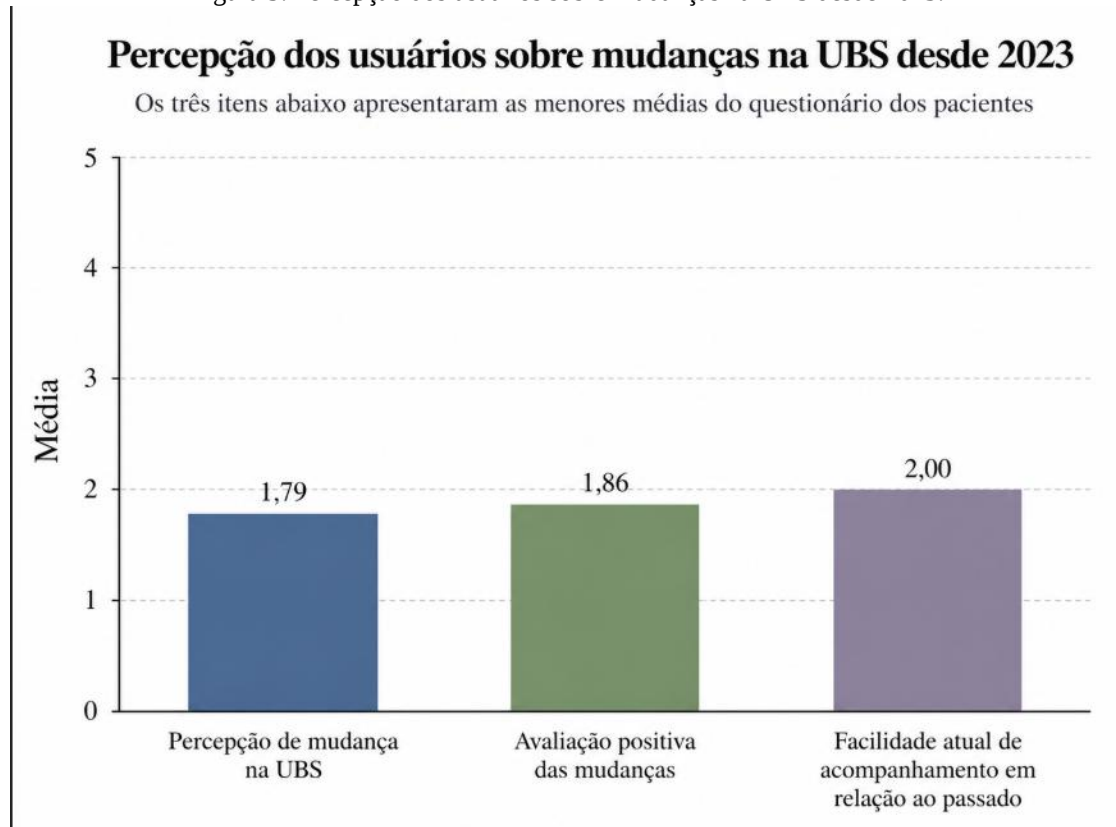
Ainda assim, o balanço global dos trabalhadores foi mais favorável do que o dos gestores. Treze dos vinte respondentes avaliaram o modelo de 2024 como melhor do que o anterior para fortalecer a APS. Isso sugere que, mesmo com críticas duras à burocracia e à sobrecarga, a ponta reconhece que a direção normativa do arranjo é mais coerente com o cuidado longitudinal e com a lógica territorial do que o modelo precedente. A crítica, portanto, não é à intenção da política, mas à forma como ela chega e àquilo que deixa de ser resolvido para que produza resultados.

No que diz respeito ao olhar dos usuários, observa-se um contraste decisivo: enquanto gestores e trabalhadores reconhecem mudanças internas na organização do cuidado, os usuários, em sua maioria, não percebem melhora concreta desde 2023. Os três itens que mediram a percepção de mudança tiveram as menores médias do questionário dos pacientes: 1,79 para percepção de mudança na UBS, 1,86 para avaliação positiva dessas mudanças e 2,00 para facilidade atual de acompanhamento em relação ao passado.

Esse cenário aponta para uma assimetria central do processo de implementação: mudanças internas podem estar ocorrendo, mas ainda não se converteram, de forma suficientemente visível, em experiência assistencial percebida como melhor. A política parece

ter produzido sinais mais nítidos para quem organiza e executa o trabalho do que para quem busca o serviço.

Figura 5. Percepção dos usuários sobre mudanças na UBS desde 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores.

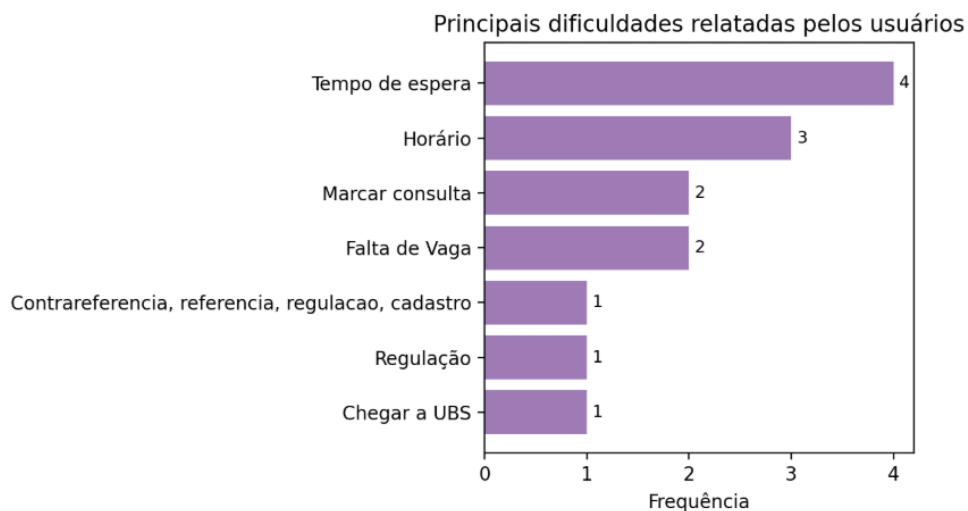
No campo do acesso, a experiência dos usuários foi marcada por heterogeneidade. De um lado, 71,4% responderam positivamente que conseguem atendimento na UBS quando precisam, e 57,1% avaliaram positivamente a marcação de consulta ou acolhimento. De outro, apenas 21,4% consideraram que os horários e a forma de atendimento ajudam a população do bairro a conseguir cuidado, enquanto 64,3% responderam negativamente a esse item. As principais dificuldades mencionadas foram tempo de espera, horário, marcação de consulta e falta de vaga.

No plano relacional, porém, a APS preserva ativos importantes. Os usuários atribuíram médias de 4,21 tanto ao sentimento de serem ouvidos e respeitados quanto à percepção de segurança e privacidade durante os atendimentos. Nos campos abertos, os principais pontos positivos foram acolhimento/respeito e profissionais. Isso indica que, mesmo em cenários de difícil acesso, há reconhecimento da qualidade relacional da equipe quando o encontro assistencial efetivamente acontece.

A maior fratura percebida pelos usuários aparece na interface com a rede especializada. Embora o encaminhamento pela UBS tenha média alta, 85,7% afirmaram que a demora para conseguir exames ou especialista atrapalha o tratamento, e a continuidade após o encaminhamento, embora razoável, não compensa integralmente esse estrangulamento. Esse achado converge fortemente com as respostas de trabalhadores e gestores e sugere que a rede e a regulação constituem o principal ponto de bloqueio entre a reorganização interna da APS e a resolutividade percebida pela população.

Outro ponto crítico foi a participação social. Onze dos quatorze usuários responderam de forma desfavorável ao item sobre saber como reclamar, sugerir melhorias ou pedir informação na UBS. Média semelhante apareceu no item sobre a UBS escutar reclamações e tentar melhorar quando recebe sugestões. Assim, ainda que o cotidiano assistencial preserve acolhimento interpessoal, os canais institucionais de voz do usuário parecem frágeis, pouco visíveis ou pouco efetivos.

Figura 6. Principais dificuldades relatadas pelos usuários.



Fonte: Elaborado pelos autores.

As sugestões de melhoria apresentadas pelos pacientes reforçam demandas concretas e operacionais: ampliar horários, reduzir tempo de espera, melhorar a regulação, aumentar número de médicos e profissionais, garantir medicação e exames, ofertar atendimento domiciliar para quem tem dificuldade de deslocamento e abrir a UBS em horários alternativos, inclusive aos sábados. Trata-se de um repertório de demandas muito aderente ao cotidiano real do acesso, o que reforça a ideia de que a avaliação do usuário tende a ser menos normativa e

mais pragmática: a política será percebida como boa se reduzir esperas, facilitar entrada, garantir seguimento e tornar o percurso do cuidado mais fluido.

“Que os horários de atendimento fossem estendidos para o horário de almoço.”

“Melhorar o sistema de regulação.”

“Que não demorasse mais de uma hora para entrar em uma consulta médica.”

A leitura integrada dos três grupos revela uma convergência importante: o núcleo conceitual da política - vínculo, território, acompanhamento longitudinal e equidade - é reconhecido como pertinente. Gestores e trabalhadores identificam ganhos nessas dimensões, e mesmo os usuários valorizam acolhimento, respeito e continuidade quando o cuidado acontece. O problema central não está na direção geral da portaria, mas na insuficiência dos meios para realizá-la plenamente.

Também há um segundo ponto de convergência, talvez ainda mais forte: rede/regulação, falta de equipe, sistemas fragmentados e excesso de registros surgem repetidamente como limitadores da política. Nos gestores, isso aparece como falta de pessoal e burocracia; nos trabalhadores, como sobrecarga, retrabalho e rede lenta; nos usuários, como demora, dificuldade de marcação, horários inadequados e obstáculos no acesso à atenção especializada. Portanto, a política parece estar gerando maior exigência organizacional sobre a APS sem que o restante do sistema acompanhe na mesma velocidade.

O terceiro achado transversal é o descompasso entre mudança interna e visibilidade externa. As equipes percebem reorganização, mas os usuários não enxergam melhora equivalente. Essa diferença é, por si só, um resultado relevante: mostra que a implementação de uma política pública não se completa quando altera planilhas, fluxos ou monitoramentos; ela se completa quando o usuário sente que o acesso ficou mais fácil, o seguimento mais estável e a resposta do serviço mais rápida e justa.

Por fim, a equidade aparece como horizonte parcialmente atingido. Os questionários sugerem maior capacidade de identificar pessoas vulneráveis e mais valorização do território, mas também mostram persistência de barreiras estruturais e episódios em que usuários quase deixaram de ser atendidos por falta de vaga, horário ou informação. Em síntese, a política ampliou a inteligibilidade da vulnerabilidade, mas ainda não garantiu, de forma homogênea, a remoção dos obstáculos que produzem desigualdade no cuidado.

Figura 7. Quadro-síntese interpretativo dos achados por grupo.

Quadro-síntese interpretativo

Grupo	Ganho mais visível	Obstáculo mais forte	Leitura interpretativa
Gestores	Vínculo/território; organização do cuidado; monitoramento	Falta de equipe; burocracia; infraestrutura; rede	Apoio cauteloso: reconhecem coerência da política, mas apontam insuficiência dos meios.
Trabalhadores	Organização dos fluxos; vínculo/território; equidade	Rede/regulação; sistemas; registros; sobrecarga; falta de equipe	Aderem mais à direção normativa do que ao modo como ela foi implementada.
Usuários	Acolhimento/respeito; qualidade relacional dos profissionais	Tempo de espera; horários; regulação; dificuldade para reclamar/sugerir	Mudanças internas ainda não se traduziram em <u>melhora</u> visível e consistente do acesso.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Síntese Detalhada dos Itens Avaliativos

Considerando que não foi aplicado limite máximo de páginas à versão final, foram preservadas as tabelas item a item dos formulários, de modo a manter a rastreabilidade dos achados quantitativos e facilitar a revisão do manuscrito antes da submissão.

Tabela 1. Resumo item a item do formulário dos gestores.

Item	Média	% 4-5	% 1-2
1. Eu compreendo bem como a Portaria 161/2024 afeta o financiamento relacionado ao vínculo e acompanhamento territorial.	3,70	70,0%	10,0%
2. A UBS recebeu orientações claras e suficientes para implementar as mudanças de 2024.	3,10	40,0%	20,0%
3. A UBS conseguiu implementar rotinas relacionadas ao vínculo/acompanhamento territorial de forma organizada.	3,30	30,0%	0,0%
4. A implementação exigiu mudanças relevantes no cotidiano (fluxos, agenda, registros, reuniões).	3,80	60,0%	10,0%
1. O novo modelo aumentou a previsibilidade/clareza para planejamento local.	3,20	30,0%	10,0%
2. As mudanças de 2024 influenciaram prioridades e decisões de gestão na UBS.	3,60	60,0%	10,0%
3. O monitoramento dos novos indicadores e resultados ficou mais estruturado após 2024.	3,90	70,0%	10,0%

Item	Média	% 4-5	% 1-2
4. O acompanhamento dos novos indicadores melhorou a capacidade da UBS de identificar problemas e agir.	3,40	50,0%	10,0%
5. O modelo aumentou a carga administrativa/burocrática na gestão.	4,30	80,0%	10,0%
1. Após 2024, houve melhora na organização do processo de trabalho (agenda, acolhimento e fluxos).	3,70	60,0%	0,0%
2. O modelo incentivou ações de busca ativa e acompanhamento longitudinal dos usuários.	4,20	90,0%	0,0%
3. A UBS passou a ter maior clareza sobre a população adscrita e responsabilidade territorial.	3,50	60,0%	20,0%
4. O modelo favoreceu visitas domiciliares/territoriais e ações coletivas quando necessárias.	4,10	70,0%	10,0%
1. A qualidade do cuidado (resolutividade, continuidade e coordenação) melhorou após 2024.	3,50	40,0%	0,0%
2. O modelo fortaleceu o vínculo equipe-usuário (continuidade, confiança e seguimento).	3,70	60,0%	0,0%
3. O modelo favorece um cuidado mais humanizado e centrado no usuário.	3,90	60,0%	0,0%
4. A pressão por metas/indicadores atrapalha a qualidade do cuidado (por priorizar “número” em vez de necessidade).	3,90	70,0%	10,0%
1. As estratégias de equidade do modelo de 2024 favoreceram o acesso de grupos vulneráveis.	3,70	50,0%	0,0%
2. A UBS consegue identificar e priorizar usuários em maior vulnerabilidade de forma mais efetiva após 2024.	3,60	50,0%	10,0%
3. O modelo reduziu desigualdades no cuidado dentro do território.	3,30	40,0%	30,0%
4. Persistem barreiras estruturais (equipe, rede, transporte, violência, tecnologia) que limitam a equidade, apesar do novo modelo.	4,50	90,0%	0,0%
1. A articulação da UBS com a rede (regulação, especialidades, vigilância, assistência social) melhorou após 2024.	3,10	40,0%	30,0%
2. A UBS dispõe de canais efetivos de escuta e participação	3,70	60,0%	20,0%

Item	Média	% 4-5	% 1-2
popular (conselho local, ouvidoria, reuniões).			
3. A participação social tem influência real em decisões e ajustes do processo de trabalho na UBS.	3,50	50,0%	10,0%
1. Em comparação ao Previne Brasil, o modelo atual é mais alinhado à longitudinalidade e acompanhamento.	3,70	50,0%	10,0%
2. Em comparação ao Previne Brasil, o modelo atual é mais justo do ponto de vista de equidade.	3,40	40,0%	20,0%
3. Em comparação ao Previne Brasil, o modelo atual é mais complexo e difícil de operacionalizar.	3,50	70,0%	20,0%
4. No balanço geral, o modelo de 2024 é melhor que o anterior para fortalecer a APS.	3,50	40,0%	10,0%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 2. Resumo item a item do formulário dos trabalhadores.

Item	Média	% 4-5	% 1-2
1. Eu entendo as principais mudanças do modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde no SUS (Portaria 161/2024) em relação ao anterior (Previne Brasil).	2,75	30,0%	35,0%
2. A UBS organizou bem a comunicação interna sobre o que mudou e o que era esperado da equipe.	2,70	40,0%	45,0%
3. As orientações recebidas sobre as mudanças que ocorreram com o novo modelo de financiamento foram claras e suficientes.	2,70	45,0%	50,0%
4. Desde 2024, as mudanças impactaram meu trabalho cotidiano de forma perceptível.	3,25	40,0%	20,0%
1. Após 2024, aumentou a cobrança por metas/indicadores na rotina da equipe.	4,05	75,0%	15,0%
2. Os indicadores/metadados ajudam a priorizar ações importantes para o cuidado da população.	3,75	60,0%	20,0%
3. Os indicadores/metadados fazem a equipe priorizar “o que pontua” mais do que “o que o usuário precisa”.	3,85	65,0%	15,0%
4. Aumentou a carga de registros/sistemas (ex.: fichas, SISAB, relatórios) após 2024.	3,70	65,0%	20,0%
5. O aumento de registros/sistemas reduz o tempo	3,70	60,0%	20,0%

Item	Média	% 4-5	% 1-2
disponível para atendimento/cuidado direto.			
6. Existem retrabalhos/gargalos nos sistemas e nos registros que dificultam cumprir o que é solicitado.	4,50	80,0%	0,0%
7. A UBS tem rotinas de monitoramento e devolutiva (reuniões, painéis, acompanhamento) que ajudam a equipe.	3,20	45,0%	25,0%
1. A divisão de tarefas na equipe ficou mais clara após 2024.	3,15	35,0%	25,0%
2. A comunicação entre profissionais/categorias melhorou após 2024.	3,00	35,0%	30,0%
3. A pressão por metas/indicadores aumentou tensões ou conflitos no trabalho em equipe.	4,05	65,0%	10,0%
4. A UBS fez ajustes úteis em agenda/acolhimento/fluxos para atender melhor após 2024.	3,35	60,0%	25,0%
1. O modelo atual incentiva acompanhamento longitudinal (seguir a pessoa ao longo do tempo).	3,30	55,0%	20,0%
2. A equipe consegue manter melhor vínculo/continuidade com usuários (retornos e seguimento).	3,65	60,0%	5,0%
3. A busca ativa e o acompanhamento de paciente com pouca adesão e/ou pacientes crônicos aumentaram após 2024.	3,45	50,0%	10,0%
4. A UBS tem maior clareza sobre população adscrita/território e responsabilidade da equipe.	3,70	60,0%	10,0%
5. Visitas domiciliares/territoriais e ações coletivas têm sido mais valorizadas/organizadas.	3,95	65,0%	5,0%
1. A coordenação do cuidado com a rede (regulação, especialidades, exames) melhorou após 2024.	3,40	55,0%	25,0%
2. A dificuldade de acesso à rede (fila, demora, contrarreferência) limita o efeito do novo modelo.	4,15	75,0%	5,0%
3. A articulação com vigilância/assistência social/escola contribui para acompanhar melhor casos complexos.	3,60	55,0%	15,0%
1. A resolutividade do cuidado na UBS melhorou após 2024.	3,80	70,0%	15,0%

Item	Média	% 4-5	% 1-2
2. O cuidado ficou mais centrado no usuário (escuta, plano de cuidado, continuidade).	3,70	60,0%	15,0%
3. O modelo favorece um cuidado mais humanizado.	3,55	60,0%	25,0%
4. A pressão por tarefas/registro tem prejudicado a qualidade do cuidado percebida.	3,85	60,0%	15,0%
1. As mudanças de 2024 favoreceram o acesso/cuidado de grupos vulneráveis no meu território.	3,90	70,0%	10,0%
2. A equipe consegue identificar melhor pessoas em vulnerabilidade (ex.: Bolsa Família/BPC, idosos frágeis, crianças pequenas).	4,05	75,0%	5,0%
3. A UBS tem estratégias ativas para equidade (busca ativa, visitas, priorização, ações no território).	3,90	65,0%	10,0%
4. Barreiras estruturais (equipe, infraestrutura, transporte, violência, tecnologia) seguem impedindo garantir equidade.	4,05	75,0%	10,0%
1. Os usuários têm canais reais de escuta/participação (ouvidoria, conselho, reuniões, pesquisas).	3,50	45,0%	10,0%
2. As demandas dos usuários chegam à equipe e geram ajustes no processo de trabalho.	3,20	35,0%	20,0%
3. A UBS dá devolutiva/retorno para a comunidade sobre problemas e melhorias.	3,05	40,0%	25,0%
1. Comparado ao modelo anterior, o atual melhora o acompanhamento longitudinal.	3,40	55,0%	20,0%
2. Comparado ao modelo anterior, o atual é mais justo do ponto de vista de equidade.	3,65	60,0%	10,0%
3. Comparado ao modelo anterior, o atual aumentou a burocracia/carga de trabalho.	3,95	75,0%	15,0%
4. No geral, o modelo de 2024 é melhor do que o anterior para fortalecer a APS.	3,60	65,0%	10,0%
anos	6,35	80,0%	10,0%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Tabela 3. Resumo item a item do formulário dos usuários.

Item	Média	% 4-5	% 1-2
1. Quando preciso, consigo atendimento na UBS com facilidade.	3,93	71,4%	21,4%
2. É fácil marcar consulta ou conseguir acolhimento quando preciso.	3,57	64,3%	28,6%
3. O tempo de espera para ser atendido(a) costuma ser aceitável.	3,07	50,0%	42,9%
4. Os horários e a forma de atendimento da UBS ajudam a população do bairro a conseguir atendimento.	2,29	21,4%	64,3%
5. Recebo informações claras sobre como marcar consulta, exames e retornos.	3,43	57,1%	28,6%
1. Eu consigo retorno/acompanhamento quando preciso (resultado de exame, revisão, controle).	3,64	64,3%	14,3%
2. Eu costumava ser atendido(a) pela mesma equipe/profissionais com alguma frequência. (vínculo)	3,14	57,1%	42,9%
3. Os profissionais demonstram que conhecem minha história e dão continuidade ao cuidado.	3,36	57,1%	35,7%
4. Durante a consulta/atendimento, eu me sinto ouvido(a) e respeitado(a).	4,21	78,6%	14,3%
5. Em geral, meu problema é resolvido na UBS ou eu recebo encaminhamento adequado.	3,57	64,3%	28,6%
6. Eu me sinto bem acolhido(a) desde a recepção/chegada à UBS.	3,57	64,3%	28,6%
7. Eu me sinto seguro(a) e com privacidade durante os atendimentos.	4,21	78,6%	7,1%
1. De 2023 para cá, percebi mudanças no jeito que a UBS funciona	1,79	14,3%	78,6%
2. As mudanças que percebi foram positivas para mim	1,86	14,3%	71,4%
3. Hoje está mais fácil conseguir acompanhamento do que era antes.	2,00	14,3%	57,1%
1. A UBS facilita o atendimento de quem mais precisa (idosos, pessoas com deficiência, baixa renda, etc.).	3,21	42,9%	35,7%
2. Pessoas com mais dificuldade (ex.: pouca renda, deficiência, morar longe) conseguem ser atendidas de forma justa.	3,93	64,3%	7,1%
3. Já deixei de ser atendido(a) ou quase deixei por causa de alguma barreira (falta de vaga,	4,29	85,7%	14,3%

Item	Média	% 4-5	% 1-2
horário, documento, informação)			
4. A UBS faz busca ativa/ajuda quem falta ou quem precisa de acompanhamento (ex.: crônicos, gestantes, crianças)	2,50	7,1%	28,6%
5. A UBS orienta bem sobre direitos, benefícios e caminhos para quem está em situação mais vulnerável.	3,00	35,7%	35,7%
1. Quando preciso de exames ou especialista, consigo encaminhamento pela UBS.	4,00	71,4%	14,3%
2. A demora para conseguir exame/especialista atrapalha meu tratamento.	4,57	85,7%	0,0%
3. Depois de ir ao especialista/exame, consigo retornar e dar continuidade na UBS.	3,79	71,4%	14,3%
1. Eu sei como reclamar, sugerir melhorias ou pedir informação na UBS.	2,07	14,3%	78,6%
2. Sinto que a UBS escuta as pessoas e tenta melhorar quando recebe reclamações/sugestões.	2,07	7,1%	57,1%
3. Já fui convidado(a) a participar de grupo, reunião ou atividade da UBS.	3,36	57,1%	35,7%
4. Participar de grupos/atividades da UBS ajuda a melhorar minha saúde e meu cuidado.	2,93	35,7%	28,6%
1. No geral, estou satisfeito(a) com o atendimento da UBS.	3,00	50,0%	42,9%
2. Comparando com anos anteriores, o atendimento da UBS melhorou.	2,36	28,6%	57,1%
3. Eu recomendaria esta UBS para um familiar/amigo.	3,43	57,1%	35,7%

Fonte: Elaborado pelos autores.

CONCLUSÃO

A análise dos formulários permite concluir que a Portaria SAPS/MS nº 161/2024 produziu efeitos organizacionais reais na Atenção Primária à Saúde, especialmente ao reforçar a centralidade do vínculo, do território, do cadastro, do acompanhamento longitudinal e da identificação de vulnerabilidades. Gestores e trabalhadores reconheceram que a política influenciou fluxos, agendas, registros, reuniões, monitoramento de indicadores e prioridades de gestão. No entanto, esses efeitos foram percebidos de forma mais intensa no interior das equipes e da gestão do que na experiência concreta dos usuários.

O principal achado do estudo é que a política apresenta direção normativa coerente com os princípios da APS, mas sua implementação ainda encontra limites importantes no cotidiano das UBS. A proposta de fortalecer o acompanhamento territorial e ampliar a responsabilização sanitária foi reconhecida como pertinente, porém aparece atravessada por problemas estruturais já existentes, como insuficiência de profissionais, sobrecarga assistencial, fragilidade da rede de atenção, dificuldades na regulação, sistemas pouco integrados e excesso de demandas administrativas. Assim, a portaria parece ter aumentado a exigência organizacional sobre as unidades sem, necessariamente, garantir todos os meios necessários para que essa reorganização se converta em melhora assistencial efetiva.

Entre os gestores, observou-se adesão cautelosa. Houve reconhecimento de que o novo modelo favorece maior organização do cuidado, acompanhamento de indicadores e valorização do território. Contudo, essa avaliação positiva foi acompanhada pela percepção de aumento da burocracia e pela constatação de que a implementação depende de condições que ultrapassam a capacidade local de gestão. Falta de equipe, dificuldade de cobertura durante afastamentos, expansão territorial sem suporte logístico adequado e necessidade de novas UBS apareceram como fatores que limitam a potência transformadora da política.

Entre os trabalhadores, o dado mais relevante foi a distância entre a vivência prática da política e sua compreensão formal. Muitos profissionais perceberam mudanças no cotidiano, especialmente na cobrança por metas, registros e indicadores, mas relataram baixa clareza sobre o conteúdo da portaria e insuficiência das orientações recebidas. A diferença entre trabalhadores capacitados e não capacitados sugere que a educação permanente é componente decisivo da implementação. Sem formação adequada, o risco é que a política seja percebida principalmente como aumento de cobrança, e não como estratégia de reorganização do cuidado.

No olhar dos usuários, apareceu o contraste mais importante da análise. Embora gestores e trabalhadores reconheçam mudanças internas na organização do serviço, a maioria dos usuários não percebeu melhora concreta desde 2023. Esse achado evidencia que a efetividade de uma política pública não pode ser medida apenas pela alteração de fluxos, indicadores ou processos internos. Para o usuário, a política se torna concreta quando reduz tempo de espera, facilita a marcação de consultas, amplia o acesso, melhora a continuidade do cuidado, garante exames e especialistas em tempo oportuno e torna a resposta da UBS mais ágil e resolutiva.

Apesar das críticas, os usuários avaliaram positivamente aspectos relacionais do cuidado, como escuta, respeito, privacidade e segurança durante os atendimentos. Isso sugere que a APS mantém um ativo importante: a qualidade do encontro entre profissionais e usuários quando o acesso efetivamente ocorre. O problema principal não parece estar no vínculo

interpessoal estabelecido durante a consulta, mas nas barreiras de entrada, permanência e continuidade do cuidado.

A rede de atenção e a regulação constituem um dos principais pontos de bloqueio identificados. Gestores, trabalhadores e usuários convergiram ao apontar que a dificuldade de acesso a exames, especialistas e outros pontos da rede limita a resolutividade da APS. Esse resultado reforça que a implementação da Portaria SAPS/MS nº 161/2024 não depende apenas da organização interna das UBS. Mesmo que a Atenção Primária qualifique o cadastro, acompanhe melhor seus indicadores e identifique pessoas vulneráveis, sua capacidade de resposta continuará limitada se a rede especializada permanecer lenta, fragmentada ou insuficiente.

Dessa forma, os achados sugerem que a Portaria SAPS/MS nº 161/2024 possui potencial para fortalecer a APS, mas esse potencial permanece condicionado à capacidade de enfrentar obstáculos concretos da implementação. A política recoloca dimensões importantes no centro do debate, como vínculo, território, cadastro, acompanhamento e equidade, mas sua efetividade depende de investimento em pessoas, formação, infraestrutura, tecnologia, integração da rede e escuta da comunidade. O desafio, assim, é transformar reorganização administrativa em melhoria assistencial visível: menos espera, mais acesso, maior continuidade, maior resolutividade e cuidado mais justo para quem depende da Atenção Primária.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Centro Universitário de Brasília (CEUB), ao Programa de Iniciação Científica (PIC/CEUB), ao professor orientador Conrado Carvalho Horta Barbosa e aos gestores, trabalhadores e usuários das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Federal que contribuíram para a realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS - NOB 01/1996**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654/GM/MS, de 19 de julho de 2011. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436/GM/MS, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979/GM/MS, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.331/GM/MS, de 2 de junho de 2022. Institui o Programa Nacional de Qualidade da Atenção Primária à Saúde (QualiAB)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAPS/MS nº 161, de 10 de dezembro de 2024**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 dez. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Recomendação nº 053/2019: sobre a revogação do Previne Brasil**. Brasília: CNS, 2019.

DE SETA, Marismar Horst; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. **Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 2, p. 3465-3474, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.33392020.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. Brasília: Liber Livro, 2008.

HARZHEIM, Erno. **“Previne Brasil”: bases da reforma da Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1189-1196, abr. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Desigualdades no financiamento da saúde municipal**. Brasília: IPEA, 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, Rosana Maria; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra. **A análise de conteúdo como uma metodologia**. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, v. 47, n. 165, p. 1044-1066, 2017. DOI: 10.1590/198053143988.

MENDONÇA, Fernanda de Freitas; LIMA, Luciana Dias de; PEREIRA, Ana Maria Malik; MARTINS, Carla Pereira. **As mudanças na política de atenção primária e a**

(in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023. DOI: 10.1590/0103-1104202313701.

OLIVEIRA, João Lucas; VIERA, Cláudia Silveira; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira. **Desafios da avaliação da qualidade na APS no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 1661-1670, 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção primária à saúde: um caminho para a cobertura universal.** Brasília: OPAS, 2018.

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