

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO



PANORAMA DA APS NO SUS: CENSO NACIONAL DAS UBS 2024

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das UBS 2024

2025

Copyright © 2025 by Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde (APS)

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ministro de Estado da Saúde

Alexandre dos Santos Padilha

Secretária de Atenção Primária à Saúde

Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas

Edição Geral

Audrey Fischer

Dirceu Dilmar Klitzke

Elaboração, atualização e revisão técnica

Carlos Pilz

Danilo Teixeira Fernandes

Elaine Cristina Moreira Marques

Elisandréa Sguarion Kemper

Gabriela da Silva Formoso

Hannah Gabrielle de Siqueira

Jessica Pereira da Costa

Joyce Regina dos Santos Monteiro da Silva

Maíra Andrade Scavazza

Maria Aparecida Moreira Martins

Sávio Adriano Marcelo Abranches Chaves

Sofia Nader de Araújo

Tiago Machado de Alencar

REDE DE PESQUISA EM APS ABRASCO

Edição Geral

Ligia Giovanella

Luiz Augusto Facchini

Elaboração, atualização e revisão técnica

Alaneir de Fátima dos Santos

Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Aylene Emilia Moraes Bousquat

Bruna Venturin

Elaine Thumé

Elaine Tomasi

Janaína Duarte Bender

Maria Helena Magalhães de Mendonça

Patty Fidelis de Almeida

Paulo Henrique dos Santos Mota

Rosana Aquino

Simone Schenkman

Organização Pan-Americana da Saúde

Maria Silvia Fruet

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Panorama da APS no SUS [livro eletrônico] : Censo Nacional das UBS 2024 / organização Secretaria de Atenção Primária à Saúde Ministério da Saúde, Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO. -- Brasília, DF : Ed. do Autor, 2025. PDF

Vários autores.
ISBN 978-65-01-81876-4

1. Saúde pública - Brasil 2. SUS (Sistema Único de Saúde) I. Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde Ministério da. II. ABRASCO, Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde.

25-319096.3

CDD-362.10981

Índices para catálogo sistemático:

1. Sistema Único de Saúde : Saúde pública : Reforma : Problemas sociais 362.10981

Livia Dias Vaz - Bibliotecária - CRB-8/9638

Sumário

Apresentação	4
Prefácio	5
Agradecimentos	9
Introdução	10
1. Estrutura das Unidades Básicas de Saúde	17
Aylene Bousquat, Bruna Camilo de Souza Lima e Silva, Camila Zanutto Cardillo, Carlos Pilz, Elaine Cristina Moreira Marques, Elisandréa Sguario Kemper, Gabriela da Silva Formoso, Graziela Tavares Ribeiro, João Victor Inglês de Lara, Maria de Lourdes Ribeiro, Paulo Henrique Gomes da Silva, Paulo Henrique dos Santos Mota, Sabrina Lopes França, Simone Schenkman, Sueli Zeferino Ferreira Almeida	
2. Saúde digital e inovações tecnológicas nas UBS brasileiras	70
Alaneir de Fátima dos Santos, Janaína Duarte Bender, Camila Zanutto Cardillo, Carlos Pilz, Cesar Macieira, Daniela Pena Moreira, Elaine Cristina Moreira Marques, Samara Carolina Rodrigues, Elaine Thumé	
3. Territorialização, promoção da saúde, vigilância em saúde e controle social nas UBS brasileiras	114
Luiz Augusto Facchini, Rosana Aquino, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Joyce Regina dos Santos Monteiro, Rebeca de Castro, Ana Júlia Tomasini, Maria Aparecida Moreira Martins, Selma Akabane, Selaide Rowe Camargo, Bruna Venturin	
4. Escopo de práticas nas UBS brasileiras	162
Elaine Tomasi, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Elaine Thumé, Janaína Duarte Bender, Maria Aparecida Moreira Martins, Camila Zanutto Cardillo, Sueli Zeferino Ferreira Almeida, Layza Santos, Hannah Gabriela de Siqueira	
5. Saúde bucal nas UBS brasileiras	220
Patty Fidelis de Almeida, Bruna Venturin, Joana Danielle Brandão Carneiro, Eduarda de Oliveira, João Victor Inglês de Lara, Carlos Pilz, Doralice Severo da Cruz, Edson Hilan Gomes de Lucena	
6. Coordenação do cuidado, integração à rede, mecanismos de regulação assistencial para acesso à atenção especializada e cuidado compartilhado nas UBS brasileiras	244
Ligia Giovanella, Patty Fidelis de Almeida, Simone Schenkman, Elisandréa Sguario Kemper, Bruna Camilo de Souza Lima e Silva, Flávia Soares Pessoa, Ligia de Gaia Azevedo de Oliveira, Maria Silvia Fruet, Olivia Lucena de Medeiros, Rebeca de Castro Oliveira, Regina Silva Futino, Sofia Nader de Araújo, Thaís da Silva Sabião	
7. Atuação dos agentes comunitários de saúde, ações territoriais, comunitárias e de promoção da equidade nas UBS brasileiras	285
Maria Helena Magalhães de Mendonça, Elaine Tomasi, Joyce Regina dos Santos Monteiro da Silva, Maria Aparecida Moreira Martins, Izabela Amaral Caixeta, Mariangela Uhlmann Soares, Felipe Soares Amaral, Juliana Michelotti Fleck, Luciana Pelucio Ferreira, Bruna Venturin, Roberta de Vilhena Pires, Aline da Silva Lopes, Rosana Aquino	
Equipe da Rede APS de apoio à coleta de dados do Censo Nacional das UBS 2024	323
Lista de siglas	326

Apresentação

O Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é uma iniciativa estratégica do Ministério da Saúde, coordenada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS/MS) com apoio técnico-científico da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). A ação contou com a cooperação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), reforçando o compromisso coletivo com o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

Realizado em 2024, o Censo marca um passo importante no processo de institucionalização da avaliação da APS no Sistema Único de Saúde (SUS), em uma perspectiva tripartite e colaborativa, reafirmando os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação social. O levantamento buscou traçar um diagnóstico nacional abrangente sobre a estrutura e o funcionamento das UBS, abordando desde as condições de infraestrutura e os processos de trabalho das equipes até a incorporação de tecnologias digitais, telessaúde, o escopo de ações e serviços ofertados e os mecanismos de coordenação do cuidado e integração à rede de atenção à saúde.

Com base em um questionário eletrônico respondido por profissionais responsáveis pelas UBS em todo o território nacional, o Censo reuniu informações de cerca de 45 mil unidades em funcionamento, constituindo a mais ampla base de dados já produzida sobre a APS brasileira. O instrumento utilizado reflete os atributos essenciais da APS e as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), possibilitando a análise integrada de dimensões estruturais, organizacionais e assistenciais das unidades básicas de saúde.

Os resultados aqui apresentados constituem subsídio estratégico para a formulação, o monitoramento e o aprimoramento de políticas públicas no âmbito do SUS. O Censo das UBS fortalece a capacidade analítica e de planejamento da SAPS e das gestões estaduais e municipais, contribuindo para orientar investimentos em infraestrutura, modernização tecnológica, qualificação da força de trabalho e ampliar o acesso e a qualidade dos serviços prestados à população.

A consolidação deste diagnóstico nacional é fruto de um esforço coletivo que envolveu gestores, profissionais e pesquisadores e instituições parceiras, todos comprometidos com a melhoria contínua da Atenção Primária à Saúde no SUS.

Ao realizar o Censo das UBS, o Ministério da Saúde reafirma seu compromisso com a produção e o uso de evidências qualificadas para orientar decisões, fortalecer a APS como coordenadora do cuidado, ordenadora da rede de atenção e consolidá-la como a base estruturante do sistema público de saúde no Brasil.

Ana Luiza F. R. Caldas

Secretária de Atenção Primária à Saúde

Prefácio

O lançamento do e-book Panorama da APS no SUS: Censo Nacional das UBS 2024 coincide com um momento crucial de retomada e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), impulsionado pela nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde (APS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa iniciativa ocorre após quase uma década de restrições orçamentárias e pressões neoliberais que fragilizaram a capacidade de resposta do SUS (Facchini, Tomasi & Thumé, 2021; Giovanella et al., 2020; Rede de Pesquisa em APS, 2022). A revitalização da ESF reafirma o compromisso do Estado brasileiro com a APS como eixo estruturante do sistema, base territorial do cuidado e expressão concreta do direito universal à saúde.

A ESF consolidou-se, ao longo das últimas três décadas, como referência nacional e internacional na organização dos sistemas públicos de saúde. Evidências científicas acumuladas demonstram seu impacto positivo sobre a ampliação do acesso, a melhoria dos indicadores de saúde e a redução das desigualdades (Facchini et al., 2006; Facchini, Tomasi & Dilélio, 2018; Macinko et al., 2010; Aquino et al., 2009; Giovanella et al., 2021). Entretanto, o país carecia de um diagnóstico abrangente e atualizado sobre a rede de atenção básica, capaz de revelar os resultados das políticas implementadas e orientar os ajustes necessários frente às transformações sociais, demográficas, tecnológicas e epidemiológicas em curso.

Nesse contexto, o **Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do SUS** constituiu mais um marco na avaliação da APS no Brasil. O inquérito, de natureza transversal e abrangência nacional, contemplou a totalidade das 44.938 UBS ativas em 2024, todas validadas pelos gestores municipais, conferindo-lhe máxima representatividade. O processo mobilizou intensamente todo o país, resultando em um banco de dados com mais de mil variáveis, organizadas em quinze dimensões e 141 questões de estudo.

O principal objetivo do Censo foi produzir um diagnóstico detalhado e atualizado sobre a estrutura física, os recursos humanos, os equipamentos, os processos de trabalho e a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito da APS. Os resultados reúnem evidências essenciais para subsidiar o planejamento, a gestão e a formulação de políticas públicas, orientando decisões estratégicas e investimentos nas três esferas de gestão do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade resolutiva e da equidade da APS.

Realizada entre junho e setembro de 2024, a coleta de dados utilizou um questionário eletrônico autodeclarado, implementado na plataforma e-Gestor AB, combinando rigor técnico, inovação e agilidade. O processo incorporou mecanismos de controle de qualidade, validação das respostas e verificação de consistência, assegurando fidedignidade e completude das informações obtidas.

A coordenação nacional do estudo foi conduzida por equipe técnica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) do Ministério da Saúde, em estreita parceria com a Rede

de Pesquisa em APS da Abrasco, com apoio institucional da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Esse arranjo expressa um modelo exemplar de cooperação entre o SUS e a comunidade científica, sustentado pela gestão tripartite — Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Nas unidades federativas, o diálogo entre Secretarias Estaduais de Saúde, Cosems e universidades públicas foi mediado por pesquisadores, facilitadores e animadores da Rede de Pesquisa em APS, configurando uma estrutura colaborativa e descentralizada de governança.

Essa articulação em rede foi decisiva para a magnitude do processo organizacional que culminou na realização do Censo. A integração entre gestores e pesquisadores garantiu a efetividade das etapas de planejamento, coleta e processamento de dados, além da validação técnica e analítica dos resultados. A iniciativa demonstrou a capacidade do SUS de mobilizar-se nacionalmente, permitindo captar informações em tempo recorde em todas as regiões do país — mesmo diante de adversidades, como a catástrofe climática no Rio Grande do Sul, que impactou o cronograma do trabalho de campo.

A elaboração do instrumento de coleta de dados do Censo foi orientada pela abordagem abrangente de APS que fundamenta a Estratégia Saúde da Família, de orientação comunitária, territorial, de qualidade e efetiva, bem integrada à rede regionalizada de atenção à saúde do SUS.

A abordagem de APS integral sustenta-se em equipes multiprofissionais com trabalho interprofissional e colaborativo; enfoque territorial e comunitário; vigilância em saúde e responsabilização da saúde da população de determinado território; participação social e mediação de ações intersetoriais para promoção da saúde; escopo ampliado das ações individuais e coletivas; coordenação do cuidado e integração à rede regionalizada; abordagem intercultural; orientação para promoção da equidade, e valorização da força de trabalho na APS, incluindo a universalização da educação permanente.

A partir destes atributos foi elaborada uma matriz de análise organizada em dimensões e componentes e definidas questões sobre práticas direcionadas à efetiva implementação e universalização da APS com equidade.

O e-book Panorama da APS no SUS sintetiza, em sete capítulos temáticos, a amplitude e a complexidade do Censo. São exploradas as condições estruturais das UBS, a diversidade de modelos de atenção e composição das equipes multiprofissionais, a formação, qualificação e educação permanente dos profissionais, a disponibilidade de equipamentos e recursos de saúde digital, o escopo das práticas e ações de saúde, a atenção à saúde bucal, a promoção da saúde e vigilância, as ações comunitárias e de equidade, além da coordenação do cuidado e integração com as redes regionais de atenção.

O Censo das UBS representa uma iniciativa de relevância internacional, ao colocar o Brasil entre os raros países que dispõem de dados nacionais, atuais e abrangentes sobre a APS.

A escala e o rigor técnico do levantamento consolidam o SUS como referência mundial na institucionalização da avaliação da APS. O Censo reafirma, ainda, a liderança do Ministério da Saúde na condução de políticas baseadas em evidências, fortalecendo a capacidade do Estado de planejar e coordenar o sistema de saúde de forma integrada e territorialmente orientada. A Ministra Nísia Trindade Lima reconheceu a relevância do Censo para informar a política nacional em momento de reconstrução do SUS e garantiu a realização do diagnóstico.

Os resultados revelam um sistema dinâmico e em transformação, com avanços expressivos em conectividade, estrutura e práticas assistenciais, mas também com desafios persistentes relacionados à equidade, qualidade e integralidade do cuidado. As evidências produzidas oferecem subsídios concretos para aperfeiçoar o desempenho da APS, reafirmando o papel da ESF como eixo estruturante do SUS e principal via de acesso da população ao sistema de saúde.

Por fim, destaca-se o caráter inovador e colaborativo do Censo, que reuniu universidades públicas, instituições de pesquisa, gestores e profissionais de saúde em um esforço conjunto de alcance nacional. Essa experiência fortaleceu a institucionalização da avaliação da APS, promoveu integração entre academia e gestão pública e reafirmou o compromisso coletivo com a qualidade, o acesso universal e o cuidado integral. O Panorama da APS brasileira é, assim, uma expressão do amadurecimento do SUS e um marco na trajetória de construção de um sistema público de saúde orientado pelas necessidades da população e sustentado por conhecimento científico de excelência.

Luiz Augusto Facchini e Lúcia Giovanella
pela Rede de Pesquisa em APS - Abrasco

Referências

Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87–93.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2006;11(3):669–81.

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, organizadores. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012–2018 [e-book]. São Leopoldo: Oikos; 2021.

Facchini, Tomasi, Dilélio. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 208- 223, 2018.

Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, Almeida PF, Sardinha LMV, Vieira MLFP. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Cienc Saude Colet*. 2021;26:2543–56.

Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? *Cienc Saude Colet*. 2020;25(4):1475–82.

Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo PF, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(12):2149–60.

Rede de Pesquisa em APS, organizador. Bases para uma Atenção Primária à Saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições [Internet]. Rio de Janeiro: Abrasco; 2022 [citado 2025 ago 19]. 111 p. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/07/e-book.pdf>

Agradecimentos

Registramos nossos agradecimentos:

Ao Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), pelas contribuições em todo o processo na elaboração do instrumento, na implementação e coleta de dados e na governança do Censo.

Aos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e seus apoiadores em todos os estados, à gestão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e as Coordenações Estaduais e Municipais de Atenção Básica pelo apoio à adesão e na coleta de dados do Censo.

Um especial agradecimento aos profissionais das equipes de APS responsáveis pelo preenchimento das informações em cada UBS.

Aos colegas da Rede de Pesquisa em APS da Abrasco que atuaram na coordenação, facilitação e animação do Censo em todas as unidades da federação, municípios e UBS, pela parceria e trabalho conjunto.

À Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde pela liderança e condução do Censo Nacional das UBS do SUS.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil está historicamente vinculada à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e à construção de um modelo de atenção orientado pelos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social (Brasil, 1990; Paim, 2018). Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, a APS foi definida como eixo estruturante das ações e serviços de saúde, em consonância com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os princípios consagrados na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), reafirmados posteriormente pela Declaração de Astana (OMS, 2018).

A APS é responsável por garantir o acesso contínuo e resolutivo às ações e serviços de saúde, coordenar o cuidado e organizar os fluxos assistenciais desempenhando papel central na estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Mendes, 2011; Starfield, 2002). Sua atuação visa assegurar que o cuidado seja ofertado de forma integral, longitudinal e centrada nas pessoas, famílias e comunidades, contribuindo para a efetividade, a eficiência e a equidade dos sistemas de saúde (Starfield et al., 2005; Macinko & Harris, 2015).

Na sua consolidação, a APS brasileira tem se orientado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo prioritário de organização do cuidado (Brasil, 1997; 2006). A ESF incorpora os princípios da territorialização, adscrição populacional e abordagem interprofissional, favorecendo o vínculo entre equipe e comunidade e fortalecendo a responsabilidade sanitária local. Estudos nacionais e internacionais apontam a ESF como uma das experiências de APS de maior escala e impacto no mundo, associada à redução de internações por condições sensíveis à atenção primária, melhoria de indicadores de saúde e diminuição de desigualdades regionais (Macinko, Guanais & Souza, 2006; Rasella et al., 2018; Aquino & Vilasbôas, 2025).

Desde os anos 1990, o Ministério da Saúde (MS) tem implementado políticas e instrumentos voltados à qualificação da APS, com foco na ampliação do acesso, melhoria da qualidade, modernização da infraestrutura e aprimoramento do financiamento federal, reafirmando a estratégia de APS como base para a promoção da equidade em saúde e para a sustentabilidade do sistema público.

A avaliação da APS é uma função estratégica e contínua de gestão, essencial para o monitoramento do desempenho dos serviços e para a formulação de políticas baseadas em evidências (Hartz & Contandriopoulos, 2004; Donabedian, 1980). A realização de diagnósticos situacionais abrangentes permite identificar avanços, fragilidades e desigualdades regionais, subsidiando decisões de investimento, planejamento e intervenção.

Nesse cenário, o Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi concebido como uma iniciativa estratégica da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (SAPS/MS), em alinhamento aos esforços de modernização e fortalecimento

da APS no país. O Censo integra o conjunto de ações estruturantes do Governo Federal voltadas à consolidação da rede de atenção básica, em articulação com políticas como o Novo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), o Programa Mais Médicos e o novo modelo de cofinanciamento federal da APS, entre outras iniciativas voltadas à ampliação da capacidade instalada e à melhoria da qualidade da atenção prestada à população.

A realização do Censo das UBS marca a retomada da institucionalização da avaliação da APS no Brasil, em continuidade a experiências anteriores como o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) (2003–2008), a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (2011–2018) (Brasil, 2012; Medina et al., 2014). Essas experiências demonstraram o potencial da avaliação participativa e federativa para o fortalecimento da gestão baseada em evidências e da cultura de monitoramento na APS.

O objetivo central do Censo foi realizar um diagnóstico nacional das condições de infraestrutura e da oferta de serviços da APS, visando atualizar o panorama estrutural e organizacional das unidades básicas, subsidiar o planejamento e a priorização de investimentos e orientar a formulação de políticas públicas baseadas em evidências. O Censo contribui, assim, para o fortalecimento da capacidade resolutiva dos serviços de APS e para a coordenação do cuidado no SUS.

A execução do Censo foi marcada por uma ampla mobilização interinstitucional e cooperação técnico-acadêmica. A iniciativa foi conduzida em coordenação conjunta da SAPS/MS com a Rede de Pesquisas em APS da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e contou com a parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS). Também participaram instituições acadêmicas, entidades profissionais e da saúde coletiva e secretarias estaduais e municipais de saúde, com destaque para o engajamento direto de gestores, coordenadores e trabalhadores das UBS em todo o território nacional. Essa rede de cooperação reforça a concepção da APS como eixo estruturante do sistema de saúde e espaço privilegiado para a integração de políticas públicas no território.

O instrumento de coleta de dados do Censo consistiu em um questionário eletrônico disponibilizado na plataforma pública e-Gestor APS, contendo 141 questões distribuídas em 15 dimensões de análise, abrangendo aspectos de infraestrutura física, recursos humanos, oferta de serviços, integração com a rede e ações intersectoriais (Brasil, 2025). Todo o processo de coleta foi realizado de forma online, e o uso da plataforma pública gratuita assegurou transparência, padronização e abrangência nacional.

A fase de manifestação de interesse dos gestores municipais teve início em 6 de maio de 2024, seguida pela etapa de coleta de dados, conduzida entre 3 de junho e 30 de setembro

de 2024, com prazo estendido para os municípios do Estado do Rio Grande do Sul, em decorrência das situações emergenciais provocadas pelas enchentes, no período.

Intenso processo de mobilização tripartite com ampla participação de gestores e profissionais do MS, SES e SMS e apoiadores da Rede de Pesquisa em APS teve sucesso na adesão dos gestores dos 5.570 municípios do país e respostas de 100% das UBS brasileiras. Foram considerados elegíveis todos os estabelecimentos de saúde da APS cadastrados no SCNES até abril de 2024, totalizando 49.738 Unidades Básicas de Saúde em todo o país. Deste total, 4.026 estabelecimentos foram inativados pelos gestores municipais, por não estarem em funcionamento no período de resposta ou por se tratar de serviço não caracterizado como de APS, obtendo-se respostas de 45.712 estabelecimentos. Após a avaliação de consistência e completude do banco, foram analisados os dados de 44.938 estabelecimentos caracterizados como UBS, com resultados, das 141 perguntas e as suas mais de mil variáveis, apresentados neste livro para o total do país e por grandes regiões.

Os resultados do Censo aqui apresentados foram descritos e analisados em parceria entre os pesquisadores da Rede APS que participaram da condução do Censo em nível nacional e gerentes e técnicos dos diversos departamentos e coordenações da SAPS/MS. Os resultados estão organizados em sete capítulos que agregam temáticas afins das quinze dimensões e componentes do instrumento do Censo listados no Quadro 1.

Quadro 1 — Dimensões e componentes do Censo Nacional das UBS

IDENTIFICAÇÃO DA UBS
COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE APS E GESTÃO E PROCESSO DE TRABALHO o Tipos e número de equipes que atuam na UBS o Profissionais que atuam na UBS o Processo de trabalho das equipes o Tipos de vínculos e contratos de trabalho
CONDIÇÕES DE INFRAESTRUTURA DA UBS o Características estruturais, acessibilidade e ambiência o Adequação do ambiente para atenção às pessoas com deficiência o Disponibilidade de equipamentos e insumos na UBS o Construção, ampliação e reformas da UBS
SAÚDE DIGITAL - INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS DIGITAIS E TELESSAÚDE o Equipamentos de Tecnologia da Informação e acesso à internet o Telessaúde (Teleconsultas, telediagnósticos, segunda opinião formativa) o Uso de prontuário eletrônico (e-SUS APS e outros)
OFERTA E ACESSO A MÉTODOS DIAGNÓSTICOS E MEDICAMENTOS NA UBS o Testes diagnósticos realizados na UBS e coleta de material o Acesso a medicamentos

OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS NA UBS - ESCOPO DE PRÁTICAS DAS EQUIPES - o Saúde sexual e reprodutiva - o Atenção ao Pré-natal e Puerpério - o Detecção, prevenção e rastreamento do câncer de colo do útero e da mama - o Atenção à Criança desde o Nascimento até os Dois Anos de Vida - o Atenção a pessoas com hipertensão arterial sistêmica - o Atenção a pessoas com diabetes mellitus - o Atenção a pessoas com sobrepeso/ obesidade - o Atenção à Pessoa com Tuberculose - o Atenção à Pessoa com Hanseníase - o Atenção em saúde mental - o Atenção à pessoa em situação de violência - o Atenção à saúde da pessoa idosa - o Atenção integral à saúde do homem - o Atenção às pessoas acamadas - o Incentivo à universalização da cobertura vacinal - o Atenção às pessoas com condições pós-covid - o Práticas integrativas e complementares (PICS) - o Atenção às urgências e emergências
PROMOÇÃO DA SAÚDE E AÇÕES INTERSETORIAIS - o Ações e programas de promoção da saúde - o Programa academia da saúde - o Programa saúde na escola - o Ações intersetoriais - o Programa Bolsa Família
VIGILÂNCIA EM SAÚDE
EQUIPES DE SAÚDE BUCAL - ATUAÇÃO E ESCOPO DE PRÁTICAS DAS EQUIPES - o Organização da agenda e oferta de ações da equipe - o Relação da ESB com outros pontos da rede de atenção à saúde - o Atenção ao câncer de boca
ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DO CUIDADO, INTEGRAÇÃO À REDE E MECANISMOS DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL - o Organização da agenda - o Acolhimento à demanda espontânea - o Integração da APS com outros pontos da rede de atenção à saúde - o Regulação assistencial na UBS - o Transporte sanitário
CUIDADO COMPARTILHADO E ATUAÇÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA APS - o Composição das equipes multiprofissionais (eMulti) - o Acesso das equipes desta UBS à equipe multiprofissional e escopo de práticas da equipe multiprofissional
AÇÕES COMUNITÁRIAS e TERRITORIAIS - o Territorialização e população de referência das equipes de APS - o Participação social - o Satisfação e estratégias de comunicação com as(os) usuárias(os)

PROMOÇÃO DA EQUIDADE
- o Atenção às populações tradicionais e grupos específicos - o Atenção à Pessoa com Deficiência - o Ações para promover equidade de gênero e de orientação sexual - o Ações para promover equidade étnica e racial
EDUCAÇÃO PERMANENTE, QUALIFICAÇÃO E VALORIZAÇÃO DAS(OS) TRABALHADORAS(ES)
- o Iniciativas de educação permanente - o UBS como campo de formação graduada e pós-graduada - o Saúde dos trabalhadores da UBS
ATUAÇÃO DAS(OS) COORDENADORAS(ES) OU GERENTES DA UBS

O primeiro capítulo agrega análises da estrutura das unidades básicas de saúde incluindo características da infraestrutura, disponibilidade de equipamentos e composição das equipes. O capítulo 2 aborda componentes em saúde digital, inovações tecnológicas, uso de TICs e acesso à internet.

Iniciativas para a territorialização, promoção da saúde, vigilância em saúde e controle social nas UBS são analisadas no capítulo 3. Seguem-se os resultados referentes ao escopo de práticas nas UBS com oferta de ações e processos de trabalho. A atuação e escopo de práticas das equipes de saúde bucal integram o capítulo 5. As estratégias para coordenação do cuidado, integração à rede, regulação assistencial para acesso à atenção especializada e cuidado compartilhado nas UBS brasileiras são sintetizadas no capítulo 6.

Completando as análises dos resultados do Censo para orientar uma abordagem abrangente de APS no SUS, o Capítulo 7 examina a atuação dos agentes comunitários de saúde, as ações territoriais, comunitárias e de promoção da equidade, nas UBS brasileiras.

A realização do Censo das UBS constitui um marco no monitoramento e avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil, promovendo a atualização de um diagnóstico nacional imprescindível para o planejamento, a gestão e a formulação de políticas públicas de saúde para investimentos, educação permanente e qualificação do acesso e da qualidade com equidade. A amplitude da participação e o envolvimento de diferentes atores federativos e institucionais evidenciam o compromisso coletivo com a consolidação da APS como base estruturante do SUS.

Os resultados apresentados neste e-book refletem o esforço integrado das diferentes esferas de governo e instituições parceiras em produzir informações qualificadas, atualizadas e comparáveis sobre a situação das Unidades Básicas de Saúde. O Censo das UBS reafirma, assim, o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde na organização do cuidado, na redução das desigualdades regionais e na efetividade das políticas públicas de saúde no Brasil.

Os organizadores

Referências

- Aquino, R, Vilasbôas, ALQ. Impactos da Estratégia Saúde da Família no estado de saúde da população brasileira: uma revisão de literatura. Cien Saude Colet. 2025; 30(12) DOI: 10.1590/1413-812320253012.13942025
- Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. 1990.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília; 1997.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006. (Série Pactos pela Saúde Volume 4)
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): manual instrutivo. Brasília: DAB/MS; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-Geral de Programação de Financiamento da Atenção Primária. Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde. Instrumento para coleta dos dados. Brasília: MS/SAPS; 2025.
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol. 1. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press; 1980.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. Cad Saúde Pública. 2004;20 Suppl 2:S331-6.
- Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. J Epidemiol Community Health. 2006;60(1):13-9.
- Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. N Engl J Med. 2015;372(23):2177-81.
- Medina MG, Hartz ZMA, Santos LMP, Andrade CLT, Stutz BL. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: estudos multicêntricos. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(11):4293-302.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
- Organização Mundial da Saúde. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata; 1978.

Organização Mundial da Saúde. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana; 2018.

Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciênc. Saúde Coletiva. 2018;23(6):1723-8.

Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocke-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. PLoS Med. 2018;15(5):e1002570.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502.

Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press; 2002.

Estrutura das Unidades Básicas de Saúde

Aylene Bousquat¹, Bruna Camilo de Souza Lima e Silva², Camila Zanutto Cardillo³, Carlos Pilz³, Elaine Cristina Moreira Marques³, Elisandrée Sguario Kemper³, Gabriela da Silva Formoso³, Graziela Tavares Ribeiro⁴, João Victor Inglês de Lara⁵, Maria de Lourdes Ribeiro⁶, Paulo Henrique Gomes da Silva⁴, Paulo Henrique dos Santos Mota¹, Sabrina Lopes França², Simone Schenkman¹, Sueli Zeferino Ferreira Almeida².

¹Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

²CGMAIA/SAPS/MS

³CGFAP/SAPS/MS

⁴CGPLAD/DEGAPS/SAPS/MS

⁵CGSB/DESCO/SAPS/MS

⁶CGESCO/DESCO/SAPS/MS

Introdução

Em 2024, foi realizado o Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS), abrangendo a totalidade dos estabelecimentos de Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). O instrumento de coleta de informações foi organizado em 15 áreas temáticas.

O presente capítulo tem por objetivo apresentar os resultados do Censo das UBS referentes às condições de infraestrutura dessas unidades, as quais abarcam as condições dos serviços de saúde, como recursos materiais, força de trabalho e o contexto físico e organizacional em que são realizadas as ações de saúde.

Os dados apresentados neste capítulo permitem compreender a diversidade estrutural das UBS no território nacional e subsidiar políticas públicas voltadas à melhoria das condições físicas, do quadro de pessoal e da ambiência nas unidades. O fortalecimento da infraestrutura das UBS constitui elemento essencial para a consolidação de uma atenção primária resolutive, acessível e equitativa no âmbito do SUS.

Estruturas adequadas contribuem para o desenvolvimento dos processos de cuidado, influenciam seus resultados e são centrais para a melhoria da qualidade da prestação dos serviços (Donabedian, 1988; Bousquat et al., 2017). Nesse sentido, atualizar o perfil das UBS, na atual conjuntura de reconstrução e fortalecimento da APS, é importante para subsidiar políticas e ações que, ao aprimorarem a estrutura das unidades, contribuam para a ampliação do acesso à saúde de qualidade, de forma integral e equânime em toda a APS.

Facchini et al. (2021) chamam atenção para o fato de que a busca por atendimento e sua efetividade refletem a qualidade do cuidado como um dos grandes desafios enfrentados por indivíduos e prestadores de serviços de saúde. Determinadas condições de infraestrutura física e aspectos relacionados ao acolhimento pelos profissionais — entendido como uma atitude acolhedora e compreensiva — favorecem a acessibilidade de uma diversidade de usuários, tanto no plano arquitetônico (adaptação para uso de cadeira de rodas, instalação de corrimão e rampas) quanto na sinalização visual e sonora voltada às ações e atividades em ambientes diversos. O Censo também apresenta um detalhamento sobre a ambiência, considerando os tipos e números de espaços necessários às atividades de recepção, acolhimento, atendimento em consultórios (por membro das equipes de saúde), reunião de equipes, armazenamento de insumos e material de limpeza, entre outros.

O Censo das UBS de 2024 também buscou identificar a condição de funcionalidade das unidades, bem como a necessidade de reformas e ampliações e a forma de financiamento desses investimentos, seja pública, em parceria com a iniciativa privada ou decorrente de emendas parlamentares. Além disso, o levantamento considerou o impacto de desastres ambientais e eventos climáticos sobre a infraestrutura das UBS.

Neste capítulo, os resultados de quatro dimensões do instrumento do Censo das UBS e seus componentes específicos serão analisados, a saber:

1. **Composição, gestão e organização do trabalho das equipes** – tipos e número de equipes em atuação; profissionais e organização do trabalho das equipes; tipos de vínculos e contratos de trabalho.
2. **Educação permanente e qualificação dos trabalhadores.**
3. **Atuação dos coordenadores ou gerentes das UBS.**
4. **Condições de infraestrutura da UBS** – características estruturais, acessibilidade e ambiência; adequação do ambiente para atenção à pessoa com deficiência; disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos; construção, ampliação e reformas.

Métodos

A avaliação institucional da APS brasileira, materializada no Censo Nacional das UBS, foi conduzida a partir de dois enfoques complementares e indissociáveis. O primeiro consistiu na garantia de um processo que dialogasse com a estrutura federativa brasileira; o segundo, na definição da imagem-objetivo da APS brasileira, entendida como integral, resolutiva, comunitária, territorial e integrada à rede de serviços, conforme preconizado pelo modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Inicialmente, foi construída uma proposta de instrumento de coleta de dados, elaborada a partir de um conjunto de dimensões consideradas essenciais para a avaliação da APS, reconhecendo a necessidade de um instrumento robusto e abrangente e seguindo os princípios da avaliação de quarta geração em saúde, que enfatizam a participação ativa dos atores envolvidos no processo avaliativo (Guba & Lincoln, 1989; Furtado, 2001).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e da Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), promoveu a articulação com diversos atores estratégicos para aprimorar o instrumento, estabelecendo uma estrutura de governança que garantisse a participação e o compromisso de todos os envolvidos. Dessa forma, somaram-se ao processo de elaboração do instrumento de coleta de dados do Censo representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

A construção coletiva do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS ocorreu a partir de contribuições em oficinas realizadas com diversos atores e de discussões em grupos

de trabalho. O questionário foi refinado para abranger múltiplas dimensões de análise, tais como a infraestrutura e recursos físicos, força de trabalho, processos de trabalho e gestão, oferta de serviços, tecnologias de informação e comunicação, entre outros.

Finalmente, o instrumento de coleta de dados do Censo das UBS foi submetido a um processo de validação que incluiu revisão por especialistas, testes-piloto e pactuação tripartite. Os acordos foram estabelecidos entre as esferas federal (MS), estadual (Conass) e municipal (Conasems), assegurando o compromisso conjunto com o Censo e sua institucionalização como prática regular.

A implementação do Censo envolveu o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica [Plataforma do Ministério da Saúde para Gestão da Atenção Primária à Saúde (e-Gestor APS)], permitindo o preenchimento online, com recursos para salvar o progresso e garantir a participação de gestores e profissionais das UBS.

O Censo Nacional das UBS foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e lançado em maio de 2024 para adesão dos gestores municipais. Todos os municípios brasileiros manifestaram interesse em participar do Censo por meio do e-Gestor APS. Ao aderir, cada município teve acesso à lista de seus estabelecimentos de saúde de APS inscritos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) e pôde indicar o profissional responsável por responder ao questionário. O período para preenchimento dos dados do Censo teve início em 3 de junho e término em 31 de agosto de 2024. O instrumento permaneceu disponível no e-Gestor APS para preenchimento durante 75 dias, com exceção do Rio Grande do Sul, que contou com 65 dias adicionais em virtude da catástrofe climática vivenciada no Estado.

Estratégias de mobilização para responder ao Censo foram realizadas, incluindo campanhas de comunicação e convocação de atores locais, como apoiadores e animadores. Foram disponibilizados canais de suporte, como o Disque Censo e o web atendimento, além de materiais didáticos, treinamentos e eventos presenciais e online em todos os estados da federação.

Foram incluídos na base do Censo 49.738 estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em abril de 2024. Desse total, 4.026 estabelecimentos foram inativados pelos gestores municipais, com a justificativa de que essas UBS não estavam em funcionamento no momento da resposta ao Censo ou se tratavam de outro tipo de estabelecimento não relacionado à APS.

No total, foram analisados 45.712 estabelecimentos de saúde que responderam ao Censo. O banco de dados foi examinado em sua completude e consistência. Foram excluídos desta primeira base de análise os seguintes tipos de estabelecimentos: a) os que informaram, em questão aberta, que não eram de APS; b) unidades móveis terrestres ou fluviais; c) estabelecimentos que não possuíam e não recebiam financiamento do MS para Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Atenção Primária (eAP), Equipes de Saúde

Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e d) estabelecimentos cujos nomes indicavam outro nível de atenção como, por exemplo, Centro Covid, Casa de Parto, Centro de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centro de Reabilitação. Esse processo levou à exclusão de 774 estabelecimentos da base do Censo.

Dessa forma, foram analisados 44.938 estabelecimentos de saúde de APS, correspondendo ao universo do Censo das UBS. Esse total está distribuído em todas as regiões do país da seguinte forma: Norte = 4.096, Nordeste = 17.737, Sudeste = 13.375, Sul = 6.607 e Centro-Oeste = 3.123.

No Quadro 1, é possível visualizar as dimensões e questões do Censo que foram analisadas neste capítulo temático:

Quadro 1 – Dimensões, subdimensões e questões analisadas, Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Brasil, 2024.

Dimensão	Subdimensão	Número das Questões
Composição, Gestão e Organização do Trabalho das Equipes	Tipos e número de equipes em atuação	7
	Profissionais	8–11 e 119
	Organização do trabalho das equipes	12
	Tipos de vínculos e contratos de trabalho	13–14
Educação Permanente, Qualificação dos Trabalhadores		136–138
Atuação dos Coordenadores/ Gerentes		139–140
Condições de Infraestrutura	Características estruturais, acessibilidade e ambiência	15–21
	Adequação do ambiente para atenção à pessoa com deficiência	22–24
	Disponibilidade e manutenção de equipamentos e insumos	25–27
	Construção, ampliação e reformas	28–31

Para a confecção das tabelas, os dados foram apresentados em âmbito nacional e por regiões, de acordo com a natureza da variável. As variáveis quantitativas foram organizadas em faixas, inicialmente de forma dicotômica (denotando presença ou ausência) e, posteriormente, avaliadas quanto à sua expressividade. Por exemplo, no caso das eSF e eAP, analisou-se a presença de uma, duas, três e quatro ou mais equipes; de forma semelhante, no caso dos profissionais de saúde das equipes mínimas, considerou-se a frequência mais relatada pelas UBS. Quando a frequência era baixa, a análise considerou faixas de até duas ou mais equipes, ou, ainda, apenas a abordagem dicotômica.

Foram realizadas análises combinando as diferentes modalidades de equipes cuja atuação foi relatada pelas UBS, com o objetivo de identificar padrões de interação entre equipes mínimas e ampliadas no território. Foram consideradas combinações exclusivas e não exclusivas entre os tipos de equipes e variáveis conjuntas, incluindo o agrupamento de profissionais, como técnicos e auxiliares de enfermagem ou de saúde bucal, bem como

o cruzamento entre variáveis quando a análise se mostrava relevante e mais informativa. Nesse contexto, alguns exemplos referem-se à existência de profissionais (como dentistas e farmacêuticos) e à presença de equipes ou de salas específicas [Equipes de Saúde Bucal (eSB) ou salas de dispensação de medicamentos]. Buscou-se, ainda, agrupar alguns temas relacionados à pessoa com deficiência, considerando a acessibilidade e a disponibilidade de ambientes adequados.

A saúde bucal foi objeto de uma análise separada em capítulo exclusivo, devido à sua especificidade, agregando variáveis capazes de esclarecer o contexto e permitir propostas customizadas. Quanto à contratação pública ou privada, as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES), os consórcios intermunicipais, as fundações públicas e os programas federais foram considerados como contratantes públicos. A contratação privada foi analisada considerando os seguintes agentes: Organização Social de Saúde (OSS), Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), entidades filantrópicas, Organização Não Governamental (ONG), empresas privadas e cooperativas. Também foi analisada a contratação exclusivamente privada, de acordo com o órgão responsável pela administração da unidade e os agentes contratantes.

No caso dos equipamentos, materiais e insumos de saúde, trabalhou-se com quartis, permitindo definir de forma rápida e visual a quantidade de UBS que relatavam a existência de equipamentos. Ademais, no quartil mais alto (75% ou mais), foi também destacado o primeiro decil (90% ou mais). Alguns equipamentos foram agrupados (como geladeira e câmara fria para vacinação). Procurou-se agrupá-los em situações essenciais e desejáveis, seguindo determinadas lógicas de atenção à saúde, como linhas de cuidado, saúde digital e emergências, para permitir uma discussão mais agregada.

Resultados

Composição, gestão e organização do trabalho da(s) equipe(s)

As análises apresentadas a seguir referem-se ao total de 44.938 UBS distribuídas por todas as regiões do país. A maioria das UBS relatou estar localizada em áreas urbanas (67,4%; Tabela 1). Considerando a extensão do território brasileiro e as diferenças de densidade demográfica entre áreas rurais e urbanas, esse dado indica a capilaridade da APS e seu compromisso em garantir o acesso para da população como um todo.

Tabela 1 – Caracterização geográfica e administrativa das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Área de localização da UBS						
Rural ou ribeirinha	1.864 (45,5)	8.480 (47,8)	2.397 (17,9)	1.401 (21,2)	492 (15,8)	14.634 (32,6)
Urbana	2.232 (54,5)	9.255 (52,2)	10.977 (82,1)	5.206 (78,8)	2.631 (84,3)	30.302 (67,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 2

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Um dado importante que contribui para a ampliação do acesso é o percentual de UBS que ofertam serviços em pelo menos 10 turnos semanais (considerando-se um turno como quatro horas), condição verificada em 96,3% das unidades. Observa-se que as atividades assistenciais são interrompidas no horário do almoço em metade (50,1%) do total das UBS do país (Tabela 2). Neste quesito, destaca-se um padrão bastante distinto nas unidades do Sudeste, onde apenas 18,1% interrompem suas atividades durante o horário de almoço.

Tabela 2 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por oferta de serviços em pelo menos 10 turnos e interrupção de atividades no horário de almoço. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Turnos completos em horário comercial (10 turnos; 4h)	3.993 (97,5)	16.941 (95,5)	13.048 (97,6)	6.230 (94,2)	3.048 (97,6)	43.260 (96,3)
Atividades essenciais interrompidas no horário de almoço	2.304 (56,3)	11.224 (63,3)	2.418 (18,1)	4.396 (66,5)	2.177 (69,7)	22.519 (50,1)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 4

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Questionadas sobre o órgão responsável pela gestão da UBS, 96,4% das unidades informaram ser geridas por órgão público, sendo 97,0% delas pelas SMS (Tabela 3). Destaca-se que 235 unidades (0,5%) são geridas pelas SES, das quais 168 estão localizadas no Distrito Federal. Das 1.346 UBS com gestão por agentes privados, 1.054 (7,9%) localizam-se na região Sudeste (Tabela 3).

Quanto ao tipo de agente contratante dos profissionais das UBS, os dados indicam maior participação do setor privado. No Brasil, 19,6% das unidades contam com participação privada, seja por meio de organizações sociais, OSCIP, entidades filantrópicas, ONGs, empresas privadas ou cooperativas. A presença é ainda mais expressiva nas regiões Sudeste (24,6%) e Sul (20,8%). A contratação de profissionais exclusivamente por agentes do setor privado ocorre em 1.215 unidades (2,7%), com presença marcante no Sudeste (773 unidades) (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização público-privada da gestão das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Órgão responsável pela administração das UBS						
Público*	4.092 (99,9)	17.648 (99,5)	12.319 (92,1)	6.467 (97,9)	3.062 (98,0)	43.588 (97,0)
Privado**	4 (0,1)	87 (0,5)	1.054 (7,9)	140 (2,1)	61 (2,0)	1.346 (3,0)
Possui agentes contratantes Privados						
Sim	235 (5,7)	3.304 (18,6)	3.287 (24,6)	1.371 (20,8)	621 (19,9)	8.818 (19,6)
Não	3.861 (94,3)	14.432 (81,4)	10.087 (75,4)	5.234 (79,2)	2.502 (80,1)	36.116 (80,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 3
^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.
*Público: Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e fundações estatais.
**Privada: organizações sociais e parcerias público-privadas.

A relação público-privada também se evidencia nos diferentes tipos de vínculos de trabalho dos médicos existentes nas UBS brasileiras (Tabela 4). Destaca-se que uma parcela expressiva das unidades conta com profissionais médicos bolsistas de programas de provimento federal (42,6%), enquanto a contratação de médicos como Pessoa Jurídica (PJ) ocorre em quase 20%.

Ao analisar essa distribuição nas diferentes regiões do país, observa-se que a região Sul apresenta a maior proporção de UBS com médicos vinculados ao regime estatutário (49,2%) e um número significativo de vínculos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (27,3%).

O maior número de UBS com médicos bolsistas dos Programas Mais Médicos e Médicos pelo Brasil (PMpB) concentra-se nas regiões Norte (55,9%) e Nordeste (42,7%), evidenciando o papel fundamental desses programas na ampliação da cobertura em áreas com escassez de profissionais médicos.

Tabela 4 – Tipos de vínculos dos profissionais médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Estatutário	960 (23,4)	4.019 (22,7)	5.470 (40,9)	3.252 (49,2)	1.020 (32,7)	14.721 (32,8)
Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)	329 (8,0)	1.862 (10,5)	3.540 (26,5)	1.801 (27,3)	392 (12,6)	7.924 (17,6)
Pessoa Jurídica (PJ)	428 (10,4)	1.649 (9,3)	3.508 (26,2)	1.378 (20,9)	838 (26,8)	7.801 (17,4)

Bolsista do Programa Mais Médicos/Programa Médicos pelo Brasil (PMM/PMpB)	2.289 (55,9)	7.577 (42,7)	5.065 (37,9)	3.023 (45,8)	1.177 (37,7)	19.131 (42,6)
Bolsista de outro programa	79 (1,9)	234 (1,3)	466 (3,5)	82 (1,2)	40 (1,3)	901 (2,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 38

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

*Público: Secretarias Municipais de Saúde (SMS), Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e fundações estatais.

**Privada: organizações sociais e parcerias público-privadas.

Tipos e número de equipes

As análises das principais modalidades de equipes existentes na APS revelam que as eSF são as mais prevalentes, estando presentes em 39.726 UBS (88,5%; Tabela 5). Cada eSF é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que atuam de forma integrada para fornecer atenção à saúde completa e contínua à população.

No Brasil, 88,5% das UBS contam com eSF. A maior presença é observada no Nordeste (93,4%), enquanto a região Norte apresenta o menor percentual de unidades com eSF (80,2%). A maioria das UBS possui apenas uma equipe (66,9%), enquanto nas regiões Sudeste e Centro-Oeste há maior concentração de unidades com quatro ou mais eSF (8,7% e 8,3%, respectivamente; Tabela 5).

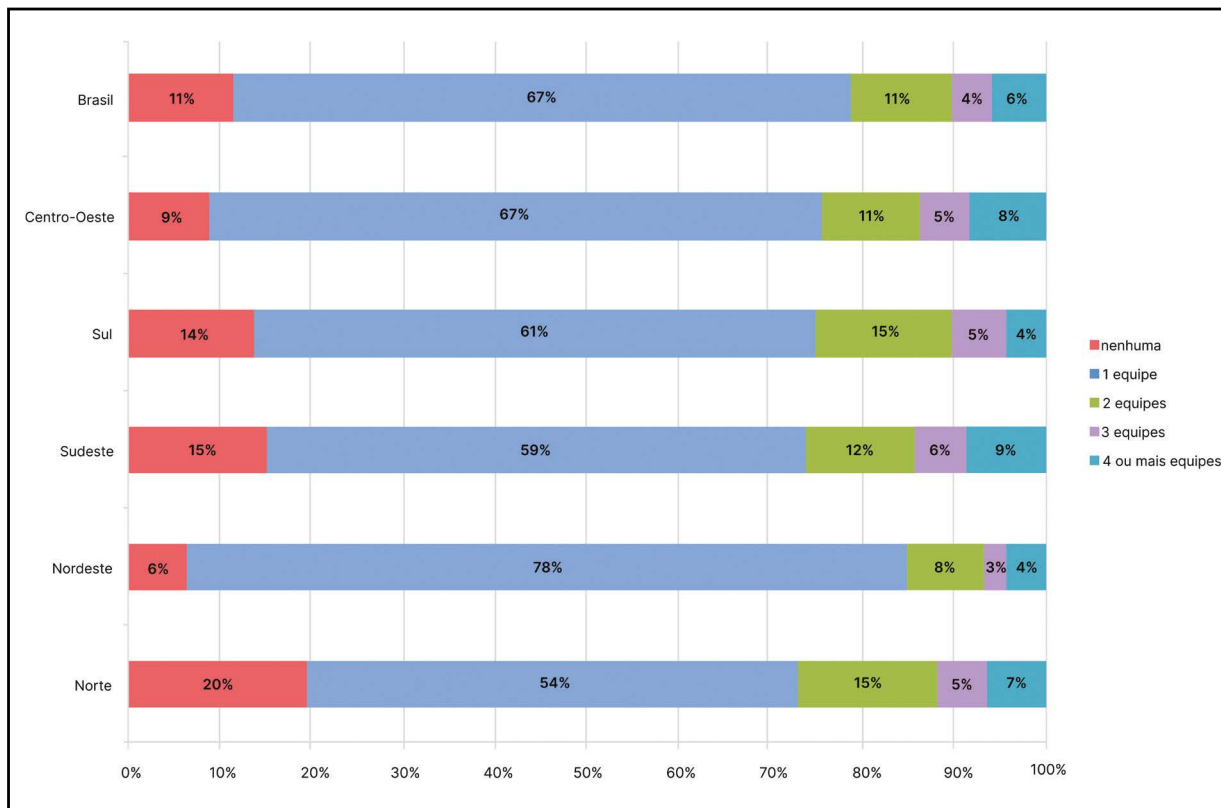
Tabela 5 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o número e percentual de Equipes de Saúde da Família (eSF). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Tipos de equipes						
eSF (≥ 1)	3.283 (80,2)	16.571 (93,4)	11.343 (84,8)	5.686 (86,1)	2.842 (91,0)	39.726 (88,5)
1 equipe	2.191 (53,5)	13.899 (78,4)	7.842 (58,6)	4.030 (61,0)	2.079 (66,6)	30.042 (66,9)
2 equipes	606 (14,8)	1.486 (8,4)	1.588 (11,9)	982 (14,9)	336 (10,8)	4.998 (11,1)
3 equipes	215 (5,3)	449 (2,5)	745 (5,6)	396 (6,0)	169 (5,4)	1.974 (4,4)
≥ 4 equipes	271 (6,6)	737 (4,2)	1.168 (8,7)	278 (4,2)	258 (8,3)	2.712 (6,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 66

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Gráfico 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o percentual de Equipes de Saúde da Família (eSF). Brasil e grandes regiões, 2024.

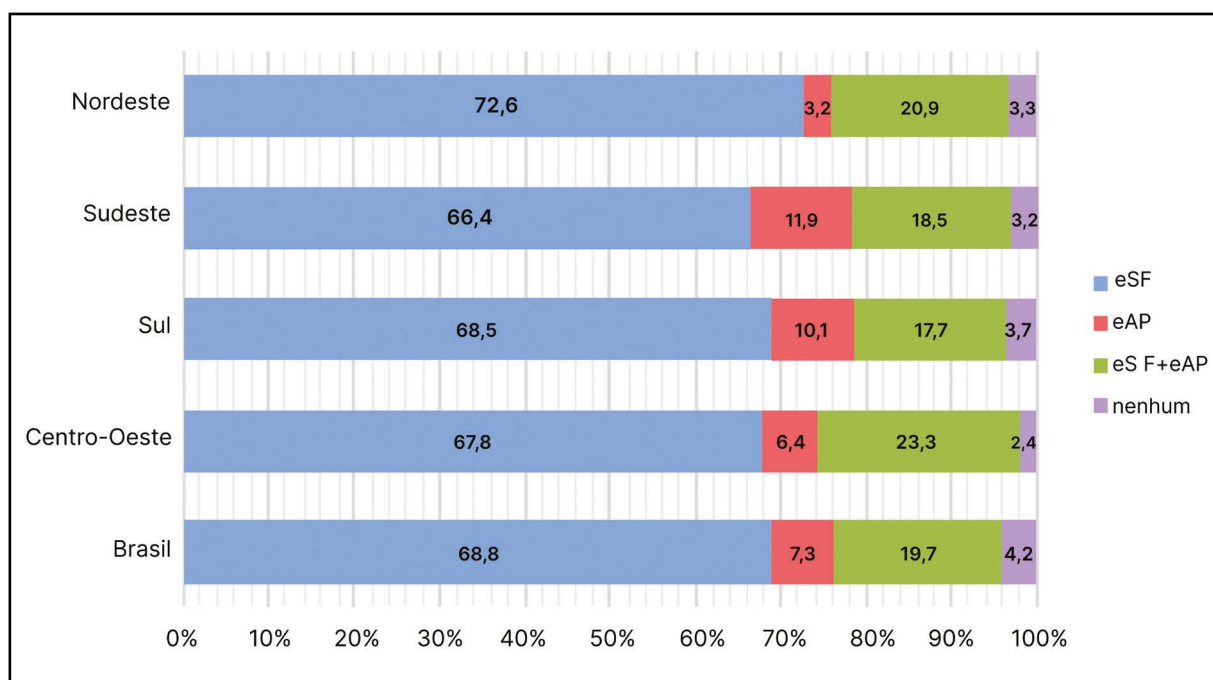


Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

As eAP são compostas, no mínimo, por médico e enfermeiro, com carga horária de 20 ou 30 horas semanais, ambos cadastrados à mesma Unidade de Saúde, conforme Portaria GM/MS nº 2.539 de 26 de setembro de 2019. Essas equipes estão presentes em 27,0% das unidades analisadas, sendo 19,7% em unidades que também contam com eSF e 7,3% de forma exclusiva. A proporção é mais elevada nas regiões Sudeste e Sul (11,9% e 10,1%, respectivamente) (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo a presença de Equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Equipes de Atenção Primária (eAP). Brasil e grandes regiões, 2024.



Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

As eSB são compostas por um cirurgião-dentista e um Técnico em Saúde Bucal (**TSB**) e/ou Auxiliar em Saúde Bucal (ASB). Essas equipes devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho com a eSF à qual estão vinculadas, assumindo a responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito. Essas equipes estão presentes em 74,3% das UBS do país.

Em 33.406 UBS (74,3%) há pelo menos uma eSB, com destaque para as regiões Nordeste e Centro-Oeste, que apresentam as maiores proporções dessas equipes. Além disso, as regiões Sudeste e Centro-Oeste concentram o maior número de UBS com duas ou mais eSB, correspondendo, juntas, a 46,3% do total (Tabela 6).

O Censo das UBS 2024 adotou o termo “equipes de apoio à APS de caráter multiprofissional” para abranger a diversidade de composições dessas equipes, atualmente denominadas Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti), conforme a retomada de sua institucionalização pelo governo federal (Portaria GM/MS nº 635, de 26 de abril de 2023). No Brasil, 41,9% das UBS contam com esse tipo de equipe, com maior prevalência na região Nordeste (46,8%) e menor na Sul (31,0%), conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o número e percentual de Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
eSB						
≥ 1 equipe	2.582 (63,0)	14.186 (80,0)	9.546 (71,4)	4.633 (70,1)	2.459 (78,7)	33.406 (74,3)
1 equipe	2.031 (49,6)	12.428 (70,1)	7.347 (54,9)	3.806 (57,6)	1.947 (62,3)	27.559 (61,3)
≥ 2 equipes	551 (13,5)	1.758 (9,9)	2.198 (16,4)	827 (12,5)	512 (16,4)	5.847 (13,0)
eMulti (≥ 1 equipe)	1.303 (31,8)	8.304 (46,8)	6.167 (46,1)	2.047 (31,0)	1.005 (32,1)	18.826 (41,9)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing =22 (eSB) e 131 (eMulti)

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Quando observado o número de UBS que apresentam tanto eSF quanto as eSB, tem-se um total de 31.332 UBS, ou seja, em 69,8% das unidades há a presença de pelo menos uma eSF e uma eSB. As regiões que mais despontam com a presença de ambas as equipes são o Nordeste e Centro-Oeste.

Tabela 7 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o número e percentual de combinações de Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde (eMulti). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Combinações de equipes						
eSF + eSB	2.386 (58,3)	13.805 (77,8)	8.507 (63,6)	4.302 (65,1)	2.331 (74,6)	31.332 (69,8)
eSF + eMulti	1.186 (29,1)	8.084 (30,5)	5.579 (41,8)	1.829 (27,7)	951 (30,5)	17.630 (39,4)
eSF + eSB + eMulti	1.024 (25,0)	7.236 (40,8)	4.637 (34,7)	1.603 (24,3)	863 (27,6)	15.363 (34,2)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

O Censo também coletou informações sobre as eSFR, as Equipes de Consultório na Rua (eCR) e as Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP), que desenvolvem suas atividades vinculadas a uma UBS. As eCR concentram-se principalmente na região Sudeste (45,1%), enquanto as eAPP apresentam distribuição mais uniforme entre as regiões, com maior presença no Nordeste (27,6%) e menor no Norte (12,5%; Tabela 8).

Em relação às eSFR, embora o cofinanciamento federal dessas equipes seja direcionado para unidades localizadas em comunidades com acesso predominantemente por vias fluviais,

como na Amazônia Legal e no Pantanal Sul-Mato-Grossense, os dados do Censo Nacional das UBS 2024 indicam que unidades de outras regiões do país também reportaram possuir esse tipo de equipe.

Na Tabela 8 é possível verificar que, enquanto 69,6% das eSFR localizam-se na região Norte, conforme previsto na política de cofinanciamento federal, um total de 144 UBS em outras regiões também declararam possuir equipes ribeirinhas, com destaque para o Nordeste (18,4%) e o Sudeste (6,8%).

Esse padrão de respostas pode refletir diferentes compreensões locais sobre o que caracteriza uma equipe ribeirinha, ou ainda estar relacionado a especificidades territoriais ou operacionais das UBS.

Tabela 8 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o número e percentual de Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), Equipes de Consultório na Rua (eCR) e Equipes de Atenção Primária Prisional (eAPP). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
eSFR (≥ 1 equipe)	330 (69,6)	87 (18,4)	32 (6,8)	12 (2,5)	13 (2,7)	474 (100,0)
eCR (≥ 1 equipe)	40 (7,9)	160 (31,7)	228 (45,1)	46 (9,1)	31 (6,1)	505 (100,0)
eAPP (≥ 1 equipe)	62 (12,5)	137 (27,6)	116 (23,3)	78 (15,7)	104 (20,9)	497 (100,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 10–33

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Apesar do avanço importante das eSFR para ampliar o acesso e garantir a atenção à saúde da população ribeirinha, Observa-se que 19,5% dessas equipes se deslocam por 14 dias ou mais ao longo do mês para atender essas comunidades, com destaque para a região Norte (26,1%). Esses deslocamentos ocorrem majoritariamente por via fluvial e, devido à dispersão territorial, demandam maior tempo de deslocamento para alcançar as comunidades. Em 42,1% das UBS, as eSFR se deslocam de um a cinco dias por mês para realizar esses atendimentos (Tabela 9).

Tabela 9 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras segundo o número de dias por mês em que as Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) se para atender áreas ribeirinhas. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Dias por mês em que as eSFR se deslocam das UBS para atender as áreas ribeirinhas						
1–5	125 (36,7)	58 (61,1)	12 (37,5)	9 (60,0)	5 (35,7)	209 (42,1)
6–8	31 (9,1)	10 (10,5)	1 (3,1)	2 (13,3)	2 (14,3)	46 (9,3)
9–13	28 (8,2)	4 (4,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,1)	33 (6,6)
14	34 (10,0)	2 (2,1)	3 (9,4)	1 (6,7)	0 (0,0)	40 (8,0)
≥14	89 (26,1)	6 (6,3)	1 (3,1)	1 (6,7)	0 (0,)	97 (19,5)
A equipe não se desloca	34 (10,0)	15 (15,8)	15 (46,9)	2 (13,3)	6 (42,9)	72 (14,5)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Profissionais que atuam na UBS

A Tabela 10 apresenta a distribuição de profissionais de saúde nas UBS. Observa-se que, no caso dos médicos, a região Sudeste concentra o maior percentual de unidades com pelo menos um profissional (98,5%), seguida pelo Centro-Oeste (98,1%) e Sul (97,6%). A distribuição do número de médicos por UBS varia: a maioria das unidades possui apenas um profissional, especialmente nas regiões Nordeste (77,3%) e Centro-Oeste (62,3%), enquanto no Sudeste há maior proporção de unidades com quatro ou mais médicos (29,4%).

A presença de enfermeiros também é elevada em todas as regiões, com destaque para o Centro-Oeste (96,6%) e o Nordeste (96,2%). A maioria das UBS possui apenas um enfermeiro, principalmente no Nordeste (77,0%) e no Norte (54,1%), enquanto no Sudeste há 15,1% das unidades com quatro ou mais enfermeiros.

Os técnicos de enfermagem também apresentam alta presença nas UBS, com percentuais acima de 85% em todas as regiões. O Norte lidera com 97,1%, seguido pelo Nordeste (95,7%) e Centro-Oeste (95,0%). A quantidade desses profissionais por unidade varia bastante, com uma parcela significativa das UBS contando com quatro ou mais profissionais, especialmente no Norte (30,4%) e Sul (27,8%).

Em relação aos auxiliares de enfermagem, sua distribuição entre as unidades é menor. O Sudeste apresenta a maior proporção de UBS com pelo menos um auxiliar (34,9%), enquanto o Centro-Oeste tem o menor percentual (23,2%). A maioria das unidades que

possuem auxiliares conta com apenas um profissional, sendo mais frequente no Nordeste (11,7%) e Sul (15,3%).

Por fim, os ACS apresentam presença elevada em todas as regiões, com percentuais superiores a 89%. Os maiores valores são observados no Nordeste (94,7%) e no Centro-Oeste (93,1%). A proporção de UBS com quatro ou mais ACS também é significativa, sendo mais expressiva no Nordeste (78,2%) e no Norte (76,5%).

De modo geral, os dados indicam ampla distribuição de profissionais de saúde nos estabelecimentos de APS brasileiros, com variações regionais na quantidade de profissionais por unidade. Enquanto médicos e enfermeiros estão bem distribuídos em todas as regiões, técnicos de enfermagem e ACS apresentam maior concentração, e os auxiliares de enfermagem aparecem em menor proporção.

Tabela 10 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o número, percentual e tipo de profissionais em atividade. Brasil e grandes regiões, 2024.

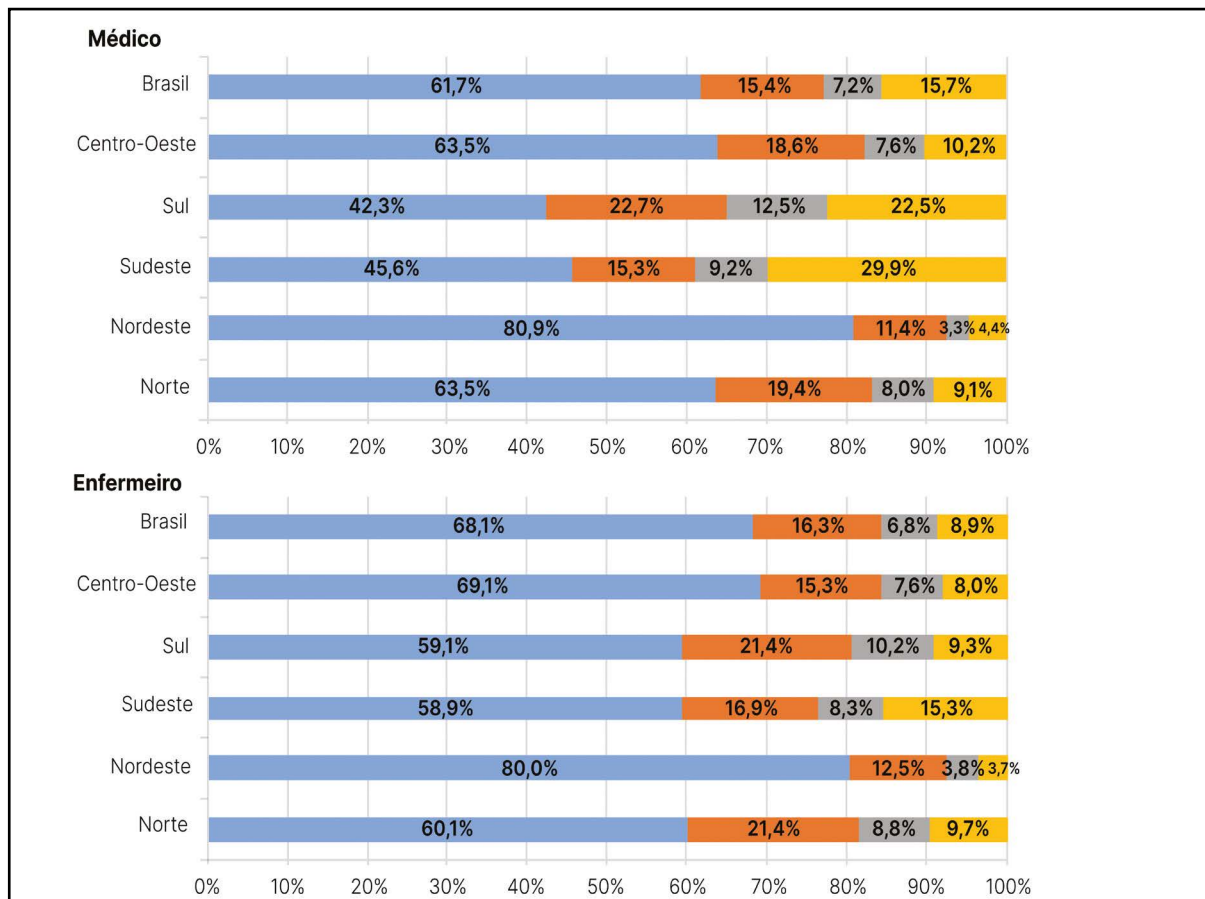
Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Categoria Profissional						
Médicos (≥ 1)	3.559 (86,9)	16.936 (95,4)	13.179 (98,5)	6.449 (97,6)	3.064 (98,1)	43.188 (96,1)
1	2.260 (55,2)	13.702 (77,3)	6.013 (45,0)	2.731 (41,3)	1.945 (62,3)	26.651 (59,3)
2	691 (16,9)	1.926 (10,9)	2.019 (15,1)	1.461 (22,1)	571 (18,2)	6.668 (14,8)
3	284 (6,9)	557 (3,1)	1.213 (9,1)	805 (12,2)	234 (7,5)	3.093 (6,9)
≥ 4	324 (7,9)	751 (4,2)	3.934 (29,4)	1.452 (22,0)	314 (10,1)	6.775 (15,1)
Enfermeiros (≥ 1)	3.686 (90,0)	17.058 (96,2)	13.183 (98,6)	6.428 (97,3)	3.067 (98,2)	43.423 (96,6)
1	2.215 (54,1)	13.651 (77,0)	7.770 (58,1)	3.798 (57,5)	2.118 (67,8)	29.552 (65,8)
2	789 (19,3)	2.126 (12,0)	2.299 (17,2)	1.377 (20,8)	470 (15,1)	7.061 (15,7)
3	325 (7,9)	654 (3,7)	1.094 (8,2)	655 (9,9)	233 (7,5)	2.961 (6,6)
≥ 4	357 (8,7)	627 (3,5)	2.020 (15,1)	598 (9,1)	246 (7,9)	3.848 (8,6)
Técnicos de Enfermagem (≥ 1)	3.979 (97,1)	16.979 (95,7)	11.486 (85,9)	6.012 (91,0)	2.967 (95,0)	41.423 (92,2)
1	1.111 (27,2)	7.611 (42,9)	3.623 (27,1)	1.691 (25,6)	836 (26,8)	14.872 (33,1)
2	1.044 (25,6)	5.230 (29,5)	3.017 (22,6)	1.572 (23,8)	1.014 (32,5)	11.877 (26,5)
3	577 (14,1)	1.985 (11,2)	1.506 (11,3)	913 (13,8)	446 (14,3)	5.427 (12,1)
≥ 4	1.247 (30,4)	2.153 (12,1)	3.340 (25,0)	1.836 (27,8)	671 (21,5)	9.247 (20,6)
eMulti (≥ 1 equipe)	1.303 (31,8)	8.304 (46,8)	6.167 (46,1)	2.047 (31,0)	1.005 (32,1)	18.826 (41,9)

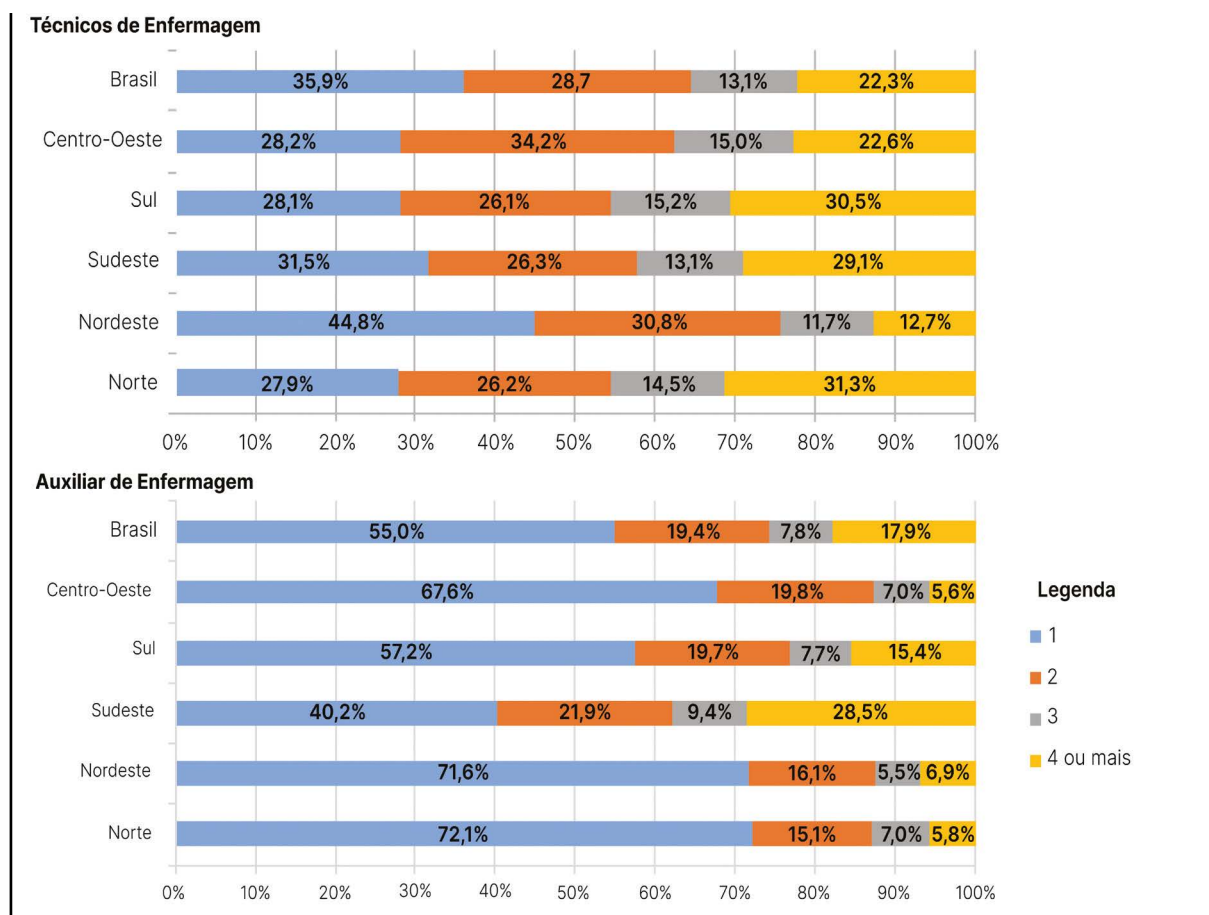
Auxiliares de Enfermagem (≥ 1)	584 (14,3)	2.896 (16,3)	4.662 (34,9)	1.763 (26,7)	516 (16,5)	10.422 (23,2)
1	421 (10,3)	2.073 (11,7)	1.876 (14,0)	1;008 (15,3)	349 (11,2)	5.727 (12,7)
2	88 (2,1)	465 (2,6)	1.019 (7,6)	347 (5,3)	102 (3,3)	2.021 (4,5)
3	41 (1,0)	158 (0,9)	438 (3,3)	136 (2,1)	36 (1,2)	809 (1,8)
≥ 4	34 (0,8)	200 (1,1)	1.329 (9,9)	272 (4,1)	29 (0,9)	1.864 (4,1)
Técnicos ou Auxiliares de Enfermagem (≥ 1)	4.018 (98,1)	17.495 (98,6)	13.176 (98,5)	6.443 (97,5)	3.052 (97,7)	44.201 (98,4)
Agentes Comunitários de Saúde (≥ 1)	3.646 (89,0)	16.790 (94,7)	11.631 (87,0)	5.929 (89,7)	2.907 (93,1)	40.904 (91,0)
≥ 4	3.135 (76,5)	13.879 (78,2)	9.908 (74,1)	4.289 (64,9)	2.343 (75,0)	33.554 (74,7)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 16–33

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Figura 1 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o percentual de profissionais por categoria. Brasil e grandes regiões, 2024.





Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

O Censo Nacional das UBS 2024 evidenciou que, no Brasil, 35.949 (80%) UBS dispõem de um ou mais cirurgiões-dentistas. Entre as regiões, o Norte apresentou a menor proporção de UBS com a presença desse profissional (67,6%), enquanto o Centro-Oeste registrou a maior (83,5%; Tabela 11).

No Brasil, 35.950 UBS (80,1%) possuem pelo menos um cirurgião-dentista, enquanto 8.579 unidades (19,1%) dispõem de dois ou mais profissionais. A região Nordeste concentra o maior número de UBS com um cirurgião-dentista, enquanto a Região Sudeste apresenta maior número de UBS com dois ou mais profissionais.

Em relação aos profissionais auxiliares, a presença de ao menos um ASB ou um TSB nas eSB foi relatada em 77,3% das UBS brasileiras. O ASB foi o mais frequente, atuando em 27.400 UBS (61%), em contraste com a presença de TSB, encontrado em 10.703 UBS (23,8%). A maior concentração de ASB está nas regiões Sudeste e Centro-Oeste.

Em 3.335 UBS (7,4%) do país, o cirurgião-dentista não está vinculado a uma eSB, sendo essa organização do trabalho mais comum na região Sul (12,6%). Não obstante, em 783 UBS (1,7%), as eSB não contam com cirurgião-dentista, com destaque para a região Norte, que possui maior proporção (2,4%) desse tipo de equipe.

Tabela 11 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o número, percentual e tipo de profissionais da Equipe de Saúde Bucal (eSB). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Categoria profissional						
Dentistas (≥ 1)	2.767 (67,6)	14.655 (82,6)	10.530 (78,7)	5.390 (81,6)	2.608 (83,5)	35.950 (80,1)
1	2.129 (52,0)	12.626 (71,2)	6.757 (50,5)	3.840 (58,1)	2.019 (64,7)	27.371 (61,0)
≥ 2	638 (15,6)	2.029 (11,4)	3.773 (28,1)	515 (23,5)	589 (18,9)	8.579 (19,1)
Técnico de Saúde Bucal (≥ 1)	1.140 (27,8)	4.795 (27,0)	2.716 (20,3)	1.395 (21,1)	657 (21,0)	10.703 (23,8)
Auxiliar de Saúde Bucal (≥ 1)	1.880 (46,0)	10.724 (60,5)	8.853 (66,2)	3.841 (58,1)	2.101 (67,3)	27.400 (61,0)
Técnico ou Auxiliar de Saúde Bucal	2.725 (66,5)	14.613 (82,4)	10.022 (74,9)	4.770 (72,2)	2.586 (82,8)	34.730 (77,3)
UBS com dentistas, mas sem eSB	282 (6,9)	828 (4,7)	1.195 (8,9)	834 (12,6)	196 (6,3)	3.335 (7,4)
UBS onde há eSB, mas sem dentistas	98 (2,4)	355 (2,0)	206 (1,5)	78 (1,2)	46 (1,5)	783 (1,7)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing =23–34

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Composição das equipes de apoio à APS de caráter multiprofissional

No Brasil, o profissional mais presente nas equipes de apoio multiprofissionais nas UBS é o psicólogo (37,4%), seguido pelo nutricionista (36,3%) e pelo fisioterapeuta (33,9%). A região com o menor percentual de profissionais é a Norte, apresentando os valores mais baixos para oito dos 15 profissionais questionados. Por outro lado, a região Sudeste registra a maior proporção de profissionais, sobretudo de assistentes sociais, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e médicos especialistas em ginecologia-obstetrícia, pediatria e psiquiatria (Tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o número e percentual de profissionais que integram a(s) equipe(s) de apoio à Atenção Primária à Saúde (APS) de caráter multiprofissional. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Arte educador	53 (1,3)	283 (1,6)	120 (0,9)	90 (0,5)	35 (1,1)	521 (1,2)

Assistente social	1.028 (25,1)	5.227 (29,5)	4.265 (32,0)	1.080 (16,4)	536 (17,2)	12.136 (27,0)
Profissional de Educação Física	678 (16,6)	4.622 (26,1)	3.296 (24,6)	834 (12,6)	540 (17,3)	9.970 (22,2)
Farmacêutico clínico	451 (11,0)	2.470 (13,9)	2.541 (19,0)	1.061 (16,1)	379 (12,1)	6.902 (15,4)
Fisioterapeuta	954 (23,3)	7.269 (41,0)	4.798 (35,9)	1.438 (21,8)	776 (24,9)	15.235 (33,9)
Fonoaudiólogo	306 (7,5)	3.121 (17,6)	2.714 (20,3)	760 (11,5)	286 (9,2)	7.188 (16,0)
Médicos (exceto ginecologistas/ obstetras, pediatras e psiquiatras)	87 (2,1)	849 (4,8)	833 (6,2)	324 (4,9)	165 (5,3)	2.258 (5,0)
Médico ginecologista/Obstetra	144 (3,5)	1.068 (6,0)	1.741 (13,0)	597 (9,0)	188 (6,0)	3.738 (8,3)
Médico pediatra	151 (3,7)	1.073 (6,1)	1.885 (14,1)	723 (10,9)	209 (6,7)	4.041 (9,0)
Médico psiquiatra	82 (2,0)	996 (5,6)	1.242 (9,3)	420 (6,4)	128 (4,1)	2.868 (6,4)
Médico veterinário	56 (1,4)	355 (2,0)	181 (1,4)	51 (0,8)	24 (0,8)	667 (1,5)
Nutricionista	991 (24,2)	7.574 (42,7)	5.251 (35,3)	1.667 (25,2)	807 (25,8)	16.291 (36,3)
Psicólogo	1.081 (26,4)	7.449 (42,0)	5.613 (42,0)	1.810 (27,4)	871 (27,9)	16.825 (37,4)
Sanitarista	37 (0,9)	333 (1,9)	216 (1,6)	80 (1,2)	24 (0,8)	690 (1,5)
Terapeuta ocupacional	114 (2,8)	909 (5,1)	985 (7,4)	161 (2,4)	91 (2,9)	2.260 (5,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Organização do trabalho da(s) equipe(s)

Em relação à rotina de reuniões das equipes, destaca-se que 98,4% das UBS brasileiras realizam encontros para planejamento. A maioria das UBS realiza essas reuniões mensalmente (49,3%), com predomínio na região Nordeste (64,8%). Reuniões semanais ocorrem em 20,8% das UBS, sendo mais comuns no Sudeste (30,2%) e Sul (27,2%),

enquanto no Nordeste apenas 12,6% das unidades adotam esse ritmo. Reuniões quinzenais foram registradas em 13,8% das UBS do Brasil, com distribuição relativamente homogênea entre as regiões, variando de 12,5% no Sudeste a 17,2% no Norte. Por fim, 29,3% das UBS se reúnem apenas “de acordo com a necessidade”, prática mais comum no Centro-Oeste (35,1%) e no Sudeste (32,4%; Tabela 13).

Tabela 13 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo a frequência de reuniões realizadas pelas equipes para planejamento. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Frequência						
Semanal	740 (18,1)	2.231 (12,6)	4.036 (30,2)	1.800 (27,2)	542 (17,4)	9.349 (20,8)
Quinzenal	706 (17,2)	2.453 (13,8)	1.666 (12,5)	918 (13,9)	458 (14,7)	6.201 (13,8)
Mensal	1.935 (47,2)	11.493 (64,8)	5.115 (38,3)	2.271 (34,4)	1.353 (43,3)	22.167 (49,3)
Semestral	87 (2,1)	227 (1,3)	308 (2,3)	97 (1,5)	78 (2,5)	797 (1,8)
Anual	33 (0,8)	37 (0,2)	304 (2,3)	39 (0,6)	35 (1,1)	448 (1,0)
De acordo com a necessidade	1.154 (28,2)	4.606 (26,0)	4.335 (32,4)	1.985 (30,0)	1.097 (35,1)	13.178 (29,3)
Realizam reuniões (total)	3.991 (97,4)	17.572 (99,1)	13.201 (98,7)	6.368 (96,4)	3.071 (98,3)	44.203 (98,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 734

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Educação Permanente, Qualificação e Valorização das(os) trabalhadoras(es)

No Censo Nacional das UBS 2024, 11,2% das unidades relataram que seus trabalhadores não possuem acesso a ações voltadas à saúde do trabalhador. As ações mais frequentes são aquelas relativas ao monitoramento e a atualização da carteira de vacinação, bem como medidas de prevenção e assistência relacionadas a materiais perfurocortantes. A oferta de ações de saúde mental foi registrada em 40% das UBS, enquanto ações de educação em saúde e de encaminhamento para atendimento especializado em 35% das unidades.

Tabela 14 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo a realização de ações e serviços de saúde voltados aos trabalhadores. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Acesso a ações/serviços					
Serviço de referência de saúde do trabalhador para cuidado especializado	1.239 (30,3)	5.489 (41,0)	2.116 (32,0)	886 (28,4)	15.661 (34,9)
Ações de prevenção e assistência após acidente com material perfurocortante	2.437 (59,5)	9.858 (73,7)	4.646 (70,3)	2.094 (67,1)	29.560 (65,8)
Monitoramento da atualização do cartão de vacinação	2.882 (70,4)	10.062 (75,2)	4.789 (72,5)	2.257 (72,3)	33.120 (73,7)
Atividades de educação em saúde sobre agravos prevalentes em saúde do trabalhador	1.622 (39,6)	5.044 (37,7)	1.956 (29,6)	983 (31,5)	16.113 (35,9)
Ações de saúde mental	1.780 (43,5)	5.565 (41,6)	2.190 (33,1)	1.188 (38,0)	18.083 (40,2)
Programas/Estratégias que promovam a qualidade de vida do trabalhador	1.196 (29,2)	3.838 (28,7)	1.302 (19,7)	709 (22,7)	11.681 (26,0)
Outro	611 (14,9)	1.217 (9,1)	541 (8,2)	309 (9,9)	5.096 (11,3)
Sem acesso a ações de saúde do trabalhador	547 (13,4)	1.211 (9,1)	742 (11,2)	394 (12,6)	5.017 (11,2)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.**Tabela 15** – Ações de educação permanente e instituições ofertantes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Frequência das ações						
Sempre	1.757 (42,9)	7.061 (39,8)	5.549 (41,5)	2.016 (30,5)	1.107 (35,5)	17.490 (38,9)
Quase sempre	1.027 (25,1)	4.705 (26,5)	3.256 (24,4)	1.810 (27,4)	838 (26,8)	11.636 (25,9)
Algumas vezes	901 (22,0)	4.519 (25,5)	3.546 (26,5)	2.109 (31,9)	880 (28,2)	11.956 (26,6)
Raramente	325 (7,9)	1.227 (6,9)	862 (6,5)	565 (8,6)	243 (7,8)	3.222 (7,2)

Nunca	85 (2,1)	223 (1,3)	160 (1,2)	107 (1,6)	55 (1,8)	630 (1,4)
Instituições ofertantes						
Gestão municipal	3.771 (92,1)	16.558 (93,4)	12.310 (92,0)	5.852 (88,6)	2.635 (84,4)	41.127 (91,5)
Gestão estadual	1.904 (46,5)	9.871 (55,7)	5.163 (38,6)	3.652 (55,3)	1.738 (55,7)	22.328 (49,7)
Ministério da Saúde (MS)	1.805 (44,1)	9.337 (52,6)	6.489 (48,5)	3.389 (51,3)	1.558 (49,9)	22.578 (50,2)
Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)	1.152 (28,1)	6.034 (34,0)	5.138 (38,4)	2.518 (38,1)	1.037 (33,2)	15.879 (35,3)
As próprias equipes da UBS	1.664 (40,6)	6.732 (38,0)	6.753 (50,5)	2.832 (42,9)	1.364 (43,7)	19.345 (43,1)
Universidades/ Instituições de Ensino Superior (IES)	508 (12,4)	2.691 (15,2)	2.539 (19,0)	1.562 (23,6)	482 (15,4)	7.782 (17,3)
Conselho Nacional de Secretários de Saúde/ Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASS/CONASEMS)	900 (22,0)	4.258 (24,0)	3.004 (22,5)	1.618 (24,5)	785 (25,1)	10.565 (23,5)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing =4–634

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Especialização, residência e educação permanente

Conforme observado na Tabela 16, o maior percentual de UBS com profissionais especialistas em Saúde da Família e Comunidade ou residentes concentra-se nas regiões Sudeste — com destaque para enfermeiros (43,6%) e médicos (32,5%) — e Sul, onde se destacam enfermeiros (39,9%) e médicos (32,4%). Em seguida, aparecem as regiões Centro-Oeste e Nordeste. A região Norte apresenta o menor percentual de UBS que possuem profissionais com essa titulação.

A quantidade de UBS com profissionais titulados em pelo menos duas áreas (médico, enfermeiro, ou dentista) é mais elevada nas regiões Sudeste (17,9%) e Sul (17,5%), refletindo o maior percentual de unidades com profissionais especializados atuando na APS.

De forma geral, a presença de UBS com médicos e enfermeiros titulados tende a ser mais expressiva nas regiões Sudeste e Sul, enquanto a região Norte apresenta maiores dificuldades para garantir a presença desses profissionais especializados nas unidades.

Cabe destacar que o MS lançou a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde, no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM), com o intuito de fomentar a formação

de médicos especialistas em Medicina de Família e Comunidade e sua inserção nas ESF, ampliando o acesso e qualidade do atendimento à população.

Quase metade das UBS (47,6%) funciona como campo de estágio para a formação de profissionais de saúde, com destaque para alunos de graduação e de nível técnico (Tabela 17).

Tabela 16 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com profissionais que possuem título de especialista em Saúde da Família e Comunidade ou Saúde da Família ou residência. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Médicos (≥ 1)	1.099 (26,8)	4.511 (25,4)	4.346 (32,5)	2.139 (32,4)	885 (28,3)	12.981 (28,9)
Enfermeiros (≥ 1)	1.042 (25,4)	6.180 (34,8)	5.826 (43,6)	2.638 (39,9)	1.110 (35,5)	16.796 (37,4)
Dentistas (≥ 1)	434 (10,6)	2.360 (13,3)	2.427 (18,2)	1.235 (18,7)	431 (13,8)	6.887 (15,3)
Ao menos um profissional titulado de cada tipo	239 (5,8)	1.248 (7,0)	1.276 (9,5)	564 (8,5)	205 (6,6)	3.532 (7,9)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Tabela 17 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuam como campo de formação de estudantes. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Campo de formação						
Estudantes de graduação em Saúde	1.210 (29,5)	6.535 (36,8)	4.713 (35,2)	2.579 (39,0)	1.043 (33,4)	16.080 (35,8)
Estudantes de nível técnico em Saúde	1.382 (33,7)	6.505 (36,7)	3.612 (27,0)	1.656 (25,1)	793 (25,4)	13.948 (31,0)
Residentes de Medicina de Família e Comunidade	410 (10,0)	1.629 (9,2)	1.330 (9,9)	659 (10,0)	250 (8,0)	4.278 (9,5)
Residentes de outras áreas da Medicina	263 (6,4)	861 (4,9)	886 (6,6)	337 (5,1)	131 (4,2)	2.478 (5,5)
Residentes em Enfermagem	385 (9,4)	1.278 (7,2)	986 (7,4)	520 (7,9)	191 (6,1)	3.360 (7,5)
Residentes multiprofissionais	277 (6,8)	1.076 (6,1)	973 (7,3)	536 (8,1)	149 (4,8)	3.011 (6,7)
Nenhum	2.272 (55,5)	8.982 (50,6)	7.104 (53,1)	3.450 (52,2)	1.736 (55,6)	23.545 (52,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Atuação das(os) coordenadoras(es) ou gerentes das UBS

A maioria das UBS (77,8%) conta com o apoio de um gerente da unidade, com predomínio nas regiões Centro-Oeste (84,7%) e Norte (83,3%). Entretanto, apenas 21,1% das UBS possuem gerente ou coordenador atuando de forma exclusiva, com destaque para a região Sudeste (25,5%; Tabela 18). Esse perfil se reflete na divisão com outras atividades internas e externas, presente em 56,6% das UBS no Brasil.

Outro dado significativo é a formação do gerente da unidade, com predominância de formação em enfermagem (56,8%), seguido por outras áreas de nível superior (11,2%). No entanto, ressalta-se a relevância da quantidade de outro profissional de nível médio, com 8,5%, com destaque para a região Norte, com 14,7%.

Em relação à participação dos coordenadores ou gerentes da UBS em cursos ou capacitações na área de gestão da APS, 40% das unidades relataram envolvimento nessas atividades, com destaque para as regiões Centro-Oeste (47,7%) e Sudeste (45,1%).

No conjunto do país, 28,9% das UBS informaram que seus gestores participaram ou estão participando de atividades de planificação em saúde, sendo o percentual mais elevado observado na região Centro-Oeste (56,1%) e o mais baixo na região Sudeste (20,6%; Tabela 18).

Tabela 18 – Atuação de coordenadores ou gerentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Conta com apoio de gerente/ coordenador da UBS	3.411 (83,3)	13.128 (74,0)	10.593 (79,2)	5.177 (78,4)	2.645 (84,7)	34.955 (77,8)
Como se caracteriza a atuação do gerente/coordenador da UBS						
Ação exclusiva	985 (24,1)	3.293 (18,6)	3.415 (25,5)	1.118 (16,9)	676 (21,7)	9.487 (21,1)
Divide-se entre gerência da UBS e outras atividades internas ou externas à UBS	2.425 (59,2)	9.829 (55,4)	7.174 (53,6)	4.058 (61,4)	1.968 (63,0)	24.454 (56,6)
Formação do gerente/coordenador da UBS						
Enfermeiro	2.218 (54,2)	9.343 (52,7)	7.770 (58,1)	4.105 (62,1)	2.082 (66,7)	25.518 (56,8)
Médico	9 (0,2)	13 (0,1)	46 (0,3)	19 (0,3)	15 (0,5)	102 (0,2)
Cirurgiã(o)-dentista	11 (0,3)	93 (0,5)	165 (1,2)	42 (0,6)	23 (0,7)	334 (0,7)
Sanitarista	13 (0,3)	45 (0,3)	9 (0,1)	10 (0,2)	48 (1,5)	125 (0,3)
Outros profissionais de nível superior	556 (13,6)	1.873 (10,6)	1.701 (12,7)	573 (8,7)	347 (11,1)	5.050 (11,2)

Outros profissionais de nível médio	603 (14,7)	1.755 (9,9)	899 (6,7)	427 (6,5)	130 (4,2)	3.814 (8,5)
Participação do gerente/ coordenador da UBS em curso ou capacitação na área de gestão da Atenção Primária à Saúde (APS)	1.687 (41,2)	6.347 (35,8)	6.025 (45,1)	2.326 (35,2)	1.488 (47,7)	17.873 (40,0)
Participação nas atividades de Planificação/Planifica	1.151 (28,1)	5.132 (28,9)	2.748 (20,6)	2.180 (33,0)	1.752 (56,1)	12.963 (28,9)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing =19–24

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Condições de infraestrutura das UBS

A maioria das UBS no Brasil funciona em espaço próprio (85,3%), enquanto 10,1% desenvolvem suas atividades em espaços alugados, com maior proporção no Sudeste (13,3%) e Nordeste (11,4%). Um menor percentual opera em espaço cedido (3,9%), com pouca variação entre as regiões, como pode ser observado na Tabela 19.

Observa-se que a energia elétrica está disponível em praticamente todas as UBS (98,2%), enquanto o abastecimento de água potável está presente em 93,5% das unidades, com menor cobertura na região Norte (83,1%). A coleta de esgoto alcança 84,9% das UBS no Sudeste, mas apenas 39,1% das unidades no Norte. No Brasil, o percentual é de 65,6% (Tabela 19).

A presença de abrigos externos para resíduos comuns é observada em 56,9% das UBS no Brasil. Já os abrigos para resíduos infectantes estão presentes em 62,9% das unidades, com destaque para o Sul (78,2%), Norte (46,5%) e Nordeste (51,3%). A coleta de resíduos sólidos comuns e infectantes ocorre em 90,2% e 88,6% das UBS do país, respectivamente, sendo a região Norte a que apresenta os menores percentuais (77,7% e 79,5%) em ambas as situações. Esses dados reforçam a necessidade de investimentos para padronizar e fortalecer o gerenciamento de resíduos nas UBS, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, garantindo maior segurança sanitária e ambiental.

Em relação aos danos ambientais e climáticos nas UBS nos últimos cinco anos, os dados do Censo revelam que 18,2% das unidades relataram danos causados por desastres ambientais ou climáticos, com maior incidência no Sul (30,1%), possivelmente em decorrência das enchentes ocorridas no primeiro semestre de 2024, e menor incidência no Nordeste (14,7%).

Tabela 19 – Características estruturais e de ambiência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Espaço físico						
Espaço próprio	3.708 (90,5)	15.061 (84,9)	10.899 (81,5)	5.931 (89,8)	2.745 (87,9)	38.344 (85,3)
Espaço alugado	207 (5,1)	2.013 (11,4)	1.776 (13,3)	340 (5,2)	210 (6,7)	4.546 (10,1)
Espaço cedido	143 (3,5)	549 (3,1)	632 (4,7)	287 (4,3)	138 (4,4)	1.749 (3,9)
Serviços disponíveis nas UBS						
Abastecimento de água potável	3.405 (83,1)	16.388 (92,4)	12.845 (96,0)	6.424 (97,2)	2.963 (94,9)	42.025 (93,5)
Energia elétrica	3.859 (94,2)	17.423 (98,2)	13.217 (98,8)	6.549 (99,1)	3.065 (98,1)	44.113 (98,2)
Coleta de esgoto	1.600 (39,1)	9.973 (56,2)	11.352 (84,9)	4.742 (71,8)	1.825 (58,4)	29.492 (65,6)
Coleta de resíduos sólidos comuns	3.181 (77,7)	15.254 (86,0)	12.816 (95,8)	6.340 (96,0)	2.930 (93,8)	40.521 (90,2)
Coleta seletiva de resíduos infectantes	3.256 (79,5)	14.594 (82,3)	12.770 (95,5)	6.291 (95,2)	2.922 (93,6)	39.833 (88,6)
Resíduos e limpeza						
Abrigo externo para resíduos – resíduos comuns (≥ 1)	1.886 (46,0)	8.620 (48,6)	8.415 (62,9)	4.607 (69,7)	2.029 (65,0)	25.557 (56,9)
Abrigo externo para resíduos – resíduos infectantes (≥ 1)	1.903 (46,5)	9.091 (51,3)	9.768 (73,0)	5.167 (78,2)	2.309 (73,9)	28.238 (62,9)
Abrigo externo para resíduos – resíduos recicláveis (≥ 1)	693 (16,9)	2.863 (16,1)	3.521 (26,3)	3.507 (53,1)	819 (26,2)	11.403 (25,4)
Sofreu danos causados por desastres ambientais e/ou climáticos nos últimos 5 anos	630 (15,4)	2.612 (14,7)	2.490 (18,6)	1.987 (30,1)	471 (15,1)	8.190 (18,2)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 10–465
^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Construção, ampliação e reformas das UBS

Mais da metade das UBS indicou necessidade de reforma, e 8,8% informaram estar em processo de reforma no momento da coleta dos dados do Censo. Um total de 70% das unidades

afirmaram possuir área para ampliação (Tabela 20). Os tipos de reforma demandados são variados, com um maior destaque para reparos em paredes (7,7%).

Tabela 20 – Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo a necessidade de construção, ampliação e reformas por grandes regiões e país, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Reforma da UBS						
Sim, está em reforma	368 (9,0)	1.464 (8,3)	1.298 (9,7)	563 (8,5)	278 (8,9)	3.971 (8,8)
Não, não necessita de reforma	1.183 (28,9)	5.582 (31,5)	4.237 (31,7)	2.060 (31,2)	887 (28,4)	13.949 (31,0)
Não, mas precisa ser reformada	2.543 (62,1)	10.686 (60,3)	7.836 (58,6)	3.983 (60,3)	1.958 (62,7)	27.006 (60,1)
Tipo de reforma						
Cobertura/telhado	297 (7,3)	976 (5,5)	820 (6,1)	354 (5,4)	178 (5,7)	2.625 (5,8)
Instalações elétricas	278 (6,8)	904 (5,1)	802 (6,0)	357 (5,4)	154 (4,9)	2.495 (5,6)
Instalações hidráulicas	223 (5,4)	727 (4,1)	626 (4,7)	285 (4,3)	113 (3,6)	1.974 (4,4)
Piso	271 (6,6)	813 (4,6)	784 (5,9)	371 (5,6)	152 (4,9)	2.391 (5,3)
Parede	322 (7,9)	1.304 (7,4)	1.122 (8,4)	484 (7,3)	241 (7,7)	3.473 (7,7)
Forro	287 (7,0)	943 (5,3)	571 (4,3)	294 (4,5)	142 (4,6)	2.237 (5,0)
Portas e janelas	277 (6,8)	968 (5,5)	817 (6,1)	362 (5,5)	166 (5,3)	2.590 (5,8)
Ampliação da UBS						
Sim, está sendo ampliada	265 (6,5)	744 (4,2)	709 (5,3)	423 (6,4)	141 (4,5)	2.282 (5,1)
Não, não necessita de ampliação	1.219 (29,8)	6.617 (37,3)	4.879 (36,5)	2.486 (37,6)	1.013 (32,4)	16.214 (36,1)
Não, mas necessita de ampliação	2.610 (63,7)	10.370 (58,5)	7.783 (58,2)	3.697 (56,0)	1.969 (63,1)	26.429 (58,8)

Edificação/terreno permite a ampliação

Sim	3.292 (80,4)	12.811 (72,2)	8.660 (64,8)	4.682 (70,9)	2.480 (79,4)	31.925 (71,0)
Não	572 (14,0)	3.417 (19,3)	3.446 (25,8)	1.391 (21,1)	434 (13,9)	9.260 (20,6)
Não sei	230 (5,6)	1.508 (8,5)	1.265 (9,5)	533 (8,1)	209 (6,7)	3.740 (8,3)

UBS contemplada por emendas parlamentares nos últimos 5 anos

Sim	1.288 (31,5)	4.055 (22,9)	4.356 (32,6)	2.261 (34,2)	869 (27,8)	12.829 (28,6)
Não	1.284 (31,4)	5.243 (29,6)	3.579 (26,8)	2.052 (31,1)	848 (27,2)	13.006 (28,9)
Não sei	1.522 (37,2)	8.434 (47,6)	5.436 (40,7)	2.293 (34,7)	1.406 (45,0)	19.091 (42,5)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 11–12
^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Adequação do ambiente

A análise dos tipos de ambientes disponíveis nas UBS das diferentes regiões do Brasil revela uma distribuição relativamente homogênea para espaços essenciais, como recepção, sala de espera e áreas de acolhimento e triagem (Tabela 21). No país, 97,5% das unidades possuem pelo menos uma recepção. As salas de espera também estão amplamente presentes, sendo registradas em 87,6% das unidades. Já as áreas específicas para acolhimento e triagem estão disponíveis em 84,6% das UBS brasileiras, com maior concentração no Sul (94,2%) e no Centro-Oeste (94,4%) e menor presença no Nordeste (78,0%).

A presença de “salas lilás”, destinadas ao acolhimento de mulheres em situação de violência, foi identificada em apenas 1,7% das UBS no Brasil, com variações regionais entre 1,1% no Nordeste e 2,6% no Sudeste. A existência de áreas externas cobertas para embarque e desembarque de ambulâncias apresenta variação expressiva entre as regiões, com percentual nacional de 26,3%. O Nordeste registra a menor proporção dessas áreas (20,2%), enquanto o Sul e Centro-Oeste apresentam os maiores percentuais (34,5% e 33,6%, respectivamente).

Tabela 21 – Áreas de recepção e acolhimento disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Áreas de recepção e acolhimento						
Recepção (≥ 1)	3.881 (94,8)	17.337 (97,7)	13.149 (98,3)	6.393 (96,8)	3.006 (96,3)	43.766 (97,5)
Sala de espera (≥ 1)	3.192 (77,9)	15.326 (86,4)	12.068 (90,2)	6.124 (92,7)	2.616 (83,8)	39.326 (87,6)
Acolhimento/triagem (≥ 1)	3.513 (85,8)	13.826 (78,0)	11.468 (85,7)	6.222 (94,2)	2.948 (94,4)	37.977 (84,6)
Sala lilás (acolhimento mulheres vítimas de violência)	57 (1,4)	198 (1,1)	351 (2,6)	114 (1,7)	50 (1,6)	770 (1,7)
Área externa coberta para embarque e desembarque da ambulância (≥ 1)	1.165 (28,4)	3.579 (20,2)	3.752 (28,1)	2.281 (34,5)	1.048 (33,6)	11.825 (26,3)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 17–53

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

A análise da distribuição de consultórios e ambientes de atendimento nas UBS das diferentes regiões do Brasil revelou uma disponibilidade ampla desses espaços, com pequenas variações regionais. No total, 97,4% das unidades possuem consultórios, com percentuais que variam de 93,2% no Norte a 98,5% no Sudeste e no Sul. A presença de consultórios exclusivos para médicos segue um padrão semelhante, estando disponíveis em 98,1% das unidades do país (Tabela 22).

Ao analisar a quantidade de consultórios por unidade, nota-se uma variação significativa. A maioria das UBS (60,5%) possui apenas um consultório médico, com maior prevalência no Nordeste (82,3%) e menor no Sudeste (42,5%) e Sul (37,5%). A presença de dois consultórios ocorre em 17,5% das unidades do país, sendo mais frequente no Sul (25,7%) e menos no Nordeste (11,1%). Já as unidades com três ou mais consultórios representam 20,1% do total nacional, com destaque para o Sudeste (35,5%) e Sul (35,2%), enquanto no Nordeste apenas 5,6% das UBS dispõem dessa estrutura ampliada (Tabela 22).

A presença de consultórios destinados às eMulti foi registrada em 26,2% das UBS no país, sendo mais comum no Sudeste (34,6%) e menos no Norte (19,8%) e Centro-Oeste (20,3%). A maioria dessas unidades possui um consultório para essa finalidade (22,2%), enquanto a proporção de duas ou mais salas é de 3,9%. Já os consultórios destinados

à teleconsulta estão presentes em 7% das UBS brasileiras, com maior concentração no Nordeste (8,7%) e menor no Centro-Oeste (4,8%).

As salas de curativos são bastante frequentes nas UBS, estando presentes em 84,3% das unidades do país, com maior concentração no Sudeste (87,6%) e menor no Norte (79,2%). Já as salas destinadas a pequenos procedimentos estão disponíveis em 55,3% das unidades brasileiras, sendo mais frequentes no Centro-Oeste (60,8%) e menos no Norte (50,6%).

As salas de observação sem sanitário estão presentes em 37,3% das UBS, sendo mais comuns no Centro-Oeste (50,0%) e menos no Norte (28,1%). Já as salas de observação com sanitário foram registradas em 13,7% das unidades, com o maior percentual também no Centro-Oeste (17,1%) e menor no Norte (12,1%).

As salas de vacinação estão presentes em 79,7% das UBS brasileiras, com maior percentual no Nordeste (84,8%) e menor no Sul (74,3%). Já as salas destinadas à coleta de exames laboratoriais são mais restritas, sendo encontradas em 21% das unidades do país, com maior percentual no Sudeste (36,3%) e menor no Nordeste (12,8%).

A disponibilidade de salas para dispensação de medicamentos foi registrada em 53,5% das unidades, sendo mais comum no Nordeste (62,7%) e menos no Centro-Oeste (40,0%). Por fim, as salas destinadas à realização de exames de imagem e métodos gráficos, como eletrocardiograma e ultrassonografia, são menos comuns, sendo encontradas em 11% das unidades, com maior percentual no Sudeste (20,5%) e menor no Nordeste (4,3%).

Tabela 22 – Consultórios e ambientes de atendimento disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Consultórios com ou sem sanitário	3.813 (93,2)	17.205 (97,0)	13.171 (98,5)	6.505 (98,5)	3.061 (98,0)	43.755 (97,4)
Consultório para médicos (≥ 1)	3.778 (92,2)	17.544 (98,9)	13.168 (98,5)	6.499 (98,4)	3.063 (98,1)	44.052 (98,1)
1	2.554 (62,4)	14.594 (82,3)	5.685 (42,5)	2.477 (37,5)	1.853 (59,3)	27.163 (60,5)
2	781 (19,1)	1.959 (11,1)	2.737 (20,5)	1.697 (25,7)	689 (22,1)	7.863 (17,5)
≥ 3	443 (10,8)	991 (5,6)	4.746 (35,5)	2.325 (35,2)	521 (16,7)	9.026 (20,1)
Consultório para enfermagem (≥ 1)	3.798 (92,7)	17.336 (97,7)	12.185 (91,1)	6.000 (90,8)	3.006 (96,3)	42.325 (94,2)
1	2.790 (68,2)	14.699 (82,9)	9.074 (67,9)	4.426 (67,0)	2.348 (75,2)	33.337 (74,2)

2	735 (18,0)	1.911 (10,8)	1.940 (14,5)	1.082 (16,4)	452 (14,5)	6.120 (13,6)
≥ 3	273 (6,7)	726 (4,1)	1.171 (8,8)	492 (7,4)	206 (6,6)	2.868 (6,4)
Consultório para equipes multiprofissionais de apoio à APS (≥ 1)	810 (19,8)	4.075 (23,0)	4.629 (34,6)	1.605 (24,3)	634 (20,3)	11.753 (26,2)
1	665 (16,3)	3.737 (21,1)	3.814 (28,6)	1.249 (18,9)	516 (16,5)	9.981 (22,2)
≥ 2	145 (3,5)	338 (1,9)	815 (6,1)	356 (5,4)	118 (3,8)	1.772 (3,9)
Consultório para telessaúde (≥ 1)	261 (6,4)	1.535 (8,7)	812 (6,1)	400 (6,1)	151 (4,8)	3.159 (7,0)
1	246 (6,0)	1.400 (7,9)	718 (5,4)	357 (5,4)	144 (4,6)	2.865 (6,4)
≥ 2	15 (0,4)	135 (0,8)	94 (0,7)	43 (0,7)	7 (0,2)	294 (0,7)
Sala para curativos (≥ 1)	3.246 (79,2)	14.573 (82,2)	11.715 (87,6)	5.668 (85,8)	2.667 (85,4)	37.869 (84,3)
Sala para pequenos procedimentos (≥ 1)	2.071 (50,6)	9.890 (55,8)	7.216 (54,0)	3.776 (57,2)	1.898 (60,8)	24.851 (55,3)
Sala de observação sem sanitário (≥ 1)	1.151 (28,1)	5.484 (30,9)	5.478 (41,0)	3.062 (46,3)	1.560 (50,0)	16.735 (37,3)
Sala de observação com sanitário (≥ 1)	497 (12,1)	2.284 (12,9)	1.914 (14,3)	944 (14,3)	534 (17,1)	6.173 (13,7)
Sala de vacinação (≥ 1)	3.052 (74,5)	15.037 (84,8)	10.391 (77,7)	4.911 (74,3)	2.394 (76,7)	35.785 (79,7)
Sala de coleta de exames laboratoriais (≥ 1)	678 (16,6)	2.264 (12,8)	4.851 (36,3)	1.000 (15,1)	649 (20,8)	9.442 (21,0)
Sala para dispensação de medicamentos (≥ 1)	2.316 (56,5)	11.116 (62,7)	5.653 (42,3)	3.699 (56,0)	1.249 (40,0)	24.033 (53,5)
Sala para exames de imagem e de métodos gráficos (eletrocardiograma; ultrassonografia) (≥ 1)	253 (6,2)	754 (4,3)	2.739 (20,5)	889 (13,5)	264 (8,5)	4.899 (11,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 15–53

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Na Tabela 23, observa-se a disponibilidade de estrutura destinada às ações de saúde bucal nas UBS brasileiras. A maioria das unidades dispõe de pelo menos um consultório de saúde bucal (82,7%) e uma cadeira odontológica (82,3%). Em 6,4% das

UBS há dois consultórios e 2,1% há três ou mais. A presença de duas ou mais cadeiras odontológicas foi identificada em 14,4% das unidades. Nota-se que a região Sudeste tem um número relativamente maior de UBS com dois ou mais consultórios e cadeiras odontológicas, enquanto a região Norte apresenta as menores porcentagens de UBS com esses ambientes.

O escovódromo, espaço destinado à escovação dental supervisionada, está presente em 12,8% das UBS brasileiras, com maior proporção na região Centro-Oeste e menor na região Norte.

Tabela 23 – Ambientes para ações de Saúde Bucal disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Tipos de ambientes						
Consultório de Saúde Bucal (≥ 1)	2.969 (72,5)	15.028 (84,7)	10.850 (81,1)	5.599 (84,7)	2.678 (85,8)	37.124 (82,7)
1	2.714 (66,3)	14.104 (79,6)	9.352 (70,0)	4.822 (73,0)	2.334 (74,7)	33.326 (74,2)
2	211 (5,2)	719 (4,1)	1.096 (8,2)	592 (9,0)	248 (7,9)	2.866 (6,4)
≥ 3	44 (1,1)	205 (1,2)	402 (3,0)	185 (2,8)	96 (3,1)	932 (2,1)
Escovódromo (≥ 1)	321 (7,8)	1.943 (11,0)	3.068 (22,9)	833 (12,6)	508 (16,3)	6.673 (14,8)
Cadeira odontológica (≥ 1)	2.933 (71,6)	14.904 (84,0)	10.794 (80,7)	5.624 (85,1)	2.680 (85,8)	36.936 (82,3)
1	2.464 (60,2)	13.524 (76,3)	7.938 (59,5)	4.418 (66,9)	2.118 (67,8)	30.462 (67,9)
≥ 2	469 (11,5)	1.380 (7,8)	2.856 (21,4)	1.206 (18,3)	562 (18,0)	6.473 (14,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 15–53

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

A relação entre a presença de farmacêuticos e a existência de salas de dispensação de medicamentos nas UBS brasileiras apresenta variações regionais significativas (Tabela 24). No país, 53,5% das unidades possuem pelo menos uma sala destinada à dispensação de medicamentos, sendo esse percentual maior no Nordeste (62,7%) e menor no Centro-Oeste (40,0%) e Sudeste (42,3%). Apesar disso, ainda há um número expressivo de UBS

que dispõem de salas de dispensação, mas não contam com farmacêuticos, representando 36,2% das unidades do país, com maior incidência no Nordeste (53,1%) e no Norte (43,5%). Por outro lado, uma parcela menor das UBS conta com farmacêuticos, mas não possui sala específica para dispensação (4,0%), sendo essa situação mais frequente no Sudeste (6,8%) e menos no Norte (3,1%) e no Sul (3,3%).

Tabela 24 – Relação entre a existência de farmacêuticos e de salas de dispensação de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) por grandes regiões e país, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sala para dispensação de medicamentos (≥ 1)	2.316 (56,5)	11.116 (62,7)	5.653 (42,3)	3.699 (56,0)	1.249 (40,0)	24.034 (53,5)
Farmacêuticos disponíveis, mas sem sala de dispensação	134 (3,1)	373 (2,1)	908 (6,8)	220 (3,3)	160 (5,1)	1.796 (4,0)
Salas de dispensação disponíveis, mas sem farmacêuticos	1.779 (43,5)	9.411 (53,1)	2.290 (17,1)	2.221 (33,6)	568 (18,2)	16.269 (36,2)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 26

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

A análise da infraestrutura de apoio nas UBS do Brasil revela diferenças significativas entre as regiões, especialmente em relação aos espaços destinados ao cuidado materno-infantil, armazenamento de insumos e higienização, como pode ser visualizado na Tabela 25.

A presença de fraldário foi registrada em 9,3% das unidades, com maior concentração no Sul (19,7%) e no Sudeste (15,7%), enquanto no Norte e no Nordeste os percentuais foram de 3,0% e 2,4%, respectivamente. As salas de apoio à amamentação estão disponíveis em 3% das unidades, com destaque para o Sudeste e o Sul (4,2% em ambos) e menor presença no Centro-Oeste (1,4%). A presença de copa/cozinha é ampla, sendo reportada em 95,1% das unidades do país.

Almoxarifados estão presentes em 63,2% das unidades, com maior proporção no Sudeste (68,6%) e no Centro-Oeste (67,8%) e menor no Norte (48,4%). Já a estocagem de medicamentos é observada em 38,4% das UBS nacionais, apresentando uma distribuição relativamente homogênea entre as regiões, variando de 35,9% no Sudeste a 43,5% no Sul.

Depósitos para materiais de limpeza estão disponíveis em 72,9% das UBS brasileiras. Locais para expurgo, essenciais para o descarte seguro de resíduos, são encontrados em 65% das unidades, com maior percentual no Sul (78,5%) e no Centro-Oeste (77,0%), e presença significativamente menor no Norte (48,9%) e no Nordeste (56,9%). A presença de salas de esterilização segue um padrão semelhante, estando disponíveis em 65,4% das

unidades do país, com destaque para as regiões Sul (79,1%) e Centro-Oeste (79,4%) e menor disponibilidade no Norte (52,2%).

A presença de laboratórios próprios foi identificada em 2,6% das unidades do país, com maior percentual no Norte (6,9%) e menor no Sul (1,5%) e no Nordeste (1,8%).

Tabela 25 – Ambientes de apoio disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Fraldário (≥ 1)	123 (3,0)	431 (2,4)	2.097 (15,7)	1.300 (19,7)	223 (7,1)	4.174 (9,3)
Sala de apoio à amamentação (≥ 1)	88 (2,2)	359 (2,0)	557 (4,2)	276 (4,2)	45 (1,4)	1.325 (3,0)
Copa/Cozinha (≥ 1)	3.780 (92,4)	16.479 (93,0)	13.037 (97,6)	6.358 (96,4)	3.043 (97,6)	42.697 (95,1)
Almoxarifado (≥ 1)	1.981 (48,4)	10.704 (60,3)	9.168 (68,6)	4.404 (66,7)	2.118 (67,8)	28.375 (63,2)
Sala para estocagem de medicamentos (≥ 1)	1.505 (36,7)	6.864 (38,7)	4.795 (35,9)	2.876 (43,5)	1.189 (38,1)	17.229 (38,4)
Depósito para materiais de limpeza (≥ 1)	2.612 (63,8)	12.087 (68,1)	10.306 (77,1)	5.229 (79,1)	2.489 (79,7)	32.723 (72,9)
Laboratório (≥ 1)	281 (6,9)	324 (1,8)	343 (2,6)	100 (1,5)	120 (3,8)	1.168 (2,6)
Local para expurgo (≥ 1)	2.001 (48,9)	10.100 (56,9)	9.511 (71,1)	5.184 (78,5)	2.405 (77,0)	29.201 (65,0)
Sala de esterilização (≥ 1)	2.138 (52,2)	11.036 (62,2)	8.466 (63,3)	5.226 (79,1)	2.481 (79,4)	29.347 (65,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 17–53

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

As salas destinadas à administração e gerência estão presentes em 38,7% das unidades do país, com maior concentração no Sudeste (51,5%) e menor no Nordeste (25,9%), conforme apresentado na Tabela 26.

As salas de reuniões, utilizadas para planejamento e discussões internas das equipes, estão presentes em 37,5% das unidades. Já as salas ou auditórios para atividades coletivas são encontradas em 31,0% das UBS brasileiras, variando de 27,9% no Norte a 33,5% no Centro-Oeste.

O suporte para ensino e capacitação, representado pelas salas destinadas a residentes, alunos ou estagiários, está presente em 6,0% das UBS do Brasil. As salas para ACS e Agentes de Combate a Endemias (ACE) estão disponíveis em 48,7% das unidades. No Sudeste, 67,7%

das unidades possuem esse espaço, enquanto no Nordeste este percentual é de 28,7%. Já as salas destinadas às eMulti são encontradas em 21,6% das unidades, sendo mais frequentes no Sudeste (27,6%) e menos no Norte (16,5%) e no Centro-Oeste (18,3%).

Tabela 26 – Ambientes administrativos e de gestão disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sala para administração/gerência (≥ 1)	1.689 (41,2)	4.598 (25,9)	6.892 (51,5)	2.899 (43,9)	1.276 (40,9)	17.355 (38,7)
Sala/auditório para atividades coletivas (≥ 1)	1.143 (27,9)	5.377 (30,3)	4.248 (31,8)	2.120 (32,1)	1.047 (33,5)	13.935 (31,0)
Sala para atividades de residentes/ alunos/estagiários (≥ 1)	136 (3,3)	868 (4,9)	974 (7,3)	566 (8,6)	167 (5,3)	2.711 (6,0)
Sala de reuniões (≥ 1)	1.068 (26,1)	6.580 (37,1)	5.160 (38,6)	2.748 (41,6)	1.294 (41,4)	16.850 (37,5)
Sala para ACS/ACE (≥ 1)	1.841 (45,0)	5.088 (28,7)	9.056 (67,7)	3.988 (60,4)	1.912 (61,2)	21.885 (48,7)
Sala para eMulti (≥ 1)	677 (16,5)	3.575 (20,2)	3.688 (27,6)	1.197 (18,1)	571 (18,3)	9.708 (21,6)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 17–53

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

A presença de pelo menos um banheiro completo para funcionários, equipado com vaso, pia e chuveiro, ocorre em 52,9% das unidades do país (Tabela 27). O percentual é maior no Centro-Oeste (56,9%) e no Nordeste (56,4%) e menor no Sul (41,0%). A existência de dois ou mais banheiros completos segue uma distribuição semelhante, sendo mais comum no Sudeste (20,9%) e menos no Norte (11,6%).

Vestiários para funcionários estão disponíveis em 10,4% das UBS no Brasil. As regiões Sudeste (16,6%) e Sul (17,5%) apresentam os maiores percentuais, enquanto a presença desse espaço é bastante restrita no Norte (4,5%) e no Nordeste (4,9%).

Tabela 27 – Banheiros e vestiários para funcionários disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Pergunta	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sanitário (vaso sanitário e pia) para funcionários (≥ 1)	3.035 (74,1)	13.638 (76,9)	11.530 (86,2)	5.831 (88,3)	2.631 (84,2)	36.665 (81,6)
1	2.376 (58,1)	10.562 (59,6)	6.170 (46,2)	3.674 (55,6)	1.468 (47,1)	24.250 (54,0)
≥ 2	659 (16,1)	3.076 (17,3)	5.360 (40,1)	2.157 (32,6)	1.163 (37,2)	12.415 (27,6)
Banheiro (vaso, pia e chuveiro) para funcionários (≥ 1)	2.243 (54,8)	10.008 (56,4)	7.019 (52,5)	2.712 (41,0)	1.778 (56,9)	23.760 (52,9)
1	1.767 (43,2)	7.736 (43,7)	4.218 (31,6)	1.899 (28,8)	1.002 (32,1)	16.622 (37,0)
≥ 2	476 (11,6)	2.272 (12,8)	2.801 (20,9)	813 (12,3)	776 (24,8)	7.138 (15,9)
Vestiário para funcionários (≥ 1)	183 (4,5)	870 (4,9)	2.216 (16,6)	1.158 (17,5)	251 (8,0)	4.678 (10,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 17–53

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Acessibilidade

Os principais resultados relativos à acessibilidade das UBS estão apresentados na Tabela 28. Destaca-se que 10,5% das unidades brasileiras afirmam não possuir identificação em sua fachada. Já outros recursos de identificação visual são restritos, como o uso de painéis de chamada por senha (9,1% no Brasil, com menos de 5% no Norte e no Nordeste), placas de comunicação acessíveis (15,8 %) e sinalização indicando prioridades de atendimento (23,1%).

Quanto à adaptação das UBS para receber usuários em cadeiras de rodas, 52,5% das unidades possuem corredores adaptados para entrada. Em relação aos banheiros adaptados, o percentual mais baixo foi observado no Nordeste (51,4%). O piso tátil está presente em somente 10,6% das UBS brasileiras.

Em comparação aos dados do 3º ciclo do PMAQ, houve aumento no número de unidades com entrada adaptada e corrimão nas escadas, mas uma diminuição quanto às adaptações em portas internas, corredores e piso tátil.

Tabela 28 – Distribuição das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo característica de acessibilidade (respostas positivas). Brasil e grandes regiões, 2024.

Pergunta	Região					Brasil n (%)
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
A UBS possui identificação na fachada	3577 (87,4)	15947 (89,9)	11951 (89,4)	5966 (90,3)	2790 (89,3)	4.0231 (89,5)
A maioria dos ambientes da UBS possui placas de identificação	3602 (88,0)	16245 (91,6)	12199 (91,2)	6014 (91,0)	2830 (90,6)	4.0890 (91,0)
No que diz respeito à acessibilidade, assinale a(s) alternativa(s) que a UBS oferece:						
Entrada externa adaptada para cadeira de rodas	2.823 (68,9)	13.749 (77,5)	10.907 (81,5)	5.490 (83,1)	2.445 (78,3)	35.414 (78,8)
Corrimão nas escadas, rampas	575 (14,0)	3.999 (22,5)	4.912 (36,7)	2.696 (40,8)	649 (20,8)	12.831 (28,6)
Portas internas adaptadas para cadeira de rodas	1.818 (44,4)	8.884 (50,1)	7.793 (58,3)	4.127 (62,5)	1.758 (56,3)	24.380 (54,3)
Corredores adaptados para cadeira de rodas	1.675 (40,9)	8.305 (46,8)	7.774 (58,1)	4.109 (62,2)	1.725 (55,2)	23.588 (52,5)
Banheiro adaptado para cadeira de rodas	2.159 (52,7)	9.109 (51,4)	8.896 (66,5)	4.818 (72,9)	2.033 (65,1)	27.015 (60,1)
Cadeira de rodas disponível e em condições de uso para deslocamento do usuário	2.246 (54,9)	10.430 (58,8)	10.809 (80,8)	5.628 (85,2)	2.370 (75,9)	31.483 (70,1)
Painel de chamada de senha	178 (4,4)	865 (4,9)	1.924 (14,4)	774 (11,7)	368 (11,8)	4.109 (9,1)
Placas de comunicação acessíveis*	434 (10,6)	1.972 (11,1)	2.766 (20,7)	1.509 (22,8)	413 (13,2)	7.094 (15,8)
Placas de sinalização com indicação de prioridades de atendimento	759 (18,5)	3.687 (20,8)	3.681 (27,5)	1.505 (22,8)	736 (23,6)	10.368 (23,1)
Cadeiras para pessoas obesas	395 (9,7)	1.591 (9,0)	3.328 (24,9)	1.541 (23,3)	397 (12,7)	7.252 (16,1)
Demarcação de vagas especiais de estacionamento para PcD e grupos prioritários	198 (4,8)	690 (3,9)	2.378 (17,8)	1.658 (25,2)	301 (9,6)	5.225 (11,6)
Piso tátil/podotátil para acesso às dependências da UBS**	322 (7,9)	1.258 (7,1)	1.756 (13,1)	1.198 (18,1)	293 (9,4)	4.827 (10,7)
Nenhuma das anteriores	655 (16,0)	1.785 (10,1)	722 (5,4)	333 (5,0)	214 (6,8)	3.709 (8,2)
Total	4.094 (9,1)	17.735 (39,5)	13.375 (29,8)	6.607 (14,7)	3.123 (6,9)	44.934 (100,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing =17–53

*Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

*Informam a existência de recursos e serviços adaptados para o atendimento adequado de pessoas com deficiência (PcD); por exemplo, localização de rampas, vagas no estacionamento, telefone adaptado e sanitários próprios.

**Faixas facilitadoras no piso para locomoção e caminhada segura para pessoas com deficiência visual total ou parcial.

Disponibilidade de equipamentos e insumos na UBS

Os resultados sobre a disponibilidade de equipamentos e insumos nas UBS foram subdivididos de acordo com as linhas de cuidado e os fins específicos a que se destinam, de modo a facilitar sua descrição. Ressalta-se que, embora haja sobreposição de utilização por diferentes profissionais e programas, essa organização facilita não só a visualização, mas também a identificação de prioridades de alocação.

A apresentação dos resultados se inicia com os dados referentes aos equipamentos destinados à aferição de pressão arterial e ausculta. Informações relativas aos aparelhos de pressão com diferentes tamanhos de braçadeira (infantil, adulto e para obesos), bem como sobre os estetoscópios infantil e adulto, estão detalhadas na Figura 2. Os equipamentos destinados a adultos estão disponíveis em pelo menos 90% das UBS em todas as regiões do país, enquanto os aparelhos digitais encontram-se em 25–50% das unidades em todas as regiões, exceto a Nordeste (abaixo de 25% do total de UBS). Os esfigmomanômetros infantil e para obesos apresentam maior disponibilidade nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, enquanto menos de 50% das UBS nas regiões Norte e Nordeste dispõem desses equipamentos.

A disponibilidade de estetoscópios e aparelhos de pressão para adultos e crianças apresentou melhoria em comparação ao 3º ciclo do PMAQ.

Figura 2 – Disponibilidade de aparelhos de pressão e estetoscópios nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamentos existentes nas UBS – Brasil (Percentual)	N	NE	SE	S	CO
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) com braçadeira com circunferência de 22–28 cm (adulto) – 96,6%					
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) com braçadeira com circunferência de 30–38 cm (pessoas com obesidade) – 57%					
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) com braçadeira com circunferência de 13–16 cm (infantil) – 58,6%					
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) digital profissional com braçadeira – 33,2%					
Estetoscópio adulto – 96,3%					
Estetoscópio pediátrico – 51,5%					

Legenda: até 25% 26–50% 51–75% 76–89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Os aparelhos relacionados a afecções respiratórias apresentam disponibilidades variadas. O oxímetro de pulso digital está presente em pelo menos 50% das UBS nas regiões Norte e Nordeste, e mais de 75% nas regiões Sul e Centro-Oeste, atingindo mais de 90% na região Sudeste (Figura 3). Os nebulizadores estão presentes em menos de 75% das UBS em todas

as regiões. O fornecimento de oxigênio alcança mais de 75% das UBS no Sudeste, entre 50% e 75% no Sul e Centro-Oeste, e menos de 25% no Nordeste. A cobertura de ar comprimido, por sua vez, está ausente na maioria das UBS (< 25%).

Em comparação ao PMAQ, a disponibilidade de nebulizadores aumentou (< 25%), enquanto houve piora para a cobertura de ar comprimido (50–75%).

Figura 3 – Disponibilidade de oxímetro, nebulizador e oxigênio nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamentos existentes nas UBS – Brasil	N	NE	SE	S	CO
Oxímetro de pulso digital – 81,2%					
Nebulizador – 63,3%					
Ar comprimido – 14,6%					
Oxigênio – 45,2%					

Legenda: até 25% 26–50% 51–75% 76–89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Os equipamentos antropométricos portáteis e digitais estão presentes em 50–75% das UBS, com exceção das regiões Norte e Nordeste, que apresentaram resultados inferiores a 50% (Figura 4). Os equipamentos mecânicos são mais raros; já a fita métrica está disponível em mais de 75% das unidades.

Em comparação ao PMAQ, a disponibilidade de balanças e estadiômetros aumentou (< 25%), com exceção da balança de até 200 kg, cuja presença caiu para 25–50%.

No que se refere à saúde materno-infantil (Figura 5), os itens mais escassos são a ultrassonografia e o detector fetal de mesa (ao contrário do portátil, mais comum), além do estetoscópio de Pinard. A presença de kit para inserção de DIU é mais frequente nas regiões Sul e Sudeste. A disponibilidade de mesa ginecológica, foco de luz e kit para coleta de material para rastreamento de câncer de colo uterino é bastante comum, alcançando mais de 90% das UBS nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. O otoscópio e o termômetro clínico digital são mais raros na região Norte (< 50% e < 75%, respectivamente) e Nordeste (< 75%, somente otoscópio), enquanto nas demais regiões alcançam mais de 75% das UBS.

Nesse bloco, em comparação ao PMAQ, a maioria dos equipamentos teve sua disponibilidade aumentada, com exceção do estetoscópio de Pinard, que teve seu uso reduzido.

Figura 4 – Disponibilidade de balanças e estadiômetros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamentos existentes na UBS -Brasil (Percentual)	N	NE	SE	S	CO
Balança plataforma digital com estadiômetro/antropométrico até 200kg (Graduação (precisão) de pesagem de, no máximo, 100g) 61,5%					
Balança plataforma portátil até 200kg (Graduação (precisão) de pesagem de, no máximo, 100g) 10,6%					
Balança pediátrica digital (Graduação (precisão) de, no máximo, 10g) 60,8%					
Balança pediátrica digital OU mecânica 71,9%					
Balança mecânica/digital até 150 kg OU mecânica até 200kg OU estadiômetro vertical fixo/port adulto 61,8%					
Balança digital portátil 41,3%					
Estadiômetro vertical portátil 15,8%					
Infantômetro (Régua antropométrica infantil ou antropômetro horizontal) 58%					
Fita métrica de material resistente, inelástico e flexível 82,5%					

Legenda: até 25% 26–50% 51–75% 76–89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Número de respostas: Brasil =44.938; Norte =4.096; Nordeste =17.737; Sudeste = 13.375; Sul =6.607; Centro-Oeste=3.123.

Figura 5 – Disponibilidade de material ginecológico, termômetro e otoscópio nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamentos existentes nas UBS – Brasil	N	NE	SE	S	CO
Foco de luz clínico e ginecológico – 91,4%					
Kit para coleta/exame de rastreamento do câncer do colo de útero [espéculo vaginal (modelo Collin) em tamanhos pequeno, médio e grande, espátula de madeira de Ayre, escova cervical, caixa porta lâmina, lâmina lapidada de vidro, luvas em EVA tamanho único] – 89,4%					
Kit para inserção de dispositivo intrauterino (DIU) – 19,2%					
Mesa ginecológica – 89,0%					
Aparelho de ultrassonografia – 3,7%					
Sonar/detector fetal de mesa – 19,5%					
Sonar/detector fetal portátil – 82,8%					
Estetoscópio de Pinard – 20,8%					
Otoscópio – 71,7%					
Termômetro clínico digital – 81,5%					

Legenda: até 25% 26–50% 51–75% 76–89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Em relação à linha do cuidado das doenças crônicas, especialmente hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), observa-se menor disponibilidade de eletrocardiógrafo, retinógrafo portátil digital e oftalmoscópio nas UBS (< 25%). Em contrapartida, o glicosímetro/tiras reagentes estão presentes em mais de 90% das unidades, exceto na região Norte, onde a sua presença variou entre 75–90%. Os resultados foram um pouco mais elevados (25–50%)

para as regiões Sudeste [Eletrocardiograma (ECG) digital e oftalmoscópio], Sul e Centro-Oeste (oftalmoscópio). A existência de lanterna clínica foi superior a 50% nas UBS das regiões Sul e Sudeste, diferindo das demais (Figura 6).

A disponibilidade de eletrocardiógrafo (> 75%) e oftalmoscópio (50–75%) foi reduzida em comparação aos dados do 3º ciclo do PMAQ, enquanto a oferta de glicosímetro (< 25%) aumentou.

Figura 6 – Disponibilidade de eletrocardiograma (ECG) digital, retinógrafo digital e glicosímetro nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024

Equipamentos existentes nas UBS – Brasil (Percentual)	N	NE	SE	S	CO
Eletrocardiógrafo – 9,1%					
Eletrocardiógrafo digital – 7,3%					
Retinógrafo portátil digital – 0,4%					
ECG digital – 16,6%					
Glicosímetro – 94,2%					
Tiras para glicosímetro – 93,2%					
Lanterna clínica – 44,2%					
Oftalmoscópio – 22,0%					

Legenda: até 25% 26–50% 51–75% 76–89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Os equipamentos destinados à conservação de vacinas e à esterilização de material apresentam disponibilidade intermediária (Figura 7). Destacam-se a presença de autoclave em mais de 75% das UBS das regiões Sul e Centro-Oeste, bem como geladeira ou câmara fria exclusivas para vacinas (acima de 50%), com a região Sudeste acima de 75%. Já a presença de estufa para esterilização de material é mais rara nas UBS brasileiras.

Em comparação ao PMAQ, a disponibilidade de câmara fria apresentou redução (50–75%), enquanto os demais equipamentos registraram aumento (< 25%).

Figura 7 – Disponibilidade de equipamentos para conservação de vacinas e esterilização de materiais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamentos existentes nas UBS – Brasil (percentual)	N	NE	SE	S	CO
Geladeira exclusiva para vacinas – 55,3%					
Câmara fria exclusiva para vacinas – 38,4%					
Geladeira exclusiva OU câmara fria para vacinação – 74,3%					
Caixas térmicas com termômetro de cabo extensor – 73,8%					
Termômetro com cabo extensor – 55,2%					
Autoclave – 73,7%					
Estufa para esterilização de material – 20,5%					

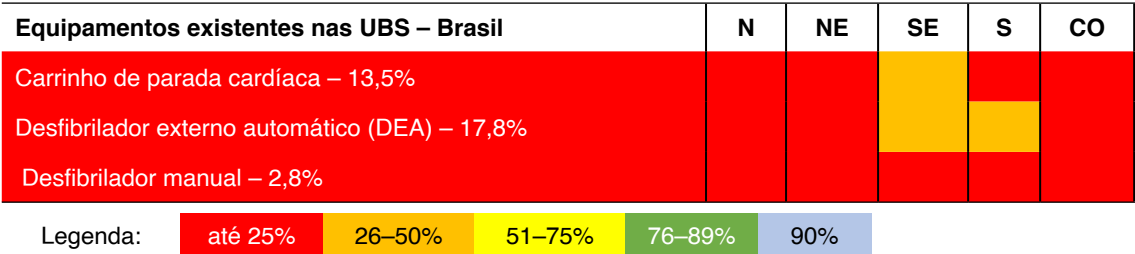
Legenda: até 25% 26–50% 51–75% 76–89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Os equipamentos de emergência estão presentes em menos de 25% das UBS das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste que relataram a existência do conjunto (Figura 8).

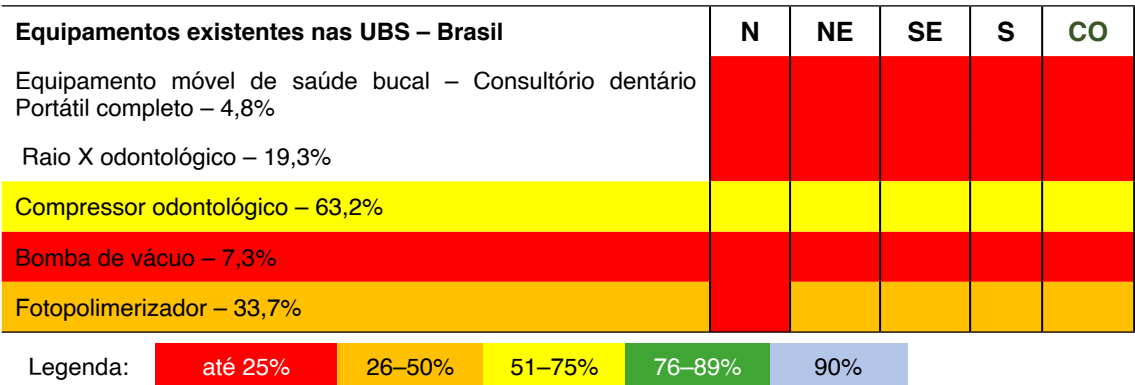
Figura 8 – Disponibilidade de equipamentos para emergências clínicas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.



Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Os equipamentos de saúde bucal apresentaram disponibilidade inferior a 25% das UBS para o consultório portátil, o aparelho de raio X e a bomba de vácuo (Figura 9). O fotopolimerizador está presente em menos de 50% das UBS (< 25% na região Norte), enquanto o compressor odontológico está disponível em mais de 50% das UBS brasileiras.

Figura 9 – Disponibilidade de equipamentos para Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.



Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Considerando apenas as UBS com cirurgiões-dentistas (80,1%), observa-se maior disponibilidade de compressor odontológico nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, além de oferta maior de equipamento de raio X nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Os demais equipamentos mantiveram a mesma faixa de disponibilidade (Figura 10).

Figura 10 – Disponibilidade de equipamentos para Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com cirurgiões-dentistas. Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamento – Brasil	N	NE	SE	S	CO
Equipamento móvel de saúde bucal – Consultório dentário portátil Completo – 5,8%					
Raio X odontológico – 23,5%					
Compressor odontológico 75,7%					
Bomba de vácuo – 8,7%					
Fotopolimerizador – 40,8%					

Legenda: até 25% 26-50% 51-75% 76-89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

A disponibilidade de equipamentos destinados à fisioterapia e à avaliação da acuidade visual foi relatada em menos de 25% das UBS brasileiras (Figura 11). O kit para o teste de sensibilidade está presente em 25% a 50% das UBS das regiões Norte, Sudeste e Centro-Oeste. O negatoscópio está disponível em mais de 50% das UBS do Sudeste, enquanto nas demais regiões sua presença varia entre 25 e 50%, sendo inferior a 25% no Norte.

Comparado ao PMAQ, houve redução na oferta de equipamentos destinados à fisioterapia e à acuidade visual, que anteriormente se encontravam nas faixas de 75–100% (halter, faixa, martelo e estesiômetro) e 50–75%, respectivamente.

Figura 11 – Disponibilidade de equipamentos para avaliação neurológica, pulmonar e fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamentos existentes nas UBS – Brasil	N	NE	SE	S	CO
Kit de estesiômetros (monofilamento para teste de sensibilidade) – 24,9%					
Kit para teste de Snellen – exame de acuidade visual – 16,6%					
Martelo de reflexo – 7,2%					
Diapasão 128 HZ* – 3,1%					
Faixa elástica* – 10,9%					
Bola de ginástica* – 11,9%					
Halter* – 9,2%					
Aparelho de eletroestimulação TENS/FES – 6,4%					
Espirômetro digital – 0,7%					
Peak Flow (medidor de pico de fluxo expiratório) – 0,6%					
Negatoscópio – 41,8%					

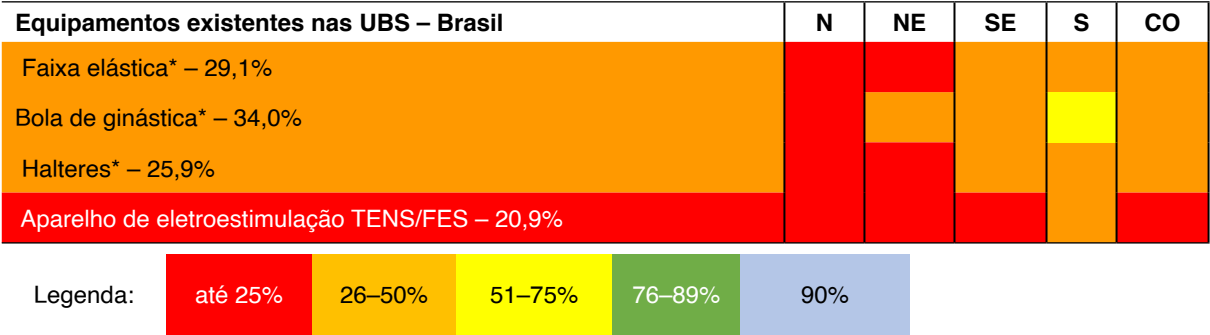
Legenda: até 25% 26–50% 51–75% 76–89% 90%

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Embora ainda insuficientes, quando se consideram apenas as UBS com fisioterapeutas (25,2% do total), os resultados melhoram para a maioria dos equipamentos, principalmente em relação às bolas de ginástica, cuja disponibilidade alcança 34,0% das UBS, além das faixas elásticas e dos halteres, que mudam de faixa. Destaca-se a região Sul, com resultados superiores também para os aparelhos de eletroestimulação (Figura 12).

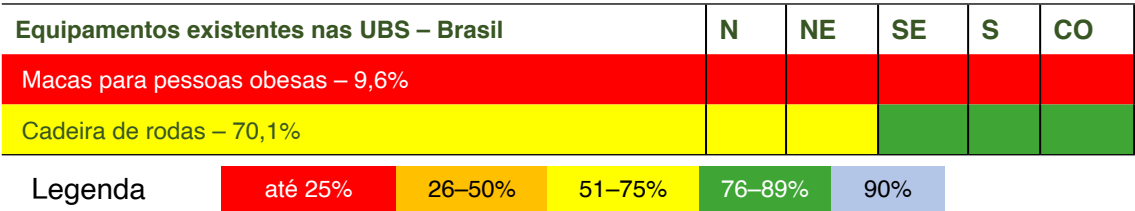
Figura 12 – Disponibilidade de equipamentos para fisioterapia nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com fisioterapeuta. Brasil e grandes regiões, 2024.



Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

A existência de macas para pessoas obesas foi raramente relatada, enquanto as cadeiras de rodas estão presentes em 50–75% das UBS no Norte e Nordeste e em 75–90% nas demais regiões (Figura 13).

Figura 13 – Disponibilidade de macas para pessoas obesas e cadeiras de rodas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.



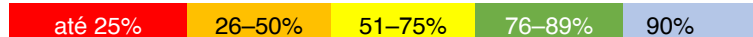
Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Os equipamentos para testes laboratoriais remotos — como os destinados à realização de urinálises e exames de microscopia — são apresentados a seguir, conforme a distribuição observada nas diferentes regiões (Figura 14).

Figura 14 – Disponibilidade de equipamentos para testes laboratoriais remotos, urinálises e microscopia. Brasil e grandes regiões, 2024.

Equipamentos existentes nas UBS – Brasil	N	NE	SE	S	CO
Tiras reagentes para urinálise – 6,9%					
Microscópio – 2,9%					
Point-of-Care Testing (PoCT) (aparelho para teste laboratorial remoto) – 0,2%					

Legenda:



Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Foi possível fazer uma comparação com os dados obtidos no 3º ciclo do PMAQ para alguns desses equipamentos (Quadro 2). Ressalta-se, que mesmo com a melhora na disponibilidade de vários deles, os percentuais encontrados ainda permanecem aquém do desejável e necessário para uma APS resolutiva e robusta.

Quadro 2 – Comparação dos resultados obtidos com os dados do 3º ciclo do PMAQ.

Melhora em relação ao 3º Ciclo do PMAQ	Piora em relação ao 3º Ciclo do PMAQ
Aparelho de pressão arterial	Ar comprimido
Estetoscópio	Estetoscópio de Pinard
Nebulizador	Eletrocardiógrafo
Balança	Oftalmoscópio
Estadiômetro infantil	Câmara Fria
Kit para coleta citopatológica	Equipamentos de fisioterapia
Kit para inserção de DIU	
Sonar	
Otoscópio	
Mesa ginecológica	
Glicosímetro	
Autoclave	
Estufa	

Para aprimorar a análise, foram definidos conjuntos de equipamentos que deveriam estar disponíveis nas UBS. O primeiro corresponde a um conjunto básico (aparelho de pressão arterial, balança, sonar, estetoscópio, régua antropométrica, kit para coleta de material para rastreamento para câncer de colo do útero, fita métrica, oxímetro e kit para teste de Snellen). Apesar de reunir itens essenciais, apenas 6,1% das UBS brasileiras apresentam todos esses equipamentos (Tabela 29). Quando se retira o kit para teste de Snellen, o percentual sobe para 20,8%, com os menores valores observados nas regiões Norte e Nordeste. Ao incluir outros equipamentos voltados às crianças e pessoas obesas, o percentual cai para 1,9%.

O pacote de atenção às emergências clínicas, composto por carrinho de parada e desfibrilador, está disponível em apenas 9,9% das UBS. Observam-se, contudo, disparidades regionais: a região Sudeste apresenta 21,6% das unidades com esse conjunto, percentual que eleva a média nacional. O pacote de equipamentos digitais tem distribuição ainda limitada no país.

A aquisição de equipamentos deve ser acompanhada por estratégias de manutenção adequadas, sustentadas por sistemas logísticos bem estruturados. Aproximadamente metade das UBS brasileiras informou realizar manutenção frequente de seus equipamentos, com proporção ligeiramente superior na região Sudeste. Já na região Norte, mais de 20% das unidades relataram realizar manutenção com baixa frequência (Tabela 30).

Tabela 29 – Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo pacotes de equipamentos disponíveis. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Pacote básico de equipamentos (esfigmomanômetro, balança, sonar, estetoscópio, régua antropométrica, fita métrica, mesa ginecológica, kit para coleta de material para rastreamento de câncer do colo do útero, oxímetro, kit para teste de Snellen, term)	111 (2,7)	562 (3,2)	1.227 (9,2)	663 (10,0)	160 (5,1)	2.723 (6,1)
Pacote básico sem kit para teste de Snellen	354 (8,6)	2.405 (13,6)	3.742 (28,0)	2.257 (34,2)	603 (19,3)	9.361 (20,8)
Pacote desejável (uso pediátrico/em pessoas obesas)	47 (1,1)	120 (0,7)	455 (3,4)	187 (2,8)	66 (2,1)	875 (1,9)
Pacote emergência (carrinho/desfibrilador)	89 (2,2)	149 (0,8)	2.893 (21,6)	1.037 (2,3)	269 (8,6)	4.437 (9,9)
Pacote de equipamentos digitais	7 (0,2)	9 (0,1)	20 (0,1)	8 (0,1)	0 (0,0)	44 (0,1)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 5

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Tabela 30 – Frequência de manutenção de equipamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Frequência de manutenção de equipamentos						
Sempre	1.087 (26,5)	4.677 (26,4)	4.484 (33,5)	1.881 (28,5)	809 (25,9)	12.938 (28,8)
Quase sempre	954 (23,3)	4.242 (23,9)	2.718 (20,3)	1.425 (21,6)	704 (22,5)	10.043 (22,4)
Algumas vezes	1.145 (28,0)	5.554 (31,3)	3.674 (27,5)	2.012 (30,5)	972 (31,1)	13.357 (29,7)
Raramente	768 (18,8)	2.879 (16,2)	2.082 (15,6)	1.104 (16,7)	555 (17,8)	7.388 (16,4)
Nunca	140 (3,4)	380 (2,1)	413 (3,1)	184 (2,8)	83 (2,7)	1.200 (2,7)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024; missing = 12

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Considerações finais

Os desafios estruturais, assistenciais e tecnológicos enfrentados pela APS no Brasil demandam uma abordagem estratégica sustentada por investimentos robustos e planejamento integrado. O aprimoramento da infraestrutura, a qualificação profissional e a ampliação da oferta de equipamentos são imprescindíveis para consolidar um modelo de APS resolutivo, equitativo e responsivo às necessidades da populacionais.

Referências

Bousquat A.; Giovanella L; Fausto MCR; Fusaro ER; Mendonça MH M; Gagno J; Viana ALD. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad Saúde Pública*, v. 33, e00037316, 2017. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00037316>

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988 Sep 23-30;260(12):1743-8. doi: 10.1001/jama.260.12.1743.

Facchini LA.; Tomasi E.; Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde debate* [Internet], set. 2018, 42(spe1): 208-223. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 25 mar. 2025.

Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2001;6(1):165–81: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>

Guba EG; Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

Apêndice

Tabela com a distribuição completa de equipamentos ou insumos questionados no Censo pelo Brasil e regiões.

Tabela A1 – Distribuição de equipamentos e insumos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Brasil e regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) com braçadeira com circunferência de 22 a 28 cm (adulto)	3.888 (94,9)	16.996 (95,8)	13.093 (97,9)	6.481 (98,1)	2.954 (94,6)	43.412 (96,6)
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) com braçadeira com circunferência de 30 a 38 cm (pessoas com obesidade)	1.438 (35,1)	6.456 (36,4)	10.158 (76,0)	5.507 (83,4)	2.071 (66,3)	25.630 (57,0)
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) com braçadeira com circunferência de 13 a 16 cm (infantil)	1.752 (42,8)	8.027 (45,3)	9.643 (72,1)	4.968 (75,2)	1.919 (61,5)	26.309 (58,6)
Esfigmomanômetro (aparelho de pressão) digital profissional com braçadeira	1.432 (35,0)	4.348 (24,5)	4.831 (36,1)	2.794 (42,3)	1.511 (48,4)	14.916 (33,2)
Estetoscópio adulto	3.817 (93,2)	16.832 (94,9)	13.107 (98,0)	6.489 (98,2)	3.012 (96,5)	43.257 (96,3)
Estetoscópio pediátrico	1.609 (39,3)	7.029 (39,6)	8.357 (62,5)	4.561 (69,0)	1.585 (50,8)	23.141 (51,5)
Oxímetro de pulso digital	3.015 (73,6)	13.133 (74,0)	11.553 (86,4)	6.092 (92,2)	2.705 (86,6)	36.498 (81,2)
Nebulizador	2.604 (63,6)	10.981 (61,9)	7.996 (59,8)	4.882 (73,9)	1.961 (62,8)	28.424 (63,3)
Ar comprimido	276 (6,7)	995 (5,6)	3.244 (24,3)	1.493 (22,6)	574 (18,4)	6.582 (14,6)
Oxigênio	1.290 (31,5)	3.884 (21,9)	8.011 (59,9)	5.292 (80,1)	1.848 (59,2)	20.32 (45,2)
Balança plataforma digital com estadiômetro/antropométrico até 200 kg [Graduação (precisão) de pesagem de, no máximo, 100 g]	2.324 (56,7)	9.924 (56,0)	8.728 (65,3)	4.634 (70,1)	2.021 (64,7)	27.631 (61,5)

Balança plataforma mecânica com estadiômetro/antropométrico até 200 kg [Graduação (precisão) de pesagem de, no máximo, 100g]	948 (23,1)	3.853 (21,7)	2.862 (21,4)	991 (15,0)	552 (17,7)	9.206 (20,5)
Balança plataforma digital com estadiômetro/antropométrico até 150 kg [Graduação (precisão) de pesagem de, no máximo, 100 g]	629 (15,4)	2.690 (15,2)	3.509 (26,2)	1.689 (25,6)	614 (19,7)	9.131 (20,3)
Balança plataforma mecânica com estadiômetro/antropométrico até 150 kg [Graduação (precisão) de pesagem de, no máximo, 100 g]	534 (13,0)	2.465 (13,9)	2.361 (17,7)	732 (11,1)	328 (10,5)	6.420 (14,3)
Balança plataforma portátil até 200 kg [Graduação (precisão) de pesagem de, no máximo, 100 g]	375 (9,2)	1.351 (7,6)	1.782 (13,3)	956 (14,5)	296 (9,5)	4.760 (10,6)
Balança pediátrica digital [Graduação (precisão) de, no máximo, 10 g]	1.752 (42,8)	8.589 (48,4)	9.727 (72,7)	5.245 (79,4)	2.013 (64,5)	27.326 (60,8)
Balança pediátrica mecânica [Graduação (precisão) de, no máximo, 10 g]	721 (17,6)	3.371 (19,0)	2.151 (16,1)	609 (9,2)	406 (13,0)	7.258 (16,2)
Balança digital portátil	1.705 (41,6)	6.998 (39,5)	5.569 (41,6)	3.081 (46,6)	1.209 (38,7)	18.562 (41,3)
Estadiômetro fixo (adulto)	787 (19,2)	4.532 (25,6)	3.785 (28,3)	2.178 (33,0)	809 (25,9)	12.091 (26,9)
Estadiômetro vertical fixo tipo trena (adulto)	566 (13,8)	3.208 (18,1)	2.606 (19,5)	1.711 (25,9)	593 (19,0)	8.684 (19,3)
Estadiômetro vertical portátil	368 (9,0)	2.332 (13,2)	2.404 (18,0)	1.509 (22,8)	502 (16,1)	7.115 (15,8)
Infantômetro (Régua antropométrica infantil ou antropômetro horizontal)	1.217 (29,7)	9.121 (51,4)	9.237 (69,1)	4.731 (71,6)	1.764 (56,5)	26.070 (58,0)
Fita métrica de material resistente, inelástico e flexível	3.135 (76,5)	14.312 (80,7)	11.368 (85,0)	5.775 (87,4)	2.489 (79,7)	37.079 (82,5)
Foco de luz clínico e ginecológico	3.319 (81,0)	16.037 (90,4)	12.620 (94,4)	6.202 (93,9)	2.890 (92,5)	41.068 (91,4)
Kit para coleta/exame de rastreamento do câncer do colo de útero (espéculo vaginal (modelo Collin) em tamanhos pequeno, médio e grande, espátula de madeira de Ayre, escova cervical, caixa porta lâmina, lâmina lapidada de vidro, luvas em EVA tamanho único)	3.233 (78,9)	15.744 (88,8)	12.324 (92,2)	6.045 (91,5)	2.810 (90,0)	40.156 (89,4)

Kit para inserção de Dispositivo intrauterino – DIU	386 (9,4)	1.367 (7,7)	4.138 (30,9)	2.029 (30,7)	711 (22,8)	8.631 (19,2)
Mesa ginecológica	3.188 (77,8)	15.431 (87,0)	12.519 (93,6)	6.048 (91,5)	2.824 (90,4)	40.010 (89,0)
Aparelho de ultrassonografia	239 (5,8)	244 (1,4)	675 (5,1)	346 (5,2)	152 (4,9)	1.656 (3,7)
Sonar/detector fetal de mesa	735 (17,9)	2.268 (12,8)	4.036 (30,2)	1.140 (17,3)	579 (18,5)	8.758 (19,5)
Sonar/detector fetal portátil	3.128 (76,4)	15.156 (85,5)	10.639 (79,6)	5.674 (85,9)	2.594 (83,1)	37.191 (82,8)
Estetoscópio de Pinard	531 (13,0)	3.463 (19,5)	3.565 (26,7)	1.239 (18,8)	531 (17,0)	9.329 (20,8)
Otoscópio	1.742 (42,5)	9.959 (56,2)	11.646 (87,1)	6.178 (93,5)	2.701 (86,5)	32.226 (71,7)
Termômetro clínico digital	2.889 (70,5)	13.670 (77,1)	11.569 (86,5)	5.910 (89,5)	2.592 (83,0)	36.630 (81,5)
Eletrocardiógrafo	187 (4,6)	548 (3,1)	2.417 (18,1)	758 (11,5)	198 (6,3)	4.108 (9,1)
Eletrocardiógrafo digital	116 (2,8)	396 (2,2)	2.006 (15,0)	606 (9,2)	171 (5,5)	3.295 (7,3)
Retinógrafo portátil digital	18 (0,4)	29 (0,2)	83 (0,6)	29 (0,4)	17 (0,5)	176 (0,4)
Eletrocardiograma (ECG) digital	267 (6,5)	978 (5,5)	4.320 (32,3)	1.481 (22,4)	407 (13,0)	7.453 (16,6)
Glicosímetro	3.597 (87,8)	16.690 (94,1)	12.802 (95,7)	6.312 (95,5)	2.905 (93,0)	42.306 (94,2)
Tiras para glicosímetro	3.559 (86,9)	16.372 (92,3)	12.735 (95,2)	6.313 (95,6)	2.913 (93,3)	41.892 (93,2)
Lanterna clínica	1.168 (28,5)	5.961 (33,6)	6.875 (51,4)	4.415 (66,8)	1.432 (45,9)	19.851 (44,2)
Oftalmoscópio	521 (12,7)	2.588 (14,6)	3.748 (28,0)	2.119 (32,1)	915 (29,3)	9.891 (22,0)
Geladeira exclusiva para vacina 32	2.167 (63,9)	11.374 (64,1)	6.575 (49,2)	2.688 (40,7)	1.609 (51,5)	24.863 (55,3)
Câmara fria exclusiva para vacinas	845 (20,6)	3.970 (22,4)	7.620 (57,0)	3.416 (51,7)	1.410 (45,2)	17.261 (38,4)
Caixas térmicas com termômetro de cabo extensor	2.354 (57,5)	13.331 (75,2)	10.342 (77,3)	4.904 (74,2)	2.232 (71,5)	33.163 (73,8)
Termômetro com cabo extensor	1.819 (44,4)	9.145 (51,6)	8.405 (62,9)	3.608 (54,6)	1.809 (57,9)	24.786 (55,2)

Autoclave	2.752 (67,2)	12.526 (70,6)	9.861 (73,7)	5.350 (81,0)	2.629 (84,2)	33.118 (73,7)
Fotopolimerizador	966 (23,6)	5.574 (31,4)	4.758 (35,6)	2.713 (41,1)	1.115 (35,7)	15.126 (33,7)
Estufa para esterilização de material	1.071 (26,2)	3.362 (19,0)	2.649 (19,8)	1.322 (20,0)	789 (25,3)	9.193 (20,5)
Carrinho de parada cardíaca	121 (3,0)	307 (1,7)	3.575 (26,7)	1.597 (24,2)	449 (14,4)	6.049 (13,5)
Desfibrilador externo automático (DEA)	261 (6,4)	791 (4,5)	4.381 (32,8)	1.984 (30,0)	594 (19,0)	8.011 (17,8)
Desfibrilador manual	59 (1,4)	142 (0,8)	680 (5,1)	290 (4,4)	88 (2,8)	1.259 (2,8)
Equipamento móvel de saúde bucal – Consultório dentário portátil completo	205 (5,0)	864 (4,9)	681 (5,1)	276 (4,2)	142 (4,6)	2.168 (4,8)
Raio X odontológico	509 (12,4)	2.908 (16,4)	3.020 (22,6)	1.548 (23,4)	690 (22,1)	8.675 (19,3)
Compressor odontológico	2.067 (50,5)	10.748 (60,6)	8.822 (66,0)	4.639 (70,2)	2.116 (67,8)	28.392 (63,2)
Bomba de vácuo	165 (4,0)	317 (1,8)	1.693 (12,7)	827 (12,5)	280 (9,0)	3.282 (7,3)
CONSIDERANDO APENAS UBS COM DENTISTAS (n = 35.949 – 80,1%)						
Equipamento móvel de saúde bucal – Consultório dentário portátil completo	194 (7,0)	833 (5,7)	651 (6,2)	272 (5,0)	135 (5,2)	2.085 (5,8)
Raio X odontológico	495 (17,9)	2.842 (19,4)	2.935 (27,9)	1.510 (28,0)	674 (25,8)	8.456 (23,5)
Compressor odontológico	1.947 (70,4)	10.316 (70,4)	8.472 (80,5)	4.431 (82,2)	2.061 (79,0)	27.227 (75,7)
Bomba de vácuo	149 (5,4)	305 (2,1)	1.609 (15,3)	788 (14,6)	266 (10,2)	3.117 (8,7)
Fotopolimerizador	930 (23,6)	5.406 (36,9)	4.619 (43,9)	2.624 (48,7)	1.090 (41,8)	14.669 (40,8)
Kit de estesiômetros (monofilamento para teste sensibilidade) 46	1.147 (28,0)	3.214 (18,1)	4.287 (32,1)	1.267 (19,2)	1.289 (41,3)	11.204 (24,9)
Kit para teste de Snellen – exame de acuidade visual	457 (11,2)	2.204 (12,4)	2.884 (21,6)	1.381 (20,9)	543 (17,4)	7.469 (16,6)
Martelo de reflexo	314 (7,7)	595 (3,4)	1.117 (8,4)	887 (13,4)	304 (9,7)	3.217 (7,2)

Diapasão 128 HZ	147 (3,6)	133 (0,8)	582 (4,4)	413 (6,3)	125 (4,0)	1.400 (3,1)
Faixas elásticas	269 (6,6)	1.189 (6,7)	2.047 (15,3)	1.085 (16,4)	326 (10,4)	4.916 (10,9)
Bola de ginástica	361 (8,8)	1.419 (8,0)	2.127 (15,9)	1.067 (16,2)	372 (11,9)	5.346 (11,9)
Halteres	218 (5,3)	975 (5,5)	1.871 (14,0)	817 (12,4)	269 (8,6)	4.150 (9,2)
Aparelho de eletroestimulação TENS/ FES	158 (3,9)	798 (4,5)	1.107 (8,3)	631 (9,6)	164 (5,3)	2.858 (6,4)
Espirômetro digital	29 (0,7)	85 (0,5)	108 (0,8)	73 (1,1)	32 (1,0)	327 (0,7)
Peak Flow (medidor de pico de fluxo expiratório)	17 (0,4)	24 (0,1)	148 (1,1)	60 (0,9)	9 (0,3)	258 (0,6)
Negatoscópio	1.015 (24,8)	5.923 (33,4)	7.158 (53,5)	3.259 (49,3)	1.446 (46,3)	18.801 (41,8)
CONSIDERANDO APENAS UBS COM FISIOTETERAPEUTAS (n = 11.295 – 25,2%)						
Diapasão 128 HZ	17 (2,2)	57 (1,3)	216 (5,3)	94 (6,4)	37 (6,3)	421 (3,7)
Faixas elásticas	174 (22,4)	805 (18,3)	1.373 (33,9)	731 (49,6)	199 (34,1)	3.282 (29,1)
Bola de ginástica	265 (34,1)	1.009 (22,9)	1.530 (37,8)	785 (53,2)	252 (43,2)	3.841 (34,0)
Halteres	165 (21,3)	684 (15,5)	1.258 (31,1)	644 (43,7)	178 (30,5)	2.929 (25,9)
Aparelho de eletroestimulação TENS/ FES	130 (16,8)	609 (13,8)	929 (22,9)	563 (38,2)	132 (22,6)	2.363 (20,9)
Macas para pessoas obesas	268 (6,5)	1.221 (6,9)	1.625 (12,2)	912 (13,8)	283 (9,1)	4.309 (9,6)
Cadeira de rodas	2.265 (55,3)	10.315 (58,2)	10.900 (81,5)	5.647 (85,5)	2.367 (75,8)	31.494 (70,1)
Tiras reagentes para urinálise	184 (4,5)	619 (3,5)	1.571 (11,8)	615 (9,3)	108 (3,5)	3.097 (6,9)

Microscópio	537 (13,1)	205 (1,2)	260 (1,9)	219 (3,3)	71 (2,3)	1.292 (2,9)
<i>Point-of-Care Testing</i> (PoCT) (aparelho para teste laboratorial remoto)	11 (0,3)	25 (0,1)	54 (0,4)	14 (0,2)	6 (0,2)	110 (0,2)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

Saúde Digital e Inovações Tecnológicas nas UBS brasileiras

Alaneir de Fátima dos Santos¹, Janaína Duarte Bender¹, Camila Zanutto Cardillo², Carlos Pilz², Cesar Macieira³, Daniela Pena Moreira⁴, Elaine Cristina Moreira Marques², Samara Carolina Rodrigues⁵, Elaine Thumé¹

¹Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

²CGFAP/SAPS/MS

³NESCON/UFG

⁴CGMAIA/SAPS/MS

⁵CGESCO/DESCO/SAPS/MS

Introdução

Em 2024, foi realizado o Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde abrangendo a totalidade dos estabelecimentos de atenção básica do país por meio de instrumento de coleta de informações organizado em 15 áreas temáticas. Este capítulo apresenta os resultados do Censo Nacional das UBS 2024 concernentes à Saúde Digital e às Inovações Tecnológicas nas UBS Brasileiras.

As estratégias de saúde digital têm sido implantadas no Brasil desde o lançamento da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, em 2015, com prioridade para incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na Atenção Primária (Brasil, 2015). Em 2017, foi aprovada a resolução que aprovou e tornou público o documento Estratégia e-Saúde para o Brasil, com a proposição de seu desenvolvimento, incluindo os mecanismos contributivos para sua incorporação ao Sistema Único de Saúde (SUS) até 2020 (Brasil, 2017).

A Resolução CIT nº19 salienta que a estratégia de e-Saúde teve como objetivo aumentar a qualidade e ampliar o acesso à saúde de forma a qualificar as equipes de saúde, agilizar o atendimento e melhorar o fluxo de informações para apoio à decisão em saúde, incluindo a decisão clínica de vigilância em saúde, de regulação e promoção da saúde e a decisão de gestão. Segundo essa resolução, a e-Saúde deve contribuir para que se atinjam os objetivos de saúde definidos pelo SUS e se estimem os custos a eles associados. Explicita que as ações transversais apresentadas caracterizam a essência da visão de e-Saúde para o Brasil: registro eletrônico de saúde, telessaúde, apoio à mobilidade, gestão e disseminação de conhecimento, gestão do fluxo de pacientes, gestão e operação das unidades de saúde e gestão integrada do SUS (Brasil 2017).

A Estratégia de Saúde Digital 2020-2028 lançada em 2020 descreveu o conjunto de atividades a serem executadas e os recursos necessários para a implantação da Visão de Saúde Digital, associados a etapas evolutivas, além de salientar quais atividades de monitoramento deveriam ser estruturadas. Novamente, a APS é priorizada (Brasil, 2020).

A saúde digital pode mudar radicalmente os resultados de saúde se for apoiada por recursos suficientes, investimento em governança, capacidade institucional e de força de trabalho para permitir as mudanças nos sistemas digitais e no treinamento no uso de dados, planejamento e gestão. Com esse investimento essencial em pessoas e processos, alinhado às estratégias nacionais que estabelecem uma visão para a digitalização do setor da saúde, a saúde digital pode melhorar a eficiência e a relação custo-eficácia dos cuidados.

Mais recentemente, o Brasil tem dado passos significativos rumo à implantação da saúde digital. A Secretaria de Informação e Saúde Digital, criada em 2023, objetiva apoiar as Secretarias do Ministério da Saúde, gestores, trabalhadores e usuários no

planejamento, uso e incorporação de produtos e serviços de informação e tecnologia da informação e comunicação – TIC: telessaúde, infraestrutura de TIC, desenvolvimento de software, interoperabilidade, integração e proteção de dados e disseminação de informações (Brasil, 2023).

A Portaria nº 3.232/2024 instituiu o Programa SUS Digital para promover a transformação digital no âmbito do SUS e ampliar o acesso da população às suas ações e serviços, visando à integralidade e resolubilidade da atenção à saúde (Brasil, 2024). O programa prevê o financiamento às secretarias municipais e estaduais de saúde para implantação de sistemas de informação interoperáveis, registro eletrônico de dados de saúde, aplicação da ciência de dados, inteligência artificial, telemedicina, telessaúde, aplicações móveis de saúde, dispositivos vestíveis, robótica aplicada, medicina personalizada e internet das coisas voltados ao setor de saúde.

O Programa SUS Digital está sendo desenvolvido em três etapas. A etapa I trata do Planejamento: os Estados, Distrito Federal e municípios manifestaram interesse na elaboração dos Planos de Ação de Transformação para a Saúde Digital a partir da realização de diagnóstico situacional. Todos os 5.570 municípios, os 26 estados e o Distrito Federal aderiram ao Programa SUS Digital. O Ministério da Saúde destinou aos municípios e estados o valor de 454 milhões de reais em 2024.

A etapa II inclui a implantação das ações de transformação para a saúde digital, sendo a etapa III referente à avaliação. O planejamento contempla as fases I - diagnóstico situacional do território, observando-se a macrorregião de saúde a que se refere o Plano; II - estabelecimento do grau de maturidade digital com base na aplicação do Índice Nacional de Maturidade em Saúde Digital; e III - análise do diagnóstico situacional do território e das recomendações decorrentes da aplicação do Índice de Maturidade (Brasil, 2024).

Para a construção do Índice Nacional de Maturidade Digital, foram avaliadas a gestão e governança em saúde digital; a formação e desenvolvimento profissional; os sistemas e plataformas de interoperabilidade; a telessaúde e serviços digitais; a infraestrutura; o monitoramento, avaliação e disseminação de informações estratégicas; e a Infraestrutura e segurança.

Considerando essa perspectiva para a saúde digital no Brasil é fundamental o desenvolvimento de sistemas capazes de se conectar à rede de serviços para agilizar o cuidado dos usuários, assim como qualificar a prestação de serviços na APS. Diversas são as estratégias e instrumentos identificados para o desenvolvimento da saúde digital.

O instrumento utilizado no Censo das UBS permite verificar como está o processo de incorporação de ações vinculadas à saúde digital na APS, avaliando equipamentos de tecnologia da informação e acesso à internet; equipamentos digitais voltados para a assistência, uso de prontuário eletrônico tais como e-SUS APS e outros e telessaúde, composta por teleconsultas, telediagnósticos, segunda opinião formativa (Brasil, 2024).

Este capítulo analisa o desenvolvimento da saúde digital na APS contemplando os seguintes aspectos:

1. Situação da conectividade e sua qualidade nas UBS dos municípios brasileiros e por regiões, assim como ambientes conectados à internet;
2. Equipamentos de TIC nas UBS em condições de uso, por regiões e País;
3. Distribuição das UBS quanto aos equipamentos de tecnologia da informação em condições de uso, por regiões e País;
4. Disponibilidade de equipamentos de telessaúde em condições de uso nas UBS brasileiras, por regiões e País;
5. Disponibilidade de equipamentos para realização de webconferência nas UBS brasileiras, por regiões e País;
6. Atividades de telessaúde realizadas nas UBS brasileiras, por regiões e País;
7. Implantação do prontuário eletrônico nas UBS brasileiras, por regiões e País;
8. Formas de agendamento de consulta utilizando TIC na UBS, por regiões e País;
9. Formas de agendamento de consulta odontológica utilizando TIC nas UBS brasileiras, por regiões e País;
10. Estratégias de comunicação utilizando TIC entre os profissionais das equipes e profissionais de outros pontos da rede nas UBS brasileiras, por regiões e País;
11. Acesso utilizando teleconsulta das equipes das UBS à equipe multiprofissional nas UBS brasileiras, por regiões e País;
12. Estratégias de comunicação com os usuários utilizando TIC nas UBS brasileiras, por regiões e para o País.

Além dessa visão panorâmica da situação de saúde digital na APS, este capítulo apresenta uma tipologia quanto à incorporação de TIC na APS utilizando 17 variáveis: acesso à internet; ambientes conectados; existência de impressora na UBS; número de computadores considerando equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP); número de tablets considerando ACS; presença de smartphones nas UBS; equipamentos para webconferência; equipamentos de telessaúde instalados; atividades de telessaúde realizadas; utilização de prontuário eletrônico; categorias que utilizam prontuário eletrônico; utilização em rede de prontuário eletrônico; processos de agendamento utilizando TIC; utilização de teleconsulta em processo de matriciamento e estratégias de comunicação com usuário utilizando TIC.

Este documento contém também um dimensionamento das necessidades de computadores e tablets considerando o número de eSF, eAP e ACS, permitindo uma visão de quantos equipamentos ainda faltam nas UBS do País.

Métodos

A avaliação institucional da APS brasileira, materializada no Censo Nacional das UBS, foi conduzida a partir de dois enfoques complementares e indissociáveis. O primeiro foi a garantia de um processo que dialogasse com a estrutura federativa brasileira; e o segundo, a definição da imagem objetivo da APS brasileira, entendida como integral, resolutiva, comunitária, territorial e integrada à rede de serviços, como preconizado no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, foi construída uma proposta de instrumento de coleta de dados, elaborada a partir de um conjunto de dimensões consideradas essenciais para a avaliação da APS. A proposta reconheceu a necessidade de um instrumento robusto e abrangente e seguiu os princípios da avaliação de quarta geração em saúde, que enfatizam a participação ativa dos atores envolvidos no processo avaliativo (Guba & Lincoln, 1989).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), e a Rede de Pesquisas em APS (Rede APS) da Abrasco promoveram a articulação com diversos atores estratégicos para aprimorar o instrumento, estabelecendo uma estrutura de governança que garantisse a participação e o compromisso de todos os envolvidos. Dessa forma, somaram-se ao processo de elaboração do instrumento de coleta de dados do Censo representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

A construção coletiva do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS ocorreu a partir de contribuições em oficinas realizadas com diversos atores e discussões em grupos de trabalho. O questionário foi refinado para abranger múltiplas dimensões de análise tais como infraestrutura e recursos físicos, força de trabalho, processos de trabalho e gestão, oferta de serviços, tecnologias de informação e comunicação, dentre outros.

Finalmente, o instrumento de coleta de dados do Censo das UBS foi submetido a um processo de validação que incluiu revisão por especialistas, testes-piloto e pactuação tripartite. Acordos foram estabelecidos entre as esferas federal (Ministério da Saúde), estadual (Conass) e municipal (Conasems), assegurando o compromisso conjunto com o Censo e sua institucionalização como prática regular.

A implantação do Censo envolveu o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica no sistema e-Gestor APS - permitindo o preenchimento online - com recursos para salvar progressos e garantir a participação de gestores e profissionais das UBS.

O Censo Nacional das UBS foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e lançado em maio de 2024 para adesão dos gestores municipais. A totalidade dos municípios brasileiros manifestou interesse em participar do Censo por meio do sistema e-Gestor APS. Ao aderir ao Censo, cada município teve acesso à lista de seus estabelecimentos de saúde de APS inscritos no SCNES e indicou o profissional para responder o questionário. O período para preenchimento dos dados do Censo se iniciou em três de junho e se encerrou em 31

de agosto de 2024. O instrumento ficou disponível no e-Gestor para preenchimento durante 75 dias, à exceção do Rio Grande do Sul, que contou com 65 dias adicionais em razão da catástrofe climática vivenciada no Estado.

Estratégias de mobilização para responder ao Censo foram realizadas, incluindo campanhas de comunicação e convocação de atores locais, como apoiadores e animadores. Disponibilizaram-se canais de suporte tais como o Disque Censo e o web atendimento, além de materiais didáticos, treinamentos, eventos presenciais e online, em todos os estados da federação.

Incluíram-se, na base do Censo 49.738, os estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em abril de 2024. Desse total, 4.026 estabelecimentos foram inativados pelos gestores municipais com a justificativa de que essas UBS não estavam em funcionamento no momento de resposta ao Censo ou por se tratar de outro tipo de estabelecimento não referente à APS.

No total, foram analisados os 45.712 estabelecimentos de saúde que responderam ao Censo. O banco de dados foi analisado em sua completude e consistência, e foram excluídos dessa primeira base de análise os seguintes tipos de estabelecimentos: a) os que informaram, em uma questão aberta, que não eram de APS; b) unidades móveis terrestres ou fluviais; c) estabelecimentos que não possuíam e não recebiam financiamento do Ministério da Saúde para equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e (d) estabelecimentos que possuíam nomes indicativos de estabelecimentos de outro nível de atenção, como, por exemplo, Centro Covid, Casa de Parto, Centro de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Reabilitação. Este processo levou à exclusão de 774 estabelecimentos da base do Censo.

Dessa forma, foram analisados 44.938 estabelecimentos de saúde de APS, que formam o universo do Censo das UBS. Esse total está distribuído por todas as regiões do país da seguinte forma: Norte = 4.096, Nordeste = 17.737, Sudeste = 13.375, Sul = 6.607 e Centro-Oeste = 3.123 estabelecimentos de saúde.

Neste artigo foram analisadas todas perguntas coletadas no censo relativas à saúde digital, englobando: acesso à internet; ambientes conectados; existência de impressora na UBS; número de computadores considerando eSF e eAP; número de tablets considerando ACS; presença de smartphones nas UBS; equipamentos para webconferência; equipamentos de telessaúde instalados; atividades de telessaúde realizadas; utilização de prontuário eletrônico; categorias que utilizam prontuário eletrônico; utilização em rede de prontuário eletrônico; processos de agendamento geral e na odontologia utilizando TIC; utilização de teleconsulta em processo de matriciamento; estratégias de comunicação com usuário utilizando TIC.

Uma visão panorâmica da incorporação de TIC nas unidades básicas de saúde do Brasil

Infraestrutura de TIC nas UBS no Brasil e por grandes regiões

Acesso à internet

A conexão adequada à internet é fundamental para a implantação de prontuários eletrônicos, telemedicina e integração dos serviços de saúde, dado que contribui para a qualificação do cuidado e para a gestão dos serviços na APS (Santos, 2016; Santos, 2018; Facchini, Tomasi, Thumé, 2021; Bender et al, 2024).

Dados do Censo de 2024 mostram evolução significativa do acesso à internet pelas UBS ao longo dos últimos anos, revelando que 94,5% das UBS do país possui acesso. No entanto, a funcionalidade da conexão ainda representa um desafio, já que, em 29,4% das UBS, a internet funciona de forma a não atender completamente às necessidades da APS, principalmente nas regiões Norte e Nordeste (Tabela 1).

O acesso à internet é uma das principais fontes no uso dos sistemas de informações e essa importância reflete no processo de trabalho das UBS. No Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), observou-se um aumento expressivo no percentual de UBS com acesso à rede. No primeiro ciclo do PMAQ (2012), 45,1% das UBS possuíam internet, crescendo para 50,1% no segundo ciclo (2016/2017) e alcançando 74,0% no terceiro ciclo.

Apesar do avanço no acesso, persistem desigualdades regionais. Nas UBS, 65,2% relataram um funcionamento adequado da internet. A região Sul se destaca com 71,5% das UBS funcionando adequadamente, seguida do Sudeste (67,0%). Já as regiões Norte e Nordeste apresentam dificuldades, dado que apenas 49,6% das UBS do Norte dispõe de acesso adequado. Ademais, 33,6% das UBS da região Norte relatou funcionamento inadequado da internet, reforçando as dificuldades enfrentadas na implantação e manutenção das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) nesses territórios (Tabela 1). Estes achados revelam o mesmo padrão dos dados do PMAQ, onde a região Sul apresentou prevalência de 79,4% (n=1.899) em 2012 e 96,0% (n= 3.994) em 2018, e as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores taxas (Bender et al, 2024).

A expansão da conectividade e o aprimoramento da qualidade da internet são fatores determinantes para fortalecer a APS e melhorar o atendimento à população brasileira. Portanto, investimentos contínuos em infraestrutura digital são importantes para qualificar o atendimento e ampliar o acesso da população aos serviços de saúde.

Tabela 1 — Acesso à Internet nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Não tem acesso à internet	688	16,8	1.317	7,4	254	1,9	107	1,6	61	2,0	2.427	5,4
Possui acesso adequado à internet	2.032	49,6	11.521	65,0	8.960	67,0	4.724	71,5	2.038	65,3	29.275	65,2
Possui acesso inadequado à internet	1.376	33,6	4.898	27,6	4.157	31,1	1.776	26,9	1.024	32,8	13.231	29,4

Fonte: Censo Nacional das UBS, 2024.
*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123

Ambientes conectados à internet

Os dados do Censo indicam avanços desiguais na conectividade dos diversos ambientes de uma UBS. Na Tabela 2, é possível verificar que a disponibilidade de internet em todos os consultórios foi de 71,7%, com melhores percentuais no Sul (87,4%) e Centro-Oeste (83,3%), enquanto no Norte (54,4%) e Nordeste (63,5%) os percentuais foram menores. Essas diferenças estão alinhadas com achados da literatura, que também destacaram a influência da infraestrutura regional na incorporação de TIC nos serviços de saúde (Cipriano, Souza, 2020; Santos et al., 2023).

A proporção de ausência de computadores conectados à internet corresponde à 7,8% (n= 3.515), sendo mais acentuada nas regiões Norte (20,6%) e Nordeste (12,2%), em contraste o com os menores índices no Sul (1,9%) e Sudeste (2,3%) (Tabela 2). Esse cenário limita o uso de prontuários eletrônicos e a comunicação eficiente entre profissionais de saúde, comprometendo a continuidade e qualidade do cuidado (Silva et al., 2021).

A conectividade em farmácias das UBS também é restrita: 30,5% das unidades possuem conexão, sendo superior no Sul (46,3%) e Sudeste (35,3%) e inferior no Norte (21,7%) e Nordeste (23,3%) (Tabela 2). Para Oliveira et al. (2022), a baixa informatização desses ambientes pode impactar negativamente a gestão de medicamentos e a segurança no uso de fármacos, uma vez que sistemas informatizados ajudam a monitorar estoques e controlar dispensação.

Nas salas de recepção das UBS, a conectividade alcança 72,1%, com desigualdades entre as macrorregiões: 82,6% no Sul e 82,3% no Sudeste, 55,7% no Norte e 63,1% no Nordeste (Tabela 2). A digitalização nesses espaços pode melhorar a organização dos atendimentos, reduzir tempos de espera e facilitar a gestão de consultas (Ferreira, Almeida, 2020).

Na Tabela 2, é possível verificar que as salas de vacinas possuem conectividade em 59,4% das UBS, possivelmente devido à necessidade de registro e monitoramento das imunizações em sistemas digitais, como o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização

(SI-PNI) (Brasil, 2003). As TIC são essenciais para o rastreamento de doses e manutenção da cobertura vacinal (Gomes et al., 2021).

Apenas 34,4% das salas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuía conexão à internet, além de revelar grande disparidade entre regiões: a maior taxa foi encontrada na região Sul (53,2%) e a menor, na região Nordeste (10,4%) (Tabela 2). Como os ACS desempenham um papel essencial no acompanhamento de pacientes e na educação em saúde, a baixa digitalização pode dificultar a integração das informações e a continuidade do cuidado (Martins et al., 2022).

Diante desses resultados, é evidente a necessidade de investimentos em infraestrutura digital para a APS, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Para Santos et al, (2023) informatização é um fator determinante para a melhoria da gestão em saúde, permitindo maior integração entre os serviços, otimização dos recursos e aprimoramento da qualidade do atendimento.

Tabela 2 — Distribuição das UBS quanto aos ambientes com computadores conectados. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ambientes conectados	2.229	54,4	11.271	63,5	10.333	77,3	5.773	87,4	2.601	83,3	32.207	71,7
Em alguns consultórios	696	17,0	3.775	21,3	2.518	18,8	782	11,8	452	14,5	8.223	18,3
Farmácia	889	21,7	4.126	23,3	4.718	35,3	3.060	46,3	931	29,8	13.724	30,5
Recepção	2.281	55,7	11.185	63,1	11.008	82,3	5.460	82,6	2.455	78,6	32.389	72,1
Sala de vacina	2.097	51,2	10.263	57,9	8.276	61,9	4.131	62,5	1.946	62,3	26.713	59,4
Sala de ACS	1.098	26,8	1.837	10,4	7.390	55,3	3.513	53,2	1.603	51,3	15.441	34,4
Nenhum computador conectado à Internet	844	20,6	2.159	12,2	306	2,3	128	1,9	78	2,5	3.515	7,8

Fonte: Censo Nacional das UBS, 2024
*Brasil=44.936; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123

Equipamentos de TIC nas UBS

A distribuição dos equipamentos de tecnologia da informação (TIC) nas UBS mostrou discrepâncias regionais e desigualdades estruturais no acesso e disponibilidade de recursos tecnológicos essenciais para a APS. De acordo com os dados apresentados na Tabela 3, havia uma média nacional de 7,28 computadores por unidade. No entanto, observa-se

assimetria considerável entre as regiões do país: na região Sudeste, a média foi de 10,54 computadores por UBS; na região Nordeste, 4,09; na região Norte, 5,52 computadores por serviço (Tabela 3).

A disponibilidade de notebooks apresentou uma média nacional de 0,72 por UBS. As regiões Sul e Nordeste apresentaram os percentuais mais elevados, com médias de 0,91 e 0,82, respectivamente. As regiões Norte e Centro-Oeste apresentaram os menores médias, com 0,43 e 0,48 notebooks por UBS (Tabela 3). Essa escassez pode impactar negativamente a mobilidade e a flexibilidade dos profissionais de saúde na execução de tarefas diárias, limitando o uso de sistemas eletrônicos de saúde.

No que se refere aos tablets, a adoção dessa tecnologia mostrou-se mais avançada, com média nacional de 3,71 dispositivos por UBS. Na região Sudeste, a média foi de 4,01 tablets por UBS, seguida da região Sul, com 3,34. Em contrapartida, as regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram as menores médias, de 2,44 e 2,55, respectivamente (Tabela 3). Para Guimarães et al (2020) a incorporação de tablets na APS é uma estratégia importante para otimizar o registro de informações em tempo real e melhorar a continuidade do cuidado.

Todavia os smartphones institucionais ainda são limitados, com média nacional de apenas 0,41 por UBS. As regiões Sudeste e Sul apresentaram os maiores índices, de 0,72 e 0,55, respectivamente. Por outro lado, as regiões Nordeste e Norte apresentaram as menores médias, de 0,22 e 0,24, respectivamente (Tabela 3b). Santos et al. (2023) reforçam que o uso de smartphones pode melhorar a comunicação entre as equipes de saúde e facilitar o acesso a informações clínicas, mas a adoção dessa tecnologia se mostra incipiente.

Quanto à disponibilidade de impressoras, as UBS do país apresentaram uma média de 2,90 dispositivos por UBS. A região Sul liderou com média de 4,82 impressoras por UBS, seguida da região Sudeste com 4,23. Em contrapartida, as regiões Nordeste e Norte apresentaram as piores médias, com 1,52 e 1,96, respectivamente. Essa desigualdade pode impactar a emissão de documentos administrativos e prontuários impressos, fundamentais para a continuidade do atendimento (Pereira et al, 2019).

De modo geral, observa-se que as regiões Norte e Nordeste enfrentaram os maiores desafios na infraestrutura de TIC das UBS, refletindo desigualdades históricas e estruturais na distribuição de recursos. Apesar dessas disparidades, nota-se um processo evolutivo com a crescente incorporação de tablets e smartphones.

Tabela 3 – Média de equipamentos de tecnologia da informação em condições de uso nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Computador desktop (CPU, monitor, teclado e mouse)	5,5	6,0	4,1	4,1	10,5	9,7	9,8	7,1	8,4	7,7	7,3	7,6
Notebook	0,4	1,2	0,8	1,6	0,6	1,3	0,9	1,7	0,5	1,2	0,7	1,5
Tablets	2,5	4,7	2,8	3,9	4,0	6,3	3,3	4,2	2,4	3,6	3,2	4,9
Smartphone – celular institucional	0,2	0,9	0,2	0,9	0,5	1,4	0,7	1,2	0,4	0,8	0,4	1,2
Impressora	1,9	2,5	1,5	2,1	4,2	5,0	4,8	4,4	2,3	1,8	2,9	3,8
TV	0,5	0,6	0,4	0,5	0,8	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,6	0,8

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Computador desktop (CPU, monitor, teclado e mouse): Brasil = 44.921; Norte = 4.095; Nordeste = 17.734; Sudeste = 13.365; Sul = 6.604; Centro-Oeste = 3.123.

*Notebook: Brasil= 44.897; Norte = 4.092; Nordeste = 17.730; Sudeste = 13.357; Sul = 6.596; Centro- Oeste = 3.122.

*Tablets: Brasil= 44.927; Norte = 4.095; Nordeste = 17.734; Sudeste = 13.368; Sul = 6.607; Centro- Oeste = 3.123.

*Smartphone – celular institucional: Brasil= 44.901; Norte = 4.093; Nordeste = 17.727; Sudeste = 13.355; Sul = 6.604; Centro- Oeste = 3.122.

*Impressora: Brasil= 44.917; Norte = 4.096; Nordeste = 17.736; Sudeste = 13.361; Sul = 6.601; Centro- Oeste = 3.123.

*TV: Brasil= 44.931; Norte = 4.096; Nordeste = 17.735; Sudeste = 13.371; Sul = 6.606; Centro- Oeste = 3.123.

Equipamentos de telessaúde disponíveis nas UBS

A disponibilidade de equipamentos de telessaúde ainda é incipiente na incorporação de tecnologias para suporte remoto ao atendimento. De acordo com os dados do Censo (Tabela 4), o eletrocardiógrafo digital foi o equipamento com maior presença nas UBS, atingindo 18,6% das unidades. No entanto, observa-se uma desigualdade significativa na distribuição regional, dado que as regiões Sudeste e Sul possuíam 36,2% e 24,5% das UBS equipadas com esse dispositivo, respectivamente, enquanto as regiões Nordeste e Norte apresentaram percentuais significativamente menores, de 6,4% e 7,5%.

A baixa disponibilidade de equipamentos, como espirômetros digitais e retinógrafos digitais, reflete uma lacuna estrutural no acesso a tecnologias diagnósticas avançadas na APS. A presença desses dispositivos era praticamente inexistente, exibindo média nacional de apenas 0,7% e 0,4%, respectivamente (Tabela 4). Para Campos et al (2022), esse quadro compromete a capacidade de as UBS oferecerem diagnósticos precoces e acompanhamento adequado de doenças cardiovasculares, respiratórias e oftalmológicas, impactando diretamente a qualidade da atenção prestada à população.

A incorporação de equipamentos de Telessaúde na APS tem sido reconhecida como uma estratégia essencial para ampliar o acesso a serviços especializados, reduzir desigualdades regionais e otimizar a gestão dos recursos de saúde. Estudos indicam que a expansão do uso de eletrocardiógrafos digitais pode melhorar a detecção precoce de doenças cardiovasculares, permitindo um encaminhamento mais eficiente para serviços de maior complexidade. Da mesma forma, a utilização de espirômetros digitais é essencial para o diagnóstico e monitoramento de doenças pulmonares crônicas, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que apresenta alta prevalência no Brasil (Silva et al., 2021; Corrêa et al, 2023; Silva et al, 2024).

Tabela 4 – Disponibilidade de equipamentos de telessaúde em condições de uso na UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Retinógrafo portátil digital	18	0,4	29	0,2	83	0,6	29	0,4	17	0,5	176	0,4
Espirômetro digital	29	0,7	85	0,5	108	0,8	73	1,1	32	1	327	0,7
Eletrocardiógrafo digital	307	7,5	1.133	6,4	4.840	36,2	1.618	24,5	451	14,4	8.349	18,6

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

Equipamentos relacionados à realização de webconferências nas UBS

A Tabela 5 exibe a disponibilidade de equipamentos para webconferência nas UBS, essenciais para viabilizar a educação permanente em saúde, facilitar teleconsultorias e otimizar a gestão dos serviços, sobretudo em regiões remotas (Silva, 2017; Lisboa et al, 2023). Os dados indicaram que 47,8% das UBS possuíam equipamentos para webconferência, com ampla variação regional. A maior proporção ocorreu na região Sul (60,7%), enquanto a menor foi observada na região Norte (28,9%).

O acesso a computadores com câmera de vídeo e microfone, utilizadas para a realização de teleconsultas e reuniões virtuais, foi referida por 32,2% dos respondentes, mais restrito na região Norte (14,6%) e no Centro-Oeste (26,3%), e mais presente na região Sul (39,5). A disponibilidade de datashow, ferramenta útil para capacitações e reuniões de equipe, foi de 14,2%, em média, no País, com a maior proporção registrada na região Sul (22,6%) e a menor no Nordeste (7,0%) (Tabela 5).

A existência de televisores nas UBS é relevante para teleducação e transmissão de informações de saúde aos usuários. No país, 16,6% das UBS possuíam televisores, sendo a maior disponibilidade encontrada na região Sul (23,7%) e a menor no Nordeste (10,6%). O acesso a câmeras de USB, que permite transmissão de imagens de qualidade, foi referida por 8,5% das UBS, com menor percentual na região Norte (3,6%) (Tabela 5).

Em relação aos microfones USB ou compatíveis, a disponibilidade foi limitada (5,0%), sendo de 3,2% no Nordeste e de 7,7% no Sul. A presença de fones de ouvido com microfone foi ainda mais restrita (5,2%), sendo de 2,3% no Nordeste e de 2,0% no Norte. O acesso a caixas de som, necessárias para transmissão de áudio em webconferências, estava presente em 16,9% das UBS, com maior disponibilidade no Sul (28,3%) e Sudeste (21,9%) (Tabela 5).

Estudos informam que a adoção dessas tecnologias pode melhorar a qualidade da atenção, reduzir deslocamentos de profissionais e pacientes e ampliar o acesso a especialidades. No entanto, a desigualdade regional da disponibilidade desses equipamentos pode limitar os benefícios da telessaúde, reforçando disparidades já existentes no acesso aos serviços de saúde (Facchini, Tomasi, Thumé, 2021; Bender et al, 2024).

Tabela 5 – Equipamentos disponíveis para realização de webconferência nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Computadores com câmera de vídeo e microfone	600	14,6	5.780	32,6	4.656	34,8	2.612	39,5	822	26,3	14.470	32,2
Datashow	541	13,2	1.245	7,0	2.619	19,6	1.493	22,6	464	14,9	6.362	14,2
Televisão	590	14,4	1.886	10,6	2.845	21,3	1.564	23,7	555	17,8	7.440	16,6
Câmera com cabo UBS ou cabo de vídeo compatível com computador ou televisão	146	3,6	1.022	5,8	1.588	11,9	850	12,9	212	6,8	3.818	8,5
Microfone com cabo UBS ou cabo de áudio compatível com computador ou televisão	137	3,3	575	3,2	906	6,8	509	7,7	115	3,7	2.242	5,0
Fone de ouvido com microfone acoplado com cabo USB ou cabo de áudio compatível com computador	80	2,0	402	2,3	1.139	8,5	544	8,2	165	5,3	2.330	5,2
Caixa de som	320	7,8	1.989	11,2	2.929	21,9	1.869	28,3	493	15,8	7.600	16,9
Não possui equipamentos disponíveis para realização de webconferência	2.914	71,1	10.117	57,0	6.071	45,4	2.594	39,3	1.743	55,8	23.439	52,2

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Brasil=44.936; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste= 13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

Aspectos vinculados aos tipos de atividades disponíveis e organização do processo de trabalho utilizando TIC

Atividades de telessaúde realizadas nas UBS no Brasil e prestadores

O fortalecimento da infraestrutura tecnológica e a capacitação contínua dos profissionais são medidas essenciais para consolidar a telessaúde como estratégia

eficaz de ampliação do acesso à saúde (Santos et al, 2016; Santos et al, 2018; Facchini, Tomasi, Thumé, 2021; Bender et al, 2024).

De acordo com o Censo das UBS, observa-se a incorporação das atividades de telessaúde nas UBS brasileiras, onde 39% das UBS mencionou a realização de atividades de telessaúde, com destaque para a teleconsultoria (20,9%), webconferências formativas (16,7%), curso à distância (17,4%) e a teleconsulta (12,8%). No entanto, ainda há desafios significativos, como a baixa implantação de teletriagem (3%) e telemonitoramento remoto (2,6%) (Tabela 6).

A teleconsultoria apresentou maior adesão na região Sul (48,0%), enquanto a teleconsulta foi mais prevalente no Nordeste (19,2%) e Sul (11,1%) (Tabela 6). Corroborando esses achados, autores sugerem que diferentes regiões adotam a telessaúde de maneiras distintas, possivelmente devido a políticas locais de incentivo e maior necessidade de suprir lacunas assistenciais em determinadas áreas (Maeyama et al, 2018; Facchini, Tomasi, Thumé, 2021; Araújo et al, 2023; Bender et al, 2024).

A análise remota de eletrocardiograma (ECG) por especialistas, que permite diagnósticos e orientações sem necessidade de deslocamento físico, foi reportada por 8,1% das UBS. O Norte apresentou menor adesão (3,2%), enquanto Sul e Sudeste alcançaram cerca de 17,4% e 9,5% respectivamente, o que, de acordo com a literatura, pode ser explicado por melhor estrutura tecnológica e maior financiamento nestas regiões (Accorsi et al, 2023; Piropo, Ramos, 2024) (Tabela 6). Entretanto, ainda são incipientes a emissão de laudos remotos para exames especializados, como retinografia (0,3%), espirometria (0,8%) e lesões de pele (0,5%). O maior percentual de acesso à retinografia foi encontrado na região Centro-Oeste (0,6%) (Tabela 6). A espirometria estava mais acessível no Sul (2,6%), possivelmente devido a políticas regionais voltadas à atenção respiratória. (Caetano et al, 2020; Cardoso et al, 2021).

A formação profissional por meio de webconferências (16,7%) e cursos à distância (17,4%) mostrou a valorização crescente da educação continuada digital na APS.

Quando cotejada com os dados anteriores do PMAQ, observa-se que, em 2012, a utilização foi mencionada por 29,3% (n=4.072) das equipes no Ciclo I; 32,7% (n=9.739) no Ciclo II; e 56,4% (n=20.461) no Ciclo III. Em 2024, no Censo das UBS, 39% das UBS mencionam a utilização de telessaúde.

Tabela 6 – Atividades de Telessaúde realizadas nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Teleconsultorias	291	6,5	3.847	21,7	1.624	12,1	3.170	48,0	459	14,7	9.391	20,9
Teletriagem	57	1,4	637	3,6	334	2,5	272	4,1	50	1,6	1.350	3,0
Telemonitoramento remoto	47	1,1	432	2,4	383	2,9	244	3,7	38	1,2	1.144	2,6
Teleconsulta	260	6,3	3399	19,2	1109	8,3	731	11,1	249	8,0	5.748	12,8
Laudo ECG em distância	132	3,2	824	4,6	1271	9,5	1.149	17,4	253	8,1	3.629	8,1
Laudo retinografia em distância	20	0,5	46	0,3	37	0,3	31	0,5	18	0,6	152	0,3
Laudo espirometria em distância	22	0,5	89	0,5	41	0,3	174	2,6	28	0,9	354	0,8
Laudo dermatologia em distância	56	1,4	135	0,8	51	0,4	789	11,9	91	2,9	1.122	0,5
Webconferências formativas	286	7,0	2.738	15,4	2430	18,2	1.653	25,0	414	13,3	7.521	16,7
Curso em distância	257	6,3	2982	16,8	2.338	17,5	1.744	26,4	489	15,7	7.810	17,4
Outro	91	2,2	825	4,7	377	2,8	239	0,0	88	2,8	1.620	3,6
Não possui atividade de telessaúde	3.433	83,8	10.423	58,8	8.867	66,3	2.616	39,6	2.054	65,8	27.393	61,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

Segundo o Censo das UBS (Tabela 7), as ações de telessaúde ofertadas pelos núcleos dos hospitais universitários foi de 28,7%. A presença significativa dessas ações teve destaque para as UBS da região Sul (43,7%), seguida da região Sudeste (32,9%) e menor oferta nas regiões Nordeste (19,1%) e Norte (20,7%). Entretanto, no Brasil, a realização das ações por hospitais com vinculação ao PROADI foi referida por 15,7% das UBS com ações de telessaúde. Logo, em conformidade com a literatura, as maiores proporções foram encontradas nas regiões Norte (35,7%), Nordeste (26,9%) e Centro-Oeste (18,1%), enquanto nas regiões Sul e Sudeste a participação foi de 4,6% e 3,7%, respectivamente.

As ações por iniciativa municipal corresponderam a 16,1% das atividades de telessaúde, com menor participação nas regiões Norte (10,1%) e Nordeste (13,8%). Melo et al (2021) referem que a falta de infraestrutura tecnológica e dificuldades na capacitação de profissionais de saúde afetam a implantação dessas iniciativas em localidades com menor desenvolvimento econômico.

A participação de iniciativas estaduais representou 37,4% das atividades, com destaque para os estados da região Sudeste, onde essa proporção foi de 47,6%. As regiões Norte

(32,6%) e Nordeste (33,9%) exibiram as menores taxas (Tabela 7). Dados da Tabela 7 mostram que outras instituições públicas participaram de 26,1% das ações de telessaúde, com maior representatividade no Nordeste (32,7%), seguida das regiões Sul e Sudeste (24,0%). Essa maior participação no Nordeste pode ser explicada pela presença de universidades e hospitais federais que atuam como centros de referência em telessaúde, oferecendo suporte técnico e capacitação para os serviços locais. A proporção de oferta de telessaúde por instituições privadas foi de 4,0%, com maior participação no Sudeste (6,8%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das UBS segundo tipo de prestador de atividades de telessaúde realizadas nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Núcleos de telessaúde universitários públicos	137	20,7	1.396	19,1	1.480	32,9	1.745	44,0	281	26,3	5.039	28,7
Iniciativa municipal	68	10,3	1.009	13,8	960	21,3	633	16,0	152	14,2	2.822	16,1
Iniciativa estadual	216	32,6	2.476	33,9	2.142	47,6	1.366	34,0	363	34	6.563	37,4
Outras instituições públicas	82	12,4	2.392	32,7	876	19,4	973	24,0	259	24,2	4.582	26,1
Hospitais PROADI	237	35,7	1.964	26,9	168	3,7	185	4,6	194	18,1	2.748	15,7
Outras ofertas privadas	22	3,3	158	2,2	306	6,8	177	4,4	35	3,3	698	4,0
Outro	132	19,9	1.393	19,0	1.003	22,3	723	18,0	207	19,4	3.458	19,7

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

Prontuário eletrônico

O uso de prontuário eletrônico foi referido por 87,3% das UBS. No PMAQ, cerca de 14,0% das equipes nos ciclos I (n=2.409) e II (n=4.133), e 38,7% no ciclo III (n=14.455) informaram utilizar o PEC (Bender et al, 2024).

As regiões Sul (97,8%), Centro-Oeste (95,3%) e Sudeste (92,2%) destacaram-se na referência a seu uso, referência ainda incipiente na região Norte (64,9%) (Tabela 8). Dentre as UBS que referiram uso de prontuário eletrônico (n=39.238), o uso para registro dos atendimentos médicos e dos enfermeiros foi de 97,6%; de 82,3% para os cirurgiões dentistas; e de 71,0% para os atendimentos dos demais profissionais de nível superior. O registro no prontuário eletrônico para os atendimentos da equipe multiprofissional

ocorreu em 56,2% das UBS e foi adotado por 88,6% dos técnicos e profissionais de nível médio (Tabela 8).

A utilização de softwares na APS no Brasil vem se expandindo, atualizando a gestão e a qualidade dos serviços de saúde, contribuindo para a melhoria na coleta e análise de dados epidemiológicos, o que permite um monitoramento mais eficaz de doenças e agravos à saúde. O e-SUS APS contempla o PEC e o CDS, o que permite o registro simplificado de informações essenciais sobre os serviços prestados à população, dado que são integradas aos sistemas nacionais de saúde (Brasil, 2014, Brasil, 2023). Em estudo de Celuppi et al. (2024), o uso do PEC no Norte e Nordeste é destaque pelo crescimento significativo desde 2022, cumprindo a adesão superior a 50% (Celuppi et al, 2024).

No Rio Grande do Sul, os avanços expressivos ocorreram a partir de 2016 e continuaram em 2020, trazendo boas expectativas para a informatização dos serviços de saúde (Hohenberger et al, 2022). Contudo, o MS oferece gratuitamente o PEC como parte da estratégia e-SUS APS, embora alguns municípios optem por sistemas privados (Celuppi et al., 2024).

A utilização do e-SUS foi destaque, principalmente, nas regiões Norte (91,9%) e Nordeste (91,6%). Na região Sul, foi verificada maior proporção de uso de software privado (55,4%) e de software público próprio (10,7%). O treinamento para a utilização do prontuário eletrônico público foi referido por 91,9% das UBS; a região Nordeste demonstrou maior proporção entre as cinco regiões brasileiras, com 94,1%, tendo a região Sul atingido a menor proporção com 86,8%. (Tabela 8)

Tabela 8 – Prontuário eletrônico nas UBS brasileiras por categorias. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Uso prontuário eletrônico	2.660	64,9	14.809	83,5	12.332	92,2	6.461	97,8	2.976	95,3	39.238	87,3
Para os atendimentos de médicos	2.560	96,2	14.391	97,2	12.082	98,0	6.339	98,1	2.919	98,1	38.291	97,6
Para os atendimentos de enfermeiros	2.558	96,2	14.462	97,7	12.062	97,8	6.317	97,8	2.913	97,9	38.312	97,6
Para os atendimentos da equipe multiprofissional (eMulti)	1.217	45,7	7.835	52,9	7.850	63,7	3.731	57,7	1.415	47,5	22.048	56,2
Para os atendimentos de dentistas	2.029	76,3	12.488	84,3	9.717	78,8	5.544	85,8	2.511	84,4	32.289	82,3
Para os atendimentos dos demais profissionais de nível superior	1.751	65,8	8.851	59,8	9.683	78,5	5.397	83,5	2.191	73,6	27.873	71,0
Para os atendimentos dos profissionais de nível médio e técnico	2.299	86,4	12.830	86,6	11.036	89,5	5.961	92,3	2.649	89	34.775	88,6

	e-SUS APS	2.445	91,9	13.564	91,6	6.703	54,4	2.189	33,9	2.094	70,4	26.995	68,8
Software utilizado	Software privado	172	6,5	978	6,6	4.652	37,7	3.579	55,4	796	26,7	10.177	25,9
	Software público próprio	43	1,6	267	1,8	975	7,9	693	10,7	86	2,9	2.064	5,3
Treinamento para utilização do prontuário eletrônico		2.452	92,2	13.942	94,1	11.345	92	5.607	86,8	2.700	90,7	36.046	91,9

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

O compartilhamento de dados nas redes de atenção no Brasil, é embasado pela Portaria GM/MS Nº 1.434, de 28 de maio de 2020, que viabiliza a troca de informações entre os diferentes pontos da rede nos setores públicos e privados (Brasil, 2020). No Censo das UBS, o compartilhamento do prontuário eletrônico com outras UBS da rede chegou a 79,9%. Nos serviços de exames laboratoriais houve maior proporção na região Sul (27,2%) e menor na região Nordeste (6,1%). O mesmo se deu com o compartilhamento com as unidades de pronto atendimento (UPA), de 36,7% e 4,0%, respectivamente.

Já o compartilhamento com os prontos-socorros e outros serviços de urgência foi proporcionalmente maior na região Sudeste (17,8%). Em serviços especializados públicos e especializados privados, a região Sul apresentou bom desenvolvimento, com 35,8%. No Brasil, os hospitais da rede pública utilizam maior compartilhamento de prontuário eletrônico (7,7%) do que os hospitais da rede contratada ou conveniada (1,2%). O compartilhamento do prontuário eletrônico com os CAPS e os CEO ocorreu em maior proporção na região Sul, com 51,0% e 30,9%, respectivamente, e em menor proporção na região Nordeste, com 8,6% e 12,0%, respectivamente. No entanto, 17,0% das UBS afirmaram que o prontuário eletrônico não é compartilhado com outros pontos da rede de atenção no Brasil (Tabela 9).

Tabela 9 – Compartilhamento do prontuário eletrônico nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Outras UBS	1.732	65,1	11.286	76,2	10.111	82,0	5.629	87,1	2.589	87,0	31.347	79,9
Serviços exames e laboratoriais	221	8,3	898	6,1	2.816	22,8	1.755	27,2	713	24,0	6.403	16,3
Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	125	4,7	586	4,0	2.534	20,5	2.371	36,7	611	20,5	6.227	15,9
Prontos-Socorros e outros serviços de urgência	102	3,8	477	3,2	2.195	17,8	1.111	17,2	476	16,0	4.361	11,1

Serviços especializados públicos	209	7,9	1.358	9,2	3.762	30,5	2.311	35,8	612	20,6	8.252	21,0
Serviços especializados privados	35	1,3	63	0,4	202	1,6	238	3,7	28	0,9	566	1,4
Hospitais da rede pública	126	4,7	616	4,2	1.250	10,1	604	9,3	430	14,4	3.026	7,7
Hospitais da rede contratada ou conveniada	21	0,8	78	0,5	201	1,6	135	2,1	33	1,1	468	1,2
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	290	10,9	1.273	8,6	3.760	30,5	3.296	51,0	644	21,6	9.263	23,6
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	326	12,3	1.777	12,0	3.115	25,3	1.994	30,9	508	17,1	7.720	19,7
O prontuário eletrônico não é compartilhado com outros pontos da rede de atenção	869	32,7	3.165	21,4	1.713	13,9	647	10,0	296	9,9	6.690	17,0

Fonte: Censo Nacional das UBS, 2024
*Brasil=39.239; Norte=2.660; Nordeste=14.809; Sudeste=12.333; Sul=6.461; Centro-Oeste=2.976.

Formas de agendamento de consultas nas UBS

O agendamento de consultas nas UBS é um aspecto essencial da organização da APS no Brasil. O modelo predominante de agendamento no Censo das UBS foi no modo presencial (93,8%) - especialmente nas regiões onde a tecnologia é mais limitada -, assim como a consulta agendada pelo ACS (62,9%). No entanto, a adoção de alternativas tecnológicas para agendamento, como aplicativos e plataformas digitais, está crescendo em algumas regiões, proporcionando um avanço na digitalização dos serviços de saúde (Pereira et al, 2019; Silva et al., 2021).

Embora ainda pouco expressivo em termos nacionais, o agendamento por sites específicos (2,2%), pelo Meu SUS Digital (0,7%) e por aplicativos desenvolvidos para esse fim (4,3%) na região Sudeste indica um movimento gradual de digitalização dos serviços de APS. Entretanto, a região Sul se destacou com proporção maior aos agendamentos por telefone (59,1%) e pelo WhatsApp (49,2%). A implantação do Meu SUS Digital e de aplicativos próprios das secretarias municipais de saúde faz parte da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil. Estudos mostram que essas ferramentas podem reduzir filas e melhorar o acesso aos serviços de saúde (Brasil, 2023; Lisboa et al., 2023; CNS, 2024).

Tabela 10 – Formas de agendamento de consulta nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Presencialmente na UBS	3.674	89,7	16.567	93,4	12.815	95,8	6.207	93,9	2.884	92,3	42.147	93,8
Por telefone	859	21	2.744	15,5	6.000	44,9	3.906	59,1	1.215	38,9	14.724	32,8
Pelo WhatsApp	1.099	26,8	4.268	24,1	4.713	35,2	3.251	49,2	1.166	37,3	14.497	32,3

Por site específico para agendamento de consulta na UBS	34	0,8	216	1,2	526	3,9	136	2,1	66	2,1	978	2,2
Meu SUS digital	20	0,5	101	0,6	170	1,3	18	0,3	15	0,5	324	0,7
Por aplicativo desenvolvido para este fim	51	1,2	234	1,3	1.075	8	470	7,1	97	3,1	1.927	4,3
Consulta agendada pelo ACS	2.507	61,2	11.192	63,1	8.896	66,5	3.891	58,9	1.795	57,5	28.281	62,9
Outra	464	11,3	1.150	6,5	741	5,5	506	7,7	315	10,1	3.176	7,1

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

No Brasil, 64,9% das consultas odontológicas eram agendadas na recepção da UBS, em maior proporção na região Norte (72,4%) e menor proporção na região Sudeste (57,2%). A região Sul teve destaque no agendamento pelo WhatsApp (39,5%), ligação telefônica (46,4%) e por aplicativo (5,7%). Na região Sudeste, o agendamento no próprio consultório odontológico pela equipe de saúde bucal foi referido por 69,9% das UBS, seguido de site específico para agendamento de consulta na UBS (3,3%), pelo Meu SUS digital (1,4%) e por outro aplicativo (2,1%).

Tabela 11 – Formas de agendamento de consulta odontológica nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Agendamento de consulta odontológica	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Na recepção da UBS, da mesma forma que o agendamento para os demais profissionais	2.075	72,4	10.461	69,7	6.143	57,2	3.626	66,3	1.541	58,1	23.846	64,9
No próprio consultório odontológico, pela equipe de saúde bucal	1.525	53,2	8.084	53,8	7.508	69,9	3.485	63,7	1.769	66,6	22.371	60,9
Por WhatsApp	531	18,5	2.230	14,8	2.426	22,6	2.160	39,5	724	27,3	8.071	22,0
Por ligação telefônica	409	14,3	1.415	9,4	3.353	31,2	2.537	46,4	786	29,6	8.500	23,1
Por site específico para agendamento de consulta na UBS	25	0,9	210	1,4	358	3,3	100	1,8	33	1,2	726	2,0
Por aplicativo desenvolvido para esse fim	22	0,8	137	0,9	564	5,2	310	5,7	25	0,9	1.058	2,9
Pelo Agente Comunitário de Saúde	1.471	51,3	8.023	53,4	5.345	49,7	2.520	46,1	1.183	44,6	18.542	50,5
Meu SUS digital	15	0,5	105	0,7	153	1,4	20	0,4	14	0,5	307	0,8
Outro aplicativo	15	0,5	113	0,7	226	2,1	70	1,3	15	0,6	439	1,2
Outro	140	4,9	594	4	404	3,8	224	4,1	117	4,4	1.479	4,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

Estratégia de comunicação entre os profissionais das equipes e profissionais de outros pontos da rede de atenção utilizando TIC

A comunicação eficiente entre os profissionais da APS e os diferentes pontos da rede é essencial para a continuidade do cuidado e para a qualificação da assistência prestada aos usuários. No Brasil, a predominância do uso do WhatsApp (66,2%) e do contato telefônico (62,1%) como principais formas de comunicação reflete a praticidade e a acessibilidade dessas

ferramentas para a troca de informações rápidas entre os profissionais. Estudos mostram que o WhatsApp se tornou uma ferramenta amplamente utilizada na saúde por sua instantaneidade, baixo custo e possibilidade de compartilhamento de documentos e informações de forma assíncrona (Silva et al., 2021; Savio et al, 2021).

As regiões Sudeste e Sul apresentaram maiores proporções de reuniões técnicas e sessões clínicas conjuntas (61,1% e 55,3%). Em estudo de Martins et al (2019), essa abordagem reflete uma maior institucionalização de processos colaborativos para a discussão de casos clínicos e gestão do cuidado (Martins et al., 2019). Na região Sudeste, também se observou maior uso de consulta compartilhada (30,6%), ficha de referência e contrarreferência (63,7%) e plano de cuidado compartilhado ou Projeto Terapêutico Singular (PTS) (25,4%), podendo indicar uma abordagem mais estruturada na integração dos cuidados multiprofissionais e na continuidade assistencial.

A região Sul também se destacou pelo uso da telessaúde (29,5%), do prontuário eletrônico compartilhado (72,7%) e da comunicação via e-mail (54,2%). A ampla utilização do prontuário eletrônico reflete investimentos em infraestrutura tecnológica e maior adesão dos profissionais a sistemas integrados, facilitando a coordenação do cuidado e a segurança do paciente (Brasil, 2023). A telessaúde, por sua vez, tem sido uma estratégia crescente na otimização da comunicação entre profissionais e na ampliação do acesso a especialistas em localidades remotas (Santos et al, 2018; Facchini, Tomasi, Thumé, 2021; Bender et al, 2024). Entretanto observou-se que as regiões Centro-Oeste e Norte apresentaram menores proporções no uso dessas estratégias.

Tabela 12 – Estratégias de comunicação entre os profissionais da(s) equipe(s) e profissionais de outros pontos da rede nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Estratégias utilizadas	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Reuniões técnicas ou sessões clínicas conjuntas	1.841	44,9	8.185	46,1	8.168	61,1	3.656	55,3	1.338	42,8	23.188	51,6
Consulta compartilhada	814	19,9	5.176	29,2	4.093	30,6	1.826	27,6	775	24,8	12.684	28,2
Telessaúde	407	9,9	3.317	18,7	1.120	8,4	1.947	29,5	372	11,9	7.163	15,9
Prontuário Eletrônico compartilhado	1.186	29,0	6.942	39,1	7.698	57,6	4.802	72,7	1.811	58,0	22.439	49,9
Comunicação via e-mail	561	13,7	2.755	15,5	7.027	52,5	3.581	54,2	859	27,5	14.783	32,9
Comunicação via WhatsApp	2.312	56,4	10.668	60,1	9.494	71,0	5.126	77,6	2.171	69,5	29.771	66,2
Ficha de referência e contrarreferência	1.960	47,8	8.719	49,2	8.516	63,7	3.684	55,8	1.623	52,0	24.502	54,5
Contato telefônico	1.851	45,2	8.664	48,8	10.206	76,3	5.198	78,7	2.002	64,1	27.921	62,1
Formulário de Compartilhamento do Cuidado	333	8,1	1.498	8,4	1.774	13,3	1.140	17,2	418	13,4	5.163	11,5
Plano de Cuidado Compartilhado ou Projeto Terapêutico Singular (PTS)	319	7,8	2.125	12,0	3.397	25,4	1.370	20,7	401	12,8	7.612	16,9

Outro	417	10,2	1.651	9,3	885	6,6	371	5,6	242	7,7	3.566	7,9
Não há estratégia de comunicação entre os profissionais da(s) equipe(s) e profissionais de outros pontos da rede.	281	6,9	873	4,9	254	1,9	119	1,8	94	3,0	1.621	3,6

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

Cerca de 80% das UBS brasileiras, nas quais atuam e-Multis, realiza reuniões das demais equipes da UBS com os profissionais da equipe multiprofissional (e-Multi). Na região Sudeste, a prevalência é de 85,0%, enquanto na Nordeste, 77,8%. A periodicidade das reuniões das demais equipes de cada UBS com os profissionais da equipe eMulti apresentou maior proporção mensal (40,8%), com destaque para a região Nordeste (47,7%). As reuniões sem periodicidade definida (42,9%) apresentaram proporção maior na região Centro-Oeste (54,1%). As ações de caráter assistencial, o plano de cuidado da APS-Projeto terapêutico singular, os grupos terapêuticos e o atendimento domiciliar foram referidos em maior proporção na região Sudeste. A consulta presencial compartilhada apresentou maior proporção na região Nordeste (68,0%) e menor na região Sul (54,8%) (Tabela 13).

Observa-se que a utilização de TIC para o contato entre as equipes das UBS e as equipes multiprofissionais por meio da teleconsulta situa-se em 6,9% das UBS, sendo que a teleconsulta foi mais present na região Sul (8,9%) e menos na região Centro-Oeste (5,4%). A utilização de teleconsultas para aperfeiçoar o processo de trabalho, agilizando atividades e permitindo uma maior resolutividade da APS e em outros níveis de complexidade do sistema, tem se consolidado como uma forma importante de contribuir para a resolução de casos dos pacientes (Reis et al, 2023; Minoto et al, 2024).

Tabela 13 – Ações da equipe multiprofissional nas UBS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Regiões e Brasil*	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Realizam reuniões das demais equipes da UBS com os profissionais da equipe multiprofissional	1.087	83,4	6.463	77,8	5.246	85,0	1.601	78,2	795	79,1	15.192	80,7
Periodicidade das reuniões das demais equipes da UBS com os profissionais da equipe multiprofissional												
Mensal	480	44,2	3.080	47,7	1.900	36,2	480	30,0	256	32,2	6.196	40,8
Quinzenal	107	9,8	406	6,3	429	8,2	150	9,4	55	6,9	1.147	7,5
Sem periodicidade definida	425	39,1	2.741	42,4	2.121	40,4	800	50,0	430	54,1	6.517	42,9
Semanal	75	6,9	236	3,6	796	15,2	171	10,7	54	6,8	1.332	8,8
Ações de caráter assistencial	842	77,5	5.167	79,9	4.423	84,3	1.322	82,6	569	71,6	12.323	81,1

Consulta presencial compartilhada	641	59,0	4.397	68,0	3.514	67,0	878	54,8	468	58,9	9.898	65,1
Plano de cuidado da APS-Projeto Terapêutico Singular	399	36,7	2.833	43,8	3.156	60,2	777	48,5	334	42,0	7.499	49,4
Grupos terapêuticos	363	33,4	2.978	46,1	3.271	62,3	914	57,1	395	49,7	7.921	52,1
Atendimento domiciliar	866	79,7	5.414	83,8	4.455	84,9	1.275	79,6	597	75,1	12.607	83,0
Teleconsulta	70	6,4	454	7,0	344	6,6	142	8,9	43	5,4	1.053	6,9

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*UBS com Equipes e-multi: Brasil=18.826; Norte=1.303; Nordeste=8.304; Sudeste=6.167; Sul=2.047; Centro-Oeste=1.005.

Estratégias de comunicação com os usuários utilizando TIC

As estratégias de comunicação com os usuários mais utilizadas nas UBS brasileiras foram a ligação telefônica (73,6%) e o WhatsApp (78,5%). Nesse quesito, as UBS da região Sul referiram 88,1% e 83,3%, respectivamente, e a região Norte, 57,1% e 76,6%, respectivamente. A rádio comunitária foi referida em maior proporção na região Sul e em menor proporção na região Sudeste. O Instagram e o Telegram apresentaram maior proporção na região Nordeste, de 31,6% e 0,3% respectivamente, e menor nas regiões Norte (16,9%) e Sul (0,2%). O Facebook e o twitter/X apresentaram menor proporção na região Nordeste, de 8,3% e 0,1% respectivamente, e maior nas regiões Sul (25,1%) e Sudeste (1,2%). O TikTok apresentou maior proporção na região Norte (0,4%) e menor na região Sudeste (0,1%) (Tabela 14).

As mensagens por SMS e as caixas de sugestões, críticas e elogios foram mais referidas na região Sudeste, de 16,5% e 36,8% respectivamente. Já os sites das prefeituras (62,1%), a comunicação impressa, cartaz (56,5%), a ouvidoria do SUS (53,8%) e a ouvidoria própria (36,8%) foram maiores na região Sul e menores na Norte, de 31,3%, 32,2%, 19,6%, 24,3% e 10,2%, respectivamente (Tabela 14).

A necessidade do SUS de se relacionar de forma mais frequente com seus usuários, criando bases mais sólidas para o projeto de reforma sanitária brasileira, tem sido destacada como um aspecto fundamental para o apoio do SUS na sociedade brasileira (Fleury et al, 2022; Tominc et al, 2022). A utilização de TIC para essa relação com os usuários potencializa e aproxima os sistemas universais de saúde das reais necessidades da população em um contexto de predominância de doenças crônicas, onde a questão do vínculo é estratégica – e as TIC se constituem como mecanismos ágeis de construção de vínculos e de apreensão de necessidades dos pacientes (Soto - Chávez et al, 2025).

Tabela 14 – Estratégias de comunicação com os usuários nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Estratégias de comunicação com os usuários	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Possui estratégias de comunicação com os usuários	1.154	28,9	4.606	26,2	4.335	32,8	1.985	31,2	1.097	35,7	13.177	29,8
Ligação telefônica	2.338	57,1	10.659	60,1	11.771	88,0	5.818	88,1	2.507	80,3	33.093	73,6
Rádio comunitária	495	12,1	1.907	10,7	931	7,0	1.246	18,9	398	12,7	4.977	11,1
WhatsApp	3.137	76,6	13.684	77,2	10.509	78,6	5.505	83,3	2.431	77,8	35.266	78,5
Instagram	693	16,9	5.606	31,6	3.204	24,0	1.661	25,1	817	26,2	11.981	26,7
Facebook	413	10,1	1.470	8,3	2.422	18,1	1.659	25,1	404	12,9	6.368	14,2
Twitter/ X	12	0,3	20	0,1	157	1,2	12	0,2	13	0,4	214	0,5
TikTok	15	0,4	31	0,2	20	0,1	11	0,2	9	0,3	86	0,2
Telegram	11	0,3	61	0,3	35	0,3	15	0,2	10	0,3	132	0,3
Mensagens por SMS	516	12,6	1.184	6,7	2.210	16,5	1.011	15,3	421	13,5	5.342	11,9
Site da prefeitura	1.283	31,3	7.024	39,6	7.826	58,5	4.102	62,1	1.405	45,0	21.640	48,2
Comunicação impressa, cartaz	1.319	32,2	6.030	34,0	7.467	55,8	3.732	56,5	1.294	41,4	19.842	44,2
Caixa de sugestões, críticas e elogios	801	19,6	4.185	23,6	4.925	36,8	2.004	30,3	882	28,2	12.797	28,5
Ouvidoria do SUS	996	24,3	4.703	26,5	6.441	48,2	3.555	53,8	1.393	44,6	17.088	38,0
Ouvidoria própria	418	10,2	2.847	16,0	4.158	31,1	2.431	36,8	644	20,6	10.498	23,4
Outro	588	14,4	2.713	15,3	1.319	9,9	418	6,3	284	9,1	5.322	11,8
Não há estratégia de comunicação com os usuários	221	5,4	685	3,9	147	1,1	57	0,9	63	2,0	1.173	2,6

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

*Brasil=44.938; Norte=4.096; Nordeste=17.737; Sudeste=13.375; Sul=6.607; Centro-Oeste=3.123.

Tipologia de incorporação de TIC nas UBS

Esta tipologia foi criada com o objetivo de permitir uma visão sobre o processo de incorporação das TIC no âmbito da APS no SUS, situando quantas UBS no país estão em situação péssima, ruim, regular, boa e ótima. Para isto, inicialmente foram escolhidos os parâmetros presentes no Censo das UBS referentes a saúde digital que poderiam expressar este processo, com um conjunto de itens analisados que geraram a composição da tipologia.

Composição da tipologia de incorporação de TIC na APS

A- ASPECTOS VINCULADOS À INFRA-ESTRUTURA DE TIC

1. Conexão com internet

Não possui (péssimo, ruim)
Possui com funcionamento inadequado (regular)
Possui com funcionamento adequado (bom, ótimo)

2. Número de computadores por ESF/EAP

Foi considerado ótimo para uma ESF/EAP: 1 recepção 1 farmácia 1 imunização 1 consultório médico 1 enfermagem 1 acolhimento 4 acs 1 Saúde bucal

Número de EAP-ESF/Número de computadores	1	2	3	4	5	6
Péssimo	0-1	0-2	0-3	0-4	0-5	0-6
Ruim	2-4	3-7	4-10	5-13	6-16	7-19
Regular	5-7	8-10	11	14	17	20
Bom	8-9	11-14	12-20	15-26	18-32	21-38
Ótimo	10	15	21	27	33	39

3. Impressora

Presente (regular, bom e ótimo)
Ausente (péssimo e ruim)

4. Número de Smartphones

Sim
Não

5. Número de tablets com número de ACS

ACS/ tablet	4	8	12	16	20	24
Péssimo	0	0	0	0	0	0
Ruim	1	1-3	1-5	1-7	1-9	1-11
Regular	2	4	6	8	10	12
Bom	3	05-08	07-11	9-15	11-19	13-24
Ótimo	4	8	12	16	20	24

6. Equipamentos de telessaúde

Péssimo (não possui)
Ruim (não possui)
Regular (possui eletrocardiógrafo digital/ECG digital ou retinógrafo ou espirometria)
Bom (possui pelo menos dois destes - eletrocardiógrafo digital/ECG digital ou retinógrafo ou espirometria)
Ótimo (possui os três - eletrocardiógrafo digital/ECG digital, retinógrafo e espirometria)

7. Ambientes conectados à internet: dois pontos para todos os consultórios e um ponto para os demais

Péssimo	0 e 1
Ruim	2 e 3
Regular	4 e 6

Bom	7 e 8
Ótimo	9 e 10

8. Possui equipamentos disponíveis para realização de webconferência

Sim

Não

9. Existência de prontuário eletrônico

Sim

Não

B - ASPECTOS VINCULADOS À ESTRUTURAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO E SERVIÇOS OFERTADOS
10. Tipo de atividades de telessaúde

Péssimo	Não realiza atividade de telessaúde
Ruim	Não realiza atividade de telessaúde
Regular	Só teleconsultoria ou só telediagnóstico
Bom	Teleconsultoria e telediagnóstico
Ótimo	Teleconsulta, teleconsultoria e telediagnóstico

11. Utilização do prontuário eletrônico

Enfermagem	Odontologia	Nível médio e Técnico	Demais Níveis superior
Péssimo – (Não)			
Ruim – (Só uma das categorias)			
Regular (médico e alguma outra)			
Bom (médico e duas categorias)			
Ótimo (todas as categorias)			

12. Compartilhamento do prontuário eletrônico

Péssimo – (não é compartilhado)
Ruim – (somente um)
Regular – (dois serviços)
Bom – (três a sete serviços compartilhados)
Ótimo – (mais de sete serviços compartilhados)

13. Agendamento de consulta pelo usuário: ligação telefônica, WhatsApp, aplicativo específico, site, meu sus digital

Péssimo	0 e 1
Ruim	2 a 4
Regular	5 a 8
Bom	9 a 11
Ótimo	12 a 14

14. Agendamento de consulta odontológica pelo usuário: ligação telefônica, WhatsApp, aplicativo específico, site, meu SUS digital

Péssimo	0 e 1
Ruim	2 a 4

Regular	5 a 8
Bom	9 a 11
Ótimo	12 a 14

15. Estratégia de comunicação com outros pontos da rede: telessaúde, prontuário eletrônico, e-mail, WhatsApp

Péssimo: Nenhum recurso de TIC

Ruim: Nenhum recurso de TIC

Regular: Utiliza somente um deles

Bom: Utiliza entre duas e três estratégias utilizando TICs

Ótimo: Utiliza quatro estratégias

16. Reuniões das demais equipes da UBS com os profissionais da equipe multiprofissional (eMulti)

Teleconsulta: sim

Teleconsulta: não

17. Estratégia de comunicação com os usuários: WhatsApp, Instagram, facebook, x, TikTok, Telegram, SMS, sites prefeituras

Péssimo (não há estratégia)

Ruim 1-2 tipos

Regular 3-4 tipos

Bom - 5-6

Ótimo - pelo menos 7 tipos

Após este processo, com o conjunto das variáveis computadas, para a montagem final da tipologia, utilizou-se a seguinte classificação:

0 a 25 = péssimo
25 a 35 = ruim
35 a 45 = regular
45 a 60 = bom
60 a 80 = ótimo

Dessa forma, verificou-se, pelas tabelas abaixo, como se encontra o processo de incorporação de TIC nas UBS do país.

Disponibilidade de computadores

A maioria das UBS se encontram nos níveis péssimo (22%) e ruim (27%) quanto à disponibilidade de computadores para a atuação das eSF-eAP e equipe de saúde bucal, bem como para a execução de atividades na farmácia, recepção e imunização. Somente 12% das UBS situam-se no nível ótimo.

Tabela 15 – Distribuição das UBS quanto ao número de computadores disponíveis considerando eSF-eAP. Brasil, 2024.

eSF/eAP		Total Brasil		7 ou mais		6		5		4		3		2		1		0	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nº de Comps	Péssimo	1.112	57	5.432	21	2.109	19	184	8	241	14	59	11	76	16	721	58	9.934	22
	Ruim	335	17	6.083	24	4.325	40	524	22	580	33	72	14	156	32	205	17	12.280	27
	Regular	233	12	8.732	34	1.866	17	88	4	62	4	12	2	17	3	10	1	11.020	25
	Bom	76	4	2.635	10	1.355	12	1.087	45	636	36	260	49	168	35	198	1	6.415	14
	Ótimo	197	10	2.752	11	1.256	12	534	22	232	13	124	24	69	14	108	9	5.272	12

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Disponibilidade de Impressoras nas UBS

Na Tabela 16, observa-se que 81,87% das UBS possuem impressora. Ainda existiam 8.143 UBS que não possuíam este equipamento, fundamental para a execução dos processos assistenciais nas UBS.

Tabela 16 – Distribuição das UBS quanto à presença de impressoras. Brasil, 2024.

Impressora	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Ausente	8.143	18,1
Presente	36.774	81,9
Total	44.917	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Disponibilidade de smartphones nas UBS

Na Tabela 17, observa-se que 24,83% das UBS possuem smartphones institucionais para a realização de suas atividades.

Tabela 17 – Distribuição das UBS quanto à disponibilidade de smartphones. Brasil, 2024.

Presença de smartphones	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Ausente	33.751	75,2
Presente	11.150	24,8
Total	44.901	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Disponibilidade de tablets nas UBS no Brasil

Na Tabela 18, observa-se que 51% das UBS possuem um nível péssimo de disponibilidade de tablets, e que 36% das UBS possuem um nível ótimo.

Tabela 18 – Distribuição das UBS quanto ao número de tablets disponíveis considerando o número de ACS. Brasil, 2024.

ACS	0		1		2		3		4		5		6		7 ou mais		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Péssimo	7.457	66	9.325	44	3.351	46	1.268	50	586	54	283	59	193	59	331	59	22.794	51
Ruim	1.345	12	714	3	353	5	49	2	23	2	12	2	5	2	32	6	2.533	6
Regular	959	8	284	1	73	1	44	2	27	2	14	3	7	2	3	1	1.411	3
Bom	1.195	11	375	2	421	6	120	5	47	4	17	4	13	4	15	3	2.203	5
Ótimo	406	4	10.657	50	3.017	42	1.043	41	402	37	155	32	109	33	179	32	15.968	36

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Disponibilidade dos Equipamentos de telessaúde nas UBS

Na Tabela 19, observa-se que 81% das UBS possuem o nível péssimo ou ruim quanto à disponibilidade de equipamentos de telessaúde, 18,45% possuem o nível regular e somente 0,56% possuem o nível bom ou ótimo.

Tabela 19 – Distribuição dos equipamentos de telessaúde ECG digital, retinógrafo digital e espirômetro nas UBS. Brasil, 2024.

Disponibilidade de equipamentos de telessaúde	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo ou Ruim	36.398	81,0
Regular	8.289	18,5
Bom	187	0,4
Ótimo	63	0,1
Total	44.937	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Disponibilidade de equipamentos para a realização de webconferências

Na Tabela 20, observa-se que 52,16% das UBS possuem equipamentos disponíveis para a realização de webconferências, enquanto 47,8% não possuem esse equipamento.

Tabela 20 – Distribuição das UBS quanto aos equipamentos disponíveis para a realização de webconferências. Brasil, 2024.

Equipamentos disponíveis para realização de webconferência	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Não	21.496	47,8
Sim	23.439	52,2
Total	44.935	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Ambientes conectados à internet

Observa-se, na Tabela 21, que 52,35% das UBS se situam nas categorias bom e ótimo, enquanto 25,53% situam-se nas categorias péssimo e ruim.

Tabela 21 – Distribuição das UBS quanto aos ambientes conectados à internet. Brasil, 2024.

Ambientes conectados à internet	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo	3.520	7,8
Ruim	7.953	17,7
Regular	9.941	22,1
Bom	16.922	37,7
Ótimo	6.601	14,7
Total	44.937	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Realização de teleconsultoria e telediagnóstico

Observa-se, na Tabela 22, que 73,33% das UBS não realizam atividade de telessaúde por meio de teleconsultorias e telediagnóstico, 19,64% realizam teleconsultoria ou telediagnóstico e 7,02% realizam de forma periódica as duas modalidades de telessaúde.

Tabela 22 – Distribuição das UBS quanto à realização de teleconsultorias e telediagnóstico. Brasil, 2024

Teleconsultoria e telediagnóstico	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
0 = Nenhum	32.954	73,3
1 = Teleconsultoria ou telediagnóstico	8.827	19,6
2 = Ambos	3.156	7,0
Total	44.937	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Utilização do prontuário eletrônico nas UBS

Observa-se, na Tabela 23, que 87,33% das UBS utilizam prontuário eletrônico e 12,67% não utilizam o prontuário eletrônico.

Tabela 23 – Distribuição das UBS quanto à utilização do prontuário eletrônico. Brasil, 2024

Nesta UBS, utiliza-se prontuário eletrônico?	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Não	5.695	12,7
Sim	39.238	87,3
Total	44.933	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Categorias profissionais que utilizam os prontuários eletrônicos nas UBS

Observa-se, na Tabela 24, que 76,2% das UBS possuem mais de cinco categorias profissionais utilizando o prontuário eletrônico, ao passo que, em 14,7% das UBS, nenhuma categoria ou somente uma categoria utiliza o prontuário eletrônico.

Tabela 24 – Distribuição das UBS quanto à utilização do prontuário eletrônico por categorias profissionais. Brasil, 2024.

Utilização do prontuário eletrônico pelas categorias	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo = 0	5.702	12,7
Ruim = 1 e 2	890	1,9
Regular = 3 e 4	4.118	9,2
Bom = 5 e 6	17.286	38,5
Ótimo = 7	16.941	37,7
Total	44.937	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Compartilhamento do prontuário eletrônico com outros pontos da rede de atenção do SUS

Observa-se que 27,6% das UBS não compartilham o prontuário eletrônico com nenhum ou com apenas um ponto da rede assistencial. Das UBS, 24,8% já possuem o prontuário eletrônico compartilhado com mais de três pontos da rede assistencial do SUS, podendo ser: outras UBS; serviços exames ou laboratoriais; Unidade de Pronto Atendimento (UPA), prontos-socorros e outros serviços de urgência; serviços especializados públicos; serviços

especializados privados; hospitais da rede pública; hospitais da rede contratada ou conveniada; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Tabela 25 – Distribuição das UBS quanto ao compartilhamento do prontuário eletrônico com outros pontos da rede de atenção do SUS. Brasil, 2024

Com quais pontos de atenção o prontuário eletrônico é compartilhado?	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo/Ruim = 0 e 1	12.391	27,6
Regular = 2	21.427	47,7
Bom = 3 a 7	10.493	23,4
Ótimo = maior que 8	626	1,4
Total	44.937	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Agendamento de consultas utilizando TIC

Observa-se que 27.935 das UBS não agendam consultas utilizando recursos de TIC dos tipos ligação telefônica, WhatsApp, aplicativo específico, site ou meu SUS Digital. Somente 1,6 % das UBS utiliza algum desses recursos para o processo de agendamento de consultas.

Tabela 26 – Distribuição das UBS quanto ao agendamento de consultas utilizando TIC. Brasil, 2024

Agendamento de consulta pelo usuário usando TICs	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo	12.553	27,9
Ruim	17.996	40,1
Regular	13.697	30,5
Bom	520	1,2
Ótimo	171	0,4

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Agendamento de consultas odontológicas utilizando TIC. Brasil, 2024

Observa-se, pela Tabela 27, que 86,3% das UBS situam-se entre péssimo e ruim no que se refere à utilização de TIC para o agendamento de consultas odontológicas. Somente 0,6 situa-se entre bom e ótimo.

Tabela 27 – Distribuição das UBS quanto ao agendamento de consultas odontológicas utilizando TIC. Brasil, 2024

Forma de agendamento de consulta odontológica utilizando TICs	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo	21.314	47,4
Ruim	17.479	38,9
Regular	5.880	13,1
Bom	153	0,3
Ótimo	111	0,3

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Estratégias de comunicação com outros pontos da rede de atenção do SUS utilizando recursos de TIC

Observa-se que 47,8% das UBS estão situadas entre péssimo, ruim e regular no que se refere à utilização de recursos de telessaúde; prontuário eletrônico; email e WhatsApp para se relacionar com outros pontos da rede assistencial. Somente 5,4% das UBS foram consideradas ótimas e utilizam esse conjunto de recursos (Tabela 28).

Tabela 28 – Distribuição das UBS quanto às estratégias de comunicação com outros pontos da rede de atenção utilizando TIC. Brasil, 2024.

Estratégia de comunicação com outros pontos da rede	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo/Ruim	7.784	17,3
Regular	13.694	30,5
Bom	21.039	46,8
Ótimo	2.420	5,4
Total	44.937	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Utilização de teleconsulta para discussão de casos com equipes multiprofissionais

Somente 2,3% das UBS utilizam teleconsulta para a discussão de casos envolvendo equipes multiprofissionais (Tabela 29).

Tabela 29 – Utilização de teleconsulta para discussão de casos com equipes multiprofissionais. Brasil, 2024.

Teleconsulta	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Não	43.884	97,7
Sim	1.053	2,3
Total	44.937	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Estratégia de comunicação com os usuários utilizando TIC

Observa-se, na Tabela 30, que somente 0,34% das UBS situa-se entre bom e ótimo no que se refere às estratégias de comunicação utilizando recursos de TIC (WhatsApp, Instagram, Facebook, x, Tik Tok, Telegram, SMS, sites de prefeituras). 18,9% das UBS situam-se na categoria péssimo e 68,35% no nível ruim.

Tabela 30 – Distribuição das UBS quanto às estratégias de comunicação com os usuários utilizando recursos de TIC. Brasil, 2024.

Estratégia de comunicação com os usuários	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo	8.494	18,9
Ruim	30.716	68,4
Regular	5.573	12,4
Bom	137	0,3
Ótimo	17	0,04
Total	44.937	100,00

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Acesso à internet nas UBS

Observa-se, pela Tabela 31, que 5,40% das UBS não possuem acesso à internet, ao passo que 65,15% situam-se no nível bom ou ótimo. Ainda se têm 29,45% das UBS com acesso à internet, mas com problemas quanto à qualidade.

Tabela 31 – Distribuição das UBS quanto ao acesso à internet. Brasil, 2024.

Acesso à internet	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo/Ruim	2.427	5,4
Regular	13.231	29,5
Bom/Ótimo	29.275	65,2
Total	44.933	100,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Tipologia de TIC na APS no Brasil

A partir deste conjunto de variáveis, foi possível classificar as UBS quanto à tipologia de incorporação de TIC na APS. Na Tabela 32, observa-se que 58,56% das UBS encontram-se no nível bom, enquanto 2,74% estão no nível ótimo. Somente 3,44% das UBS situam-se no nível péssimo.

Tabela 32 – Distribuição das UBS quanto à tipologia de incorporação de TIC na APS. Brasil, 2024.

Indicador	Freq. Absoluta (N)	Freq. Relativa (%)
Péssimo	1.545	3,5
Ruim	3.857	8,6
Regular	11.990	26,7
Bom	26.315	58,6
Ótimo	1.230	2,7
Total	44.937	100,00

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Tipologia de Incorporação de TIC na APS no Brasil, por regiões e estados

Observa-se, na Tabela, 33 que os piores percentuais de incorporação de TIC são encontrados na região Norte, onde 33% das UBS estão enquadradas na categoria péssimo ou ruim, seguida da região Nordeste, com 18% das UBS. As UBS da região Sul e Sudeste situam-se entre ótimo (86%) e bom (75%). Quanto aos estados, as UBS do Amapá (AP) (35%), Pará (PA) (17%) e Maranhão (MA) (13%) possuem o maior número de UBS situadas no nível péssimo. Já os estados com o maior número de UBS no nível ótimo são Santa Catarina (SC) (12%) e Paraná (PR) (9%), seguidas de São Paulo (SP), Rondônia (RO) e Rio Grande do Sul (RS), com 5%.

Tabela 33 – Distribuição das UBS segundo tipologia de incorporação de TIC na APS no Brasil. Brasil e grandes regiões, 2024.

Indicador	Péssimo		Ruim		Regular		Bom		Ótimo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Norte	517	13	819	20	1.230	30	1.492	36	38	1	4.096	9
Nordeste	855	5	2.238	13	6.536	37	8.012	45	96	1	17.737	39
Sudeste	105	1	591	4	2.748	21	9.453	71	477	4	13.374	30
Sul	38	1	109	2	744	11	5.158	78	558	8	6.607	15
Centro-Oeste	30	1	100	3	732	23	2.200	70	61	2	3.123	7
AC	15	7	36	16	64	28	111	49	0	0	226	1
AL	33	3	85	9	320	32	558	56	0	0	996	2
AM	40	6	94	14	213	32	306	47	3	0	656	1
AP	69	35	67	34	35	18	28	14	0	0	199	0
BA	204	4	583	13	1.629	36	2.106	46	40	1	4.562	10
CE	54	2	186	8	945	38	1.284	52	11	0	2.480	6
DF	0	0	1	1	58	34	113	66	0	0	172	0
ES	16	2	23	3	164	20	609	74	12	1	824	2
GO	22	2	48	3	359	26	953	68	20	1	1.402	3
MA	298	13	671	30	806	35	496	22	3	0	2.274	5

MG	65	1	298	5	1.273	23	3.812	68	174	3	5.622	13
MS	1	0	22	4	134	22	441	73	8	1	606	1
MT	7	1	29	3	181	19	693	73	33	3	943	2
PA	369	17	585	27	692	32	482	23	13	1	2.141	5
PB	2	0	31	2	549	38	852	59	4	0	1.438	3
PE	55	2	190	7	957	37	1354	53	16	1	2.572	6
PI	108	7	192	13	619	42	541	37	12	1	1.472	3
PR	22	1	55	2	295	12	1.912	76	226	9	2.510	6
RJ	13	1	158	8	527	27	1.194	61	66	3	1.958	4
RN	47	4	142	12	472	38	563	46	8	1	1.232	3
RO	5	2	10	3	85	28	186	62	15	5	301	1
RR	12	9	15	12	26	20	72	56	4	3	129	0
RS	15	1	47	2	328	14	1.852	78	128	5	2.370	5
SC	1	0	7	0	121	7	1.394	81	204	12	1.727	4
SE	54	8	158	22	239	34	258	36	2	0	711	2
SP	11	0	112	2	784	16	3.838	77	225	5	4.970	11
TO	7	2	12	3	115	26	307	69	3	1	444	1
Total	1.545		3.857		11.990		26.315		1.230		44.937	100

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Dimensionamento de tablets e computadores para a APS no Brasil

Esta análise foi realizada considerando a necessidade de número de tablets e computadores nas UBS de saúde a partir do número de eSF/eAP e de ACS.

Observa-se, pela Tabela 34, que ainda existe uma grande necessidade de computadores para a realização das atividades na APS no Brasil. Atualmente, existem 326.901 computadores alocados nas UBS do país. Quando se dimensiona a necessidade de computadores para que as eSF/eAP possam ter seus equipamentos na APS em parâmetros ótimos, observa-se que ainda precisam ser adquiridas 291.562 unidades.

Tabela 34 – Presença e ausência de computadores nas UBS por número de ESF/EAP. Brasil, 2024

Número eSF/eAP	Faltam qtos comp para ótimo?	Quantos comp tem?
eSF/eAPF = 0 ou 1	148.236	138.958
eSF/eAP= 2	87.648	82.076
eSF/eAP = 3	17.023	36.702
eSF/eAP = 4	21.793	27.142
eSF/eAP = 5	5.522	12.599
eSF/eAP = 6	8.676	10.731
eSF/eAP= 7 ou mais	2.664	8.693
Total	291.562	326.901

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Observa-se, pela Tabela 35, que existe necessidade de tablets para apoiar a realização das atividades dos ACS na APS no Brasil. Atualmente, existem 142.555 tablets alocados nas UBS do país. Quando se dimensiona pelo número de ACS, considerando parâmetros ótimos, observa-se que ainda precisam ser adquiridos 149.683 tablets.

Tabela 35 – Distribuição quanto à presença e ausência de tablets nas UBS por número de ACS. Brasil, 2024

Número de ACS	Faltam quantos tablets para ótimo?	Quantos tablets tem?
ACS 0 a 3	36.976	9.175
ACS 4 a 7	40.385	61.743
ACS 8 a 11	30.152	31.769
ACS 12 a 15	14.540	15.935
ACS 16 a 19	9.163	8.408
ACS 20 a 23	5.600	4.085
ACS 24 a 27	4.309	3.402
ACS 28 ou mais	8.558	8.038
Total	149.683	142.555

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

Considerando que os tablets e computadores podem se sobrepôr para a realização das atividades dos ACS, conclui-se que seriam necessários 149.683 tablets e 141.879 computadores para que as atividades da APS possam ser desenvolvidas de forma plena, utilizando tecnologias de informação.

Síntese quanto ao diagnóstico de incorporação de TIC nas UBS no Brasil

Internet nas UBS: verificou-se que 94,6% das UBS possuem acesso à internet: em sua maioria, as UBS possuem acesso adequado à internet para a execução de suas atividades (65,1%).

Todos os consultórios conectados à internet: 77,8%.

Uso do prontuário eletrônico: constatou-se que 87,3% das UBS fazem referência ao uso de prontuário eletrônico.

Uso do prontuário eletrônico para registro de atendimentos: o uso para registro dos atendimentos médicos e das enfermeiras foi de 97,6%, de 82,3% para os cirurgiões dentistas e de 71,0% para os atendimentos dos demais profissionais de nível superior.

Estratégias de comunicação com outros pontos da rede assistencial utilizando TIC; 51,21% das UBS utilizam estratégias de comunicação com outros pontos da rede assistencial utilizando TIC.

Tipologia de incorporação de TIC: 61,3% das UBS estão situadas nos níveis bom e ótimo de incorporação de recursos de TICs.

Desafios

Acesso à internet: ainda 65,1% UBS mencionam internet com qualidade para executar as atividades da APS. As demais apresentam problemas.

Ambientes ainda não conectados à internet: farmácia - somente 33,1% com conexão à internet; sala de vacina - 64,5%; sala de ACS - 37,3% e recepção - 78,2%.

Impressora: 81,87% das UBS possuem impressoras.

Smartphones institucionais: a média nacional é de 0,41.

Equipamentos para realização de webconferências: 47,8% das UBS possuem equipamentos para realização de webconferência.

Recursos de telessaúde na APS: 39% das UBS mencionam a utilização

Equipamentos: as UBS possuem retinógrafo (0,4%), ECG digital (18,6%) e espirômetro (0,6%).

Atividades de telessaúde: 39% das UBS realizam alguma atividade de telessaúde entre teleconsultorias (19%), webconferências formativas (17%) e cursos à distância (17%).

Teleconsultas nas UBS: somente 13% das UBS realizam esta modalidade.

Compartilhamento de prontuário eletrônico: 17,0% das UBS têm seu prontuário eletrônico compartilhado com outro ponto da rede que não UBS.

Oferta de telessaúde por tipo de prestador: 19,7% das ofertas de telessaúde já são oferecidas pelos hospitais Proadi e outras instituições privadas.

Agendamento de consultas nas UBS: o agendamento de consulta na UBS pelo usuário se dá prevalentemente de forma presencial em 93,8% das UBS no Brasil.

Considerações finais

Para o SUS, que é o maior sistema público de saúde no mundo – pela população que atende, por sua extensão territorial, pelo número de cuidados de prevenção e atendimento que oferta, também pela vanguarda científica alcançada em algumas áreas – o desenvolvimento da saúde digital é estratégico.

A criação da Secretaria de informação e saúde digital permite que o planejamento da incorporação de recursos de TIC passe a compor a agenda dos níveis municipal, estadual e federal.

A incorporação de recursos de TIC no Brasil na atenção primária avançou nos últimos anos, constatando-se melhorias no acesso à internet, computadores e tablets instalados, ambientes conectados das UBS e utilização do prontuário eletrônico. Ainda se observam problemas no que se refere à telessaúde, demais processos inovativos e número de equipamentos de TICs, aspectos estes vinculados às mudanças de processos de trabalho, adesão às novas tecnologias e estrutura tecnológica existente. Deve ser ressaltado que estas informações identificadas pelo censo na área de saúde digital já estão sendo utilizadas pelo Ministério da

Saúde em seu processo de planejamento, para que a saúde digital se consolide na área de atenção primária no país.

Apesar dos avanços, ainda há um longo caminho a ser percorrido até que efetivamente a saúde digital passe a integrar de forma definitiva os processos de trabalho da área de saúde.

Referências

Accorsi TAD, et al. Características clínicas e manejo de pacientes avaliados por teleconsulta cardiológica em região brasileira com maior número de cidades isoladas. *Arq Bras Cardiol.* 2023;120(5):e20220467. doi: 10.36660/abc.20220467

Alves MR. O programa Mais Acesso à Saúde Ocular. *Rev Digit Oftalmol.* 2017;3(2):1-2. doi: 10.17545/e-oftalmo.cbo/2017.103

Araújo MS, Albuquerque AC, Felisberto E, Samico I, Rodrigues AS. Avaliação da implantação de um projeto de telerregulação assistencial em uma capital brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2023;39(7):e00009623. doi: 10.1590/0102-311XPT009623

Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, Tomasi E, Thumé E. Evolução da disponibilidade de tecnologias de informação e comunicação na atenção primária à saúde do Brasil, 2012 a 2018. *Rev Bras Epidemiol.* 2024;27:e240021 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rbepid/2024.v27/e240021/pt>

Bender JD, Facchini LA, Lapão LMV, Tomasi E, Thumé E. O uso de tecnologias de informação e comunicação em saúde na atenção primária à saúde no Brasil, de 2014 a 2018. *Ciênc Saúde Colet.* 2024;29:e19882022 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RMGFtwjzx55kFM4fNNZtgCy/?format=pdf&lang=pt>

Brasil. Decreto nº 11.358, de 1º de janeiro de 2023. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão e funções de confiança. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sktes/mnnp-sus/legislacao/decreto-11-358-de-ºjaneiro2023/view>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Imunizações: 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>

Brasil. Oficina preparatória do Censo Nacional sobre Unidades Básicas de Saúde e avaliação da APS. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/setembro/oficina-discute-censo-nacional-das-unidades-basicas-de-saude-e-avaliacao-da-atencao-primaria-a-saude>

Brasil. Portaria GM/MS nº 3.232, de 1º de março de 2024. Institui o programa SUS Digital. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-3.233-de-1-de-marco-de-2024-546282453>

Brasil. Portaria GM/MS nº 3.233, de 1º de março de 2024. Regulamenta a etapa 1: planejamento, referente ao Programa SUS Digital. Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2024/05/PORTARIA-3.233-2024.pdf>

Brasil. Portaria nº 589/GM/MS, de 20 de maio de 2015. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13152.html>

Brasil. Resolução CIT nº 19, de 22 de junho de 2017. Aprova e torna público o documento Estratégia e-Saúde para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/resolucoes-cit/>

Brasil. Secretaria-Executiva. Departamento de Informática do SUS. Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 128 p. ISBN: 978-85-334-2841-6 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_saude_digital_Brasil.pdf

Caetano R, Silva AB, Guedes ACCM, Paiva CCN, Ribeiro GR, Santos DL, et al. Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: reflexão sobre espaços e iniciativas no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(5):e0008920. doi: 10.1590/0102-311X00088920

Campos EB, Ventura F. Centralidade na pessoa para uma saúde digital equitativa. *Cad Saúde Societal*. 2022 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/27695/1/article_92013.pdf

Cardoso RN, Silva RS, Santos DMS. Tecnologias da informação e comunicação: ferramentas essenciais para a atenção primária à saúde. *Braz J Health Rev*. 2021;4(1):2691-706. doi: 10.34119/bjhrv4n1-216

Celuppi IC, et al. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e-SUS APS: em busca de um sistema único de saúde eletrônico. *Rev Saúde Pública*. 2024;58(1):e5770. doi: 10.11606/s1518-8787.2024058005770

Cipriano R, Souza C. Informatização na APS: avanços e desafios no Brasil. *Rev Bras Saúde Digit*. 2020;5(2):34-47.

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Relatório de monitoramento da saúde digital no Brasil – 2024. Brasília: CNS; 2024 [citado em 15 mar. 2025]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br>

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Situação da informatização das UBS no Brasil. Brasília: CONASEMS; 2019 [citado em 14 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br>

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Reuniões da CIT. Brasília: CONASEMS; 2023 [citado em 15 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br>

Corrêa RA, Mancuzo EV, Rezende CF, Ribeiro ALP. Ampliação do acesso dos pacientes à espirometria no Sistema Único de Saúde do Brasil: não mais um sonho, mas uma quase realidade. *J Bras Pneumol*. 2023;49(6):e20230384. doi: 10.36416/1806-3756/e20230384

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, organizadores. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2012-2018. São Leopoldo: Oikos; 2021. 226 p.

Ferreira P, Almeida J. A digitalização da APS e seus impactos na qualidade do atendimento. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(4):e00234520.

Fleury S, Polycarpo C, Menezes P, Fornazin M. El desafío de la descolonización del conocimiento: el diccionario de favelas Marielle Franco. *Salud Colect*. 2022;18:e3850.

Gomes L, et al. Sistemas de informação em imunização: desafios e perspectivas no Brasil. *Rev Saúde Coletiva*. 2021;31(1):101-20.

Guimarães T, et al. A incorporação de tablets na atenção primária à saúde como estratégia para melhorar o registro de informações em tempo real e a continuidade do cuidado. *Rev Bras Inform Saúde*. 2020;2:123-35.

Hohenberger G, Silva SF, Azambuja MS. Implantação e uso do prontuário eletrônico na atenção primária à saúde: panorama do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2022;26(3). doi: 10.22478/ufpb.2317-6032.2022v26n3.61777

Lisboa KO, Hajjar AC, Sarmento IP, Sarmento RP, Gonçalves SHR. A história da telemedicina no Brasil: desafios e vantagens. *Saúde Soc.* 2023;32(1):e210170pt. doi: 10.1590/S0104-12902022210170pt

Maeyama MA, Calvo MCM. A integração do Telessaúde nas centrais de regulação: a teleconsultoria como mediadora entre a atenção básica e a atenção especializada. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(2):63-72.

Martins MMF, Aquino R, Pamponet ML, Pinto Junior EP, Amorim LDAF. Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(1):e00044718.

Martins T, et al. O papel dos agentes comunitários de saúde na era digital. *Saúde Debate.* 2022;46(2):78-92.

Melo L, et al. Barreiras e facilitadores na implementação da telessaúde nos municípios brasileiros. *Ciênc Saúde Colet.* 2021;26(8):3021-36.

Mineto VB, Cichon FR, Ramos VD, Tateishi M, Battistella LR. Boas práticas em saúde digital: a experiência do Instituto de Medicina Física e Reabilitação HCFMUSP na adoção das teleconsultas. *Acta Fisiátr.* 2024;31(2):125-32.

Ministério da Saúde (BR). Manual do sistema com coleta de dados simplificada – CDS (versão 1.3). e-SUS Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf

Ministério da Saúde (BR). Manual e-SUS APS: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Brasília: Ministério da Saúde; 2024 [citado em 15 mar. 2025]. Disponível em: https://saps-ms.github.io/Manual-eSUS_APS/docs/PEC/PEC_07_cds/

Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 1.434, de 28 de maio de 2020. Dispõe sobre a estratégia de saúde digital para o Brasil. *Diário Oficial da União.* Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [citado em 15 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020>

Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Departamento de Cooperação Técnica e Desenvolvimento em Saúde. Manual do Proadi-SUS: manual técnico de orientação para elaboração, análise e prestação de contas dos projetos. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

Ministério da Saúde (BR). Transformação digital na saúde: avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 [citado em 15 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br>

Moraes D, Ribeiro F. TIC na APS: desafios estruturais e perspectivas para o futuro. *Estud Adm Saúde*. 2019;11(3):215-30.

Oliveira R, et al. Gestão de medicamentos na APS: o impacto da informatização. *Rev Bras Farm Hosp*. 2022;43(1):15-28.

Pereira LP, Costa MF, Silva RM. A relação entre tecnologia e os aparelhos nas unidades básicas de saúde: impacto na emissão de documentos administrativos e prontuários impressos. *Rev Gestão Sist Saúde*. 2019;3:45-58.

Piropo TGN, Ramos FS. Impacto do serviço de telediagnóstico nas internações por doenças cardiovasculares: uma abordagem em municípios da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(10):e00088123. doi: 10.1590/0102-311XPT088123

Reis ZSN, Sena MIB, Oliveira JL. Panorama de saúde digital na APS. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2023. 124 p.

Ribeiro Filho JL, Messina LA, Lopes PR. RUTE 100 – As 100 primeiras unidades de Telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). Rio de Janeiro: E-papers; 2014 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/267651743>

Santos AF, Monteiro A, Haddad AE, Silva AB, et al. Incorporação de recursos de telessaúde na atenção primária no Brasil: nota técnica. Rede APS. 2021 [citado em 30 mar. 2022]. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_Telessaude.pdf

Santos AF, Sobrinho DF, Abreu DMX, Lima AMLD, Jorge AO, Machado ATGM. TIC na atenção primária no Brasil: situação atual. *Rev Latinoam Telessaúde*. 2016;3:192-9.

Santos AF, Sobrinho DF, Araujo LHL, Procopio CS, Silva EA, Abreu DMX, et al. Incorporação de tecnologias de informação e comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33:e00172815.

Santos AF. Uma visão do processo de incorporação de tecnologias na rede primária de atenção à saúde no Brasil. *Rev Latinoam Telessaúde*. 2019;6:112-25.

Santos P, et al. Infraestrutura digital na APS: avanços e desafios regionais. *Rev Bras Polít Saúde*. 2023;28(3):e20231234.

Santos RC, Silva LIM, Santos LDPJ, Mélo LMB, Santos L. O uso de tecnologias digitais nas práticas de trabalhadores comunitários de saúde: uma revisão internacional de escopo.

Trab Educ Saúde. 2023;21:e02146220 [citado em 13 mar. 2025]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zPLgc86qj6bLNMd8Vn9Xn6M/>

Sarti TD, Almeida APSC. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(4):PT252221. doi: 10.1590/0102-311XPT252221

Savio RO, Barreto MF, Pedro DR, Costa RG, Rossaneis MA, Silva LG, et al. Uso do WhatsApp® por gestores de serviços de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE001695. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO001695

Silva E, et al. Atenção primária informatizada: impacto na continuidade do cuidado. *J Gestão Saúde*. 2021;22(2):45-63.

Silva EA. A telessaúde e seus impactos na formação continuada dos profissionais de saúde em rede. *EmRede*. 2017;4(1):1-12. doi: 10.53628/emrede.v4i1.151

Silva RM, Sanches P, Oliveira DG, Gozzo TO. Descrição da implantação do serviço de telediagnóstico em eletrocardiograma em Algoíinha-Pernambuco. *Rev Inform Saúde*. 2024;6(Esp):1-9. doi: 10.59681/2175-4411.v16.iEspecial.2024.1299

Silva RS, Schmitz CAA, Harzheim E, Bastos CGM, Oliveira EB, Roman R, et al. O papel da telessaúde na pandemia Covid-19: uma experiência brasileira. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(6):2149-57. doi: 10.1590/1413-81232021266.39662020

Soto-Chávez MJ, Díaz-Brochero C, Gómez-Medina AM, Henao DC, Muñoz OM. Evaluating the quality of Spanish-language YouTube videos about dental implants. *BMC Oral Health*. 2022;22(1):17. doi: 10.1186/s12903-021-02023-y

Tominc GC, Oliveira PC, Ferreira LRP, Canoff JRA, Azevedo SRG. Análise da participação popular e das variáveis que interferem na mesma com relação ao SUS: uma revisão. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2022;26(3):580-6.

Territorialização, promoção da saúde, vigilância em saúde e controle social nas UBS brasileiras

Luiz Augusto Facchini¹, Rosana Aquino¹, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas¹, Maria Helena Magalhães de Mendonça¹, Joyce Regina dos Santos Monteiro da Silva³, Rebeca de Castro, Ana Júlia Tomasini, Maria Aparecida Moreira Martins³, Selma Lina Suzuki Akabane⁵, Selaide Rowe Camargo², Bruna Venturin¹.

¹ Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

² CGMAIA/SAPS/MS

³ CGFAP/SAPS/MS

⁴ CGESCO/DESCO/SAPS/MS

⁵ DEMAS/SEIDIG/MS

Introdução

A territorialização, a promoção da saúde, a vigilância em saúde (VS) e o controle social são componentes fundamentais da organização e do funcionamento da Atenção Primária à Saúde (APS), particularmente em seu modelo prioritário, representado pela Estratégia Saúde da Família, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A **territorialização** consiste na delimitação geográfica e social das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), permitindo a organização do processo de trabalho das equipes de saúde com base no reconhecimento das características epidemiológicas, socioeconômicas e culturais da população. A literatura aponta que a territorialização favorece uma abordagem mais contextualizada dos problemas de saúde e possibilita uma resposta mais adequada às necessidades locais. No entanto, estudos indicam dificuldades na atualização dos mapas territoriais, integração das informações coletadas e utilização efetiva dos dados para a gestão em saúde (MEDINA et al., 2020).

A **promoção da saúde**, conceito central na APS, busca atuar sobre os determinantes sociais da saúde e fortalecer a autonomia das comunidades quanto à construção de hábitos saudáveis (BRASIL, 2018a). A Estratégia de Saúde da Família tem sido apontada como um instrumento eficaz para operacionalizar práticas de promoção da saúde (PRADO, SANTOS, 2018). Entretanto, as ações de promoção ainda são pontuais e frequentemente limitadas por dificuldades estruturais, como a sobrecarga dos profissionais e a ausência de financiamento adequado (BUSS et al., 2020).

A **vigilância em saúde**, por sua vez, desempenha um papel estratégico na APS ao integrar a vigilância epidemiológica, sanitária, ambiental e em saúde do trabalhador. Seu objetivo é monitorar, prevenir e controlar doenças e agravos, subsidiando o planejamento e as ações intersetoriais para a redução de riscos à saúde. Embora evidências demonstrem que a APS é um espaço privilegiado para a atuação da VS, desafios como a fragmentação dos sistemas de informação, a baixa articulação com outros níveis de atenção e a insuficiência de recursos humanos especializados ainda limitam sua efetividade (BRASIL, 2017; CNS, 2018).

O **controle social** no SUS, garantido constitucionalmente e operacionalizado por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, visa garantir a participação popular na formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 1990). A atuação dos conselhos locais nas UBS tem mostrado potencial para fortalecer a gestão democrática da saúde no âmbito da APS. No entanto, a efetivação desse controle enfrenta desafios, como a baixa representatividade da população nos espaços de participação e dificuldades de interlocução entre gestores, trabalhadores e usuários. Também são encontrados problemas referentes à influência político-partidária, ao distanciamento entre representantes e representados, a carências na capacitação dos conselheiros e à deficiência

de infraestrutura dos espaços deliberativos, entre outros. A superação dos obstáculos requer o fortalecimento da democracia nos espaços de representação e a educação permanente dos conselheiros (GOMES, ORFÃO, 2021).

Apesar dos avanços normativos e operacionais nessas áreas, ainda persistem lacunas no conhecimento sobre como esses componentes interagem na rotina das UBS e qual o impacto de sua implementação na resolutividade dos serviços (BRASIL, 1990; BRASIL, 2017; CNS, 2018).

Ao longo de duas décadas, o Ministério da Saúde promoveu a institucionalização da avaliação da APS, por meio de iniciativas abrangentes, como por exemplo, o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família PROESF (FELISBERTO et al., 2010; HARTZ et al., 2008; FACCHINI et al., 2006) e o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (FACCHINI, TOMASI, THUMÉ, 2021; GIOVANELLA et al., 2018; MACINKO et al., 2017). O Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (Censo das UBS) de 2024 do SUS retomou a iniciativa institucional de avaliação, caracterizando de forma abrangente a situação da APS e a efetividade da territorialização, da VS, da promoção da saúde e do controle social na APS brasileira.

Neste capítulo, uma análise dos resultados do Censo das UBS 2024 é apresentada, referente à territorialização, à promoção da saúde, à VS e ao controle social. A análise descritiva das variáveis desse Censo, segundo as grandes regiões e o país como um todo, foi embasada em documentos técnicos e portarias que orientam as ações do SUS. Os achados foram discutidos com base no corpo de literatura científica pertinente, especialmente nos estudos que apresentam resultados provenientes dos dados do PMAQ-AB.

A partir dessa análise, buscamos contribuir para o fortalecimento da APS como coordenadora do cuidado e estruturante do sistema de saúde no país, com o aprimoramento das políticas e práticas voltadas para a garantia do acesso e a implementação de ações de qualidade, integrais e integradas, de base territorial, que respondam às necessidades de saúde da população, valorizando as especificidades locais, a participação e o bem-estar social (REDE APS, 2022).

Métodos

A avaliação institucional da APS brasileira, materializada no Censo Nacional das UBS 2024, foi conduzida a partir de dois enfoques complementares e indissociáveis. O primeiro foi a garantia de um processo que dialogasse com a estrutura federativa brasileira; e o segundo, a definição da imagem objetivo da APS brasileira, entendida como integral, resolutiva, comunitária, territorial e integrada à rede de serviços, como preconizado no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, foi construída uma proposta de instrumento de coleta de dados, elaborada a partir de um conjunto de dimensões consideradas essenciais para a avaliação da APS, reconhecendo a necessidade de um instrumento robusto e abrangente e seguindo os princípios da avaliação de quarta geração em saúde, que enfatizam a participação ativa dos atores envolvidos no processo avaliativo (GUBA & LINCOLN, 1989; FURTADO, 2001).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) e a Rede de Pesquisas em APS (Rede APS) da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), promoveram a articulação com diversos atores estratégicos para aprimorar o instrumento, estabelecendo uma estrutura de governança que garantisse a participação e o compromisso de todos os envolvidos. Dessa forma, somaram-se ao processo de elaboração do instrumento de coleta de dados do Censo representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

A construção coletiva do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS 2024 ocorreu a partir de contribuições em oficinas realizadas com diversos atores e discussões em grupos de trabalho. O questionário foi refinado para abranger múltiplas dimensões de análise, tais como infraestrutura e recursos físicos, força de trabalho, processos de trabalho e gestão, oferta de serviços, tecnologias de informação e comunicação, entre outros.

Finalmente, o instrumento de coleta de dados do Censo foi submetido a um processo de validação que incluiu revisão por especialistas, testes piloto e pactuação tripartite. Acordos foram estabelecidos entre as esferas federal (Ministério da Saúde), estadual (CONASS) e municipal (CONASEMS), assegurando o compromisso conjunto com o Censo e sua institucionalização como prática regular.

A implementação do Censo envolveu o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica no sistema e-Gestor APS, permitindo o preenchimento *online*, com recursos para salvar progressos e garantir a participação de gestores e profissionais das UBS.

O Censo Nacional das UBS foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e lançado em maio de 2024 para adesão dos gestores municipais. A totalidade dos municípios brasileiros manifestou interesse em participar do Censo por meio do sistema e-Gestor APS. Ao aderir ao Censo, cada município teve acesso à lista de seus estabelecimentos de saúde de APS inscritos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), podendo indicar o profissional que responderia ao questionário. O período para preenchimento dos dados do Censo iniciou em 3 de junho e encerrou em 31 de agosto de 2024. O instrumento ficou disponível no e-Gestor para preenchimento durante 75 dias, com exceção do Rio Grande do Sul, que contou com 65 dias adicionais, em virtude da catástrofe climática vivenciada no Estado.

Estratégias de mobilização para responder ao Censo foram realizadas, incluindo campanhas de comunicação e convocação de atores locais, como apoiadores e animadores. Foram disponibilizados canais de suporte, como o Disque Censo e o *web* atendimento, além de materiais didáticos, treinamentos, eventos presenciais e *online* em todos os estados da federação.

Foram incluídos na base do Censo 49.738 estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em abril de 2024. Desse total, 4.026 estabelecimentos foram inativados pelos gestores municipais com a justificativa de que essas UBS não estavam em funcionamento no momento de resposta ao Censo, ou por se tratarem de outro tipo de estabelecimento não referente à APS.

No total, foram analisados 45.712 estabelecimentos de saúde que responderam ao Censo. O banco de dados foi analisado em sua completude e consistência, e foram excluídos desta primeira base de análise os seguintes tipos de estabelecimentos: a) os que informaram, em uma questão aberta, que não eram de APS; b) unidades móveis terrestres ou fluviais; c) estabelecimentos que não possuíam e não recebiam financiamento do Ministério da Saúde para equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e estabelecimentos que possuíam nomes indicativos de outro nível de atenção, como Centro Covid, Casa de Parto, Centro de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Reabilitação. Esse processo levou à exclusão de 774 estabelecimentos da base do Censo.

Dessa forma, foram analisados 44.938 estabelecimentos de saúde de APS, que correspondem ao universo do Censo das UBS 2024. Esse total está distribuído em todas as regiões do país da seguinte forma: Norte = 4.096, Nordeste = 17.737, Sudeste = 13.375, Sul = 6.607 e Centro-Oeste = 3.123.

As quatro dimensões analisadas neste capítulo foram: territorialização e população de referência das equipes de APS; promoção da saúde e ações intersetoriais de saúde; VS; controle social e estratégias de comunicação com os usuários. Variáveis foram construídas a partir das questões do Censo das UBS 2024, para cada uma das dimensões (Quadro 1).

Foi realizada a análise descritiva das variáveis do Censo Nacional das UBS 2024, segundo grandes regiões do país e Brasil. A análise estatística foi realizada utilizando o *software* R®. Foram conduzidas estatísticas descritivas, com os resultados expressos em frequências absolutas (n) e relativas (%), estratificados para o país e regiões geopolíticas. Os gráficos apresentados foram construídos usando o Excel®.

O estudo do Censo das UBS 2024 foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o Parecer nº 6.779.222.

Quadro 1: Elenco das variáveis com as questões correspondentes do Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde 2024, segundo dimensões de análise.

Dimensão	Nome das Variáveis	Questões do Censo
Dimensão 1: Territorialização e população de referência das equipes de APS	Área de abrangência da UBS	122. Nesta UBS, existe definição da área de abrangência?
	População da área de abrangência da UBS	122.1. Se sim, qual é a população da área de abrangência desta UBS?
	População por equipe	Questões 122.1 (População da área de abrangência) e Questão 7 (número de equipes de eSF, eAP e eSFR)
	Critérios de risco e vulnerabilidade para definição do número de pessoas/equipe	123. Nesta UBS, são considerados critérios de vulnerabilidade e risco para a definição do número de pessoas cadastradas por equipe?
	Diagnóstico comunitário	84.1. Diagnóstico do território
	Mapa inteligente do território	84.11. Desenho e alimentação de mapa inteligente do território
	Diagnóstico comunitário com periodicidade anual	124. Nesta UBS, as equipes realizam, anualmente, diagnóstico comunitário da área de abrangência?
	Diagnóstico comunitário orienta o planejamento das ações das equipes	124.1. Se sim, o diagnóstico comunitário da área de abrangência orienta o planejamento das ações das equipes?
	Participação comunitária na discussão do diagnóstico do território	124.2. Se sim, a comunidade participa da discussão do diagnóstico do território?
Dimensão 2: Promoção da saúde e ações intersectoriais de saúde	Ações de promoção da saúde na UBS e nos territórios	79. Nesta UBS, quais ações de promoção da saúde são realizadas?
	Parcerias intersectoriais ou comunitárias para identificar necessidades para prevenção e promoção	82. Nesta UBS, são realizadas parcerias intersectoriais e/ou comunitárias para identificar as necessidades e possibilidades para prevenção e promoção da saúde?
	Ações de promoção vinculadas ao Programa Academia da Saúde	80. Nesta UBS, quais ações vinculadas ao Programa Academia da Saúde são realizadas?
	Ações vinculadas ao Programa Saúde na Escola	81. Nesta UBS, quais ações do Programa Saúde na Escola são realizadas?
	Acompanhamento de condicionalidades do Programa Bolsa Família	83. Nesta UBS, é realizado o acompanhamento das condicionalidades da saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família?
Dimensão 3: Vigilância em saúde	Ações de vigilância em saúde	84. Nesta UBS, quais atividades de vigilância em saúde são desenvolvidas?
	Ações de vigilância alimentar e nutricional	85. Nesta UBS, quais atividades de vigilância alimentar e nutricional são desenvolvidas?
	Ações de vigilância sanitária e ambiental	86. Nesta UBS, quais atividades de vigilância sanitária e ambiental são desenvolvidas?
	Ações de combate ao Aedes aegypti	87. Nesta UBS, quais as atividades de combate ao Aedes aegypti são realizadas?
Dimensão 4: Controle social e estratégias de comunicação com os usuários	Conselho local de saúde	125. Nesta UBS, há conselho local de saúde ativo?
	Comunicação com os usuários	126. Nesta UBS, quais estratégias de comunicação com os usuários são utilizadas?
	Pesquisa de satisfação dos usuários	127. Nesta UBS, são realizadas pesquisas de satisfação dos usuários?

Territorialização e população de referência das equipes de APS

Os princípios da APS, de base territorial e comunitária, são basilares para a organização da atenção integral à saúde da população. A definição da base territorial das UBS e das equipes de saúde, com definição da população adscrita, e o conhecimento da situação de saúde, por meio do mapeamento do território e diagnóstico comunitário com participação popular, são requisitos essenciais para o planejamento local segundo as necessidades de saúde da população.

A análise da situação de saúde da população através do mapeamento da área de abrangência das UBS possibilita a identificação de áreas e grupos de risco e a microlocalização dos problemas de saúde, ferramentas essenciais para o planejamento de ações adequadas à natureza dos problemas, que não se restringem àquelas a serem desenvolvidas na unidade de saúde, abrangendo ações intersetoriais de promoção da saúde, visando a integralidade, efetividade e equidade (TEIXEIRA; PAIM e VILASBÔAS, 1998).

O diagnóstico comunitário e o mapeamento do território devem ser realizados a partir de processos que propiciem a participação da comunidade, fortalecendo o princípio da participação e o controle social contido na Constituição, que norteia as ações da APS e do SUS no Brasil.

Definição de área de abrangência das UBS e população adscrita

A delimitação territorial da área de abrangência das UBS e o dimensionamento da população que vive nesses territórios são fundamentais para orientar o planejamento e a organização das ações de APS. A maioria das UBS (85,3%) possui definição da área de abrangência. A região Norte apresenta o menor percentual (77,0%); para as demais regiões, os percentuais são superiores a 80,0% (Tabela 1).

Tabela 1 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com definição da área de abrangência. Brasil e grandes regiões, 2024.

Definição da área de abrangência	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	3.157	77,1	14.878	83,9	11.840	88,5	5.884	89,1	2.595	83,1	38.354	85,4
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Do total das UBS com delimitação da área de abrangência, 90,1% apresentaram informações sobre a população da área. No Brasil, as UBS são caracterizadas pela grande diversidade quanto ao número de equipes de saúde, o que dificulta a interpretação dos resultados da população adscrita às unidades; por esse motivo, uma variável de população por equipe foi criada.

A média e a mediana de população por equipe no Brasil é de 2.940 pessoas por equipe. Entre as regiões, as médias de população por equipe são menores no Nordeste (n = 2.586) e Norte (n = 2.833), e maiores no Sudeste (n = 3.220), Sul (n = 3.219) e Centro-Oeste (n = 3.112). Entretanto, os valores do percentil 75 indicam que a população por equipe é superior a 3.690 pessoas em 25% das UBS brasileiras, variando entre as regiões de 3.200 (Nordeste) a 4.000 (Sul) (Tabela 2).

Tabela 2 – População de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras por equipe de saúde. Brasil e regiões, 2024.

Região	População da área de abrangência das UBS por equipe de saúde					Número de observações
	Média	Desvio-padrão	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	
Norte	2.833	1.383	1.801	2.596	3.526	2.240
Nordeste	2.586	1.190	1.705	2.351	3.200	11.150
Sudeste	3.220	1.548	2.077	3.017	3.997	9.270
Sul	3.219	1.536	2.090	3.000	4.000	4.488
Centro-Oeste	3.112	1.407	2.001	2.976	3.982	1.980
Brasil	2.940	1.427	1.892	2.714	3.690,5	29.128

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Considerando o porte populacional dos municípios, a média de população por equipe no país varia de 2.323,9 a 3.684,1 nos municípios com menos de 20 mil e mais de 100.000 habitantes, respectivamente. Destaca-se que 25% das UBS apresentam população por equipe superior a 2.872, 3.457, 3.861 e 4.342 pessoas por equipe, respectivamente, nos municípios com menos de 20.000, entre 20.001 a 50.000, entre 50.001 e 100.000 e com mais de 100.000 habitantes (Tabela 3).

Tabela 3 – População de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras por equipe de saúde segundo porte populacional dos municípios. Brasil, 2024.

Porte populacional dos municípios	População da área de abrangência das UBS por equipe					Número de observações
	Média	Desvio-padrão	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	
Até 20.000	2324	986	1566	2150	2872	8991

Acima de 20.000 – até 50.000	2741	1257	1793	2519	3457	7432
Acima de 50.000 – até 100.000	3094	1407	2001	2954	3861	4122
Acima de 100.000	3684	1606	2632	3500	4342	8583
Brasil	2940	1427.7	1892	2714	3690	29128

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2024 e Censo Demográfico, 2022.

Utilização de critérios de vulnerabilidade e risco para definição do número de pessoas cadastradas por equipe

A APS no SUS tem como princípio a organização do cuidado de forma territorializada, garantindo o acompanhamento integral e contínuo da população (MEDINA et al., 2020). Para isso, é essencial definir de maneira adequada o número de pessoas cadastradas por equipe de saúde, levando em consideração não apenas a capacidade operacional, mas também os perfis de risco e a vulnerabilidade da população atendida.

A aplicação de critérios de vulnerabilidade e risco para definir o número de pessoas cadastradas por equipe é adotada por aproximadamente 60,0% das UBS do país. No Nordeste, 63,9% das unidades utilizam essa prática, seguida pelo Norte (61,5%). O Sudeste registra 57,4%, enquanto o Centro-Oeste e o Sul apresentam percentuais próximos, com 56,1% e 55,0%, respectivamente. Esses resultados indicam uma pequena variação na adoção desse critério, com maior adesão nas regiões Nordeste e Norte. Por outro lado, as regiões Sul e Sudeste, que concentram grande parte da população, apresentam os menores percentuais, o que pode impactar a alocação equitativa das equipes de saúde em relação às necessidades da população (Tabela 4).

Diagnóstico comunitário da área de abrangência das UBS

O diagnóstico comunitário é um recurso essencial para o planejamento das ações de saúde na APS, uma vez que fornece informações sobre o perfil demográfico, epidemiológico e social da população da área de abrangência da UBS. O conhecimento da realidade de saúde do território orienta a intervenção dos profissionais sobre os problemas mais prevalentes, os principais riscos ambientais, os usuários com maiores vulnerabilidades (por exemplo, idosos acamados ou com incapacidade funcional) e a necessidade de cuidados paliativos (DUNCAN, SCHMIDT E GIUGLIANI, 2004).

Embora a disponibilidade de diagnóstico do território tenha sido confirmada por 66,4% (n = 29.856) das UBS do país, sua ocorrência é menor nas regiões Norte (59,1%) e Centro-Oeste (61,9%). Além disso, sua referência não ultrapassou 70% das unidades nas regiões Nordeste

(67,7%) e Sudeste (67,8%; Tabela 4). Para universalizar a disponibilidade de diagnóstico comunitário no SUS, será necessário viabilizar a sua realização em cerca de 15.000 UBS do país, com destaque para a atuação dos ACS em articulação com o conjunto da equipe da APS, incentivando a participação popular e o registro de informações fidedignas (REDE APS, 2022).

Já a disponibilidade de mapa inteligente do território foi declarada em 32,2% (n = 14.469) das UBS do país, com pouca variabilidade entre as regiões, permanecendo entre 30,7% no Norte e 33,3% no Sudeste e no Sul (Tabela 4). No 3º ciclo do PMAQ, em 2018, mais de 90% das equipes afirmaram dispor de mapa do território de abrangência (FACCHINI, TOMASI, THUMÉ, 2021); entretanto, o recurso utilizado à época era fundamentalmente em meio impresso, o que dificulta a atualização da informação.

Ao considerar a atualização do diagnóstico comunitário, 48,6% das UBS reportaram a realização anual do diagnóstico da área de abrangência, com o maior percentual observado no Norte (56,3%) e o menor no Sul (40,9%). Esse diagnóstico busca compreender as condições de saúde da população e orientar as ações das equipes (Tabela 4).

Tabela 4 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras que utilizam critérios de risco e vulnerabilidade para definição do número de pessoas por equipe, e realização de diagnóstico comunitário, mapa do território e diagnóstico comunitário com periodicidade anual. Brasil e grandes regiões, 2024.

Variáveis	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Critérios de risco e vulnerabilidade e para a definição do número de pessoas/equipe	2.518	61,5	11.328	63,9	7.676	57,4	3.639	55,1	1.754	56,2	26.915	59,9
Diagnóstico comunitário da área de abrangência	2.422	59,1	12.013	67,7	9.063	67,8	4.426	67,0	1.932	61,9	29.856	66,4
Mapa inteligente do território	1.256	30,7	5.555	31,3	4.460	33,3	2.202	33,3	997	31,9	14.470	32,2
Diagnóstico comunitário com periodicidade anual	2.308	56,4	9.074	51,2	6.396	47,8	2.702	40,9	1.337	42,8	21.817	48,6
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Entre as 21.816 UBS do país que realizam o diagnóstico anual da área de abrangência, 97,1% informaram que esse processo orienta o planejamento de suas ações. Em 48,9% dessas unidades, a participação comunitária na discussão do diagnóstico anual da área de abrangência foi referida, com pequena variação entre as regiões Sul (45,0%) e Nordeste (50,4%; Tabela 5). Esses dados sugerem que a participação da comunidade ainda representa um desafio em todas as regiões, indicando uma oportunidade de fortalecer o engajamento social na gestão e no planejamento das ações de saúde.

Tabela 5 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com diagnóstico comunitário anual que orientam o planejamento das ações das equipes e com participação da comunidade na discussão do diagnóstico do território. Brasil e grandes regiões, 2024.

Variáveis	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico comunitário orienta o planejamento das ações das equipes	2.221	96,3	8.810	97,1	6.247	97,7	2.614	96,7	1.288	96,3	21.180	97,1
Participação comunitária na discussão do diagnóstico do território	1.147	49,7	4.587	50,5	3.089	48,3	1.215	45,0	638	47,4	10.676	48,9
Total de UBS com diagnóstico comunitário anual	2.308	100,0	9.074	100,0	6.396	100,0	2.702	100,0	1.337	100,0	21.817	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Promoção e ações intersetoriais de saúde

Para o Censo das UBS 2024, as ações de promoção da saúde e intersetoriais foram selecionadas em conformidade com as diretrizes e temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018a), relacionadas à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a programas intersetoriais, a exemplo do Programa Saúde na Escola (PSE) e do Programa Bolsa Família (PBF). Na Rede de Atenção à Saúde, a APS certamente ocupa um papel protagonista no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e intersetoriais. Portanto, o trabalho realizado nas UBS é essencial para o desenvolvimento dessas ações, sobretudo as relacionadas à alimentação saudável, segurança alimentar, incentivo à cessação do uso de tabaco, prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas, incentivo à atividade física e práticas corporais e promoção da cultura da paz

em seu território de atuação, em colaboração com outros equipamentos sociais e com a participação ativa da população mobilizada.

Ações de promoção da saúde

No Brasil, das 11 ações elencadas no instrumento de coleta de dados do Censo das UBS 2024, duas delas possuem uma frequência relativa maior do que 75%, a saber: ações de promoção da saúde em escolas, creches e igrejas (78,5%) e educação para promoção da alimentação adequada e saudável (75,9%). Quanto à distribuição da frequência relativa das duas ações assinaladas, o Nordeste apresenta percentuais acima da média nacional (83,2% e 83,6%, respectivamente), ao passo que o Sul possui os menores percentuais (73,2% e 59,6%, respectivamente; Tabela 6).

Apesar do registro da proporção elevada de ações de educação voltadas à promoção da alimentação adequada e saudável (75,9%), apenas 15,4% das UBS do país realizam ações de incentivo à organização de estratégias para segurança alimentar e nutricional no território (feiras, restaurantes populares, bancos de alimentos, cozinhas comunitárias e centrais de abastecimento municipal). Para a região Sul, a proporção de unidades com tais ações é menor do que 10% (Tabela 6).

Tabela 6 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com ações de promoção da saúde. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de promoção da saúde	Número (n) e percentual (%) de UBS					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Educação para promoção da alimentação adequada e saudável	3.099 (75,7)	14.828 (83,6)	10.016 (74,9)	3.939 (59,6)	2.171 (69,5)	34.053 (75,8)
Grupos para cessação do tabagismo	1.208 (29,5)	5.470 (30,8)	6.763 (50,6)	2.648 (40,1)	1.316 (42,1)	17.405 (38,7)
Grupos para prevenção do consumo abusivo de álcool e outras drogas	897 (21,9)	3.637 (20,5)	3.431 (25,7)	892 (13,5)	484 (15,5)	9.341 (20,8)
Oficinas de promoção da cultura da paz e dos direitos humanos	736 (18,0)	2.974 (16,8)	2.784 (20,8)	599 (9,1)	315 (10,1)	7.408 (16,5)
Incentivo à organização de estratégias para segurança alimentar e nutricional no território	701 (17,1)	3.120 (17,6)	2.147 (16,1)	628 (9,5)	314 (10,1)	6.910 (15,4)
Oferta de práticas corporais e atividade física no território	1.577 (38,5)	7.382 (41,6)	7.147 (53,4)	2.550 (38,6)	1.223 (39,2)	19.879 (44,2)
Práticas artísticas e culturais (dança, teatro e outros)	367 (9,0)	1.685 (9,5)	1.486 (11,1)	524 (7,9)	199 (6,4)	4.261 (9,5)
Ações de promoção da saúde em escolas, creches e igrejas	3.133 (76,5)	14.594 (82,3)	10.260 (76,7)	4.838 (73,2)	2.395 (76,7)	35.220 (78,4)

Articulação com movimentos sociais para atividades de promoção da saúde	1.445 (35,3)	6.609 (37,3)	5.105 (38,2)	1.890 (28,6)	972 (31,1)	16.021 (35,7)
Ações de comunicação em saúde por meio de rádios comunitárias	862 (21,0)	3.310 (18,7)	2.091 (15,6)	1.478 (22,4)	649 (20,8)	8.390 (18,7)
Ações de comunicação em saúde por meio de mídias e redes sociais	1.891 (46,2)	8.635 (48,7)	6.152 (46,0)	2.952 (44,7)	1.473 (47,2)	21.103 (47,0)
UBS	4.096 (100,0)	17.373 (100,0)	13.374 (100,0)	6.607 (100,0)	3.123 (100,0)	44.938 (100,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Parcerias intersetoriais ou comunitárias

No país, 84,3% (n = 37.869) das UBS realizam parcerias intersetoriais e/ou comunitárias para definir necessidades e possibilidades para prevenção e promoção da saúde nos territórios. As maiores proporções são observadas nas regiões Nordeste (85,7%) e Sudeste (85,3%), enquanto as menores são encontradas nas regiões Sul (80,1%) e Centro-Oeste (81,5%; Tabela 7).

Tabela 7 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com parcerias intersetoriais e/ou comunitárias para identificar necessidades para prevenção e promoção. Brasil e grandes regiões, 2024.

Parcerias intersetoriais e/ou comunitárias para identificar necessidades quanto à prevenção e promoção	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	3.416 (83,4)	15.199 (85,7)	11.415 (85,3)	5.295 (80,1)	2.544 (81,5)	37.869 (84,3)
UBS	4.096 (100,0)	17.737 (100,0)	13.374 (100,0)	6.607 (100,0)	3.123 (100,0)	44.937 (100,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Ações de promoção vinculadas ao Programa Academia da Saúde

O Programa Academia da Saúde, criado em 2011 pelo governo federal, por meio da implantação de espaços públicos denominados polos, dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados (BRASIL, 2017). Esses espaços são pontos de atenção da rede de APS ao longo do território nacional, onde são ofertadas práticas de atividades físicas.

Na média nacional, nenhuma ação de promoção vinculada a esse programa atinge mais do que 36,7% das UBS. Entre as regiões, 43,2% das unidades do Centro-Oeste realiza ações de educação em saúde. Chama atenção a baixa proporção de construção de projetos terapêuticos no país: somente 7,7%. A participação das UBS no grupo de apoio à gestão do Programa Academia da Saúde é de 7,0% na média nacional, com destaque para a região Sul, com apenas 4,3%. A mobilização da comunidade para participar das ações do Programa está presente em 16,9% das UBS brasileiras, com a região Sul novamente atingindo a menor proporção (11,9%; Tabela 8).

Tabela 8 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com ações de promoção da saúde vinculadas ao Programa Academia da Saúde. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de promoção da saúde vinculadas ao Programa Academia da Saúde	Número (n) e percentual (%) de UBS					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Práticas artísticas e culturais (dança, teatro e outros)	308 (7,5)	1.467 (8,3)	858 (6,4)	257 (3,9)	163 (5,2)	3.053 (6,8)
Práticas corporais e atividades físicas	1.165 (28,4)	5.410 (30,5)	4.162 (31,1)	1.652 (25,0)	1.138 (36,4)	13.527 (30,1)
Construção de projetos terapêuticos	288 (7,0)	1.262 (7,1)	1.247 (9,3)	399 (6,0)	261 (8,4)	3.457 (7,7)
Participação no grupo de apoio à gestão do Programa	338 (8,3)	1.376 (7,8)	889 (6,7)	285 (4,3)	241 (7,7)	3.129 (7,0)
Mobilização da comunidade para participar das ações do Programa	729 (17,8)	3.245 (18,3)	2.269 (17,0)	784 (11,9)	586 (18,8)	7.613 (16,9)
Orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira	972 (23,7)	4.447 (25,1)	3.179 (23,8)	1.191 (18,0)	826 (26,5)	10.615 (23,6)
Práticas integrativas e complementares	473 (11,6)	2.101 (11,9)	2.045 (15,3)	759 (11,5)	439 (14,1)	5.817 (13,0)
Educação em saúde	1.527 (37,3)	7.036 (39,7)	4.649 (34,8)	1.915 (29,0)	1.348 (43,2)	16.475 (36,7)
UBS	4.096 (100,0)	17.373 (100,0)	13.374 (100,0)	6.607 (100,0)	3.123 (100,0)	44.938 (100,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Ações do Programa Saúde na Escola

O PSE foi instituído em 2007 mediante publicação do Decreto Federal nº 6.289 de 06 de dezembro daquele ano. Atualmente, este programa está presente em quase 100% dos municípios brasileiros, representando uma importante política intersetorial que articula profissionais de saúde e educação nos espaços escolares e comunitários. As 15 ações do PSE congregam atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças e agravos prioritários, com o propósito de enfrentar vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dos estudantes brasileiros (BRASIL, 2022). Cabe às UBS o desenvolvimento de tais ações em colaboração com as escolas públicas às quais se vinculam.

Segundo o Censo das UBS 2024, duas ações do PSE estão presentes nas unidades em proporções acima de 80% na média nacional: a verificação da situação vacinal (83,4%) e ações voltadas à saúde bucal (80,9%). Já as ações relativas à saúde auditiva (29,2%), prevenção de doenças negligenciadas (38,9%) e saúde ocular (39,6%) apresentam as menores frequências de realização nas unidades do país. Entre as ações com frequências nacionais em torno de 70%, destacam-se àquelas voltadas para alimentação saudável e prevenção da obesidade (71,7%) e saúde sexual e reprodutiva e prevenção de HIV/IST (71,2%). A promoção da saúde mental (55,0%), de práticas corporais e atividade física (54,4%), prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas (53,7%) e prevenção das violências e dos acidentes (51,7%) atingem cerca de metade das UBS brasileiras. Entre as regiões, valores acima da média nacional foram registrados no Nordeste e abaixo no Sul (Tabela 9).

Tabela 9 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com ações de promoção da saúde vinculadas ao Programa Saúde na Escola. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de promoção da saúde vinculadas ao Programa Saúde na Escola	Número (n) e percentual (%) de UBS					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Saúde ambiental	2.393 (58,4)	9.849 (55,5)	5.854 (43,8)	2.665 (40,3)	1.440 (46,1)	22.201 (49,4)
Promoção de práticas corporais e atividades físicas	2.512 (61,3)	11.176 (63,0)	6.358 (47,5)	2.766 (41,9)	1.648 (52,8)	24.460 (54,4)
Alimentação saudável e prevenção da obesidade	3.032 (74,0)	14.282 (80,5)	8.744 (65,4)	3.966 (60,0)	2.173 (69,6)	32.197 (71,7)
Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos	1.920 (46,9)	8.301 (46,8)	5.384 (40,3)	1.981 (30,0)	1.123 (36,0)	18.709 (41,6)
Promoção da saúde mental	2.616 (63,9)	11.257 (63,5)	6.337 (47,4)	2.963 (44,8)	1.562 (50,0)	24.735 (55,0)
Prevenção de arboviroses	2.541 (62,0)	13.752 (77,5)	8.637 (64,6)	3.096 (46,9)	2.035 (65,2)	30.061 (55,0)
Prevenção das violências e dos acidentes	2.425 (59,2)	10.449 (58,9)	6.338 (47,4)	2.535 (38,4)	1.502 (48,1)	23.249 (51,7)

Prevenção de doenças negligenciadas	1.991 (48,6)	8.138 (45,9)	4.592 (34,3)	1.723 (26,1)	1.040 (33,3)	17.484 (38,9)
Verificação da situação vacinal	3.377 (82,4)	15.774 (88,9)	10.634 (79,5)	5.084 (76,9)	2.597 (83,2)	37.466 (83,4)
Saúde sexual e reprodutiva e prevenção de HIV/IST	3.132 (76,5)	14.117 (79,6)	8.468 (63,3)	4.170 (63,1)	2.123 (68,0)	32.010 (71,2)
Prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas	2.532 (61,8)	10.558 (59,5)	6.424 (48,0)	2.947 (44,6)	1.655 (53,0)	24.116 (53,7)
Saúde bucal	3.214 (78,5)	15.522 (87,5)	10.030 (75,0)	5.061 (76,6)	2.534 (81,1)	36.361 (80,9)
Saúde auditiva	1.459 (35,6)	5.866 (33,1)	3.473 (26,0)	1.520 (23,0)	793 (25,4)	13.111 (29,2)
Saúde ocular	1.672 (40,8)	7.397 (41,7)	5.065 (37,9)	2.469 (37,4)	1.169 (37,4)	17.772 (39,6)
Prevenção à Covid-19	2.690 (65,7)	11.571 (65,2)	6.861 (51,3)	2.886 (43,7)	1.812 (58,0)	25.820 (57,5)
UBS	4.096 (100,0)	17.373 (100,0)	13.374 (100,0)	6.607 (100,0)	3.123 (100,0)	44.938 (100,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do Programa Bolsa Família

O PBF, promulgado em 2004 pela Lei no 10.834/2004, representa um dos pilares de inovação e aperfeiçoamento em termos de políticas públicas inclusivas e de redução da pobreza e da miséria em nosso país.

A ação de acompanhamento das condicionalidades de saúde dos beneficiários do PBF é realizada por 96,6% das UBS brasileiras, com destaque para região Nordeste, na qual 98,0% das unidades acompanham as condicionalidades dos beneficiários do PBF. Já os menores percentuais são observados nas regiões Sul e Norte (94,9; Tabela 10).

Tabela 10 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família. Brasil e grandes regiões, 2024.

Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família	Número (n) e percentual (%) de UBS					
	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Sim	3.888 (94,9)	17.380 (98,0)	12.850 (96,1)	6.269 (94,9)	3.005 (96,2)	43.392 (96,6)
UBS	4.096 (100,0)	17.737 (100,0)	13.374 (100,0)	6.607 (100,0)	3.123 (100,0)	44.938 (100,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Vigilância em saúde

A participação da APS no desenvolvimento de ações de VS está presente no marco legal do SUS, desde a sua origem (BRASIL, 1990). A articulação entre a VS e a Atenção Básica é fundamental para alcançar resultados que respondam às necessidades de saúde da população, promovendo a integralidade do cuidado. Esse processo busca estruturar o trabalho considerando os determinantes, os riscos e os agravos à saúde, adotando uma abordagem intra e intersetorial (BRASIL, 2017; CNS, 2018).

Ações de vigilância em saúde

Ações conjuntas das UBS com os setores de vigilância das Secretarias de Saúde

A integração entre a VS e a APS é um importante vetor para alcançar resultados positivos no campo da integralidade do cuidado, considerando os riscos e danos à saúde, sem desconsiderar as especificidades locais, bem como para desenvolver processos de trabalho que preservem as especificidades dos setores. A PNAB 2017 preconiza a plena integração da VS à APS como estratégia para alcançar a integralidade no SUS. A esta diretriz se somou, em 2018, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), representando um marco no SUS.

Entretanto, em uma perspectiva intra e intersetorial, as ações de VS, incluindo a promoção da saúde, ainda representam um desafio no cotidiano das equipes de APS. A realização de ações educativas conjuntas com os setores de vigilância da Secretaria Municipal de Saúde foi reportada por 71,9% (n = 32.287) das UBS do país. As ações são mais frequentes nas regiões Nordeste (74,3%) e Sudeste (72,8%) e menos na região Centro-Oeste (66,5%), com as regiões Norte (69,8%) e Sul (67,2%) aparecendo em uma posição intermediária para essa variável.

As atividades conjuntas com os setores de vigilância das Secretarias de Saúde para a identificação de áreas e populações em risco foram apontadas por 65,9% (n = 29.633) das UBS brasileiras, sendo mais frequentes nas regiões Nordeste (68,1%) e Sudeste (66,9%) e menos na região Centro-Oeste (60,0%), enquanto as regiões Norte (61,9%) e Sul (63,6%) são caracterizadas por frequências intermediárias (Tabela 11).

Notificação compulsória de doenças e agravos

A notificação compulsória se caracteriza pela comunicação obrigatória às autoridades de saúde por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal (BRASIL, 2024). A Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 1975), tornou obrigatória a comunicação de casos de determinadas doenças transmissíveis às autoridades de saúde. Desde então, a lista de doenças e agravos sujeitos à notificação compulsória tem sido periodicamente atualizada pelo

Ministério da Saúde (Portaria nº 1.271, de 6 de julho de 2014; Portaria GM/MS nº 420, de 2 de março de 2022) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2022a), considerando a relevância epidemiológica e a necessidade de ações imediatas de prevenção e controle.

A notificação compulsória de doenças e agravos é realizada por 91,9% (n = 41.304) das UBS do país, sendo menos frequente na região Norte (85,0%), ao passo que outras regiões apresentam poucas variações, permanecendo entre 91,7% na região Sul e 93,0% na região Sudeste (Tabela 11). A notificação deve ser realizada por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), através da notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam na lista nacional de doenças de notificação compulsória, sendo facultado a estados e municípios incluir outros problemas de saúde importantes em sua região (BRASIL, 2024).

O seu uso sistemático e de forma descentralizada contribui para a democratização da informação, permitindo que todos os profissionais de saúde tenham acesso à informação e as tornem disponíveis para a comunidade. É, portanto, um instrumento relevante para auxiliar no planejamento da saúde e definir prioridades de intervenção, além de permitir que o impacto das intervenções seja avaliado (BRASIL, 2024).

Investigação epidemiológica de casos suspeitos de sífilis

A sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo também transmitida por contato com feridas infecciosas, por transfusão de sangue ou de mãe para filho durante a gestação. Estimativas indicam 6,3 milhões de novos casos de sífilis por ano no mundo, com prevalência global de aproximadamente 0,5%. Por exemplo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 3% das gestantes apresentam infecção por sífilis, desafiando os sistemas de saúde do mundo (ROWLEY, 2016; SAES et al., 2022).

A existência de *Investigação epidemiológica de casos suspeitos de sífilis em gestantes* foi confirmada por 86,8% (n = 39.014) das UBS do país, sendo menos frequente no Norte 78,3%, enquanto as demais regiões apresentam proporções maiores (Nordeste, 89,9%; Sudeste, 87,0%, Centro-Oeste, 85,8%; Sul, 84,0%; Tabela 11). De modo similar, a *Investigação epidemiológica de casos suspeitos de sífilis neonatal* foi informada por 81,2% (n = 36.482) das unidades, sendo menos frequente no Norte (70,7%) e mais frequente no Nordeste (84,4%; Tabela 11).

Quanto à investigação epidemiológica de casos suspeitos de sífilis em usuários, o seu registro foi relatado por 82,5% (n = 37.066) das UBS do país. O Nordeste (85,5%) e o Sudeste (83,3%) apresentam as maiores proporções de registros, enquanto o Norte (73,8%) possui a menor. Já as regiões Centro-Oeste (79,9%) e Sul (79,5%) ocupam posições intermediárias (Tabela 11).

O padrão de investigação de casos suspeitos de sífilis referido pelo conjunto das UBS foi bastante elevado, superando 80% dos serviços de APS do país, tornando sua universalização um esforço factível.

Monitoramento da situação vacinal

O monitoramento da situação vacinal de gestantes, crianças, especialmente os menores de 5 anos de idade, adultos e idosos no território das UBS (bairro, distrito, regional, entre outros), pode ser realizado por meio de visita domiciliares para verificar a situação vacinal do público-alvo, possibilitando identificar áreas onde há concentração de não vacinados. A ação deve ocorrer também durante os contatos dos usuários com as UBS, ampliando o alcance da avaliação do risco de exposição da população às doenças imunopreveníveis e possibilitando a implementação de ações corretivas para elevar as coberturas vacinais nas áreas em pior situação (BRASIL, 2018; WHO, 2022; WHO, 2020; WHO, 2016; WHO, 2024).

O monitoramento da situação vacinal foi informado por 90,5% (n = 40.687) das UBS do SUS. A proporção entre as regiões apresenta baixa variabilidade, sendo menos frequente no Norte (85,4%) e mais frequente no Nordeste (92,9%; Tabela 11). Os valores podem refletir a organização e a capacidade operacional das UBS quanto às ações relacionadas às políticas públicas de imunização, que são fundamentais para a prevenção de doenças transmissíveis e a proteção coletiva.

Investigação de óbitos infantis e maternos

Desde 2014, os óbitos infantis e maternos foram incorporados à lista de agravos de notificação compulsória, com a publicação da Portaria GM no 1.271 (BRASIL, 2014; MELO et al., 2017), representando, também, o esforço em conferir visibilidade a esses eventos. Porém, a Portaria GM no 1.172 (BRASIL, 2004), de 15 de junho de 2004, já preconizava a “vigilância epidemiológica e o monitoramento da mortalidade infantil e materna” como atribuição dos municípios e unidades da federação. Nos municípios, a investigação deve envolver os profissionais da assistência com a participação de profissionais da APS, principalmente na realização de entrevistas domiciliares e levantamento dos dados de prontuários ambulatoriais referentes à assistência em saúde sexual e reprodutiva, de planejamento familiar, pré-natal, puerpério e atenção em saúde das crianças e adolescentes.

A investigação de óbitos infantis foi referida por 79,3% (n = 35.620) das UBS do país, sendo menos frequente nas regiões Centro-Oeste (67,6%) e Norte (69,4%). O contraste positivo mais expressivo é encontrado na região Nordeste (88,7%), enquanto as regiões Sul (73,4%) e Sudeste (75,4%) ocupam posições intermediárias (Tabela 11).

A investigação de óbitos maternos, fundamental para aprimorar a assistência ao pré-natal e reduzir complicações durante a gestação e o parto, foi reportada por 77,9% (n = 35.015) das UBS do país. Esta é menos frequente nas regiões Centro-Oeste (65,9%) e Norte (67,9%), enquanto a região Nordeste (87,4%) possui a maior porcentagem de unidades que realizam a atividade. Assim como para a investigação de óbitos infantis, as regiões Sul (71,6%) e Sudeste (74,4%) também ocupam posições intermediárias para essa variável (Tabela 11).

Tabela 11 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com ações de vigilância em saúde. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de vigilância em saúde	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ações educativas conjuntas com os setores de vigilância das Secretarias de Saúde	2.859	69,8	13.170	74,3	9.741	72,8	4.439	67,2	2.078	66,5	32.287	71,9
Atividades conjuntas com os setores de vigilância das Secretarias de Saúde para a identificação de áreas e populações em risco	2.535	61,9	12.070	68,1	8.951	66,9	4.203	63,6	1.874	60,0	29.633	65,9
Notificação compulsória de doenças e agravos	3.483	85,0	16.450	92,7	12.435	93,0	6.056	91,7	2.880	92,2	41.304	91,9
Investigação epidemiológica de casos suspeitos de sífilis em gestantes	3.205	78,3	15.935	89,9	11.637	87,0	5.557	84,1	2.680	85,8	39.014	86,8

Investigação epidemiológica de casos suspeitos de sífilis neonatal	2.897	70,7	14.962	84,4	10.914	81,6	5.242	79,3	2.467	79,0	36.482	81,2
Investigação epidemiológica de casos suspeitos de sífilis	3.023	73,8	15.159	85,5	11.138	83,3	5.251	79,5	2.495	79,9	37.066	82,5
Monitoramento da situação vacinal	3.499	85,4	16.474	92,9	12.087	90,4	5.839	88,4	2.788	89,3	40.687	90,5
Investigação de óbitos infantis	2.842	69,4	15.739	88,7	10.081	75,4	4.846	73,4	2.112	67,6	35.620	79,3
Investigação de óbitos maternos	2.779	67,9	15.496	87,4	9.955	74,4	4.727	71,6	2.058	65,9	35.015	77,9
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Atividades de Vigilância Alimentar e Nutricional desenvolvidas nas UBS

A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) consiste na descrição contínua e predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população, bem como seus fatores determinantes. Parte importante das ações de VAN devem ser realizadas na APS, incluindo o registro nos sistemas de informação em saúde. Os dados nutricionais registrados no PEC, em especial para quem usa o e-SUS APS, são transferidos diretamente para o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) (BRASIL, 2013; BRASIL, 2022b).

Uso da ficha de acompanhamento nutricional

A ficha de acompanhamento nutricional do SISVAN permite a inserção de dados sobre a avaliação antropométrica de indivíduos cadastrados, a identificação de doenças, deficiências e/ou intercorrências e de marcadores do consumo alimentar, conforme a idade do usuário.

A ficha de acompanhamento nutricional foi referida por 42,4% (n = 19.044) das UBS do país, sendo menos frequente nas regiões Sul (31,8%) e Centro-Oeste (32,7%). Nas regiões Norte, Nordeste e Sudeste, o uso da ficha oscila em torno de 45% das unidades (Tabela 12).

Mapa de acompanhamento nutricional do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

O mapa de acompanhamento nutricional do SISVAN é uma ferramenta que permite a visualização e o monitoramento do estado nutricional da população. É utilizado para registrar e analisar dados coletados sobre a alimentação e a saúde nutricional dos indivíduos, facilitando a identificação de padrões e tendências.

O mapa de acompanhamento nutricional do SISVAN foi referido por apenas 38,6% (n = 17.327) das UBS do país. As regiões Centro-Oeste (28,2%) e Sul (34,0%) apresentam as menores frequências, ao passo que região Sudeste (43,9%) apresenta a maior, e as regiões Nordeste (37,9%) e Norte (39,2%) ocupam posições intermediárias (Tabela 12).

Uso da ficha de marcadores de consumo alimentar (análise do consumo alimentar)

Os marcadores do consumo alimentar são uma ferramenta essencial para auxiliar as equipes de APS na identificação de práticas alimentares, promovendo um diálogo mais amplo sobre uma alimentação saudável e adequada. O objetivo é realizar uma avaliação sintética do consumo alimentar de crianças, adolescentes, gestantes e idosos, no dia anterior à entrevista, com foco nos alimentos e não apenas em nutrientes isolados. A ficha funciona como um instrumento de triagem ou rastreamento, ou seja, um método rápido de avaliação da dieta, desenvolvido para fornecer informações sobre aspectos essenciais da qualidade da alimentação (Pedraza, Santos, 2021).

O uso da ficha de marcadores do consumo alimentar foi confirmado por 49,6% (n = 22.287) das UBS do país. A região Sul (31,3%) é caracterizada pela menor frequência, seguida pela região Centro-Oeste (43,3%), enquanto as regiões Sudeste (51,7%), Nordeste (55,0%) e Norte (53,5%) apresentam as maiores proporções (Tabela 12).

Uso da Triagem do Risco para Insegurança Alimentar

A APS possui um grande potencial para apoiar as políticas de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), por meio de ações de promoção da saúde e de uma alimentação adequada e saudável, especialmente em áreas com elevados índices de vulnerabilidade social e econômica.

Diante do agravamento do cenário de insegurança alimentar e nutricional desde 2018 e principalmente durante a pandemia de Covid-19, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Interministerial MDS/MS nº 25, de 1º de setembro de 2023 (BRASIL, 2023), passou a recomendar a utilização da Triagem do Risco para Insegurança Alimentar (TRIA) como uma das ações do Plano Brasil Sem Fome. Trata-se de uma adaptação de duas questões da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), aplicadas por profissionais da APS durante

consultas individuais, visitas domiciliares e atividades em grupo para identificar domicílios em risco de insegurança alimentar moderada ou grave e articular os esforços intersetoriais para garantir assistência necessária às famílias (Brasil, 2022d).

A TRIA foi referida por apenas 15,8% (n = 7.102) das UBS do país. Observa-se pouca variabilidade regional, sendo a menor registrada para o Sul (11,9%) e a maior para o Norte (19,8%; Tabela 12).

Monitoramento das crianças com desnutrição, sobrepeso e obesidade

A saúde e a nutrição da população passaram por transformações significativas nas últimas quatro décadas, expressando a transição epidemiológica e nutricional em curso no país e no mundo. Essas mudanças acompanharam as alterações nos perfis demográfico e epidemiológico da população, resultando em uma dupla carga da má nutrição no Brasil, com redução da desnutrição e aumento expressivo dos casos de sobrepeso e obesidade. Apesar disso, há uma variabilidade significativa entre as regiões do país e as características socioeconômicas da população (Victora, Rivera, 2014; Malta et al., 2024).

O monitoramento de crianças com desnutrição foi confirmado por 67,2% (n = 30.192) das UBS do país. As ações são mais frequentes na região Nordeste (71,8%) e menos nas regiões Norte (59,7%) e Centro-Oeste (60,2%), enquanto as regiões Sudeste (66,8%) e Sul (63,6%) aparecem em posições intermediárias (Tabela 12). Já o monitoramento de crianças com sobrepeso e obesidade foi registrado por 63,3% (n = 28.528) das unidades. O monitoramento foi reportado em maiores proporções pelas unidades do Nordeste (68,3%) e Sudeste (63,7%) e em menores proporções pelas unidades do Norte (57,1%), Sul (57,8%) e Centro-Oeste (55,8%; Tabela 12).

Tabela 12 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com ações de vigilância alimentar e nutricional. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de vigilância alimentar e nutri- cional	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nor- deste		Sudeste		Sul		Centro- Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uso da ficha de acompa- nhamento nutricional	1.857	45,3	7.927	44,7	6.137	45,9	2.103	31,8	1.020	32,7	19.044	42,4
Mapa de acompa- nhamento nutricional do SISVAN	1.604	39,2	6.724	37,9	5.872	43,9	2.248	34,0	879	28,2	17.327	38,6

Ficha de marcadores de consumo alimentar	2.192	53,5	9.762	55,0	6.915	51,7	2.065	31,3	1.353	43,3	22.287	49,6
Monitoramento das crianças com desnutrição	2.444	59,7	12.728	71,8	8.936	66,8	4.203	63,6	1.881	60,2	30.192	67,2
Monitoramento das crianças com sobrepeso/obesidade	2.338	57,1	12.112	68,3	8.519	63,7	3.816	57,8	1.743	55,8	28.528	63,5
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Atividades de vigilância sanitária e ambiental desenvolvidas nas UBS

A vigilância sanitária e ambiental é responsável pela ação do Estado frente a problemas relacionados à contaminação das águas, sanidade das cidades, circulação de mercadorias e pessoas, segurança da prática de profissionais de saúde e serviços assistenciais. As ações da vigilância sanitária e ambiental buscam eliminar, diminuir, ou prevenir riscos à saúde, bem como intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde, conforme estabelecido pela Lei no 8.080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990; COSTA, ROZENFELD, 2000).

A vigilância sanitária dos serviços de saúde, considerados organizações de grande complexidade, em função da diversidade de suas estruturas e processos de trabalho, inclui a identificação de riscos e danos à saúde dos usuários e dos profissionais de saúde e ao meio ambiente. A Resolução RDC no 63, de 25 de novembro de 2011, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde, orienta a realização dessas ações de vigilância sanitária e ambiental (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011). A APS é responsável por prestar atendimento de saúde integral e de boa qualidade à população; para isso, seus serviços precisam seguir as normas de vigilância sanitária e ambiental.

Nesse contexto, em cada UBS, é necessário o controle de vetores, a limpeza periódica de caixas d'água, o monitoramento das boas práticas em biossegurança e o gerenciamento de resíduos de risco, incluindo medicamentos vencidos, materiais perfurocortantes e destinação do lixo ambulatorial contaminado.

Limpeza periódica de caixa d'água e controle de vetores

A água para consumo humano e de animais precisa estar armazenada em recipientes devidamente higienizados para não gerar riscos à saúde. Caso contrário, pode se tornar um vetor de doenças e comprometer a qualidade de vida da população. A limpeza periódica dos reservatórios de água potável deve ser realizada de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em residências, empresas, indústrias, serviços de saúde, escolas, ou qualquer outro recinto de aglomeração humana. Além de manter a água potável e de qualidade, as caixas d'água e reservatórios devem ser adequadamente fechados para evitar a proliferação de vetores, como é o caso do mosquito *Aedes aegypti*, responsável pela transmissão dos vírus da dengue, chikungunya e zika (Brasil, 2025).

A limpeza periódica de caixa d'água foi referida por 62,1% (n = 27.904) das UBS do país. As regiões Norte (53,3%), Centro-Oeste (55,5%) e Nordeste (58,5%) apresentam as menores frequências, enquanto as regiões Sudeste (65,7%) e Sul (73,2%) possuem as maiores (Tabela 13).

O controle de vetores foi mencionado por 79,2% (n = 35.586) das unidades. A região Norte (70,4%) apresenta a menor frequência em comparação às demais regiões, que variam pouco entre si: 78,6% no Nordeste, 79,2% no Centro-Oeste, 81,3% no Sul e 81,6% no Sudeste (Tabela 13).

Monitoramento das boas práticas em biossegurança conforme normativa técnica

As boas práticas de biossegurança envolvem o conjunto de medidas e procedimentos técnicos necessários para orientar a manipulação de agentes e materiais biológicos, prevenir, reduzir, controlar, ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal, vegetal, o meio ambiente e a qualidade dos trabalhos desenvolvidos. Atenção especial é necessária à proteção dos trabalhadores e profissionais de saúde expostos a riscos biológicos, incluindo a disponibilidade e o uso correto de equipamentos de proteção individual, imunização contra tétano, difteria, hepatite B e outros agentes biológicos relevantes (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011; BRASIL, 2018b).

Em caso de acidente e exposição a agentes biológicos patogênicos, a notificação do evento e o encaminhamento da pessoa para avaliação médica, vigilância e tratamento são obrigatórios. O registro desses episódios e as providências tomadas devem ser mantidos no serviço (BRASIL, 2018b).

O monitoramento das boas práticas em biossegurança, conforme normativa técnica, foi registrado por apenas 58,4% (n = 26.258) das UBS do país. A região Norte (51,5%) apresenta a menor frequência, seguida pelas regiões Nordeste (56,7%) e Centro-Oeste (57,7%). Já o Sul (62,2%) e o Sudeste (61,1%) possuem as maiores proporções (Tabela 13).

Gerenciamento de resíduos de risco da UBS: medicamentos vencidos, perfurocortantes e destino do lixo ambulatorial contaminado

Segundo a Resolução RDC no 63, de 25 de novembro de 2011, todos os serviços de saúde precisam adotar um Plano de Gerenciamento de Resíduos, documento que orienta as ações relativas ao manejo dos resíduos, observadas suas características e riscos, contemplando os aspectos referentes à geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final, juntamente com as ações de proteção à saúde dos usuários e dos profissionais de saúde e ao meio ambiente (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2011).

O gerenciamento de resíduos de risco das UBS (medicamentos vencidos, perfurocortantes e destino do lixo ambulatorial contaminado) foi confirmado por 85% (n= 38.210) das unidades do país. A atividade é mais frequente nas regiões Sul (89,5%) e Sudeste (88,0%) e menos na região Norte (76,5%), enquanto o Nordeste (82,9%) e o Centro-Oeste (86,3%) ocupam posições intermediárias (Tabela 13).

Tabela 13 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com ações de vigilância sanitária e ambiental. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de vigilância sanitária e ambiental	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Controle de vetores	2.885	70,4	13.935	78,6	10.918	81,6	5.374	81,3	2.474	79,2	35.586	79,2
Limpeza periódica de caixa d'água	2.183	53,3	10.368	58,5	8.787	65,7	4.833	73,2	1.733	55,5	27.904	62,1
Monitoramento das boas práticas em biossegurança conforme normativa técnica	2.111	51,5	10.061	56,7	8.175	61,1	4.109	62,2	1.802	57,7	26.258	58,4

Gerenciamento de resíduos (medicamentos vencidos, perfurocortantes e destino do lixo ambulatorial contaminado)	3.122	76,5	14.709	82,9	11.770	88,0	5.915	89,5	2.694	86,3	38.210	85,0
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Atividades de combate ao *Aedes aegypti* realizadas na APS

A integração entre a VS e a APS vem se tornando cada vez mais relevante no cenário epidemiológico atual, no qual a dengue destaca-se como problema prioritário para a formulação de uma resposta coordenada e sistêmica no âmbito do SUS. A dengue tem impacto significativo na carga de doenças, não só no país com também em outras partes do mundo, com graves consequências econômicas e sociais para as populações de áreas endêmicas. Embora a doença afete todas as classes sociais, o seu impacto aumenta em populações mais pobres e vulneráveis, que vivem em áreas com abastecimento de água inadequado, infraestrutura precária e condições mais favoráveis para a multiplicação do seu principal vetor, o *Aedes aegypti* (GARCIA, DUARTE, 2018; WHO, 2024).

Dentre as iniciativas previstas na APS para o enfrentamento do *Aedes aegypti*, destacam-se a localização e a eliminação dos criadouros de mosquitos, juntamente com as atividades de comunicação, mobilização da população e ações educativas sobre a dengue e seu vetor de transmissão.

Ações para a localização e eliminação dos criadouros de mosquitos

A localização e a eliminação dos criadouros de mosquitos no entorno da UBS e em seu território de abrangência implica no conhecimento detalhado da situação em cada domicílio, principalmente das áreas de risco de alagamento, recipientes e reservatórios de armazenamento de água desprotegidos, áreas de acúmulo de lixo e de presença de vetores e zoonoses, com dano potencial à saúde humana e animal no território. Para isso, ações de realização do diagnóstico comunitário e do mapa inteligente do território são fundamentais, uma vez que disponibilizam

informações completas e atualizadas para orientar as ações das equipes de VS e de APS, especialmente com o apoio de ACS e dos Agentes de Combate às Endemias.

As ações para a localização dos criadouros de mosquitos foram referidas por 81,1% (n = 36.450) das UBS do país, com pouca variabilidade regional, sendo menos frequente na região Norte (76,6%) e mais frequente na região Nordeste (82,9%; Tabela 14).

Além de localizar os criadouros, outra ação importante é a sua eliminação. Nesse sentido, a eliminação dos criadouros de mosquitos foi referida por 76,9% (n = 34.553) das UBS do país, sendo menos frequente no Norte (72,9%) e mais frequente no Sul (75,3%), Sudeste (76,7%), Centro-Oeste (78,2%) e Nordeste (78,3%; Tabela 14).

Comunicação, mobilização da população e ações educativas para o enfrentamento do *Aedes aegypti* realizadas na APS

O engajamento da comunidade em ações de comunicação, mobilização e educação em saúde são fundamentais para garantir sua participação ativa no enfrentamento do *Aedes aegypti* e na prevenção da dengue. As estratégias de comunicação e mobilização da população, aliadas a campanhas educativas sobre o controle do mosquito, a eliminação de criadouros, o uso de repelentes e a proteção pessoal contra picadas podem reduzir a ocorrência da dengue e suas consequências, agravamento e mortalidade (DIAS et al., 2022).

As atividades de comunicação, mobilização da população e ações educativas foram informadas por 86,3% (n= 38.788) das unidades do país, apresentando linearidade em termos regionais, com 88% na região Nordeste, seguida pelas regiões Sudeste (87,3%), Centro-Oeste (85,1%), Sul (82%) e Norte (80%; Tabela 14).

Ações conjuntas das UBS com a vigilância municipal e/ou estadual

A realização de ações da APS em conjunto com a VS municipal e/ou estadual está prevista tanto na PNAB (BRASIL, 2017) quanto na PNVS (CNS, 2018).

A realização de ações conjuntas com a vigilância municipal e/ou estadual foi indicada por 79,5% (n= 35.735) das UBS do país, sendo mais frequente no Sudeste (83,3%), Sul (82,1%) e Centro-Oeste (80,0%), e menos no Norte (68,8%) e Nordeste (78,1%; Tabela 14).

Tabela 14 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com atividades de combate ao *Aedes aegypti*. Brasil e grandes regiões, 2024.

Atividades de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Localização dos criadouros de mosquitos	3.138	76,6	14.705	82,9	10.830	81,0	5.233	79,2	2.544	81,5	36.450	81,1

Censo Nacional das UBS 2024

Eliminação dos criadouros de mosquitos	2.987	72,9	13.889	78,3	10.260	76,7	4.976	75,3	2.441	78,2	34.553	76,9
Comunicação e mobilização da população e ações educativas	3.277	80,0	15.715	88,6	11.672	87,3	5.468	82,8	2.656	85,1	38.788	86,3
Ações conjuntas com a vigilância municipal e/ou estadual	2.819	68,8	13.848	78,1	11.145	83,3	5.426	82,1	2.497	80,0	35.735	79,5
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Controle social e estratégias de comunicação com os usuários

Conselho local de saúde

No Brasil, grande parte das UBS (63,7%) não possui conselho local de saúde ativo, sendo essa proporção similar entre as regiões Norte e Nordeste (63,1%), Centro-Oeste (61,0%) e Sul (60,1%), e mais baixa na região Sudeste (58,5%; Tabela 15).

O controle social da sociedade sobre a política, instituído pelas normas legais do SUS, possui a mesma origem da Reforma Sanitária, permitindo que a comunidade se torne protagonista das políticas públicas, através do processo de regulamentação e da forma de operação em nível local, favorecendo a expressão das necessidades sociais e de saúde. O modelo assistencial da Estratégia de Saúde da Família, implementado a partir de 1998, é pautado pela ação no território, aproximando os setores que expõem suas necessidades e os responsáveis pelo seu atendimento no âmbito da assistência, auxiliando o cuidado e a estreita cooperação com a população. A obrigatoriedade dessa institucionalidade ou sua pouca percepção no território indica a necessidade de reforçar o papel do conselho local na incorporação em planos de metas e responsabilidades das necessidades e das condições de vida da população nas áreas de abrangência.

Tabela 15 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com Conselho Local de Saúde ativo. Brasil e grandes regiões, 2024.

Conselho Local de Saúde ativo	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1.510	36,9	5.382	30,3	5.555	41,5	2.634	39,9	1.218	39,9	16.299	36,27
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Estratégias de comunicação

A comunicação entre as UBS e os usuários do SUS desempenha um papel essencial na efetivação da humanização e do cuidado em saúde, garantindo o acesso à informação, a continuidade do acompanhamento e a adesão às ações e serviços oferecidos pela APS (CRUZ & BOURGET, 2010; FROTA et al., 2022). Estratégias eficientes de comunicação são fundamentais para fortalecer o vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade, promovendo maior engajamento dos cidadãos quanto ao cuidado com a própria saúde e à utilização adequada dos serviços disponíveis (CRUZ & BOURGET, 2010).

A comunicação na APS esteve fortemente baseada em interações presenciais, como atendimentos nas UBS, visitas domiciliares das eSF e reuniões comunitárias (CRUZ & BOURGET, 2010; BORGES & D'OLIVEIRA, 2011). No entanto, desafios como as dificuldades de acesso físico às unidades e as limitações de infraestrutura das UBS, como a baixa cobertura de internet em algumas regiões, além de barreiras sanitárias, culturais e educacionais, tornaram evidente a necessidade de diversificar os canais de comunicação para alcançar, de forma mais efetiva, diferentes perfis de usuários (FREITAS et al., 2021; GUIMARÃES et al., 2020; FACCHINI, TOMASI, DILÉLIO, 2018; TASCA et al., 2020). A partir da pandemia de Covid-19, a diversificação das estratégias de comunicação foi ainda mais evidente (FROTA et al., 2022; GUIMARÃES et al., 2020).

Com os avanços tecnológicos e a crescente digitalização dos serviços públicos, diversas iniciativas vêm sendo incorporadas para modernizar a comunicação entre as UBS e os usuários do SUS. Estratégias como o uso de aplicativos móveis, redes sociais, mensagens de texto (SMS e *WhatsApp*), prontuários eletrônicos e plataformas digitais têm sido implementadas para ampliar a disseminação de informações, lembretes de consultas e campanhas de prevenção (FREITAS et al., 2021). Além disso, a utilização de rádios comunitárias, cartazes informativos e reuniões presenciais ainda desempenha um papel crucial, especialmente em áreas com menor acesso à tecnologia.

A PNAB, instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, já destacava a importância de estratégias de comunicação eficazes para garantir o acesso da população aos serviços de saúde. Atualmente, o novo modelo de cofinanciamento da APS, regulamentado

pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, reforça essa necessidade, ao incluir a satisfação dos usuários como um dos componentes do financiamento, o que estimula a melhoria contínua na relação entre as UBS e a população atendida (BRASIL, 2024).

No país, 2,6% das UBS relataram não utilizar nenhuma estratégia de comunicação com os usuários, com a maior proporção registrada no Norte (5,4%) e a menor no Sul (0,9%). Entre as estratégias mais adotadas, o *WhatsApp* é o meio mais utilizado nacionalmente (78,5%), com o maior percentual encontrado no Sul (83,3%) e o menor no Norte (76,6%). A ligação telefônica é a segunda estratégia de comunicação mais utilizada no país (73,6%), sendo mais comum no Sul (88,1%) e menos no Norte (57,1%). Já os sites das prefeituras (48,2%) e a comunicação impressa como cartazes (44,2%) também se destacam, com maior adesão no Sul (62,1% e 56,5%, respectivamente) e menor no Norte (31,3% e 32,2%, respectivamente; Tabela 16).

Por outro lado, redes sociais como *Instagram* (26,7%) e *Facebook* (14,2%) apresentam variações regionais, com maior uso do *Facebook* no Sul (25,1%) e do *Instagram* no Nordeste (31,6%). Meios tradicionais como rádio comunitária (11,1%) são mais utilizados no Sul (18,9%) e menos no Sudeste (7,0%). Quanto aos canais institucionais, a Ouvidoria do SUS é utilizada por 38,0% das UBS do país, com maior utilização no Sul e Sudeste (53,8% e 48,2%, respectivamente) e menor no Norte (24,3%). Já as ouvidorias próprias são mais comuns no Sul (36,8%) e menos no Norte (10,2%; Tabela 16).

Tabela 16 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras que utilizam de estratégias de comunicação com os usuários. Brasil e grandes regiões, 2024.

Estratégias de comunicação com os usuários das UBS	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ligação telefônica	2.338	57,1	10.659	60,1	11.771	88,0	5.818	88,1	2.507	80,3	33.093	73,6
Rádio comunitária	495	12,1	1.907	10,8	931	7,0	1.246	18,9	398	12,7	4.977	11,1
WhatsApp	3.137	76,6	13.684	77,2	10.509	78,6	5.505	83,3	2.431	77,8	35.266	78,5
Instagram	693	16,9	5.606	31,6	3.204	24,0	1.661	25,1	817	26,2	11.981	26,7
Facebook	413	10,1	1.470	8,3	2.422	18,1	1.659	25,1	404	12,9	6.368	14,2
Twitter/ X	12	0,3	20	0,1	157	1,2	12	0,2	13	0,4	214	0,5
TikTok	15	0,4	31	0,2	20	0,2	11	0,2	9	0,3	86	0,2
Telegram	11	0,3	61	0,3	35	0,3	15	0,2	10	0,3	132	0,3
Mensagens por SMS	516	12,6	1.184	6,7	2.210	16,5	1.011	15,3	421	13,5	5.342	11,9

Sites da prefei- tura	1.283	31,3	7.024	39,6	7.826	58,5	4.102	62,1	1.405	45,0	21.640	48,2
Comuni- cação impressa, cartazes	1.319	32,2	6.030	34,0	7.467	55,8	3.732	56,5	1.294	41,4	19.842	44,2
Caixa de sugestões, críticas e elogios	801	19,6	4.185	23,6	4.925	36,8	2.004	30,3	882	28,2	12.797	28,5
Ouvidoria do SUS	996	24,3	4.703	26,5	6.441	48,2	3.555	53,8	1.393	44,6	17.088	38,0
Ouvidoria própria	418	10,2	2.847	16,1	4.158	31,1	2.431	36,8	644	20,6	10.498	23,4
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Pesquisa de satisfação

A pesquisa de satisfação dos usuários na APS é uma ferramenta fundamental para medir a percepção da população sobre o acesso e utilização, identificando pontos fortes e desafios enfrentados pelos serviços (ARRUDA, BOSI, 2017).

A temática de avaliação da satisfação dos usuários no SUS difundiu-se em meados de 1990, a partir do fortalecimento do controle social do SUS e da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ARRUDA, BOSI, 2017). Posteriormente, ganhou relevância com a implementação de políticas públicas voltadas à humanização e qualificação do atendimento, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Estratégia de Saúde da Família (FALK, RAMOS, SALGUEIRO, 2009; ROSA, PELEGRINI, LIMA, 2011). O PMAQ-AB, implementado entre 2011 e 2019, também incorporava a satisfação dos usuários como um dos eixos avaliativos, buscando incentivar a melhoria contínua dos serviços (SAES, FACCHINI, TOMASI, 2019). Com a recente adoção da nova metodologia de cofinanciamento federal (Brasil, 2024), a satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas passou a ser uma das dimensões que integram a constituição do componente de vínculo e acompanhamento territorial. Isso reforça a importância de escutar os usuários e utilizar esses dados como parte do planejamento estratégico dos serviços de saúde.

No Brasil, 36,5% das UBS realizam pesquisas de satisfação com os usuários. O maior percentual relatado foi para a região Sudeste (43,9%) e o menor para o Nordeste (32,0%). As demais regiões, Centro-Oeste (36,5%) e Sul (34,8%; Tabela 17), apresentam percentuais próximos à média nacional.

Tabela 17 – Número e percentual de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com realização de pesquisa de satisfação dos usuários. Brasil e grandes regiões, 2024.

Pesquisa de satisfação dos usuários	Número (n) e percentual (%) de UBS											
	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sim	1.397	34,1	5.681	32,0	5.872	43,9	2.299	34,8	1.141	36,5	16.390	36,5
UBS	4.096	100,0	17.737	100,0	13.374	100,0	6.607	100,0	3.123	100,0	44.938	100,0

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Junho a setembro de 2024.

Esforços para universalizar as ações de APS no Brasil

A síntese dos resultados das quatro dimensões analisadas neste capítulo apresenta o número de UBS em que foi relatada a não realização de cada uma das ações, de forma a ressaltar as potencialidades e desafios da APS brasileira (Figura 1). Para as dimensões de promoção da saúde e vigilância, o número de UBS também foi detalhado para as questões específicas de cada variável analisada (Figuras 2–7).

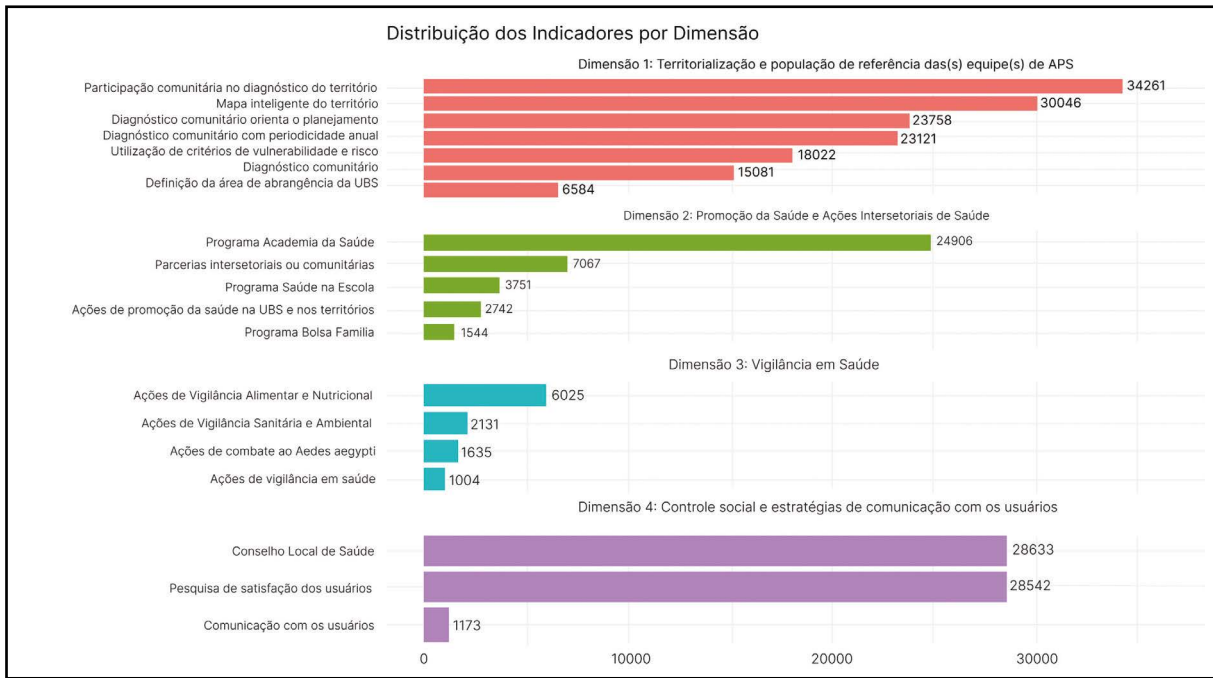


Figura 1. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de territorialização, promoção da saúde, vigilância e controle social, segundo dimensões. Brasil, 2024.

As dimensões de territorialização e controle social apresentam um número expressivo de UBS em que foi referida a não realização das ações analisadas, basilares na organização da APS de base territorial e comunitária.

A definição da área de abrangência foi reportada pela maioria das UBS brasileiras; entretanto, a realização do diagnóstico comunitário precisa ser ampliada para 15.081

unidades. Os maiores desafios se delineiam quando são detalhadas as estratégias de realização e utilização dessa ferramenta. Em 34.000 UBS, não há participação comunitária na sua realização; em 30.000 unidades, não são utilizados mapas inteligentes do território; finalmente, em mais de 23.000 UBS, não há uma atualização anual do diagnóstico e tampouco seu uso para orientar o planejamento local (Figura 1).

Quanto à dimensão de controle social, 28.000 UBS carecem de um Conselho Local de Saúde ativo e não realizam pesquisas de satisfação dos usuários (Figura 1). Esses resultados, alinhados com a incipiente participação comunitária no diagnóstico do território de abrangência das UBS, demonstram a necessidade de estratégias de fortalecimento da participação comunitária na gestão local dos serviços de APS, com fortalecimento dos vínculos entre as equipes de APS e comunidade.

Na dimensão de promoção da saúde e ações intersetoriais, as ações foram selecionadas em conformidade com as diretrizes e temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2018).

Apenas 1.544 UBS não reportaram o acompanhamento das condicionalidades do PBF (Figura 1), o que demonstra a consolidação da articulação intersetorial da APS com o maior programa social de combate à pobreza. As parcerias intersetoriais e comunitárias de identificação de necessidades para prevenção e promoção da saúde não são realizadas em apenas 7.000 unidades do país, sugerindo a possibilidade de fortalecer tais iniciativas na totalidade da rede básica mediante uma ação coordenada nos municípios, envolvendo setores de assistência social, educação, ambiente e cultura, dentre outros fatores relevantes.

Os números de UBS que não realizam ações de promoção da saúde no território ($n = 2.742$) e ações vinculadas ao PSE ($n = 3.751$) parecem indicar uma maior consolidação dessas ações na APS. Em contraste, observa-se que as ações vinculadas ao Programa Academia da Saúde não são realizadas em quase 25.000 das unidades (Figura 1). Entretanto, esses dados devem ser analisados considerando o elenco de ações realizadas (Figuras 2–4) e, especialmente no caso do Programa Academia da Saúde, à luz da baixa implantação desse programa nos municípios brasileiros.

Para garantir a universalização do total de 11 ações elencadas de promoção da saúde em toda a rede básica, cinco ações precisam ser implementadas em mais de 35.000 UBS (práticas artísticas e culturais; incentivo à organização de estratégias para segurança alimentar e nutricional; oficinas de promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; ações de comunicação em saúde por meio de rádios comunitárias; grupos para prevenção do consumo abusivo de álcool e outras drogas), quatro em mais de 23.000 unidades (articulação com movimentos sociais para atividades de promoção da saúde; grupos para cessação do tabagismo; oferta de práticas corporais e atividade física no território; ações de comunicação em saúde por meio de mídias e redes sociais), e duas em cerca de 10.000 unidades (ações de promoção, da saúde em escolas, creches e igrejas e educação para promoção da alimentação adequada e saudável) (Figura 2).



Figura 2. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de promoção da saúde. Brasil, 2024.

Grandes esforços serão exigidos para universalização das ações vinculadas ao Programa Academia da Saúde na APS, que não são realizadas em mais da metade das UBS brasileiras e as quais dependem, fundamentalmente, da implantação do programa nos municípios brasileiros. Três das ações elencadas precisam ser implementadas na quase totalidade das UBS (práticas artísticas e culturais; participação no grupo de apoio à gestão do Programa; construção de projetos terapêuticos) e quatro em mais de 28.000 das unidades (práticas integrativas e complementares; mobilização da comunidade para participar das ações do Programa; orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira e práticas corporais e atividade física; e ações de educação em saúde) (Figura 3).

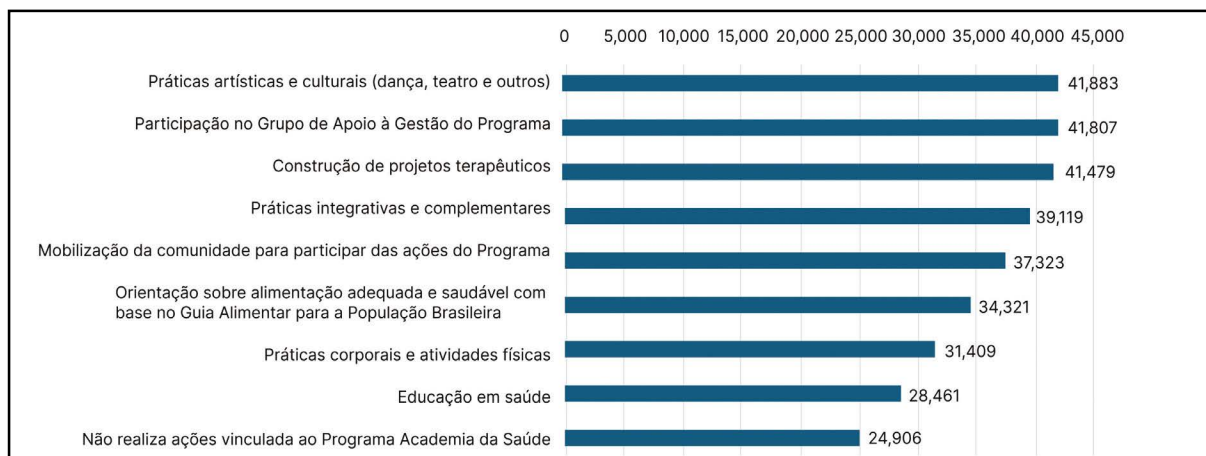


Figura 3. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de promoção da saúde vinculadas ao Programa Academia da Saúde. Brasil, 2024.

Embora apenas 3.751 UBS tenham reportado a não realização de ações do PSE, do total de 15 ações elencadas, nove não são realizadas em mais de 20.000 unidades (saúde auditiva; prevenção de doenças negligenciadas; saúde ocular; promoção da cultura da paz e direitos

humanos; saúde ambiental; prevenção das violências e dos acidentes; prevenção do uso de álcool e outras drogas; promoção de práticas corporais e atividade física), três em mais de 12.000 UBS (promoção da saúde mental; prevenção à Covid-19; prevenção de arboviroses; saúde sexual e reprodutiva e prevenção de HIV/IST; alimentação saudável e prevenção de obesidade) e apenas duas não são realizadas em menos de 9.000 unidades (verificação da situação vacinal e saúde bucal) (Figura 4).

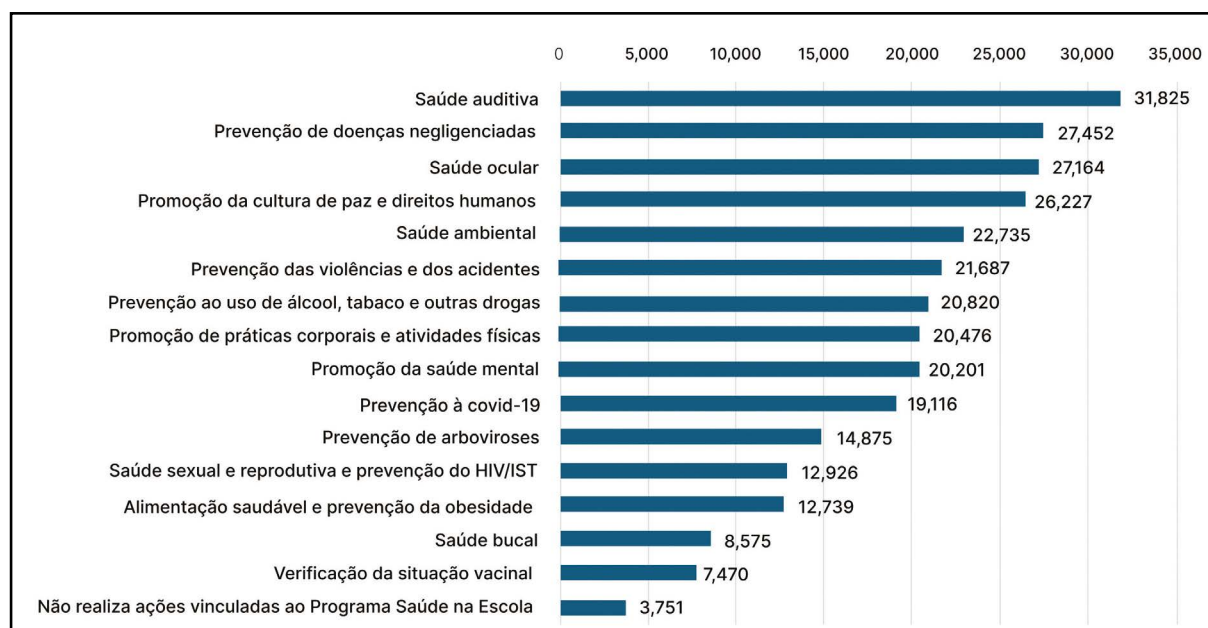


Figura 4. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de promoção da saúde vinculadas ao Programa Saúde na Escola. Brasil, 2024

Na dimensão da VS, os números de UBS em que não é realizada nenhuma ação de VS ($n = 1.004$), de vigilância sanitária e ambiental (2.131 UBS)

, de combate ao *Aedes aegypti* ($n = 1.635$) e de VAN ($n = 6.025$) parecem indicar avanços na universalização destas ações no âmbito da APS (Figura 1). Entretanto, como na dimensão anterior, o detalhamento do elenco de ações evidencia diversas fragilidades e permite a identificação dos maiores desafios para a plena efetivação dessas ações (Figuras 5–7).

Para universalizar as ações conjuntas e educativas entre APS e setores da VS, é preciso ampliá-las para mais 15.000 e 12.000 UBS, respectivamente. Ações de vigilância bem normatizadas não são realizadas por um número menor de unidades, sendo factível alcançar a universalização das ações de investigação de óbitos maternos e infantis ($n > 9.000$), investigação de casos suspeitos de sífilis neonatal ($n = 8.454$), sífilis ($n = 7.870$) e sífilis em gestantes ($n = 5922$), monitoramento da situação vacinal ($n = 4.249$) e notificação compulsória de doenças e agravos ($n = 3.632$; Figura 5).

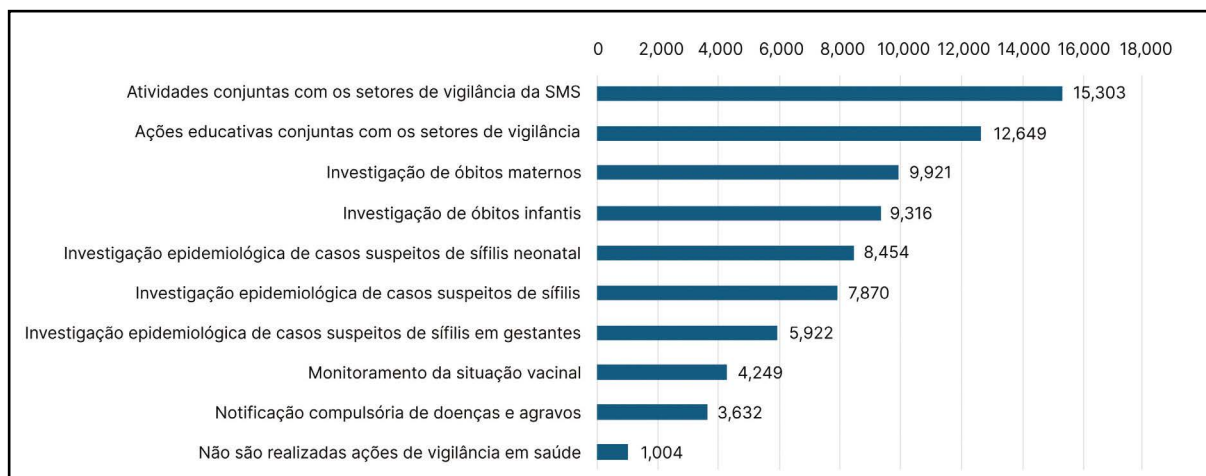


Figura 5. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de vigilância em saúde. Brasil, 2024.

A ampliação das ações de vigilância sanitária e ambiental no âmbito da APS, no contexto nacional, necessita do fortalecimento da articulação setorial, melhoria da infraestrutura das UBS e educação permanente dos trabalhadores de saúde. O monitoramento das boas práticas em biossegurança na rede básica, fundamental para saúde dos trabalhadores e da população, precisa ser implementado em cerca de 19.000 unidades. De acordo com o artigo 39 da Resolução RDC no 63, o serviço de saúde deve garantir a qualidade da água necessária ao funcionamento de suas unidades (BRASIL, 2011). No caso da rede básica do SUS, será necessário implementar a limpeza dos reservatórios de água a cada seis meses em mais de 17.000 UBS, o que requer um esforço combinado entre a VS e a APS em todas as unidades. Para universalizar o gerenciamento de resíduos de risco (medicamentos vencidos, perfurocortantes e destino do lixo ambulatorial contaminado), será necessário garantir sua implementação em cerca de 7.000 UBS do país, uma meta factível e fundamental para garantir qualidade na atenção e segurança de usuários e profissionais de saúde e na proteção ambiental.

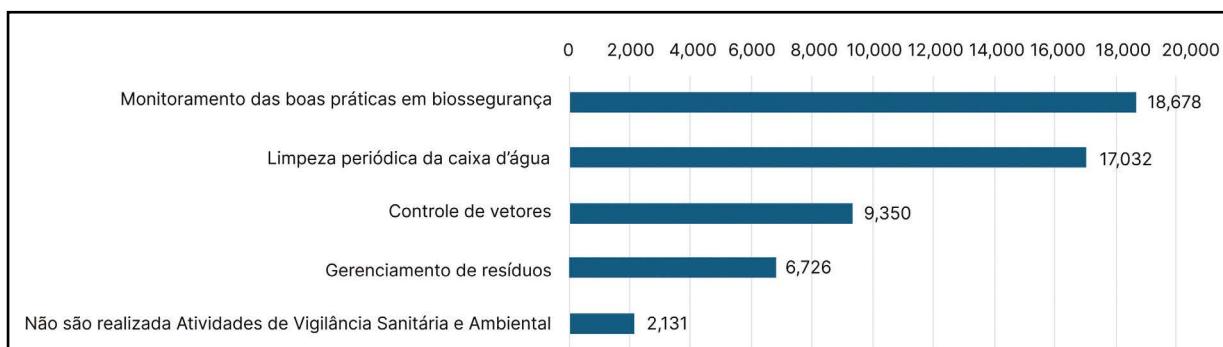


Figura 6. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de Vigilância Sanitária e Ambiental. Brasil, 2024.

Embora o número de UBS em que não são realizadas ações de combate ao *Aedes aegypti* seja relativamente baixo, a gravidade da epidemia de dengue em curso no país exige estratégias para a pronta universalização dessas ações na APS. É necessário ampliar as ações de localização e eliminação de criadouros para cerca de 8.000 e 10.000 unidades, respectivamente, além de implementar ações conjuntas com setores da vigilância municipal e estadual para cerca de 9.000 UBS e ações de comunicação, educativas e de mobilização da população para cerca de 6.000 unidades (Figura 7). A universalização dessas ações em toda a rede de saúde é uma tarefa factível, especialmente pelo fortalecimento do trabalho dos ACS, da infraestrutura das UBS e das TICS. Nesta perspectiva, recomenda-se o envolvimento da gestão municipal para incentivar as atividades de integração da VS com a APS, mobilizando recursos e insumos essenciais para as atividades de promoção de práticas saudáveis e mudanças comportamentais na comunidade, visando reduzir o risco de infestação do mosquito e a transmissão da dengue.

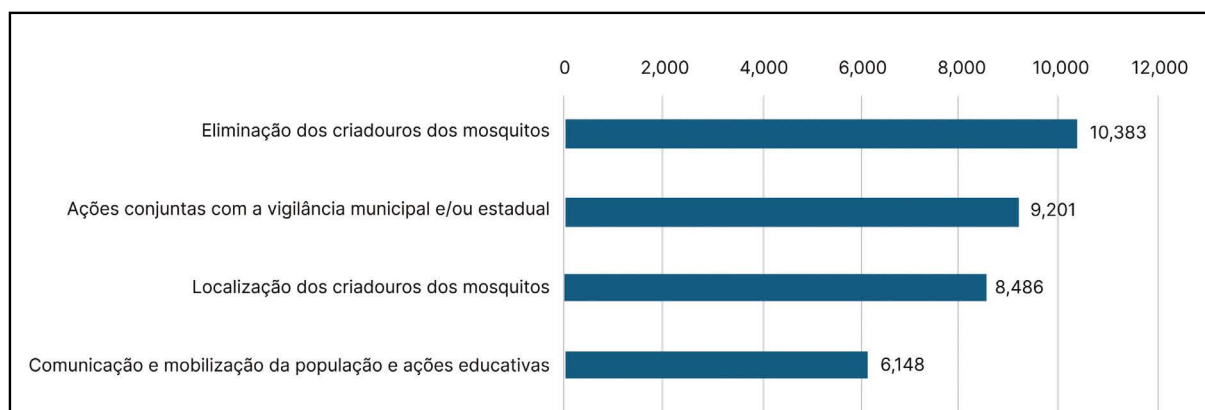


Figura 7. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de combate ao *Aedes aegypti*. Brasil, 2024.

Em relação às ações de VAN, observa-se um grande contraste entre o baixo número de UBS que referiram não realizar tais ações ($n = 6.025$) e o alto número que não realiza o elenco recomendado. Esses resultados indicam a necessidade de implementar e qualificar essas ações na APS, através da educação permanente das equipes de saúde e disponibilização de equipamentos, manuais, guias e materiais de apoio para o diagnóstico e acompanhamento nutricional, recursos de TICS e acesso à internet, sobretudo nas localidades mais remotas (Figuras 1 e 6).

O esforço para universalizar o uso da TRIA na rede básica é de grande magnitude, já que essa precisará ser implementada em quase 40.000 UBS. Além da disponibilidade do instrumento, é necessário capacitar as equipes, em especial os ACS, para a realização da TRIA nos domicílios, o registro das informações no PEC e, assim, no SISVAN. A ficha e o mapa de acompanhamento nutricional do SISVAN ainda não são utilizados em mais de

25.000 e 27.000 unidades, respectivamente. Para a sua ampliação, é preciso assegurar a disponibilidade em toda a rede básica de equipamentos de antropometria (balanças pediátricas e de adultos, antropômetros, estadiômetros e fitas antropométricas) e materiais de apoio para o diagnóstico e acompanhamento nutricional. Apesar da relevância dos marcadores de consumo alimentar para acompanhar o padrão nutricional e orientar o cuidado de usuários da APS, a sua utilização ainda precisa ser implementada em cerca de 22.000 UBS do país. Para qualificar o monitoramento nutricional de crianças na APS, além de implementar as ações em cerca de 15.000 unidades que confirmaram não o realizar, será necessária a medição regular do comprimento ou da altura das crianças em toda a rede básica. O peso, embora seja uma medida essencial no monitoramento, não deve ser o único indicador para acompanhar o estado nutricional de crianças e demais populações, tampouco para avaliar o impacto de intervenções (Victora, Rivera, 2014).

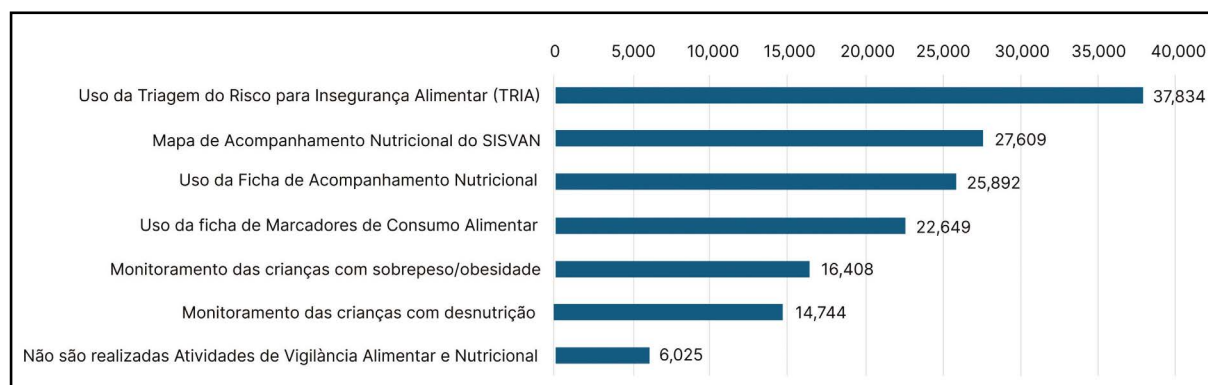


Figura 8. Número de Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras em que as equipes não realizam ações de vigilância alimentar e nutricional. Brasil, 2024.

Considerações finais

Na perspectiva de subsidiar as tomadas de decisões de gestores e profissionais e dos , o presente capítulo analisou a territorialização da APS no SUS, destacando a delimitação da área de abrangência das UBS, estimando a população adscrita por equipe, identificando a realização do diagnóstico comunitário e a sua utilização no planejamento local. Igualmente, o protagonismo e as debilidades da APS na implementação de ações voltadas à promoção da saúde foi caracterizado, sobretudo no incentivo à alimentação saudável, segurança alimentar, cessação do uso de tabaco, prevenção do uso abusivo de álcool e outras drogas, atividade física e práticas corporais e cultura da paz e dos direitos humanos nos territórios das UBS, valorizando a colaboração com outros equipamentos sociais e a mobilização da participação ativa da população.

Em relação à VS, buscou-se caracterizar avanços e fragilidades em sua integração com a APS, a investigação de óbitos maternos, infantis e de casos suspeitos de sífilis, o monitoramento da situação vacinal e a notificação compulsória de doenças e agravos, a capacidade de resposta a emergências de saúde pública (por exemplo, o enfrentamento da dengue e outras arboviroses), a vigilância sanitária e ambiental no interior das UBS e a VAN, destacando os maiores desafios para a plena efetivação dessas ações. Quanto ao controle social, enfatizou-se o envolvimento da comunidade na gestão e no planejamento da APS, incluindo a participação nos conselhos locais de saúde e outras formas de controle social na definição de prioridades e no acompanhamento de políticas públicas, juntamente com as estratégias de comunicação com os usuários.

O presente capítulo ressalta a relevância da universalização da educação permanente em conexão com o trabalho nas UBS e em seus territórios como uma estratégia valiosa para qualificar o desempenho da APS no Brasil. Merece destaque a participação dos ACS em programas de formação, como por exemplo, o Saúde com Agente, para o fortalecimento das ações de promoção e educação em saúde, VS e participação social.

No transcurso da educação permanente, a disponibilidade de registros do censo poderá ser útil para apoiar a elaboração de um painel de informações em cada UBS, com definição do território e da população de referência, apoiando a elaboração de mapas inteligentes para orientar as ações coletivas no território.

As análises do censo para o capítulo fomentam o acúmulo de lições aprendidas sobre futuros estudos sobre a APS. Destaca-se a necessidade de desenvolver estratégias de levantamento de informações capazes de superar os desafios e as dificuldades para caracterizar a realização das ações de saúde, seu alcance populacional, sua frequência de realização e o conteúdo das atividades.

Os resultados apresentados também possibilitaram estimar a magnitude dos esforços para superar as fragilidades e os problemas identificados, visando a universalização das ações. As recomendações delineadas orientam os esforços de gestores, profissionais, população e conselheiros dos vários âmbitos do SUS para orientar o planejamento e a implementação de ações necessárias para superar lacunas observadas, valorizando as iniciativas e os aprendizados locais.

O capítulo fomentou o acúmulo de lições aprendidas a serem levadas em conta para futuros estudos sobre a APS e para a formulação de iniciativas e políticas que superem as fragilidades e os problemas identificados, em busca da universalização das ações. A APS brasileira se destaca por articular o cuidado individual com ações de saúde coletiva no território das UBS, voltadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, à VS e à participação e controle social, cujo êxito será capaz de ampliar a relevância do SUS no contexto global.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC Nº 63, de 25 de novembro de 2011. Dispõe sobre Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União: Seção 1, Brasília, DF, n. 228, p. 80-82, 29 nov. 2011.

Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. Interface (Botucatu). 2017;21(61):321–32. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0479>. Disponível em: <https://scielo.br/j/icse/a/9HzYNz7Hbnw7v7WwdF8hWNx/?lang=pt>

Blackmore CM. Dengue, Chikungunya, and Zika Virus. In: Boulton ML, Wallace RB, eds. Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine. 16ª ed. McGraw Hill; 2022. Disponível em: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3078§ionid=257466400>

Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. Interface (Botucatu). 2011;15(37). Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WSgGxGQtcW6HcrC6QFsLBcr/?lang=pt&format=html>

Boulton ML, Wallace RB, editors. Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine. 16ª ed. McGraw Hill; 2022. Disponível em: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3078§ionid=255956347>

Brasil. Decreto n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

Brasil. Lei n. 6.259, de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm

Brasil. 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, 19 set. 1990a. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. *Aedes aegypti*. Brasília: DF; 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/aedes-aegypti>

Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde; 2022a. 46 p. Disponível em: (recurso eletrônico na base do Ministério da Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2436. 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. Brasília: DF; 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: DF; 2024a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 420, de 2 de março de 2022. Altera o Anexo 1 do Anexo V à Portaria de Consolidação GM/MS n.º 4, de 28 de setembro de 2017, para incluir a síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika na Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. 2022b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-420-de-2-de-marco-de-2022-383578277>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Portaria n.º 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 108 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde; Série Pactos pela Saúde 2006; v.13).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Notificação Compulsória. Brasília: Ministério da Saúde; 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/notificacao-compulsoria#:~:text=Portaria%20GM%2FMS%20n%203.328,em%20todo%20o%20territ%C3%B3rio%20nacional>

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de monitoramento rápido de cobertura (MRC) pós-campanha de vacinação contra a poliomielite e contra o sarampo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. SAÚDE BRASIL 2019: uma análise da situação de saúde com enfoque nas doenças imunopreveníveis e na imunização. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2019b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sífilis 2016. Boletim Epidemiológico 2016;47(35). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2016>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 978-85-334-1613-0

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2018a. 40 p. ISBN 978-85-334-2670-2

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a. 46 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

Buss PM, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980–2020). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25(12):4723–35. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>

Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução 588. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde - PNVs. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 12 jul 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso588.pdf>

COSTA, E. A.; ROZENFELD, S. Marcos Históricos e Conceituais. In: ROZENFELD, S., (Org.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 304-314.

Cooper JM, Michelow IC, Wozniak PS, Sánchez PJ. In time: the persistence of congenital syphilis in Brazil - more progress needed! Rev Paul Pediatr. 2016; 34:251–3.

Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc (São Paulo). 2010;19(3):605–13. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/605-613/pt>

Dias KR, Martins RMG, Sobreira CL da S, Rocha RMGS, Lopes M do SV. Ações educativas de enfrentamento ao Aedes aegypti: revisão integrativa. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2022 Jan;27(1):231–42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.33312020>

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al.. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2006Jul;11(3):669–81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>

Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate. 2018;42(spe 1):208–23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt>

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, orgs. Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012–2018 [E-book]. São Leopoldo: Oikos; 2021. ISBN 978-65-5974-035-2

FalkMLR, RamosMZ, SalgueiroJB. Aredecomoestratégia daPolíticanacionaldeHumanização: a experiência de um hospital universitário. Comunicação Saúde Educação. 2009;13(suppl 1):709–17. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/709-717/pt>

Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKDA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2010;26:1079–95.

França ISX, Batista J'DL, Coura AS, Oliveira CF, Araújo AKF, Sousa FS. Fatores associados à notificação da sífilis congênita: um indicador de qualidade da assistência pré-natal. *Rev Rene*. 2015;16:374–81.

Freitas FLS, Benzaken AS, Passos MRL, Coelho ICB, Miranda AE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: sífilis adquirida. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021;30(Esp.1):e2020616.

Freitas VP, Araújo LEA, Mascarenhas MS, Barros LM, Passos RS. Produção de redes sociais digitais como estratégia de educação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19. *Rev APS*. 2021;24(3):617–27. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33965>

Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. *Saúde debate*. 2022;46(spe 1):131–51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kxrJrT5Ktr6Xj8sHw3gMKk/?format=html>

Furtado, JP. Um Método Construtivista para avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1): 165-181, 2001.

Garcia LP, Duarte E. 1ª Conferência Nacional de Vigilância em Saúde: marco para a construção da Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2018;27(2):e20180002. Epub 10 Aug 2018. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000200020>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742018000200001&lng=pt&nrm=iso

Giovanella L, Mendonça MHM, Medina MG, Lima JG, Fausto MCR, Seidl HM, Andrade GCL, Facchini LA. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a Avaliação da APS no Brasil. In: Mendonça MHM, Matta G, Gondim R, Giovanella L, orgs. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. v.1, p.569–610.

Gomes JF de F, Orfão NH. Desafios para a efetiva participação popular e controle social na gestão do SUS: revisão integrativa. *Saúde debate* [Internet]. 2021;45(131):1199–213. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113118>

Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. *APS em Revista*. 2020;2(2):74–82. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128/55>.

Guba EG & Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Sage Publications: Newbury Park, 1989.

Hartz ZMDA, Felisberto E, Silva LMV. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. In: Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. 2008:409.

Lafetá KRG, Martelli Júnior H, Silveira MF, Paranaíba LMR. Sífilis materna e congênita, subnotificação e difícil controle. Rev Bras Epidemiol. 2016;19:63–74.

Macinko J, Harris MJ, Rocha MG. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB): fulfilling the potential of the world's largest payment for performance system in primary care. J Ambul Care Manage. 2017;40(2 Suppl):S4–S11.

Malta, et al. Tendência temporal da morbidade e fatores de risco e de proteção para as doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes nas capitais brasileiras. Revista Brasileira de Epidemiologia 28 (2025): e250032.

Medina, MG et al. Primary healthcare in times of COVID-19: what to do? THEMATIC SECTION: COVID-19 - PUBLIC HEALTH CONTRIBUTIONS • Cad. Saúde Pública 36 (8) 17 Aug 20202020 • <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

Melo CM de, Aquino TIS, Soares MQ, Bevilacqua PD. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2017 Oct;22(10):3457–65. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.19652017>

Pedraza DF, Santos EES dos. Marcadores de consumo alimentar e contexto social de crianças menores de 5 anos de idade. Cad saúde colet [Internet]. 2021Sep;29(2):163–78. Available from: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129020072>

Prado NM de BL, Santos AM dos. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersetoriais. Saúde debate [Internet]. 2018 Sep;42(spe1):379–95. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>

Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. Bases para uma atenção primária à saúde integral, resolutiva, territorial e comunitária no SUS: aspectos críticos e proposições. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2022. 111 p. ISBN 978-65-00-48162-4

Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2011;32(2):345–51. Doi:

<https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>. Disponível em: <https://scielo.br/j/rgenf/a/SY5KhYJQg6XzPsZpfDM6P5Q/?lang=pt>

Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ*. 2019;97:548–62P.

Saes MO de O, Duro SMS, Gonçalves C de S, Tomasi E, Facchini LA. Assessment of the appropriate management of syphilis patients in primary health care in different regions of Brazil from 2012 to 2018. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2022;38(5):EN231921. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XEN231921>

Saes MO, Facchini LA, Tomasi E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. *APS em Revista*. 2019;1(3):206–21. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/49>

Souza WMS, Gomes AP. A importância do monitoramento e da vigilância dos indicadores de cobertura vacinal sob a ótica dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família: perspectivas e desafios. *APS em Revista*. 2023;5(2):98–105. <https://doi.org/10.14295/aps.v5i2.191>

Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>

Teixeira C, Paim J, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*. 1998; 2:7–28.

Victora CG, Rivera JA. Optimal child growth and the double burden of malnutrition: research and programmatic implications. *The American journal of clinical nutrition*, 2014, 100(6), 1611S-1612S.

World Health Organization. Assessing vaccination coverage levels using clustered Lot Quality Assurance Sampling: field manual – version edited for the Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Geneva: WHO; 2012. Disponível em: https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Assessing-Vaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS_Apr2012_EN.pdf

World Health Organization. Dengue and severe dengue [Internet]. Geneva: World Health Organization; 23 Apr 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

World Health Organization. Measles and rubella strategic framework 2021–2030. Geneva: WHO; 2020.

World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva: World Health Organization; 2016. ISBN 978 92 4 154980 6. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/249572/9789241549806-eng.pdf>

World Health Organization; Global Polio Eradication Initiative. Standard operating procedures: Responding to a poliovirus event or outbreak: Version 3.1. Geneva: WHO; Mar 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363627/9789240049154-eng.pdf>

Escopo de práticas das UBS brasileiras

Elaine Tomasi¹, Ana Luiza Queiroz Vilasbôas¹, Elaine Thumé¹, Janaína Duarte Bender¹, Maria Aparecida Moreira Martins³, Camila Zanutto Cardillo³, Sueli Zeferino Ferreira Almeida², Layza Santos⁴, Hannah Gabriela de Siqueira³.

¹Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

²CGMAIA/SAPS/MS

³CGFAP/SAPS/MS

⁴CGESCO/DESCO/SAPS/MS

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, tem entre seus princípios a universalidade e a integralidade do cuidado. Nesse nível de atenção, é preconizada a prestação de um conjunto amplo de serviços e ações, incluindo a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde para todos os brasileiros (Brasil, 2017).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica vigente, a Atenção Básica, compreendida também como APS, é definida como o “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária” (Brasil, 2017). Cabe aos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos, atendimento à demanda espontânea, ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, bem como incorporar diversas racionalidades em saúde, incluindo as Práticas Integrativas e Complementares.

Portanto, para o Censo das UBS 2024, entende-se por “escopo de práticas das equipes” a oferta de ações ou atividades consideradas imprescindíveis, que devem ser desenvolvidas pelas equipes que atuam nas UBS do país, por integrarem a atenção e o cuidado a grupos ou condições prioritárias segundo o perfil epidemiológico nacional.

Esses diferentes serviços desenvolvidos na APS pelas equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR), equipes de Consultórios na Rua (eCR) e equipes de Atenção Primária de Atenção Prisional (eAPP) constituem o objeto deste capítulo sobre o Censo Nacional das UBS 2024. Serão descritas, a seguir, as ofertas de parte dessas ações e serviços, em duas dimensões: i) oferta e acesso a métodos diagnósticos e medicamentos e ii) oferta de ações e serviços nas UBS.

Métodos

A avaliação institucional da APS brasileira, materializada no Censo Nacional das UBS 2024, foi conduzida a partir de dois enfoques complementares e indissociáveis. O primeiro consistiu em assegurar um processo que dialogasse com a estrutura federativa do país; o segundo, em definir a imagem-objetivo da APS brasileira, entendida como integral, resolutiva, comunitária, territorial e integrada à rede de serviços, conforme preconizado no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, foi elaborada uma proposta de instrumento de coleta de dados a partir de um conjunto de dimensões consideradas essenciais para a avaliação da APS, reconhecendo-se a necessidade de um instrumento robusto e abrangente. Essa construção seguiu os princípios da avaliação de quarta geração em saúde, que enfatizam a participação ativa dos atores envolvidos no processo avaliativo (Guba & Lincoln, 1989; Furtado, 2001).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e da Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde (Rede APS) da Abrasco, promoveu a articulação com diversos atores estratégicos para aprimorar o instrumento, estabelecendo uma estrutura de governança que garantisse a participação e o compromisso de todos os envolvidos. Dessa forma, somaram-se ao processo de elaboração do instrumento de coleta de dados do Censo representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

A construção coletiva do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS 2024 foi realizada a partir de contribuições obtidas em oficinas com diversos atores e discussões conduzidas em grupos de trabalho. O questionário foi refinado para abranger múltiplas dimensões de análise, tais como infraestrutura e recursos físicos, força de trabalho, processos de trabalho e gestão, oferta de serviços, tecnologias de informação e comunicação, entre outros aspectos.

Finalmente, o instrumento de coleta de dados do Censo das UBS 2024 foi submetido a um processo de validação que envolveu revisão por especialistas, realização de testes piloto e pactuação tripartite. Acordos foram estabelecidos entre as esferas federal (Ministério da Saúde), estadual (Conass) e municipal (Conasems), assegurando o compromisso conjunto com o Censo e sua institucionalização como prática regular.

A implementação do Censo envolveu o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica no sistema e-Gestor APS, que permitiu o preenchimento online, com recursos para salvar o progresso e garantir a participação de gestores e profissionais das UBS.

O Censo Nacional das UBS foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e lançado em maio de 2024 para adesão dos gestores municipais. Todos os municípios brasileiros manifestaram interesse em participar do Censo por meio do sistema e-Gestor APS. Ao aderir, cada município teve acesso à lista de seus estabelecimentos de APS

inscritos no SCNES e pôde indicar o profissional responsável pelo preenchimento do questionário. O período para preenchimento dos dados do Censo iniciou em 3 de junho e encerrou em 31 de agosto de 2024. O instrumento ficou disponível no e-Gestor para preenchimento durante 75 dias, com exceção do Rio Grande do Sul, que recebeu 65 dias adicionais devido à catástrofe climática enfrentada no Estado.

Foram implementadas estratégias de mobilização para responder ao Censo, incluindo campanhas de comunicação e convocação de atores locais, como apoiadores e animadores. Também foram disponibilizados canais de suporte, como o Disque Censo e o web atendimento, além de materiais didáticos, treinamentos e eventos presenciais e online em todos os estados da federação.

A base do Censo incluiu 49.738 estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em abril de 2024. Desse total, 4.026 foram inativados pelos gestores municipais, com a justificativa de que essas UBS não estavam em funcionamento no momento de resposta ao Censo ou por se tratarem de estabelecimentos que não se enquadram na APS.

No total, 45.712 estabelecimentos de saúde responderam ao Censo. O banco de dados foi analisado quanto à sua completude e consistência, sendo excluídos desta primeira base de análise os seguintes tipos de estabelecimentos: a) aqueles que informaram, em uma questão aberta, que não pertenciam à APS; b) unidades móveis terrestres ou fluviais; c) estabelecimentos que não possuíam nem recebiam financiamento do Ministério da Saúde para eSF, eAP, eSFR e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); d) estabelecimentos cujos nomes indicavam pertencer a outro nível de atenção, como, por exemplo, Centro Covid, Casa de Parto, Centro de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas e Centro de Reabilitação. Esse processo levou à exclusão de 774 estabelecimentos da base do Censo.

Dessa forma, foram analisados 44.938 estabelecimentos de saúde de APS, que correspondem ao universo do Censo das UBS 2024. Esse total está distribuído por todas as regiões do país da seguinte forma: Norte = 4.096, Nordeste = 17.737, Sudeste = 13.375, Sul = 6.607 e Centro-Oeste = 3.213.

O presente capítulo — Escopo de Práticas — apresenta informações que, em seu conjunto, expressam o conhecimento atual sobre o que é considerado adequado segundo os padrões técnico-científicos vigentes das boas práticas de cuidado integral no âmbito da APS. Esse rol de ações e atividades está fundamentado não apenas nas diretrizes da atual Política Nacional de Atenção Básica, mas também nas demais políticas e programas que compõem o escopo das práticas das equipes que atuam nas UBS, direcionadas a grupos populacionais, problemas e condições de saúde.

São apresentadas aqui, para o Brasil e suas regiões, informações sobre saúde sexual e reprodutiva; atenção pré-natal e ao puerpério; detecção, prevenção e rastreamento de cânceres do colo do útero e de mama; atenção às crianças desde o nascimento até os dois anos de vida; atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), sobrepeso, tuberculose e hanseníase; saúde mental; situações de violência; pessoas acamadas; incentivo à universalização da cobertura vacinal; atenção às pessoas

com condições pós-Covid; práticas integrativas e complementares em saúde; e atenção às urgências e emergências. Também foram investigadas a disponibilidade de testes diagnósticos realizados e a coleta de material para exames nas próprias UBS, além da percepção sobre o acesso a medicamentos. Este conjunto de informações originou-se das perguntas de número 38 a 78 do Instrumento de Coleta de Dados do Censo das UBS 2024.

A análise estatística foi realizada através do software Stata 15.0. Foram conduzidas estatísticas descritivas, cujos resultados estão expressos em frequências absolutas (n) e relativas (%), estratificados para o país e suas regiões geopolíticas. O estudo do Censo das UBS 2024 foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sob o Parecer nº 6.779.222.

Oferta e acesso a métodos diagnósticos e medicamentos nas UBS

Testes diagnósticos realizados nas UBS e coleta de material

Desde a década de 1960, Leavell & Clark (1976) estabeleceram três níveis de prevenção que inter-relacionam a atividade médica com a saúde pública. A prevenção de enfermidades tem como objetivo reduzir o risco de aquisição de doenças específicas, diminuindo a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar o indivíduo (Czeresnia & Freitas, 2003). Nesse contexto, testes de rastreamento e diagnóstico precoce são recomendados para detectar problemas de saúde em estágio inicial ou subclínico, tanto no indivíduo quanto na população. Essa abordagem facilita o diagnóstico definitivo, o tratamento e contribui para a redução ou prevenção da disseminação da doença e de seus efeitos de longo prazo. O Brasil disponibiliza, em sua rede pública, um conjunto amplo de exames laboratoriais e testes rápidos para doenças infecciosas, glicemia capilar e gravidez. Além disso, existem protocolos que orientam as equipes de saúde no manejo desses agravos e intercorrências (Brasil, 2010).

No Censo de 2024, foi constatado que a maioria das UBS realizou algum tipo de teste diagnóstico, sendo os mais frequentes os testes rápidos para sífilis (95,6%), hepatite B (94,6%), hepatite C (93,4%) e HIV (95,2%). O teste de glicemia capilar foi mencionado por 84% das UBS. Pouco mais de 20% das unidades referiram realizar teste rápido para dengue (n = 9.075) e teste de escarro para tuberculose (n = 11.165). Esse resultado é particularmente preocupante diante da alta incidência de dengue nos últimos anos em todo o país, ultrapassando 3.000 casos por 100 mil habitantes, enquanto a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera taxas acima de 300 por 100 mil como indicativas de epidemia.

Menos de 10% das UBS afirmaram realizar pesquisa de plasmódio, eletroforese de hemoglobina, PPD, baciloscopia e testes rápidos para malária e leptospirose. De modo geral, as regiões Norte e Nordeste apresentaram as menores proporções de realização desses exames. A região Sul, por sua vez, destacou-se por números muito baixos na oferta de testes para malária e hanseníase, além da pesquisa de plasmódio.

Chama a atenção a existência de testes rápidos para sífilis e HIV em quase todas as UBS do país, o que, de acordo com dados do 3º ciclo do PMAQ (2018), correspondia a pouco mais de 70% das unidades. Já a disponibilidade dos testes rápidos para gravidez cresceu pouco em seis anos, passando de 42% em 2018 para 51% em 2024 (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021) (Tabela 1).

Tabela 1 – Testes diagnósticos realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Teste rápido para sífilis	3.728	91,0	17.229	97,1	12.700	94,9	6.312	95,5	2.992	95,8	42.961	95,6
Teste rápido para hepatite B	3.701	90,4	17.068	96,2	12.499	93,5	6.252	94,6	2.979	95,4	42.499	94,6
Teste rápido para hepatite C	3.678	89,8	16.886	95,2	12.442	93,0	6.222	94,2	2.962	94,8	42.190	93,4
Teste rápido para HIV	3.710	90,6	17.131	96,6	12.645	94,6	6.288	95,2	2.985	95,6	42.759	95,2
Teste rápido de antígeno para COVID-19	2.510	61,3	9.950	56,1	9.598	71,8	5.017	75,9	2.388	76,5	29.463	65,6
Teste rápido para dengue	438	10,7	975	5,5	4.785	35,8	2.155	32,6	722	23,1	9.075	20,2
Teste rápido para leptospirose	65	1,6	178	1,0	175	1,3	122	1,9	23	0,7	563	1,3
Pesquisa de plasmódio (gota espessa)	398	9,7	135	0,8	130	1,0	57	0,9	33	1,1	753	1,7
Teste de glicemia capilar	3.137	76,6	14.476	81,6	11.785	88,1	5.826	88,2	2.680	85,8	37.904	84,4
Teste rápido de gravidez	1.878	45,9	7.199	40,6	8.584	64,2	4.410	66,8	1.252	40,1	23.323	51,9
Teste rápido para hanseníase	905	22,1	3.058	17,2	968	7,2	267	4,0	831	26,6	6.029	13,4
Teste rápido para malária	682	16,7	192	1,1	75	0,6	43	0,7	34	1,1	1.026	2,3
Eletroforese de hemoglobina	157	3,8	806	4,5	1.481	11,1	1.018	15,4	67	2,2	3.529	7,9
Teste de escarro	588	14,4	2.958	16,7	4.844	36,2	1.884	28,5	891	28,5	11.165	24,9
Teste PPD	264	6,5	1.033	5,8	1.068	8,0	428	6,5	484	15,5	3.277	7,3
Baciloscopia	283	6,9	1.121	6,3	1.180	8,8	338	5,1	347	11,1	3.269	7,3
Não realiza exames e/ou testes rápidos	199	4,9	306	1,7	275	2,1	169	2,6	66	2,1	1.015	2,3

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123.

A coleta de material para análises clínicas foi referida em cerca de metade das UBS (n = 22.336), com menores proporções nas regiões Norte (38,4%), Nordeste (43,0%) e Sul (41,6%; Tabela 2). É importante considerar a necessidade de que as UBS estejam em conformidade com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 786/2023, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), que estabelece critérios relativos à infraestrutura, aos recursos materiais, à organização, à gestão da qualidade, ao controle de qualidade e ao gerenciamento de processos.

Tabela 2 – Coleta de material nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Coleta de material para análises clínica	38,4	1.571	43,0	7.631	64,8	8.664	41,6	2.750	55,1	1.720	49,7	22.336

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Acesso a medicamentos

A dispensação de medicamentos na APS visa oferecer acesso ao cuidado, facilitando a adesão ao tratamento terapêutico. Além disso, contribui para a integração entre cuidados preventivos e curativos, melhorando assim a eficácia do tratamento através da redução de complicações e hospitalizações e tornando o sistema de saúde mais eficiente e acessível (Abreu et al., 2020).

A Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM-Serviços), realizada em 2014 e 2015, demonstrou grandes diferenças regionais nos modelos de organização da dispensação e deficiências na estrutura física da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros (BRASIL, 2016). Mais da metade (53%) das unidades de APS possui espaço inferior a 10 m² para a dispensação de medicamentos, 23,8% apresentam grades ou barreiras entre usuários e dispensador e 41,7% dispõem de sistema informatizado (Leite, 2017). Observa-se uma proporção insatisfatória de prescrição de medicamentos essenciais, limitações na identificação correta dos medicamentos, orientação insuficiente aos pacientes sobre o seu uso adequado e baixa disponibilidade de protocolos terapêuticos nos serviços de saúde — cenário propício para a ocorrência de erros (Lima, 2017). Outro desafio para a qualidade do uso de medicamentos na APS é a polifarmácia (uso concomitante de cinco ou mais medicamentos), cuja prevalência é de 9,4% entre os usuários de medicamentos na população geral e de 18,1% entre pessoas idosas com mais de 65 anos. A polifarmácia tem sido associada a desfechos negativos em saúde, aumento da morbimortalidade, redução da qualidade de vida — especialmente entre pessoas idosas — e

aumento dos custos da atenção, com impacto tanto para os indivíduos quanto para os sistemas de saúde (Nascimento, 2017; Cadogan, 2015).

No Censo das UBS 2024, registou-se que aproximadamente 80% das UBS utilizam a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para o fornecimento de medicamentos, com percentuais menores nas regiões Norte e Nordeste. Em 70% das UBS ocorre a entrega de medicamentos aos usuários, e em 75% das unidades é possível à(ao) enfermeira(o) realizar a sua prescrição, com ambos os resultados apresentando proporções menores no Sul e no Sudeste (Tabela 3).

Em 2023, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) aprovou, por unanimidade, parecer que reforça a competência dos enfermeiros para a prescrição de medicamentos. O documento tem como referência dispositivos legais, normativos e pareceres que respaldam essa atribuição profissional. A prescrição de medicamentos e exames laboratoriais é uma competência assegurada às(os) enfermeiras(os) e deve estar em conformidade com os programas de saúde pública, bem como com as rotinas e protocolos aprovados pelas instituições de saúde. O protagonismo da enfermagem ganha relevância no trabalho em equipe multiprofissional (eMulti) e integrada. No entanto, o trabalho desses profissionais ainda não é suficientemente valorizado e reconhecido. Na experiência internacional, as evidências crescentes das capacidades das(os) enfermeiras(os) para fornecer cuidados de alta qualidade em atenção primária (Laurant et al., 2018) sugerem a importância de implementar inovações nos modelos assistenciais em APS que incorporem práticas avançadas de enfermagem no âmbito de cuidados interprofissionais, práticas que, em parte, já vêm sendo desenvolvidas pelas(os) profissionais da ESF e que devem ser reconhecidas.

Tabela 3 – Uso da REMUME, dispensação e prescrição de medicamentos por enfermeiras(os) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Esta UBS utiliza a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) para fornecer medicamentos	2.979	72,7	13.840	78,0	10.534	78,8	5.872	88,9	2.437	78,0	35.662	79,4
Nesta UBS há dispensação/ entrega de medicamentos	3.241	79,1	14.701	82,9	7.193	53,8	4.658	70,5	1.732	55,5	31.525	70,2
Nesta UBS, as(os) enfermeiras(os) prescrevem medicamentos	3.575	87,3	16.015	90,3	7.918	59,2	4.094	61,9	2.038	65,3	33.640	74,9

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Observa-se, ainda, grande variação na disponibilidade dos tipos de medicamentos pesquisados: analgésicos e medicamentos para HAS e DM estão sempre disponíveis

em 60% das UBS. Em cerca de metade das UBS, essa disponibilidade foi referida para antibióticos e para os tratamentos de anemia, parasitoses e tuberculose. Todos os demais tipos de medicamentos apresentam disponibilidade constante inferior a esse patamar, com os menores valores registrados para medicamentos destinados a pessoas com HIV.

Ao examinar o padrão por região, observa-se que as UBS do Sudeste e do Centro-Oeste apresentaram os piores resultados quanto a disponibilidade de medicamentos para HAS, DM, parasitoses, anemia e infecções e de analgésicos. A região Nordeste possui a menor disponibilidade de medicamentos para pessoas com HIV, enquanto o Sul e o Sudeste têm menor disponibilidade constante de medicamentos para tuberculose e hanseníase (Tabela 4). Essas diferenças regionais também foram identificadas pela PNAUM. Ainda assim, a situação melhorou em relação aos dados de 2018 provenientes do 3º ciclo do PMAQ, quando a dispensação de medicamentos nas UBS atingia de pouco mais da metade das unidades (53,4%) (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Tabela 4 – Disponibilidade de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Para as situações a seguir, assinale com que frequência os usuários desta UBS recebem os medicamentos prescritos (considerar a entrega na UBS):												
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)												
Sempre	2.723	66,5	11.681	65,9	7.272	54,4	4.017	60,8	1.664	53,3	27.357	60,9
Nunca	569	13,9	2.278	12,8	4.686	35,0	1.498	22,7	964	30,9	9.995	22,2
Diabetes mellitus (DM)												
Sempre	2.713	66,2	11.657	65,7	7.214	53,9	3.970	60,1	1.661	53,2	27.215	60,6
Nunca	585	14,3	2.299	13,0	4.793	35,8	1.616	24,5	972	31,1	10.265	22,8
Hipercolesterolemia												
Sempre	1.479	36,1	8.330	47,0	6.042	45,2	3.543	53,6	1.120	35,9	20.514	45,7
Nunca	1.370	33,5	4.305	24,3	5.670	42,4	2.039	30,9	1.376	44,1	14.760	32,9
Parasitoses												
Sempre	2.458	60,0	10.336	58,3	6.261	46,8	3.766	57,0	1.249	40,0	24.070	53,6
Nunca	741	18,1	2.687	15,2	5.147	38,5	1.721	26,1	1.233	39,5	11.529	25,7
Anemia												
Sempre	2.300	56,2	10.484	59,1	6.410	47,9	3.763	56,9	1.301	41,7	24.258	54,0
Nunca	688	16,8	2.387	13,5	4.960	37,1	1.681	25,4	1.097	35,1	10.813	24,1
Asma												
Sempre	1.238	30,2	5.235	29,5	5.239	39,2	2.983	45,2	906	29,0	15.601	34,7
Nunca	1.166	28,5	5.219	29,4	5.714	42,7	2.057	31,1	1.352	43,3	15.508	34,5

Infecções (antibióticos)												
Sempre	2.189	53,4	9.695	54,7	6.160	46,1	3.256	49,3	1.255	40,2	22.555	50,2
Nunca	879	21,5	3.126	17,6	5.379	40,2	2.357	35,7	1.184	37,9	12.925	28,8
HIV (terapia antirretroviral – TARV)												
Sempre	421	10,3	1.419	8,0	1.403	10,5	994	15,0	359	11,5	4.596	10,2
Nunca	3.237	79,0	14.770	83,3	11.202	83,8	5.053	76,5	2.419	77,5	36.681	81,6
HIV (profilaxia pré-exposição – PrEP)												
Sempre	365	8,9	1.070	6,0	1.190	8,9	786	11,9	288	9,2	3.699	8,2
Nunca	3.307	80,7	15.211	85,8	11.411	85,3	5.274	79,8	2.500	80,1	37.703	83,9
HIV (profilaxia pós-exposição – PEP)												
Sempre	397	9,7	1.115	6,3	1.314	9,8	910	13,8	323	10,3	4.059	9,0
Nunca	3.262	79,6	15.111	85,2	11.258	84,2	5.134	77,7	2.449	78,4	37.214	82,8
Analgésicos/antipiréticos												
Sempre	2.661	65,0	11.395	64,2	7.116	53,2	4.167	63,1	1.636	52,4	26.975	60,0
Nunca	727	18,0	2.687	15,0	4.713	35,0	1.478	22,0	954	31,0	10.559	24,0
Tuberculose												
Sempre	2.331	56,9	9.852	55,5	4.861	36,4	2.239	33,9	1.755	56,2	21.038	46,8
Nunca	986	24,1	4.240	23,9	6.688	50,0	3.278	49,6	743	23,8	15.935	35,5
Antivirais												
Sempre	1.456	35,6	6.226	35,1	3.992	29,9	2.422	36,7	913	29,2	15.009	33,4
Nunca	1.487	36,3	6.719	37,9	7.513	56,2	3.098	46,9	1.570	50,3	20.387	45,4
Hanseníase												
Sempre	2.235	54,6	9.629	54,3	2.967	22,2	1.553	23,5	1.861	59,6	18.245	40,6
Nunca	1.108	27,1	4.645	26,2	8.855	66,2	4.226	64,0	694	22,2	19.528	43,5
Medicamentos sujeitos a controle especial												
Sempre	1.106	27,0	3.732	21,0	4.169	31,2	2.014	30,5	942	30,2	11.963	26,6
Nunca	2.181	53,3	10.985	61,9	7.843	58,6	3.779	57,2	1.738	55,7	26.526	59,0
Medicamentos para urgências clínicas												
Sempre	1.249	30,5	4.786	27,0	4.774	35,7	2.874	43,5	1.047	33,5	14.730	32,8
Nunca	1.415	34,6	6.533	36,8	5.651	42,3	1.858	28,1	1.147	36,7	16.604	37,0

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Em relação aos suplementos nutricionais, a dispensação ocorre em cerca de 70% das UBS para sulfato ferroso e ácido fólico. As regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentam as menores proporções para esses suplementos (Tabela 5).

A implantação de protocolo de segurança do paciente ocorre em 32,2% das unidades (n = 14.462), o que está em desacordo com a RDC nº 44/2009, que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Tabela 5 – Suplementos nutricionais dispensados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, os seguintes suplementos nutricionais são dispensados:												
Sulfato ferroso (comprimido)	3.211	78,4	5.130	85,3	7.592	56,8	4.685	70,9	1.806	57,8	32.424	72,2
Sulfato ferroso (gotas)	2.780	67,9	12.043	67,9	6.882	51,5	4.133	62,6	1.378	44,1	27.216	60,6
Sulfato ferroso (xarope)	1.799	43,9	7.413	41,8	1.339	10,0	900	13,6	477	15,3	11.928	26,5
Ácido fólico	3.126	76,3	14.569	82,1	7.488	56,0	4.639	70,2	1.770	56,7	31.592	70,3
Tiamina	399	9,7	1.210	6,8	3.592	26,9	1.578	23,9	376	12,0	7.155	15,9
Riboflavina	185	4,5	551	3,1	473	3,5	372	5,6	89	2,9	1.670	3,7
Biotina	152	3,7	419	2,4	295	2,2	229	3,5	66	2,1	1.161	2,6
Megadose de vitamina A (100.000 UI)	3.004	73,3	13.256	74,7	2.503	18,7	786	11,9	2.079	66,6	21.628	48,1
Megadose de vitamina A (200.000 UI)	2.991	73,0	13.200	74,4	2.486	18,6	718	10,9	2.059	65,9	21.454	47,7
NutriSus (estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó)	244	6,0	658	3,7	394	3,0	283	4,3	93	3,0	1.672	3,7
Nenhuma das opções anteriores – suplementos nutricionais	353	8,6	1.116	6,3	4.645	34,7	1.697	25,7	548	17,6	8.359	18,6
Nesta UBS, há protocolo de segurança do paciente implementado	1.333	32,5	5.330	30,1	4.572	34,2	1.975	29,9	1.252	40,1	14.462	32,2

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Oferta de ações e serviços na UBS – escopo de práticas das equipes

Visitas domiciliares a pessoas em cuidados paliativos

Os cuidados paliativos são considerados uma filosofia de cuidado humanizado, direcionados a pacientes em fase progressiva e avançada da doença (OMS, 2016). A promoção desses cuidados em ambiente domiciliar garante a possibilidade de continuidade do tratamento, com atenção multiprofissional, especializada e estendida também a familiares e cuidadores (Vasconcelos & Pereira, 2018).

Em 2024, visitas domiciliares a pessoas em cuidados paliativos foram referidas por 93,7% das UBS, com maior proporção na região Nordeste (96,1%) e menor na região Norte (89,6%; Tabela 6). No 1º ciclo do PMAQ, realizado em 2012, 42,3% das equipes

relataram possuir protocolo ou documento com a definição de situações prioritárias para a realização de visitas domiciliares. Em 2014, no 2º ciclo, esta proporção aumentou para 71,8%, evidenciando o incremento ao longo do período. A realização de mapeamento dos usuários adscritos que necessitavam de cuidados domiciliares foi mencionada por cerca de 71% das unidades nos 1º e 2º ciclos do PMAQ. Em 2012, 70,2% das equipes relataram registrar os usuários acamados no território, proporção que alcançou 78,3% em 2014, durante o 2º ciclo do PMAQ (Facchini, Tomasi, Thumé, 2021).

Tabela 6 – Visitas domiciliares em cuidados paliativos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, são realizadas visitas domiciliares a pessoas em cuidados paliativos	3.670	89,6	17.040	96,1	12.205	91,3	6.230	94,3	2.942	94,2	42.087	93,7

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Saúde sexual e reprodutiva

A APS é essencial para o cuidado da saúde sexual e reprodutiva, pois garante acesso universal, contínuo e integral aos serviços, promovendo prevenção e diagnóstico precoce. Esta facilita o acesso a informações sobre contracepção, cuidados durante a gestação, prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e planejamento familiar. Além disso, desempenha um papel educativo, combatendo desinformação e estigmas relacionados à saúde sexual e reprodutiva. A APS também contribui para a redução das desigualdades no acesso aos cuidados, tornando os serviços mais acessíveis e equitativos, especialmente em áreas vulneráveis. Dessa forma, promove a autonomia e a qualidade de vida, fortalecendo os direitos sexuais e reprodutivos por meio de abordagens que consideram aspectos sociais, econômicos, ambientais e culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde (Brasil, 2013a).

Neste Censo, entre as ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva, destaca-se a distribuição de preservativos masculinos em praticamente a totalidade das UBS (98%). A distribuição de preservativos femininos foi relatada por 79,9% dos serviços, com maior proporção na região Sul (91,3%) e menor na região Norte (65,2%). Observa-se disponibilidade de anticoncepcional injetável em 90,7% e de anticoncepcional oral em 73,8% das unidades (Tabela 7).

A realização de teste diagnóstico para gravidez foi referida por 55,7% dos serviços, alcançando 73,2% das UBS na região Sul e 44% na região Nordeste. A distribuição da pílula do dia seguinte foi relatada por 47,1% dos serviços, com a menor proporção na região Sudeste (32,9%; Tabela 7).

O encaminhamento para laqueadura foi mencionado em 88,8% dos serviços, enquanto 82,5% referiram encaminhar para vasectomia. Na região Norte, essas proporções foram de 75,7% e 62,8%, respectivamente (Tabela 7).

Quanto à inserção de dispositivo intrauterino (DIU), 19,7% dos serviços relataram realizá-la, com maiores proporções nas regiões Sudeste (31%), Sul (28,9%) e Centro-Oeste (21,7%). Nas regiões Norte e Nordeste, essa proporção foi de aproximadamente 10%. A retirada de DIU seguiu o mesmo padrão, sendo mencionada por apenas 21% dos serviços (Tabela 7).

A oferta de ações educativas para prevenção de IST foi referida por 77,6% das UBS, com 71,7% realizando ações educativas ao planejamento reprodutivo. Em 79,4% das unidades, é oferecido planejamento para uma gestação saudável. A realização de palestras educativas extramuros foi informada por 65,6% dos serviços, ao passo que 51,9% relataram parcerias intersetoriais, 47,2% mencionaram condução de ações educativas voltadas a comunidades vulneráveis e 46,1% mencionaram abordar o tema da menstruação nessas ações. A distribuição de absorventes é uma realidade em apenas 6,9% das UBS (Tabela 7).

O cuidado de mulheres em climatério/menopausa foi referido por 72% dos serviços de APS do Brasil, com desempenho menor na região Norte, onde 63,3% relataram este cuidado (Tabela 7).

Tabela 7 – Saúde sexual e reprodutiva nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações para saúde sexual e reprodutiva são realizadas:												
Distribuição de preservativos masculinos	3.954	96,5	17.440	98,3	13.115	98,1	6.467	97,9	3.061	98,0	44.037	98,0
Distribuição de preservativos femininos (internos)	2.672	65,2	14.659	82,7	9.925	74,2	6.034	91,3	2.611	83,6	35.901	79,9
Distribuição de absorventes	175	4,3	1.211	6,8	856	6,4	668	10,1	172	5,5	3.082	6,9
Inserção de dispositivo intrauterino (DIU)	429	10,5	1.698	9,6	4.146	31,0	1.907	28,9	676	21,7	8.856	19,7
Retirada de DIU	419	10,2	1.833	10,3	4.315	32,3	2.134	32,3	721	23,1	9.422	21,0
Distribuição de anticoncepcional oral	3.167	77,3	15.328	86,4	7.533	56,3	5.158	78,1	1.987	63,6	33.173	73,8
Aplicação de anticoncepcional injetável	3.485	85,1	16.437	92,7	11.952	89,4	6.108	92,5	2.758	88,3	40.740	90,7
Disponibilização de pílula do dia seguinte	2.201	53,7	10.167	57,3	4.402	32,9	3.048	46,1	1.323	42,4	21.141	47,1
Encaminhamento para vasectomia	2.574	62,8	13.375	75,4	12.246	91,6	6.086	92,1	2.783	89,1	37.064	82,5
Encaminhamento para laqueadura	3.100	75,7	15.438	87,0	12.358	92,4	6.136	92,9	2.882	92,3	39.914	88,8

Realização de teste diagnóstico para gravidez	2.019	49,3	7.806	44,0	8.956	67,00	4.836	73,2	1.407	45,1	25.024	55,7
Planejamento da gestação saudável	2.998	73,2	14.780	83,3	10.396	77,7	5.176	78,3	2.328	74,5	35.678	79,4
Cuidado de mulheres em climatério/menopausa	2.594	63,3	12.936	72,9	9.739	72,8	4.982	75,4	2.104	67,4	32.355	72
Palestras educativas extramuros	2.732	66,7	12.753	71,9	8.521	63,7	3.603	54,5	1.853	59,3	29.462	65,6
Parcerias para ações intersetoriais	1.958	47,8	9.576	54,0	7.324	54,8	3.039	46,0	1.411	45,2	23.308	51,9
Ações direcionadas a comunidades vulneráveis	2.031	49,6	9.106	51,3	6.386	47,8	2.471	37,4	1.235	39,6	21.229	47,2
Ações educativas sobre planejamento reprodutivo	3.005	73,4	14.035	79,1	9.529	71,3	3.694	55,9	1.977	63,3	32.240	71,7
Ações educativas sobre medidas de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis	3.204	78,2	14.869	83,8	10.244	76,6	4.316	65,3	2.258	72,3	34.891	77,6
Ações educativas sobre menstruação	1.910	46,6	9.222	52,0	5.824	43,6	2.580	39,1	1.156	37,0	20.692	46,1
Não realiza ações de saúde sexual e reprodutiva	94	2,3	146	0,8	144	1,1	94	1,4	37	1,2	515	1,2

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção ao pré-natal e puerpério na UBS

Em 2024, apenas 922 UBS brasileiras afirmaram não realizar ações de atenção ao pré-natal e ao puerpério, o que corresponde a 2,1% de seu universo (Tabela 8). A maior parte das ações de atenção ao pré-natal e puerpério atingiu proporções acima de 80% nas UBS do país, reiterando o padrão observado durante o 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Segundo o Censo das UBS 2024, destacam-se as seguintes ações de atenção ao pré-natal e puerpério: consultas de enfermagem (95,9%), consultas médicas (95,7%), teste rápido para sífilis (93,9%), preenchimento da caderneta da gestante (93,6%) e disponibilização do resultado do exame laboratorial para sífilis (VDRL) da gestante em tempo oportuno para intervenções necessárias (93,5%), ainda que apenas 82,1% das UBS apliquem penicilina G benzatina. Na sequência, observa-se proporções acima de 90% para a disponibilidade de teste rápido para HIV (93,5%) e para hepatites (93,1%), atualização do calendário vacinal (91,6%), realização de visita domiciliar pelo ACS (91,2%) e solicitação de ultrassonografia (90,7%; Tabelas 8 e 9).

Entre 85% e 89,3% das UBS praticam ações de orientações sobre o cuidado com o bebê recém-nascido (89,3%), busca ativa de gestantes faltantes às consultas (89,1%), solicitação de exames pela(o) enfermeira(o) (88,6%), registro e monitoramento de gestantes de alto

risco encaminhadas ao serviço de referência (86,6%), realização de consulta de puerpério por médica (o) ou enfermeira (o) até a primeira semana após o parto (86,2%), incentivo à prática do aleitamento materno (86,0%), preenchimento e acompanhamento do ganho de peso durante a gestação na caderneta da gestante (85,5%), consulta odontológica (85,4%), exame ginecológico (85,0%) e exame de mama (82,2%; Tabelas 8 e 9).

Entre 2018 (3º ciclo do PMAQ) e 2024 (Censo UBS), houve melhoria expressiva quanto à realização dos exames ginecológico e de mama, que passaram de 35% para 85% e de 60% para 82,2% das unidades, respectivamente.

A frequência das ações que indicam articulação das UBS com outros pontos de atenção variou entre 70% e 84%, a exemplo da orientação sobre o serviço de referência para o parto (84,1%), o acesso a exames laboratoriais (82,2%) e a oferta de orientações para a elaboração do plano de parto (71,4%). No entanto, apenas 38,6% das unidades do país informaram que as puérperas têm a consulta de retorno na APS previamente agendada pela maternidade/hospital onde ocorreu o parto (Tabelas 8 e 9).

As ações de promoção da saúde alcançaram proporções “intermediárias”, a exemplo de orientações sobre práticas corporais e atividade física (72,1%) e a realização de grupos de gestantes (57,5%). O pré-natal do parceiro foi registrado em 68,9% das UBS do país (Tabelas 8 e 9).

O fornecimento de glicosímetro e tiras reagentes para gestantes com diagnóstico de DM está disponível em 45,2% das unidades no país, destacando-se a região Norte, que possui a menor proporção (27,2%). Duas ações relacionadas à disponibilidade de equipamentos e insumos atingiram proporções inferiores a 20%: teste de pesquisa de plasmódio (17,1%) e oferta de aparelho digital para aferição de pressão arterial para gestantes com diagnóstico de hipertensão (12%; Tabelas 8 e 9).

Quanto às possíveis diferenças entre as regiões brasileiras, observa-se que o Nordeste apresenta frequências acima da média nacional em grande parte das ações de atenção ao pré-natal e puerpério. Em contraposição, o Sul possui frequências abaixo da média do país em 20 das 34 ações elencadas (Tabelas 8 e 9).

Tabela 8 – Atenção ao pré-natal e puerpério nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações de atenção ao pré-natal são realizadas:												
Consulta médica	3.653	89,2	17.372	97,9	12.741	95,3	6.192	93,7	3.054	97,8	43.012	95,7
Consulta de enfermagem	3.737	91,2	17.456	98,4	12.730	95,2	6.155	93,2	3.022	96,8	43.100	95,9
Consulta odontológica	3.084	75,3	15.89	89,6	11.103	83,0	5.587	84,6	2.708	86,7	38.372	85,4

Visita domiciliar do ACS	3.689	90,1	17.131	96,6	11.472	85,8	5.841	88,4	2.859	91,6	40.992	91,2
Atualização do calendário vacinal	3.576	87,3	17.093	96,4	11.937	89,3	5.722	86,6	2.822	90,4	41.150	91,6
Solicitação de exames pela(o) enfermeira(o)	3.645	89,0	17.078	96,3	11.113	83,1	5.327	80,6	2.635	84,4	39.798	88,6
Prescrição de medicamentos pela(o) enfermeira(o)	3.525	86,1	16.172	91,2	8.578	64,1	4.173	63,2	2.205	70,6	34.653	77,1
Atendimento a intercorrências ou urgências da gestante de alto risco	2.544	62,1	12.145	68,5	8.15	60,9	4.126	62,5	2.052	65,7	29.017	64,6
Preenchimento da caderneta da gestante	3.619	88,4	17.001	95,9	12.425	92,9	6.061	91,7	2.966	95,0	42.072	93,6
Registro e monitoramento de gestantes de alto risco encaminhadas ao serviço de referência	3.294	80,4	16.045	90,5	11.397	85,2	5.532	83,7	2.646	84,7	38.914	86,6
Teste rápido para sífilis	3.675	89,7	17.009	95,9	12.401	92,7	6.128	92,8	2.97	95,1	42.183	93,9
Teste rápido para hepatites	3.659	89,3	16.904	95,3	12.229	91,4	6.094	92,2	2.96	94,8	41.846	93,1
Teste rápido para detecção de HIV	3.662	89,4	16.939	95,5	12.349	92,3	6.115	92,6	2.96	94,8	42.025	93,5
Teste de pesquisa de plasmódio	1.184	28,9	2.848	16,1	2.023	15,1	1.052	15,9	594	19,0	7.701	17,1
Incentivo a prática de aleitamento materno, observando e orientando sobre as técnicas da pega e posição	3.268	79,8	15.769	88,9	11.401	85,3	5.562	84,2	2.632	84,3	38.632	86,0
Pré-natal do Parceiro	3.024	73,8	12.348	69,6	8.605	64,3	4.742	71,8	2.237	71,6	30.956	68,9
Orientação de serviço de referência para o parto	3.262	79,6	15.263	86,1	11.083	82,9	5.579	84,4	2.592	83,0	37.779	84,1
Orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira	3.088	75,4	14.784	83,4	10.47	78,3	4.962	75,1	2.413	77,3	35.719	79,5
Preenchimento e acompanhamento do ganho de peso durante a gestação na Caderneta da Gestante	3.307	80,7	15.724	88,7	11.302	84,5	5.441	82,4	2.641	84,6	38.415	85,5
Preenchimento e acompanhamento do consumo alimentar com marcadores no prontuário eletrônico	2.494	60,9	12.087	68,2	7.955	59,5	3.159	47,8	1.902	60,9	27.597	61,4
Orientação a práticas corporais e atividade física	2.879	70,3	13.662	77,0	9.36	70,0	4.27	64,6	2.213	70,9	32.384	72,1
Exame ginecológico	3.005	73,4	15.294	86,2	11.470	85,8	5.777	87,4	2.666	85,3	38.212	85,0
Exame de mama	2.818	68,8	14.693	82,8	11.301	84,5	5.650	85,5	2.491	79,8	36.953	82,2
Grupos de gestantes	2.023	49,4	10.365	58,4	8.389	62,7	3.285	49,7	1.761	56,4	25.823	57,5
Solicitação de ultrassonografia	3.456	84,4	16.513	93,1	12.78	90,3	5.876	88,9	2.855	91,4	40.778	90,7
Busca ativa para gestantes faltantes às consultas	3.320	81,1	16.283	91,8	11.918	89,1	5.822	88,1	2.727	87,3	40.070	89,1

Acesso a exames laboratoriais	2.845	69,5	14.566	82,1	11.535	86,2	5.477	82,9	2.534	81,1	36.957	82,2
Fornecimento de aparelho de pressão digital para gestantes com diagnóstico de hipertensão	565	13,8	2.310	13,0	1.458	10,9	726	11,0	351	11,2	5.410	12,0
Fornecimento de glicosímetro e tiras reagentes para gestantes com diagnóstico de diabetes mellitus	1.129	27,6	6.773	38,2	7.312	54,7	3.822	57,9	1.293	41,4	20.329	45,2
Orientações quanto aos cuidados com o bebê recém-nascido	3.426	83,6	16.173	91,1	11.969	89,5	5.830	88,2	2.745	88,0	40.143	89,3
Orientações para o plano de parto	2.844	69,4	13.108	74,0	9.251	69,2	4.682	70,9	2.204	70,6	32.089	71,4
Não são realizadas ações de pré-natal	206	5,0	181	1,0	275	2,1	214	3,2	46	1,5	922	2,1

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro- = 3.213

Tabela 9 – Atenção ao pré-natal e puerpério nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, a(s) equipe(s) recebem o resultado do exame de estudo laboratorial para sífilis (VDRL) das gestantes em tempo oportuno para intervenções necessárias	3.546	86,6	16.685	94,1	12.660	94,7	6.176	93,5	2.954	94,6	42.021	93,5
Nesta UBS, a(s) equipe(s) aplicam penicilina G benzatina	3.566	87,1	13.967	78,7	10.271	76,8	5.824	88,2	2.769	88,7	36.397	81,0
Nesta UBS, as puérperas, quando recebem alta do hospital, têm consulta agendada na UBS pelo hospital/maternidade	1.445	35,3	5.957	33,6	6.275	46,9	2.581	39,1	1.130	35,2	17.358	38,6
Nesta UBS, é realizada visita domiciliar à puérpera na primeira semana de vida do bebê, convidando-a para consulta	3.323	81,1	16.598	93,6	10.524	78,7	4.925	74,5	2.378	76,1	37.748	84,0
Nesta UBS, é realizada consulta de puerpério até uma semana após o parto pela médica(o) e/ou enfermeira(o) da equipe	3.314	80,9	16.314	92,0	11.122	83,2	5.455	82,6	2.537	81,2	38.742	86,2

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Detecção, prevenção e rastreamento de cânceres do colo do útero e de mama

A APS é essencial para a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer do colo do útero, uma das principais causas de morbimortalidade entre as mulheres no Brasil. Como estratégia de rastreamento, o país adota a realização do exame citopatológico (Papanicolau) para mulheres na faixa etária entre 25–64 anos, visando detectar lesões precursoras da doença (Brasil, 2022).

Os resultados do Censo das UBS 2024 indicam a coleta do exame citopatológico do colo do útero em 96,2% (n = 43.247) das UBS brasileiras, com as cinco regiões exibindo alta prevalência: 97,4% no Nordeste, 97,1% no Centro-Oeste, 97,0% no Sudeste, 96,0% no Sul e 89,0% no Norte (Tabela 10). Quando comparada ao PMAQ-AB, a coleta de material para exame citopatológico foi mencionada como realizada nas UBS durante os três ciclos do Programa, a saber: 97,3% no 1º ciclo (n = 16.718), 90,9% no 2º ciclo (n = 27.081) e 97,7% no 3º ciclo (n = 36.499) (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Conforme mencionado no Protocolo de Atenção Básica (Saúde da Mulher), alcançar uma ampla cobertura no rastreamento da população-alvo é a estratégia mais importante para obter redução da incidência e da mortalidade por câncer do colo do útero (Brasil, 2016). Nas UBS participantes do Censo, a detecção, prevenção e rastreamento de cânceres do colo do útero e de mama está presente em 38.609 UBS (85,9%), com maior prevalência no Sul (91,9%), seguido pelo Sudeste (90,6%) e com menor prevalência no Norte (69,3%; Tabela 10).

Tabela 10 - Detecção, prevenção e rastreamento de cânceres do colo do útero e de mama nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, é realizada coleta do exame citopatológico do colo do útero	3.642	89	17.273	97,4	12.953	97	6.343	96	3.035	97,1	43.247	96,2
Nesta UBS, é realizada a detecção, prevenção e rastreamento de cânceres do colo do útero e de mama												
Sim, para ambos	2.838	69,3	14.945	84,3	12.115	90,6	6.069	91,9	2.642	84,6	38.609	85,9
Sim, para colo do útero	773	18,9	2.155	12,2	735	5,5	245	3,7	344	11,1	4.252	9,5
Sim, para mama	72	1,8	270	1,5	170	1,3	86	1,3	53	1,7	651	1,5
Não	413	10,1	365	2,1	352	2,6	204	3,1	84	2,7	1.418	3,2

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

De acordo com orientação do Caderno de Atenção Básica nº 13 — Controle dos cânceres do colo do útero e de mama — o câncer de mama é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre as mulheres; assim, a sua detecção precoce é essencial para o aumento das taxas de cura e redução dos impactos da doença (Brasil, 2013). Dados do Instituto Nacional de

Câncer (INCA) revelaram estimativas de 73.610 novos casos para cada ano do triênio 2023–2025, representando 30% de todos os cânceres femininos (Brasil, 2022).

A busca ativa de mulheres com resultados alterados em exames citopatológicos atingiu 100% das UBS do país. Já a busca ativa de mulheres com exames citopatológicos atrasados foi referida por 77,2% das unidades. Na região Nordeste, a prevalência deste último exame foi de 84,6%, a maior entre as cinco regiões brasileiras, enquanto na região Centro-Oeste foi a menor (69,3%).

A busca ativa de mulheres com resultado alterado de ultrassonografia mamária e/ou mamografia foi referida por 75,1% da UBS, com maior prevalência no Sudeste (80,2%) e menor no Centro-Oeste (65,0%). Já a busca ativa para a realização de mamografia de rastreamento atrasada é realizada em 57,8% das UBS, variando de 44,0% na região Centro-Oeste a 63,0% no Nordeste. Por fim, a busca ativa de mulheres em idade fértil que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero foi registrada em 77,0% das UBS, com a maior proporção observada na região Nordeste (85,4%) e a menor na região Centro-Oeste (68,6%; Tabela 11).

Quando questionado se o resultado do exame citopatológico do colo do útero é entregue em tempo oportuno, observa-se cobertura nacional de 84,2%, destacando-se a região Nordeste com a maior proporção (91,7%) e a região Norte com a menor (78,3%; Tabela 11).

O Nordeste destaca-se também pela realização de atividades em escolas voltadas ao incentivo da vacinação contra o HPV, registradas em 91,5% das UBS. No conjunto do país, essa proporção é de 82,8% das unidades participantes (Tabela 11).

Esses resultados ressaltam a importância da APS na oferta e na qualidade dos exames citopatológicos, fundamentais para a detecção precoce e para a redução das taxas de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero no país.

Tabela 11 – Detecção, prevenção e rastreamento do câncer do colo do útero e de mama nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, é realizada busca ativa de mulheres nas seguintes situações:												
Exame citopatológico alterado	3.697	90,2	16.997	95,8	12.729	95,1	6.269	94,9	2.944	94,3	42.636	94,9
Exame citopatológico atrasado	2.960	72,3	14.999	84,6	9.919	74,1	4.653	70,4	2.167	69,3	34.698	77,2
Ultrassonografia mamária e/ou mamografia alterada	2.960	72,2	13.596	76,7	10.736	80,2	4.870	73,8	2.028	65,0	33.768	75,1
Mamografia de rastreamento atrasada	1.937	47,2	11.172	63,0	8.063	60,2	3.414	51,7	1.368	44,0	25.954	57,8
Mulheres em idade fértil que nunca realizaram o exame citopatológico do colo do útero	2.963	72,3	15.156	85,4	9.686	72,4	4.635	70,1	2.143	68,6	34.583	77,0

Não realiza busca ativa	318	7,8	325	1,8	505	3,8	270	4,1	111	3,6	1.529	3,4
Nesta UBS, é entregue o resultado do exame citopatológico do colo do útero em tempo oportuno	3.210	78,3	14.478	91,7	11.628	87,0	5.959	90,1	2.565	82,13	37.840	84,2
Nesta UBS, são realizadas atividades nas escolas para incentivar a vacinação contra o HPV	3.615	88,2	16.225	91,5	10.087	75,4	4.708	71,2	2.538	81,2	37.173	82,8

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção à(s) criança(s) desde o nascimento até os dois anos de vida

A atenção à saúde de recém-nascidos e crianças nas UBS brasileiras é orientada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que busca garantir, de forma estruturada, o acompanhamento integral desde o pré-natal até os primeiros anos de vida. Nesse contexto, a realização de ações e consultas voltadas a crianças e recém-nascidos proporcionam o desenvolvimento saudável na primeira infância (Brasil, 2015).

O estudo de Facchini, Tomasi e Thumé (2021) conduzido a partir de dados do 3º ciclo do PMAQ revelou que 97,9% (n = 36.566) das equipes referiram ofertar consultas de puericultura para crianças de zero a dois anos em 2018. No Censo das UBS 2024, 94,0% (n = 42.323) dos estabelecimentos realizaram consultas de puericultura por médica(o) e/ou enfermeira(o) para crianças com até dois anos, com maior proporção na região Nordeste (97,6%) e menor na região Norte (89,2%; Tabela 12).

Quanto à consulta de puericultura realizada por dentista e/ou pela equipe de saúde bucal, o estudo de Essvein et al. (2019) salienta a participação do dentista como fundamental para a prevenção e o diagnóstico precoce de problemas bucais. Pereira (2023) destaca a importância do atendimento multiprofissional e da otimização das consultas de puericultura, permitindo uma abordagem abrangente dos aspectos essenciais ao desenvolvimento infantil e o atendimento às necessidades específicas de cada criança. No entanto, nos resultados do Censo das UBS 2024, 62,0% (n = 27.843) das unidades brasileiras informaram realizar esse tipo de consulta. Dentre essas, a maior prevalência foi observada no Nordeste (65,9%) e a menor no Sudeste (57,9%; Tabela 12). Diógenes et al. (2023) reforçam a importância da integração da equipe e da promoção da saúde infantil: em uma UBS de Fortaleza, 100% (n = 136) das consultas previamente agendadas são realizadas por enfermeiros e dentistas.

Em 2012, o Ministério da Saúde lançou a Estratégia Amamenta Brasil, que integra iniciativas como a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (Enpacs), com o objetivo de estimular o aleitamento materno e a alimentação saudável de crianças menores de dois anos (BRASIL, 2013b). No 3º ciclo do PMAQ, 75,7% das equipes

das UBS referiram colocar os recém-nascidos para mamar já na primeira consulta (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021). O Censo das UBS 2024 demonstrou que as ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças dessa faixa etária abrangem 84,4% das unidades, com maior proporção na região Nordeste (91,1%) e menor na região Sul (76,7%; Tabela 12).

No entanto, para crianças maiores, é necessário atentar à alimentação complementar saudável, bem como ao planejamento, à implementação e à avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao desenvolvimento infantil saudável. Nesse âmbito, a capacitação dos profissionais de saúde é um aspecto importante a ser considerado (BRASIL, 2013c). No Censo, 85,0% das UBS relataram realizar orientação sobre alimentação, sendo as ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses de idade ofertadas por 79,8% das UBS brasileiras. O Nordeste (87,2%) e o Sul (70,9%) registraram as maiores e menores ofertas, respectivamente. No Brasil, a proporção de UBS que informaram preencher os marcadores de consumo alimentar de crianças com até dois anos alcançou 68,6%; no Nordeste, chegou a 75,8%, sendo a maior proporção entre as cinco regiões, e no Sul, apenas 52,6% (Tabela 12).

As UBS também são responsáveis pela realização de testes neonatais essenciais que identificam precocemente doenças metabólicas, genéticas e infecciosas, dentre outras, as quais podem afetar o desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2021). Em um estudo realizado com dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, Mallmann et al. (2020) observaram uma taxa alta de realização do teste do pezinho, com 96,5% dos recém-nascidos brasileiros. No 3º ciclo do PMAQ, o teste do pezinho foi mencionado por 91,2% das equipes (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021), corroborando os últimos achados do Censo das UBS do Brasil realizado em 2024, no qual este teste apresentou a maior proporção (91,4%). O teste da orelhinha atingiu 65,8% e o teste do olhinho 60,4% dos recém-nascidos analisados por Mallmann et al. (2020). O Censo das UBS mostrou que 74,4% das unidades realizam o teste da orelhinha, 73,5% o teste do olhinho, 71,1% o teste do coraçãozinho e 69,3% o teste da linguinha. Ao analisar as cinco regiões do Brasil, o Nordeste apresenta a maior proporção de realização de todos os testes, enquanto o Norte apresenta a menor (Tabela 12).

As ações e estratégias adotadas são fundamentais para a aplicabilidade dos serviços oferecidos pelas UBS. Nesse aspecto, a busca ativa de crianças pelas equipes visa garantir o acesso aos serviços de saúde. Ferramentas e metodologias de apoio são importantes para subsidiar as equipes na busca ativa; entre elas, temos o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), que contribui para a identificação de crianças com atrasos vacinais ou outras necessidades de saúde (UNICEF, 2022; Brasil, 2024). Brum et al. (2023) e Quispe et al. (2024) indicam que cerca de 90% das equipes referiram realizar a busca ativa de crianças de zero a dois anos de vida.

Facchini, Tomasi e Thumé (2021) encontraram que 96,9% das equipes relataram realizar busca ativa para crianças com calendário vacinal atrasado, 92,0% para consulta de puericultura

atrasada, 95,3% para crianças com baixo peso e 93,3% para crianças prematuras. No Censo das UBS 2024, a busca ativa foi mais frequentemente relatada para crianças com calendário vacinal atrasado (91,6%), seguida da primeira semana de vida do bebê (82,3%; Tabela 12). Para situações de prematuridade e consulta de puericultura atrasada, a proporção é de 75,5%, enquanto para crianças com baixo peso e seguimento por exposição ou infecção por sífilis, esta chega a 78,8%. Já em casos de crianças vítimas de violência e suspeita de trabalho infantil, a busca ativa foi registrada em apenas 68,4% e 45,9% das UBS, respectivamente.

É importante salientar que a sífilis congênita apresentou crescimento contínuo em 2024, atingindo cerca de 9,9 casos por 1.000 nascidos vivos em 2023. No Espírito Santo, a incidência em 2022 foi de 13 casos por 1.000 nascidos vivos, superando a média nacional de 10 casos por 1.000 nascidos vivos no mesmo ano. Em Minas Gerais, os números também foram preocupantes, com 21.413 notificações em 2022 (Brasil, 2024). Nessa mesma linha, o Censo das UBS 2024 evidenciou maior prevalência de busca ativa de crianças expostas ou com sífilis nas regiões Sul (81,3%) e Sudeste (80,7%; Tabela 12).

A prematuridade também constitui uma preocupação constante. Conforme dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), entre 2012 e 2019, a proporção de nascimentos prematuros no Brasil manteve-se em torno de 10%, estando associados a idades maternas extremas (menos de 20 anos ou acima de 35 anos) e ao número inadequado de consultas de pré-natal. Em 2023, no Distrito Federal, foram registrados 3.079 nascimentos prematuros, correspondendo a 12,7% dos 24.249 nascidos vivos no período. O baixo peso ao nascer também está associado aos mesmos fatores da prematuridade, apresentando prevalência de 15,5%. Estes fatores incluem, além da idade materna e de consultas de pré-natal, condições socioeconômicas, histórico de tabagismo, violência familiar, desnutrição materna e infecções, dentre outros, demandando atenção e ações de políticas públicas (Martinelli et al., 2021; Brasil, 2023).

Tabela 12 – Atenção às crianças desde o nascimento até os dois anos de vida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, são realizadas as seguintes ações e consultas para crianças e recém-nascidos:												
Consulta de puericultura para crianças de até dois anos de idade (crescimento e desenvolvimento) por médica(o) e/ou enfermeira(o)	3.654	89,2	17.319	97,6	12.468	93,2	6.000	90,8	2.882	92,3	42.323	94,2
Consulta de puericultura (crescimento e desenvolvimento) para crianças de até dois anos de idade por dentista e/ou equipe de Saúde Bucal	2.430	59,3	11.688	65,9	7.748	57,9	4.034	61,1	1.943	62,2	27.843	62,0

Ações de promoção do aleitamento materno exclusivo para crianças de até seis meses de idade	3.346	81,7	16.158	91,1	10.892	81,4	5.066	76,7	2.481	79,4	37.943	84,4
Ações de estímulo à introdução de alimentos saudáveis e aleitamento materno continuado a partir dos seis meses de idade	3.162	77,2	15.464	87,2	10.273	76,8	4.681	70,9	2.266	72,6	35.846	79,8
Checam os resultados do Teste do pezinho	3.439	84,0	16.910	95,3	12.026	89,9	5.837	88,4	2.870	91,9	41.082	91,4
Checam os resultados do Teste da orelhinha – emissões otoacústicas e/ou BERA/PEATE (Brainstem Auditory Evoked Response/ Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico)	2.205	53,8	13.644	76,9	10.442	78,1	5.080	76,9	2.060	66,0	33.431	74,4
Checam os resultados do Teste da linguinha	2.203	53,8	13.205	74,5	9.237	69,1	4.528	68,5	1.947	62,3	31.120	69,3
Checam os resultados do Teste do coraçãozinho	2.101	51,3	13.268	74,8	9.794	73,2	4.853	73,5	1.921	61,5	31.937	71,1
Checam os resultados do Teste do olhinho	2.176	53,1	13.637	76,9	10.210	76,3	4.956	75,0	2.062	66,0	33.041	73,5
Nenhuma das opções	316	7,7	232	1,3	462	3,5	318	4,8	85	2,7	1.413	3,1

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

A busca ativa de crianças pelas equipes de APS no SUS é uma estratégia essencial para garantir o acompanhamento adequado da saúde infantil, prevenindo complicações e promovendo o desenvolvimento saudável. Em nível nacional, os dados do Censo das UBS 2024 mostram que a principal motivação para a busca ativa é o atraso no calendário vacinal, com 91,6% das UBS relatando essa prática, seguida pelo acompanhamento de bebês na primeira semana de vida (82,3%) e de crianças com sífilis congênita ou expostas (78,8%). Outras situações comuns em nível nacional incluem a identificação de crianças prematuras (75,5%), com baixo peso ao nascer (78,9%) e com consultas de puericultura atrasadas (75,5%). Além dos aspectos clínicos, a busca ativa também se estende a fatores sociais, como crianças vítimas de violência (68,4%) e casos suspeitos de trabalho infantil (45,9%). Apenas 3,7% das UBS brasileiras afirmaram não realizar busca ativa (Tabela 13).

Contudo, ainda existem desafios regionais a serem superados. O Norte apresenta as menores proporções de buscas ativas pelas equipes em situações de crianças vítimas de violência (61,2%), crianças expostas ou com sífilis (68,8%), bebês na primeira semana de vida (73,5%) e atraso no calendário vacinal (87,7%). Por outro lado, o Centro-Oeste possui os menores percentuais de busca ativa para crianças com baixo peso (68,6%), prematuras

(62,2%), com consultas de puericultura atrasadas (59,1%) e em situações suspeitas de trabalho infantil (38,5%; Tabela 13).

Tabela 13 – Atenção à(s) criança(s) desde o nascimento até os dois anos de vida nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, a(s) equipe(s) realizam busca ativa das crianças nas seguintes situações:												
Na primeira semana de vida do bebê	3.009	73,5	15.729	88,7	10.746	80,4	5.193	78,6	2.298	73,6	36.975	82,3
Prematuras	2.613	63,8	14.556	82,1	9.858	73,7	4.957	75,0	1.941	62,2	33.925	75,5
Baixo peso	2.860	69,8	15.095	85,1	10.223	76,4	5.140	77,8	2.142	68,6	35.460	78,9
Consulta de puericultura atrasada	2.814	68,7	14.851	83,7	9.720	72,7	4.682	70,9	1.846	59,1	33.913	75,5
Com calendário vacinal atrasado	3.592	87,7	16.848	95,0	12.041	90,0	5.921	89,6	2.755	88,2	41.157	91,6
Seguimento da criança exposta ou com sífilis	2.817	68,8	14.109	79,6	10.789	80,7	5.372	81,3	2.343	75,0	35.430	78,8
Vítima de violência	2.505	61,2	12.006	67,7	9.399	70,3	4.854	73,5	1.976	63,3	30.740	68,4
Suspeita de trabalho infantil	1.604	39,2	8.302	46,8	6.272	46,9	3.228	48,9	1.203	38,5	20.609	45,9
Não realiza busca ativa das crianças	290	7,1	311	1,8	625	4,7	306	4,6	147	4,7	1.679	3,7

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Em 2024, as UBS brasileiras realizaram, em sua quase totalidade, ações voltadas à atenção às pessoas com HAS. Consultas médicas e aferição da pressão arterial para controle foram realizadas em mais de 97% das UBS em nível nacional, enquanto consultas de enfermagem estavam presentes em 93,8% das unidades. Entretanto, apenas 77,6% das UBS solicitaram exames pelos profissionais de saúde, e a prescrição de medicamentos por enfermeiras(os) ocorreu em 44,9% das unidades, com grande variação regional: Sul (27,6%) e Sudeste (31,6%) apresentaram os menores percentuais, ao passo que Norte (69,9%) e Nordeste (63,9%) registraram os maiores. A visita domiciliar para os faltosos e usuários de maior risco, realizada pelos ACS, foi mencionada em 85,3% das unidades, variando entre 78,6% na região Sul e 92,1% na região Nordeste (Tabela 14).

A solicitação de exames para monitoramento das pessoas com HAS, como creatinina, perfil lipídico e eletrocardiograma (ECG), variou entre 82,4% e 87,3% das UBS. No 3º ciclo

de avaliação externa do PMAQ (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021), mais de 90% das equipes relataram solicitar exames para esse fim, indicando uma pequena redução entre 2018 e 2024. De acordo com o Censo, 76,2% das UBS brasileiras possuíam lista atualizada para acompanhamento de pessoas com HAS e apenas 61,3% afirmaram realizar a estratificação de risco, com a menor proporção registrada na região Norte (46,1%). Em 2018, 81% das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ dispunham de registro de pessoas com HAS de maior risco/gravidade (Tabela 14).

Quanto às ações de promoção da saúde e prevenção, observa-se que a orientação sobre alimentação adequada e saudável, com base no Guia Alimentar para a População Brasileira, foi conduzida em 78,1% das UBS em 2024. O preenchimento do consumo alimentar em prontuário eletrônico foi realizado em 49,7% das UBS na média nacional, com variações entre as regiões — destacando-se a região Nordeste, com 55,8%, e a região Sul, com apenas 33,2% das unidades. Quanto às atividades físicas, na média nacional, cerca de 40% das UBS ofereciam tais ações, e apenas 20,3% desenvolviam atividades pelo Programa Academia da Saúde. Atividades coletivas em grupos educativos foram realizadas em 67% das UBS, com maior proporção na região Nordeste (71,1%) e menor na região Sul (53,5%; Tabela 14).

Em relação ao cuidado compartilhado com a atenção especializada, em torno de 50% das UBS realizaram essa ação, com 43,6% das unidades possuindo lista atualizada de usuários encaminhados a outros pontos de atenção, com variação entre as regiões, de 37,1% no Sul a 46,0% no Nordeste (Tabela 14). A coordenação da fila de espera e o acompanhamento dos usuários com HAS foram dispositivos de organização do cuidado referidos por 80,4% das equipes participantes do 3º ciclo da avaliação externa do PMAQ em 2018 (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Tabela 14 – Atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à atenção às pessoas com HAS são realizadas:												
Verificação e registro da pressão arterial para controle	3.908	95,4	17.368	97,9	13.001	97,2	6.402	96,9	3.020	96,7	43.699	97,3
Consulta médica	3.693	90,2	17.501	98,7	13.121	98,1	6.447	97,6	3.066	98,2	43.828	97,6
Consulta de enfermagem	3.699	90,3	17.268	97,4	12.321	92,1	5.887	89,1	2.961	94,8	42.136	93,8
Solicitação de exames pela(o) enfermeira(o)	3.543	86,5	16.232	91,5	8.739	65,3	4.116	62,3	2.252	72,1	34.882	77,6
Prescrição de medicamentos pela(o) enfermeira(o)	2.865	69,9	11.332	63,9	4.225	31,6	1.825	27,6	1.274	40,8	21.521	44,9

Organização do cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti)	1.929	47,1	11.024	62,1	7.734	57,8	3.018	45,7	1.422	45,5	25.127	55,9
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada	1.550	37,8	8.565	48,3	8.166	61,1	3.482	52,7	1.489	47,7	23.252	51,7
Atividades coletivas em grupos educativos	2.485	60,7	12.618	71,1	9.387	70,2	3.533	53,5	2.091	66,9	30.114	67,0
Atividades físicas/ Academia da Saúde	1.443	35,2	7.084	39,9	6.045	45,2	2.340	35,4	1.262	40,4	18.174	40,4
Orientação sobre alimentação adequada e saudável para pessoas com HAS, com base no Guia Alimentar para a População Brasileira	3.048	74,4	14.531	81,9	10.398	77,7	4.753	71,9	2.358	75,5	35.088	78,1
Preenchimento e acompanhamento do consumo alimentar com marcadores no prontuário eletrônico	2.101	51,3	9.902	55,8	6.604	49,4	2.193	33,2	1.528	48,9	22.328	49,7
Monitorização residencial da pressão arterial (MRPA) para fins diagnósticos	2.196	53,6	9.921	55,9	6.257	46,8	2.737	41,4	1.541	49,3	22.652	50,4
Lista atualizada para acompanhamento de pessoas com HAS	2.954	72,1	14.441	81,4	9.946	74,4	4.619	69,9	2.267	72,6	34.227	76,2
Lista atualizada de usuários com HAS encaminhados a outros pontos de atenção	1.772	43,3	8.167	46,0	6.007	44,9	2.450	37,1	1.193	38,2	19.589	43,6
Práticas corporais e atividades físicas	1.662	40,6	7.538	42,5	6.555	49,0	2.293	34,7	1.252	40,1	19.300	42,9
Programa Academia da Saúde	785	19,2	3.868	21,8	2.533	19,1	1.144	17,3	814	26,1	9.164	20,3
Não são realizadas ações voltadas à atenção às pessoas com HAS	89	2,2	107	0,6	169	1,3	91	1,4	29	0,9	485	1,1

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção às pessoas com diabetes mellitus (DM)

De modo semelhante à atenção às pessoas com HAS, a quase totalidade das UBS brasileiras realiza ao menos uma ação dirigida à atenção às pessoas com DM. Na média nacional, a maior proporção é observada para a realização de consultas médicas (97,6%), seguida da solicitação de exames de glicemia de jejum (94,8%) e de hemoglobina glicada (94,6%), além da realização de consultas de enfermagem (94,0%). Apesar da alta proporção de consultas de enfermagem, apenas 48,3% das UBS informaram que esses profissionais prescrevem medicamentos, com maior frequência relativa registrada na região Norte (70,7%) e menor na região Sul (28,3%). As visitas domiciliares realizadas por ACS para busca ativa

de faltosos e de usuários de maior risco ultrapassou 80% das unidades do país, alcançando maior proporção na região Nordeste (quase 90%; Tabela 15).

Em relação à orientação para o autocuidado dos pés, 77,9% das UBS brasileiras afirmaram realizar essa prática, com 58,6% realizando o exame dos pés, ocorrendo a menor proporção na região Norte (47,7%). Em 2024, a realização de exame de fundo de olho/ retinografia foi registrada em 22,9% das UBS, também com menor proporção na região Norte (17,2%). Cerca de metade das UBS do país relatou dispensar glicosímetro e tiras reagentes aos usuários, sendo a situação mais crítica, mais uma vez, na região Norte (38,9%; Tabela 15).

Quanto às ações de promoção da saúde e prevenção, 63,8% das UBS informaram realizar atividades coletivas em grupos educativos, com menor proporção observada no Sul (50,4%). Ações de incentivo à prática de atividade física foram relatadas por 44,6% das unidades, enquanto a presença do Programa Academia da Saúde foi identificada em 21,9% delas, na média nacional. A orientação sobre alimentação adequada e saudável, segundo o Guia Alimentar da População Brasileira, está presente em 73,7% das unidades do país, com o registro da avaliação nutricional em prontuário eletrônico alcançando 69,3% (Tabela 15).

A existência de lista atualizada de pessoas com DM foi declarada por 75,6% das UBS no país. O cuidado compartilhado entre as UBS e os serviços de atenção especializada foi relatado por 49,1% das unidades, na média nacional, com menor proporção no Norte (34,9%). De modo semelhante, apenas 44,1% das UBS informaram manter lista atualizada de usuários encaminhados para outros pontos de atenção, sendo menor proporção verificada no Sul (37,8%; Tabela 15).

A estratificação de risco ocorre em 64,6% das UBS, com variação regionais: 51,7% no Norte e 70,5% no Sul (Tabela 15). Em 2018, 70,8% das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ dispunham de registro de pessoas com DM com maior risco/gravidade. Naquele mesmo ano, a coordenação da fila de espera e o acompanhamento dos usuários com DM foram referidos por 80,9% das equipes (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Tabela 15 – Atenção às pessoas com diabetes mellitus (DM) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações para atenção às pessoas com DM são realizadas:												
Consulta médica	3.695	90,2	17.520	98,5	13.134	98,2	6.456	97,7	3.076	98,5	43.881	97,6
Consulta de enfermagem	3.702	90,4	17.340	97,8	12.339	92,3	5.893	89,2	2.978	95,4	42.252	94,0
Consulta odontológica	2.854	69,7	14.301	80,6	9.551	71,4	4.843	73,3	2.381	76,2	33.930	75,5
Solicitação de exames pela(o) enfermeira(o)	3.588	87,6	16.338	92,1	9.182	68,7	4.383	66,3	2.312	74,0	35.803	79,7
Prescrição de medicamentos pela(o) enfermeira(o)	2.894	70,7	11.351	64,0	4.319	32,3	1.872	28,3	1.270	40,7	21.706	48,3

Estratificação de risco	2.116	51,7	11.713	66,0	8.628	64,5	4.656	70,5	1.897	60,7	29.010	64,6
Solicitação de exame de glicemia de jejum	3.641	88,9	17.061	96,2	12.698	94,9	6.227	94,2	2.949	94,4	42.576	94,8
Solicitação de exame de hemoglobina glicada	3.572	87,2	17.029	96,0	12.720	95,1	6.267	94,8	2.939	94,1	42.527	94,6
Exame de fundo de olho/retinografia	704	17,2	3.575	20,2	3.767	28,2	1.530	23,2	725	23,2	10.301	22,9
Exames dos pés	1.955	47,7	10.785	60,8	7.943	59,4	3.934	59,5	1.737	55,6	26.354	58,6
Orientação para o autocuidado dos pés	2.894	70,7	14.394	81,1	10.449	78,1	4.934	74,7	2.348	75,2	35.019	77,9
Atividades coletivas em grupos educativos	2.351	57,4	12.029	67,8	9.004	67,3	3.328	50,4	1.959	62,7	28.671	63,8
Atividades físicas	1.634	39,9	8.008	45,1	6.627	49,5	2.456	37,2	1.329	42,6	20.054	44,6
Dispensação de glicosímetro e tiras reagentes	1.595	38,9	8.204	46,2	7.999	59,8	3.799	57,5	1.618	51,8	23.215	51,7
Orientação para o uso de insulina (dose, aplicação, assepsia, descarte de materiais)	3.155	77,0	15.344	86,5	11.861	88,7	5.734	86,8	2.648	84,8	38.742	86,2
Visita domiciliar do ACS para busca ativa de faltosos e usuários de maior risco	3.422	83,5	15.947	89,9	10.536	78,8	5.165	78,2	2.591	83,0	37.661	83,8
Cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti)	1.910	46,6	11.020	62,1	7.770	58,1	3.072	46,5	1.410	45,1	25.182	56,0
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada	1.429	34,9	8.110	45,7	7.820	58,5	3.319	50,2	1.400	44,8	22.078	49,1
Orientação sobre alimentação adequada e saudável para pessoa com DM, com base no Guia Alimentar para a População Brasileira	2.796	68,3	13.702	77,2	9.977	74,6	4.463	67,5	2.172	69,5	33.110	73,7
Lista atualizada para acompanhamento de pessoas com DM	2.864	69,9	14.237	80,3	10.006	74,8	4.601	69,6	2.277	72,9	33.985	75,6
Lista atualizada dos usuários com DM encaminhados para outros pontos de atenção	1.757	42,9	8.208	46,3	6.135	45,9	2.498	37,8	1.222	39,1	19.820	44,1
Práticas corporais e atividades físicas	1.646	40,2	7.560	42,6	6.496	48,6	2.307	34,9	1.249	40,0	19.258	42,9
Programa Academia da Saúde	801	19,6	3.994	22,5	2.656	19,9	1.174	17,8	822	26,3	9.447	21,0
Avaliação do estado nutricional (peso e altura) com registro no prontuário	2.631	64,2	12.845	72,4	9.399	70,3	4.219	63,9	2.056	65,8	31.150	69,3
Não são realizadas ações voltadas à atenção às pessoas com DM	147	3,6	101	0,57	171	1,3	88	1,3	27	0,9	534	1,2

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção às pessoas com sobrepeso/obesidade

As ações dirigidas às pessoas com sobrepeso/obesidade com as maiores frequências foram as consultas médicas (92,9%) e as consultas de enfermagem (84,2%). A região Nordeste obteve as maiores proporções para essas ações (94,2% e 90,6% respectivamente). Quanto às consultas médicas, a menor proporção foi observada na região Norte (85%) e a menor na região Sul (75,6%). A consulta odontológica foi informada por 64,3% das UBS, com o Nordeste (70,0%) apresentando frequência acima do observado para o conjunto das unidades do país. A visita domiciliar realizada pelos ACS para busca de faltosos e usuários de maior risco foi reportada por 69,3% das unidades, com maior proporção no Nordeste (77,2%) e menor no Sul (56,7%; Tabela 16).

A realização de atividades coletivas em grupos educativos foi relatada por 43,9% das UBS brasileiras. Quanto à realização de ações voltadas à alimentação e nutrição, a maior proporção foi observada para o registro da avaliação nutricional em prontuário (85,7%), seguido pelo acompanhamento e orientação sobre estado nutricional e estratégias para manutenção de peso saudável (65,0%), orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (57,7%) e registro do acompanhamento do consumo alimentar em prontuário eletrônico (55,4%). As práticas corporais e atividades físicas estão presentes em 39% das UBS, enquanto a existência do Programa Academia da Saúde foi referida em menor proporção (19,5%; Tabela 16).

O cuidado compartilhado entre as UBS e a atenção especializada foi relatado por 41,0% das unidades, com menor proporção encontrada na região Norte (29,0%). Apenas 27,5% das UBS informaram dispor de lista atualizada de usuários encaminhados para outros pontos de atenção. O cuidado compartilhado com eMulti atingiu 54,4% das UBS, com menor proporção na região Centro-Oeste (43,5%; Tabela 16).

Tabela 16 – Atenção às pessoas com sobrepeso/obesidade nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à atenção às pessoas com sobrepeso/obesidade são realizadas:												
Avaliação do estado nutricional (peso e altura) com registro no prontuário	3.196	78,0	15.526	87,5	11.597	86,7	5.567	84,3	2.636	84,4	38.522	85,7
Preenchimento e acompanhamento do consumo alimentar com marcadores no prontuário eletrônico	2.258	55,1	10.799	60,9	7.380	55,2	2.753	41,7	1.703	54,5	24.893	55,4
Consulta médica	3.482	85,0	16.704	94,2	12.549	93,8	6.084	92,1	2.914	93,3	41.733	92,9
Consulta de enfermagem	3.394	82,7	16.062	90,6	10.783	80,6	4.996	75,6	2.610	83,6	37.845	84,2
Consulta odontológica	2.490	60,8	12.416	70,0	7.979	59,7	3.983	60,3	2.040	65,3	28.908	64,3

Visita domiciliar do ACS para busca ativa de faltosos e usuários de maior risco	2.992	73,0	13.685	77,2	8.662	64,8	3.745	56,7	2.040	65,3	31.124	69,3
Acompanhamento e orientação sobre o estado nutricional e estratégias para peso saudável	2.465	60,1	12.385	69,8	8.811	65,9	3.745	56,7	1.808	57,9	29.214	65,0
Cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti)	1.811	44,2	10.779	60,8	7.559	56,5	2.927	44,3	1.359	43,5	24.435	54,4
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada	1.186	29,0	6.753	38,1	6.757	50,5	2.542	38,5	1.192	38,2	18.430	41,0
Atividades coletivas em grupos educativos	1.616	39,4	8.143	45,9	6.666	49,8	2.086	31,6	1.217	39,0	19.728	43,9
Lista atualizada de acompanhamento de pessoas com sobrepeso/obesidade	1.502	36,7	7.295	41,1	5.177	38,7	1.767	26,7	929	29,7	16.670	37,1
Lista atualizada de acompanhamento dos usuários com sobrepeso/obesidade encaminhados a outros pontos de atenção	1.119	27,3	5.338	30,1	3.948	29,5	1.272	19,2	688	22,0	12.365	27,5
Práticas corporais e atividades físicas	1.419	34,6	6.877	38,8	6.129	45,8	2.011	30,4	1.100	35,2	17.536	39,0
Programa Academia da Saúde	744	18,1	3.771	21,3	2.463	18,4	1.054	15,9	739	23,7	8.771	19,5
Orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira	2.207	53,9	10.846	61,1	7.873	58,9	3.348	50,7	1.674	53,6	25.948	57,7
Não são realizadas ações para as pessoas com sobrepeso e obesidade	371	9,1	680	3,8	602	4,5	366	5,5	144	4,6	2.163	4,8

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção às pessoas com tuberculose e às pessoas com hanseníase

As ações de atenção às pessoas com tuberculose estão presentes em mais de 85% das UBS brasileiras, incluindo: consultas médicas (94,0%), consultas de enfermagem (88,8%), notificação de casos (87,2%), oferta de testagem para HIV (86,0%) e visita domiciliar do ACS, com busca ativa para avaliação de contatos (85,2%). A região Nordeste se destaca, apresentando valores acima de 88% em todas essas ações. A prescrição de tratamento pela(o) enfermeira(o) foi realizada em 43,8% das UBS na média nacional, com o menor valor registrado para a região Sul (23,9%). A lista atualizada para acompanhamento das pessoas com tuberculose está presente em 73,8% das unidades, com menor proporção observada também na região Sul (63,5%; Tabela 17). Em 2018, 83,7% das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ relataram possuir registros de pessoas com tuberculose em maior risco/gravidade (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

De acordo com o Censo das UBS 2024, a avaliação do estado nutricional com registro em prontuário foi realizada por 69,6% das UBS. O tratamento diretamente observado (TDO) atingiu 67,3% das unidades, na média nacional. Em 2018, essa proporção alcançou 96,9% das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021). O acompanhamento do controle mensal do BAAR no escarro foi registrado por 61,8% das unidades em 2024. A realização de cultura e de teste de sensibilidade a antibióticos para tuberculose foi mencionada por 36,5% das UBS brasileiras. O cuidado compartilhado com eMulti ocorreu em 49,7% das unidades, enquanto o cuidado compartilhado com atenção especializada alcançou em torno da metade das UBS no país (54,1%; Tabela 17).

Tabela 17 – Atenção às pessoas com tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à atenção às pessoas com tuberculose são realizadas:												
Consulta médica	3.613	88,2	17.120	96,5	12.426	92,9	6.068	91,8	2.999	96,0	42.226	94,0
Consulta de enfermagem	3.545	86,5	16.838	94,9	11.335	84,7	5.317	80,5	2.858	91,5	39.983	88,8
Prescrição de tratamento pelo(a) enfermeiro(a)	2.647	64,6	10.397	58,6	3.676	27,5	1.578	23,9	1.358	43,5	19.656	43,8
Visita domiciliar do ACS para busca ativa de faltosos e usuários de maior risco	3.547	86,6	16.424	92,6	10.637	79,5	5.223	79,1	2.682	85,9	38.513	85,7
Busca ativa para avaliação de contatos	3.381	82,5	15.969	90,0	11.048	82,6	5.183	78,5	2.698	86,4	38.279	85,2
Busca ativa de faltosos ou de casos com abandono de tratamento	3.342	81,6	15.675	88,4	11.077	82,8	5.218	79,0	2.633	84,3	37.945	84,4
Oferta de testagem para HIV	3.388	82,7	15.861	89,4	11.171	83,5	5.517	83,5	2.711	86,8	38.648	86,0
Cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti)	1.781	43,4	9.757	55,0	6.869	51,4	2.663	40,3	1.260	40,3	22.330	49,7
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada	1.686	41,2	9.039	51,0	8.343	62,3	3.638	55,1	1.608	51,5	24.314	54,1
Tratamento diretamente observado (TDO)	2.609	63,7	12.616	71,1	8.633	64,5	4.204	63,6	2.160	69,2	30.222	67,3
Notificação de casos de tuberculose	3.374	82,3	16.110	90,8	11.359	84,9	5.489	83,1	2.831	90,7	39.163	87,2
Lista atualizada de acompanhamento de pessoas com tuberculose	2.988	72,9	14.147	79,8	9.415	70,4	4.195	63,5	2.400	76,9	33.145	73,8
Avaliação do estado nutricional (peso e altura) com registro no prontuário	2.839	69,3	13.696	77,2	8.845	66,1	3.730	56,5	2.180	69,8	31.290	69,6

Controle mensal de acompanhamento com BAAR no escarro	2.687	65,6	11.574	65,2	7.936	59,3	3.522	53,3	2.040	65,3	27.759	61,8
Realização de cultura e teste de sensibilidade a antibióticos para tuberculose	1.524	37,2	6.395	36,0	5.025	37,6	2.241	33,9	1.223	39,2	16.408	36,5
Não são realizadas ações voltadas à atenção às pessoas com tuberculose	278	6,8	456	2,6	640	4,8	380	5,8	87	2,8	1.841	4,1

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

No que diz respeito às ações de atenção a pessoas com hanseníase, quatro delas ultrapassaram a proporção de 85% nas UBS do país: consultas médicas (94,0%), consultas de enfermagem (88,8%), visita domiciliar do ACS para busca ativa de faltosos e usuários de maior risco (85,7%) e busca ativa para avaliação de contatos (85,2%). A busca ativa de faltosos ou de casos com abandono de tratamento foi realizada em 79,1% das UBS brasileiras. O tratamento da hanseníase foi oferecido em 70,8% das unidades, na média nacional. Contudo, as regiões Centro-Oeste (86,1%), Nordeste (84,1%) e Norte (76,6%) alcançaram proporções acima de 76% nessa variável, com os menores valores registrados para as regiões Sudeste (56,4%) e Sul (53,5%). A prescrição do tratamento por enfermeiras(os) ocorreu em 35,7% das UBS, destacando-se menor proporção na região Sul (14,5%). O teste rápido de hanseníase para avaliação de contatos foi confirmado por 40,3% das UBS do país, com a região Sul apresentando a menor proporção (22,6%). O cuidado compartilhado com eMulti e com atenção especializada foi informado por aproximadamente 47% das UBS (Tabela 18).

Tabela 18 – Atenção às pessoas com hanseníase nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à atenção às pessoas com hanseníase são realizadas:												
Consulta médica	3.585	87,5	17.051	96,1	11.954	89,4	5.513	83,4	3.015	96,5	41.118	91,5
Consulta de enfermagem	3.533	86,3	16.733	94,3	10.608	79,3	4.616	69,9	2.868	91,8	38.358	85,4
Visita domiciliar do ACS para busca ativa de usuários	3.524	86,0	16.411	92,5	10.096	75,5	4.545	68,8	2.740	87,8	37.316	83,0
Teste rápido de hanseníase para avaliação de contatos	2.243	54,8	9.022	50,9	3.625	27,1	1.490	22,6	1.722	55,1	18.102	40,3

Busca ativa de faltosos ou de casos com abandono de tratamento	3.273	80,0	15.438	87,0	9.852	73,7	4.305	65,2	2.668	85,4	35.536	79,1
Cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti)	1.791	43,7	9.777	55,1	6.325	47,3	2.311	35,0	1.308	41,9	21.512	47,9
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada	1.729	42,2	9.312	52,6	7.883	58,9	3.162	47,9	1.715	54,9	23.801	47,0
Tratamento	3.137	76,6	14.921	84,1	7.542	56,4	3.534	53,5	2.688	86,1	31.822	70,8
Prescrição de tratamento pela(o) enfermeira(o)	2.370	57,9	9.094	51,3	2.351	47,6	937	14,2	1.282	41,1	16.034	35,7
Notificação de casos de hanseníase	3.350	81,8	16.006	90,2	10.268	76,8	4.656	70,5	2.844	91,1	37.124	82,6
Lista atualizada de acompanhamento de pessoas com hanseníase	2.951	72,1	13.917	78,5	7.958	59,5	3.238	49,0	2.434	77,9	30.498	67,9
Lista atualizada de acompanhamento dos usuários com hanseníase encaminhados a outros pontos de atenção	2.080	50,8	9.807	55,3	5.930	44,3	2.251	34,1	1.674	53,6	21.742	48,4
Avaliação do estado nutricional (peso e altura) com registro no prontuário eletrônico	2.479	60,5	12.240	69,0	7.179	53,7	2.874	43,5	2.036	65,2	26.808	59,7
Não são realizadas ações voltadas à atenção às pessoas com hanseníase	304	7,4	537	3,0	1.124	8,4	984	14,9	79	2,5	3.028	6,8

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção em saúde mental e às pessoas em situação de violência

A Atenção Básica desempenha um papel essencial no cuidado da saúde mental, funcionando como porta de entrada para as demandas psíquicas e psicológicas da população. Ela é fundamental para a articulação com a Rede de Atenção Psicossocial, contribuindo para a implementação da reforma psiquiátrica e para a promoção de novos modelos de cuidado alinhados aos princípios da integralidade, multiprofissionalidade e intersetorialidade. Nesse contexto, a APS não se limita à escuta e ao acolhimento: também atua no diagnóstico precoce, na busca ativa, no acompanhamento contínuo, no encaminhamento para serviços especializados quando necessário e no tratamento com psicofármacos.

A atuação da Atenção Básica no território a torna o ponto de contato mais próximo dos usuários, promovendo o vínculo e a continuidade do cuidado. Seu papel é fundamental para a organização da Rede de Atenção à Saúde, permitindo identificar necessidades de saúde mental e elaborar projetos terapêuticos singulares, além de coordenar o fluxo dos usuários

entre os diversos pontos da rede. Dessa forma, garante-se que a programação dos serviços de saúde seja orientada pelas demandas reais da população. Além disso, busca-se promover a autonomia dos indivíduos, com foco na humanização do cuidado e na equidade no acesso aos serviços de saúde mental (Brasil, 2013d).

De acordo com o Censo das UBS 2024, a maioria das unidades do país realiza consulta médica para pessoas com sofrimento psíquico (95,6%), com destaque para a região Nordeste (97,1%), seguida pela região Centro-Oeste. Quanto às consultas de enfermagem, estas foram citadas em 84,7% das unidades, com maior proporção na região Nordeste (88,1%), seguida pelas regiões Sul e Sudeste, ambas com 83,2% (Tabela 19). Em comparação com os 2º e 3º ciclos do PMAQ (n = 26.259 em ambos), a oferta de atendimentos a pessoas com sofrimento psíquico se manteve estável, com frequências de 88,2% e 95,9% das equipes, respectivamente (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

A visita domiciliar do ACS para busca ativa de usuários foi referida por 82,3% das UBS brasileiras, com maior proporção na região Nordeste (88,6%), seguida pela região Norte (79,3%; Tabela 19).

O percentual de UBS com atendimentos a usuários de crack, álcool e outras drogas apresentou variação relativa entre as regiões, alcançando 55,9% no Brasil, com maior proporção no Sul (67,1%) e menor no Norte (40,8%; Tabela 19).

Em relação ao cuidado compartilhado com os CAPS, a média no Brasil foi de 71,1%, cuja região com maior expoente foi a Sudeste (78,8%), seguida pelas regiões Nordeste e Sul (ambas com 70%). A região Norte registrou a menor proporção de cuidado compartilhado com os CAPS (58,1%; Tabela 19).

O cuidado compartilhado com eMulti atingiu pouco mais de metade das UBS (56,8%), com maior proporção na região Sudeste (60,5%) e menor nas regiões Norte e Centro-Oeste (45% cada). Já o cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada ocorreu em 51,9% das UBS, sendo mais frequente na região Sudeste (62,3%) e menos na região Norte (34,6%; Tabela 19).

O tratamento com psicofármacos foi citado por 64,9% das unidades, destacando-se a região Sul com a maior proporção (74,2%) e a região Norte com a menor (49,8%; Tabela 19).

A adoção de lista atualizada para acompanhamento dos usuários em sofrimento psíquico encaminhados a outros pontos de atenção foi citada por 43,5% das UBS. Esse resultado aproxima-se dos dados do PMAQ, que indicaram disponibilidade de registro do número dos casos mais graves de usuários com transtorno mental em 40,8% (n = 6.906) das equipes no 1º ciclo, 58,1% (n = 17.292) no 2º ciclo e 70,6% (n = 26.355) no 3º ciclo (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

As atividades coletivas em grupos educativos voltadas para pessoas em sofrimento psíquico foram pouco referidas, ocorrendo em 36,5% (n = 16.381) das UBS, com maior

proporção no Nordeste (37,4%; n = 6.627). Ainda assim, 1.276 unidades ainda não realizam ações voltadas a esse público, o que representa um desafio (Tabela 19).

Em relação aos dados do PMAQ, o atendimento a usuários com sofrimento psíquico foi confirmado por 32,7% (n = 7.262) das equipes no 1º ciclo e por 39,7% (n = 11.814) no 2º ciclo. No 3º ciclo, 95,0% das 4.110 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) avaliadas mencionaram realizar atividades de saúde mental em apoio às UBS (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Tabela 19 – Atenção em saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à atenção às pessoas em sofrimento psíquico são realizadas:												
Consulta médica	3.540	86,4	17.220	97,1	12.808	95,8	6.387	96,7	3.024	96,8	42.979	95,6
Consulta de enfermagem	3.236	79,0	15.635	88,1	11.120	83,2	5.499	83,2	2.570	82,3	38.060	84,7
Visita domiciliar do ACS para busca ativa de usuários	3.247	79,3	15.717	88,6	10.393	77,7	5.197	78,7	2.440	78,1	36.994	82,3
Atendimentos a usuários de crack, álcool e drogas ilícitas	1.673	40,8	8.992	50,7	8.410	62,9	4.436	67,1	1.598	51,2	25.109	55,9
Cuidado compartilhado com CAPS	2.390	58,4	12.494	70,4	10.536	78,8	4.634	70,1	1.909	61,1	31.963	71,1
Cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti)	1.861	45,4	10.732	60,5	8.086	60,5	3.406	51,6	1.422	45,5	25.507	56,8
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada	1.416	34,6	8.287	46,7	8.332	62,3	3.810	57,7	1.487	47,6	23.332	51,9
Tratamento com psicofármacos	2.038	49,8	11.370	64,1	8.814	65,9	4.900	74,2	2.001	64,1	29.123	64,9
Lista atualizada de acompanhamento dos usuários em sofrimento psíquico encaminhados a outros pontos de atenção	1.680	41,0	8.199	46,2	6.152	46,0	2.467	37,3	1.063	34,0	19.561	43,5
Atividades coletivas em grupos educativos	1.312	32,0	6.627	37,4	5.481	41,0	2.071	31,4	890	28,5	16.381	36,5
Não são realizadas ações para as pessoas em sofrimento psíquico	360	8,8	331	2,0	386	2,9	137	2,1	62	2,0	1.276	2,9

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

A OMS conceitua a violência como “uso intencional de força ou poder físico real ou ameaçado contra si mesmo, uma pessoa, grupo ou comunidade que resulte na probabilidade de dano psicológico, lesão, morte, privação ou deficiência de desenvolvimento” e estabelece a violência como problema de saúde pública. Trata-se de um fenômeno multifatorial, com

causas complexas e correlacionadas com determinantes sociais e econômicos, como desemprego, baixa escolaridade, concentração de renda e exclusão social, além de aspectos comportamentais e culturais, incluindo machismo, racismo e homofobia.

No Brasil, sabe-se que os eventos letais não são a maior dimensão do problema da violência. Maus-tratos, exploração do trabalho e diversos tipos de violência que vitimizam mulheres, pessoas idosas, pessoas portadoras de deficiência, crianças e adolescentes ainda são subnotificados em relação à sua real magnitude e gravidade (Brasil, 2008). As pessoas afetadas por estas condições frequentam as UBS, demandando cuidados diretos ou indiretos ao contexto de violência, acompanhamento longitudinal e, eventualmente, articulação com outros serviços.

De acordo com os dados obtidos no Censo das UBS 2024, a atenção a pessoas em situação de violência ocorreu na maior parte das unidades. O acolhimento por médica(o) foi citado em 92% dos serviços, proporção semelhante à observada para o acolhimento por enfermeira(o). Contudo, o acolhimento realizado por dentista ainda se mostrava incipiente, ocorrendo em 53% das UBS (Tabela 20).

O cuidado compartilhado com eMulti foi referido em 58% das UBS, com destaque para as regiões Nordeste e Sudeste, ambas com 61%. Já o cuidado compartilhado com a atenção ambulatorial especializada foi realizado em metade das UBS. O encaminhamento para serviços de assistência social, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro Regional Especializado de Assistência Social (CREAS), foi ligeiramente mais frequente, registrado em 86% das UBS, proporção semelhante à observada para o encaminhamento de casos de violência contra crianças e/ou adolescentes ao Conselho Tutelar (84%), com destaque para as regiões Sudeste e Sul, que apresentaram as maiores proporções (87%; Tabela 20).

A notificação compulsória de casos de violências está presente em 83% das UBS, com destaque para o Sudeste (88%). A orientação para registro de Boletim de Ocorrência ocorreu em 81% das unidades, sendo mais frequente no Sul (86%). As ações de profilaxia pós-exposição a IST e de oferta de contracepção de emergência em situações de violência sexual foram citadas por menos da metade das UBS, correspondendo a 38% e 45%, respectivamente. Do universo das unidades, 4,2% responderam não realizar ações voltadas às pessoas em situação de violência (Tabela 20).

Tabela 20 – Atenção às pessoas em situação de violência nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à atenção às pessoas em situação de violência são realizadas:												
Acolhimento e escuta pela(o) médica(o)	3.378	82,5	16.393	92,4	12.594	94,1	6.182	93,6	2.962	94,8	41.509	92,4
Acolhimento e escuta pela(o) enfermeira(o)	3.482	85,0	16.433	92,6	12.618	94,3	6.168	93,3	2.897	92,8	41.598	92,6

Acolhimento e escuta pela(o) dentista	1.867	45,6	10.441	58,8	6.641	49,7	3.248	49,1	1.705	54,6	23.902	53,2
Cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti)	1.970	48,1	10.956	61,8	8.281	61,9	3.478	52,6	1.539	49,3	26.224	58,4
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada	1.500	36,6	7.972	44,9	8.237	61,6	3.556	53,8	1.557	49,9	22.822	50,8
Notificação compulsória de casos de violência	3.104	75,8	14.438	81,4	11.526	86,2	5.835	88,3	2.632	84,3	37.535	83,5
Profilaxia pós-exposição de infecções sexualmente transmissíveis (IST) em situação de violência sexual	1.523	37,2	6.438	36,3	4.597	34,4	3.284	49,7	1.378	44,1	17.220	38,3
Contracepção de emergência para pessoas em situação de violência sexual	1.812	44,2	8.728	49,2	5.115	38,2	3.582	54,2	1.399	44,8	20.636	45,9
Encaminhamento para serviços de assistência social (CRAS, CREAS, dentre outros)	3.202	78,2	15.228	85,8	11.961	89,4	5.863	88,7	2.694	86,3	38.948	86,7
Encaminhamento para conselho tutelar dos casos de violência contra criança e/ou adolescente	3.158	77,1	14.720	83,0	11.739	87,8	5.810	87,9	2.631	84,2	38.058	84,7
Orientação para registrar Boletim de Ocorrência	3.141	76,7	13.894	78,3	11.356	84,9	5.694	86,2	2.606	83,4	36.691	81,6
Não são realizadas ações para as pessoas em situação de violência	356	8,7	801	4,5	404	3,0	231	3,5	105	3,4	1.897	4,2

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção à saúde das pessoas idosas

O Censo das UBS 2024 revelou que, no país, 63,0% das unidades realizam avaliação multidimensional para determinação do grau de autonomia e independência da pessoa idosa e aplicam a escala para classificação de risco. A região Sul apresentou o melhor desempenho nesse quesito, com 71,5% das UBS realizando tais procedimentos, seguida pelas regiões Nordeste (63,3%) e Centro-Oeste (60,5%). As menores proporções foram observadas nas regiões Norte e Sudeste (ambas com 59,4%; Tabela 21).

Pesquisas demonstram que as condições de saúde bucal das pessoas idosas podem comprometer sua qualidade de vida e acarretar outros problemas de saúde, uma vez que essa “população está mais propensa ao edentulismo e alta prevalência de cárie e doenças periodontais” (Moreira et al., 2005), ou seja, à perda total ou parcial dos dentes permanentes, com impactos na qualidade de vida, prejuízos funcionais, nutricionais, estéticos, psicológicos e sociais. O Censo das UBS 2024 revelou que, no país, 75,7% das UBS realizam atendimento de saúde bucal

voltado à população idosa. A maior proporção foi observada na região Nordeste (79,0%), seguida das regiões Centro-Oeste (77,3%), Sul (76,0%), Sudeste (72,3%) e Norte (68,2%; Tabela 21).

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa expõe em sua apresentação que “integra um conjunto de iniciativas que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas no Sistema Único de Saúde”. Trata-se de um instrumento proposto para auxiliar no bom manejo da saúde dessa população, podendo ser usado tanto pelas equipes de saúde, quanto pelas próprias pessoas idosas, familiares e cuidadores. Conforme descrito, “as informações contidas na caderneta de saúde da pessoa idosa contribuem no Plano de Cuidado a ser construído em conjunto com os profissionais de saúde, permitindo a identificação de suas vulnerabilidades e orientações para seu autocuidado” (Brasil, 2021). Durante o Censo das UBS 2024, 64,3% das unidades do país confirmaram ofertar e preencher a caderneta. Destaca-se na realização dessas ações as regiões Norte e Nordeste, com 72,5% e 74,2%, respectivamente, seguidas pela região Centro-Oeste (62,6%) A menor proporção de oferta e preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa foi encontrada para a região Sul (56,5%; Tabela 21).

No Censo, três questões buscaram avaliar aspectos relacionados à alimentação da pessoa idosa, abordando: a orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira; a avaliação do estado nutricional (peso e altura), com registro no prontuário; e o preenchimento e acompanhamento do consumo alimentar com os marcadores de consumo alimentar no prontuário eletrônico. Os resultados indicaram que cerca de 74% das UBS realizam ações de orientação e avaliação do estado nutricional com aferição de peso e altura. No entanto, o acompanhamento sistemático, com anotações das avaliações no prontuário eletrônico, não atingiu 50% das unidades do país (Tabela 21).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) preconiza que, para este grupo com alto grau de dependência funcional, “é possível a criação de ambientes físicos, sociais e atitudinais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas com incapacidades, tendo como uma das metas ampliar a participação social dessas pessoas na sociedade” (Brasil, 2021). O Censo de 2024 revelou que as ações em grupos de atividades físicas e grupos de convivência foram citadas por uma proporção inferior a 50,0% das UBS do país; já o encaminhamento para centros de convivência atingiu um percentual inferior a 30% das unidades (Tabela 21).

Nos indicadores de mortalidade geral apresentados pelo Tabnet/ Datasus em 2024, as quedas continuam figurando entre as principais causas de óbito no grupo etário acima de 60 anos. Por se tratar de uma causa passível de prevenção, o tema deve ser objeto de atenção tanto das famílias quanto do sistema de saúde, por meio campanhas educativas e orientações realizadas pelos profissionais da APS. O Censo revelou que houve uma variação mínima na proporção entre as regiões, com média nacional de 82,0% das unidades relatando oferecer orientações sobre prevenção de quedas voltadas às pessoas idosas (Tabela 21).

Das 44.938 UBS que responderam ao Censo, 38.717 (86,1%) afirmaram que os ACS realizam visitas domiciliares de apoio social às pessoas idosas (Tabela 21).

O aumento da população idosa implicou na presença de cuidadores no próprio lar, muitas vezes por opção da família ou da própria pessoa idosa. Alguns profissionais são contratados especificamente para essa função, mas, na maioria dos casos, membros da família exercem esse papel, demandando orientações da equipe de saúde sobre procedimentos e cuidados necessários. Segundo o Censo das UBS 2024, esta ação está presente em 75,3% das UBS brasileiras, com menor proporção na região Norte (66,8%) e variação entre 72,3% e 78,0% nas demais regiões (Tabela 21).

Ações intersetoriais em relação à atenção à saúde da pessoa idosa são fundamentais para potencializar a capacidade da equipe em dar respostas às necessidades dessa população e de seus familiares. Duas políticas que convergem suas ações neste trabalho são as de saúde e de assistência social. O CREAS tem como objetivo atender os casos em que há violação de direitos, como violência, maus tratos e negligências. A interlocução da rede de APS com a rede especializada é outra ação integrada muito importante. No Censo, 47,8% das UBS responderam desenvolver ações intersetoriais em relação à saúde da pessoa idosa, ultrapassando 50% apenas na região Sudeste (Tabela 21).

Tabela 21 – Atenção à saúde das pessoas idosas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à atenção às pessoas idosas são realizadas												
Avaliação multidimensional	2.435	59,4	11.239	63,3	7.954	59,4	4.723	71,5	1.889	60,5	28.240	63,0
Atendimento em saúde bucal	2.795	68,2	14.024	79,0	9.743	72,3	5.020	76,0	2.417	77,3	33.998	75,7
Oferta e preenchimento da caderneta da pessoa idosa	2.971	72,5	13.162	74,2	7.059	52,8	3.739	56,5	1.954	62,6	28.885	64,3
Orientação sobre alimentação adequada e saudável para pessoa idosa com base no Guia Alimentar para a População Brasileira	2.904	71,0	13.731	77,4	9.610	71,9	4.458	67,5	2.170	69,5	32.873	73,1
Avaliação do estado nutricional (peso e altura) com registro no prontuário	2.912	71,0	13.565	76,4	9.929	74,2	4.602	70,0	2.272	73,0	33.280	74,0
Preenchimento e acompanhamento do consumo alimentar com marcadores no prontuário eletrônico	2.111	51,5	9.596	54,1	6.474	48,4	2.326	35,2	1.539	49,2	22.046	49,0
Grupos de atividades físicas	1.724	42,0	7.598	42,9	7.083	53,0	2.702	40,9	1.396	44,7	20.503	45,6
Grupos de convivência	992	24,2	4.268	24,0	4.053	30,3	1.957	29,6	828	26,5	12.098	27,0
Encaminhamento a centros de convivência	1.650	40,2	6.768	38,1	6.382	47,8	2.768	41,9	1.477	47,2	19.045	42,3
Orientação para prevenção de quedas	3.201	78,1	14.896	84,0	10.855	81,1	5.273	79,9	2.530	81,0	36.755	82,0

Visita domiciliar do ACS para apoio social	3.448	85,1	16.162	91,1	10.910	81,6	5.472	82,3	2.685	86	38.717	86,1
Apoio/orientação aos cuidadores	2.733	66,8	13.600	76,7	10.415	78,0	4.847	73,3	2.258	72,3	33.853	75,3
Ações intersetoriais	1.698	41,4	1.265	48,6	7.297	54,6	3.153	47,8	1.265	40,5	22.032	47,8

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção Integral à Saúde do Homem

No Brasil, a saúde do homem ganhou maior visibilidade a partir do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), formalizada em 27 de agosto de 2009. Essa política tem como objetivo a qualificação da assistência à saúde masculina por meio de linhas de cuidado, de modo a garantir a integralidade da atenção e a qualificação da APS, sobretudo nas ações de promoção da saúde e na prevenção de agravos evitáveis (Brasil, 2009).

Os eixos temáticos da PNAISH incluem o acesso e acolhimento, a saúde sexual e reprodutiva, a paternidade e o cuidado, as doenças prevalentes na população masculina e a prevenção de violências e acidentes, contribuindo assim para a redução da morbidade e da mortalidade masculina e abordando de maneira abrangente os fatores de risco e vulnerabilidades associados.

A saúde do homem foi objeto de investigação no Censo das UBS, com 73,5% dos serviços referindo oferecer ações para identificação dos fatores de risco das doenças e agravos mais prevalentes na população masculina. Esta proporção foi maior no Nordeste (76,5%) e menor no Norte (70,0%; Tabela 22).

O programa Pré-Natal do Parceiro foi implementado em 2011, como parte da PNAISH, com o objetivo de promover a saúde do homem e reduzir a desigualdade de gênero, estimulando a paternidade ativa ainda na gestação, durante e após o nascimento (Brasil, 2018).

Entre 2021 e 2023, o Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde foi revisado (originalmente publicado em 2016), com o objetivo de orientar profissionais e gestoras(es) do SUS sobre a importância do envolvimento masculino em todo o ciclo gravídico-puerperal (Brasil, 2023).

Neste Censo, a realização do pré-natal do parceiro mostrou-se ainda incipiente no Brasil: apenas dois terços (64,0%) dos serviços relataram realizar essa ação, com pior desempenho na região Sudeste e maior na região Norte. A incorporação dos homens às atividades educativas voltadas ao planejamento familiar foi referida por 44,7% das UBS, sendo mais frequente no Sudeste (52,6%) e menos no Sul (34,0%; Tabela 22).

As ações de educação em saúde em lugares frequentados por homens foram mencionadas por 37,3% dos respondentes, proporção que chegou a 26,6% na região Sul e 43,9% na região Norte (Tabela 22).

A realização de grupos de discussão sobre masculinidades, cuidado e saúde foi citada por 21% das UBS brasileiras, sendo mais frequentes nas regiões Norte e Nordeste (24%). O

tema se mostrou pouco debatido na região Sul, com apenas 11% dos serviços oferecendo esta atividade (Tabela 22).

A oferta de atividades educativas voltadas à prevenção de violências, acidentes e uso de álcool e outras drogas foi referida por 38% das UBS, com variações importantes entre as regiões: as maiores proporções foram verificadas nas regiões Norte (43,5%) e Nordeste (43,6%) e a menor na região Sul (24,5%; Tabela 22).

A realização de orientação à população masculina quanto ao diagnóstico precoce do câncer de próstata foi citada por 79,2% das unidades, com maior frequência na região Nordeste (82,7%) e menor na região Sul (71,8%; Tabela 22).

As ações comemorativas realizadas em virtude do dia internacional do homem no mês de novembro (Novembro Azul) ocorreram em 83% das UBS, principalmente nas regiões Nordeste (86,1%) e Sudeste (83,0%). A menor proporção foi encontrada para o Sul, uma vez que 78,4% das unidades referiram ofertar tais ações (Tabela 22).

Por fim, 56,0% das UBS referiram oferecer orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira, com maior oferta nas regiões Nordeste (60,0%) e Norte (57,1%) e menor na região Sul (46,3%; Tabela 22).

Tabela 22 – Atenção Integral à Saúde do Homem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações específicas voltadas à atenção integral à saúde do homem são realizadas:												
Identificação de fatores de risco de doenças e agravos mais prevalentes na população masculina	2.869	70,0	13.572	76,5	9.728	72,8	4.653	70,4	2.197	70,3	33.019	73,5
Pré-natal do parceiro	2.873	70,1	11.432	64,4	7.915	59,1	4.468	67,7	2.111	67,7	28.799	64,0
Incorporação dos homens nas atividades educativas voltadas ao planejamento familiar	1.864	45,5	7.536	42,5	7.031	52,6	2.248	34	1.394	44,6	20.073	44,7
Ações de educação em saúde em lugares frequentados por homens	1.796	43,9	7.338	41,5	4.844	36,2	1.757	26,6	1.044	33,4	16.779	37,3
Grupos de discussão sobre masculinidades, cuidado e saúde	992	24,2	4.316	24,3	2.861	21,3	762	11,3	497	15,6	9.428	21,0
Oferta de atividades educativas voltadas à prevenção de violência, acidentes e uso de álcool e outras drogas	1.783	43,5	7.731	43,6	5.044	37,8	1.617	24,5	912	29,2	17.087	38,0
Orientação da população masculina quanto ao diagnóstico precoce do câncer de próstata	3.140	76,7	14.669	82,7	10.719	80,1	4.745	71,8	2.325	74,4	35.598	79,2

Ações comemorativas do Dia internacional do homem (ações do Novembro Azul)	3.247	79,2	15.284	86,1	11.101	83	5.178	78,4	2.508	80,3	37.318	83,0
Orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira	2.339	57,1	10.659	60,0	7.484	56	3.062	46,3	1.600	51,2	25.144	56,0
Não são realizadas ações específicas voltadas à atenção integral à saúde do homem	336	8,2	550	3,1	688	5,1	364	5,5	172	5,5	2.110	4,7

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção às pessoas acamadas

A assistência domiciliar foi regulamentada em 2002 pela Lei nº 10.424, que prevê que o SUS ofereça atendimento domiciliar e internação domiciliar, compreendendo procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social. O atendimento domiciliar está indicado para pessoas em situação de vulnerabilidade, com estabilidade clínica, que necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar (Brasil, 2011).

Em 2016, a Portaria nº 825 redefiniu a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS, atualizando as equipes habilitadas. Mais recentemente, a Lei nº 15.069/2024 criou a Política Nacional de Cuidados com a finalidade de abranger o direito de ser cuidado, de cuidar e de praticar o autocuidado. A norma propõe que a responsabilidade pelo cuidado seja compartilhada entre o Estado, as famílias, o setor privado e a sociedade civil, promovendo uma abordagem integrada e inclusiva. Essa abordagem colaborativa visa criar uma rede de suporte robusta e eficaz. O objetivo é garantir o direito ao cuidado, por meio da promoção da corresponsabilização social e da valorização do trabalho de cuidado, conferindo visibilidade tanto à pessoa que o recebe quanto àquela que o oferece.

A resolução do COFEN Nº 766, publicada em novembro de 2024, aprovou as normas e diretrizes para a atuação da Equipe de Enfermagem na Atenção Domiciliar, englobando as modalidades de atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar.

No Censo das UBS 2024, foi observado que praticamente 95% das equipes das UBS realizavam atendimento médico e de enfermagem no domicílio, com menores proporções na região Norte. O atendimento domiciliar realizado por dentistas foi relatado por 60% das unidades brasileiras, com maior participação no atendimento domiciliar na região Nordeste (68%). Já visita domiciliar pelos ACS foi referida por 92% das UBS do país, com menor proporção na região Sudeste (87%; Tabela 23).

Dentre as ações realizadas no domicílio, destacam-se a aferição da pressão arterial (94,3%), vacinação (93,2%), realização de curativos (93,1%) e verificação da glicemia capilar (91,5%). A retirada de pontos foi referida por 88% das UBS, seguida da aplicação

de medicamentos por via intramuscular (81,7%) e da verificação da saturação de oxigênio (80,2%). A realização de sondagem vesical foi uma ação realizada por 74% das UBS do país, seguida pelo desbridamento de feridas (65,1%), aplicação de medicação endovenosa (60,6%) e troca de bolsa de ostomia (60,7%; Tabela 23).

O cuidado paliativo foi referido por 69,6% das unidades brasileiras, com maior proporção na região Sul (76,2%) e menor na região Norte (62%). A identificação da necessidade de terapia nutricional no domicílio foi mencionada por 61,7% das UBS, seguindo o mesmo padrão do cuidado paliativo, com maior proporção na região Sul (73,8%). As UBS também relataram, em menores proporções, o apoio para fornecimento de oxigênio (56,8%) e de colchão piramidal (24,6%; Tabela 23).

A orientação para familiares e cuidadores de usuários acamados foi referida por 87,5% das UBS, enquanto a oferta para serviços aos cuidadores foi de 46,7% e o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar alcançou 48,6% do total das equipes (Tabela 23).

Na avaliação do PMAQ foi verificado que apenas 42,3% (n = 7.240) das equipes no 1º ciclo e 71,8% (n = 21.392) no 2º ciclo tinham disponível algum protocolo ou documento com definição de situações prioritárias para visita domiciliar. Foi observado que 70,7% (n = 12.105) das equipes no 1º ciclo e 71,0% (n = 21.150) no 2º ciclo possuíam o levantamento dos usuários adscritos que necessitavam receber cuidados no domicílio. Já o registro de usuários acamados em domicílios do território foi relatado por 70,2% (n = 12.033) das equipes no 1º ciclo e 78,3% (n = 23.305) no 2º ciclo, mostrando uma tendência de aumento dos registros para subsidiar as atividades das UBS (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

Tabela 23 – Atenção às pessoas acamada(s) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações no domicílio para pessoas acamadas são realizadas:												
Atendimento domiciliar pela(o) médica(o)	3.593	87,7	17.320	97,7	12.220	91,4	6.232	94,3	2.979	95,4	42.344	94,2
Atendimento domiciliar pela(o) enfermeira(o)	3.699	90,3	17.319	97,6	12.431	93,0	6.279	95,0	2.968	95,0	42.696	95,0
Atendimento domiciliar pela(o) dentista	2.176	53,1	12.078	68,1	7.251	54,2	3.596	54,4	1.767	56,6	26.868	59,8
Atendimento domiciliar de profissionais da equipe multiprofissional (eMulti)	2.125	51,9	12.010	67,7	8.439	63,1	3.636	55,0	1.602	51,3	27.812	61,9
Visita domiciliar do ACS	3.715	90,7	17.172	96,8	11.631	87,0	5.971	90,4	2.897	92,8	41.386	92,1
Vacinação	3.542	86,5	17.188	96,9	12.225	91,4	6.041	91,4	2.861	91,6	41.857	93,2
Aferição de pressão arterial	3.810	93,0	17.172	96,8	12.288	91,9	6.209	94,0	2.914	93,3	42.393	94,3

Aferição de saturação de oxigênio	3.015	73,6	13.546	76,4	11.054	82,7	5.957	90,2	2.648	84,8	36.220	80,6
Glicemia capilar/dextro	3.602	87,9	16.537	93,2	12.048	90,1	6.089	92,2	2.854	91,4	41.130	91,5
Curativo	3.693	90,2	16.859	95,1	12.194	91,2	6.225	94,2	2.870	91,9	41.841	93,1
Desbridamento de feridas	2.350	57,4	10.200	57,5	9.508	71,1	5.165	78,2	2.020	64,7	29.243	65,1
Coleta de material para exames clínicos	1.743	42,6	7.466	42,1	8.895	66,5	3.782	57,2	1.699	54,4	23.585	52,5
Retirada de pontos	3.375	82,4	16.054	90,5	11.500	86,0	5.947	90,0	2.656	85,1	39.532	88,0
Sondagem nasogástrica	1.386	33,8	6.549	36,9	5.036	37,7	4.293	65,0	1.259	40,3	18.523	41,2
Sondagem vesical	2.568	62,7	12.991	73,2	9.594	71,7	5.745	87,0	2.331	74,6	33.229	74,0
Medicação endovenosa	2.931	71,6	10.869	61,3	6.785	50,7	4.434	67,1	2.202	70,5	27.221	60,6
Medicação intramuscular	3.139	76,6	14.378	81,1	10.865	81,2	5.849	88,5	2.499	80,0	36.730	81,7
Troca de bolsa coletora de ostomia	1.885	46,0	9.895	55,8	8.422	63,0	5.161	78,1	1.892	60,6	27.255	60,7
Orientação para familiares/ cuidadores de usuários acamados	3.273	79,9	15.494	87,4	11.795	88,2	5.956	90,2	2.666	85,4	39.184	87,2
Oferta de serviço para o(s) cuidador(es)	1.758	42,9	8.337	47,0	6.381	47,7	3.133	47,4	1.381	44,2	20.990	46,7
Cuidado compartilhado com equipes de Programas de atenção domiciliar	1.706	41,7	8.416	47,5	7.060	52,8	3.089	46,8	1.556	49,8	21.827	48,6
Apoio para fornecimento de colchão piramidal	758	18,5	3.458	19,5	3.300	24,7	2.569	38,9	964	30,9	11.049	24,6
Apoio para fornecimento de oxigênio	1.472	35,9	7.627	43,0	8.973	67,1	5.359	81,1	2.096	67,1	25.527	56,8
Identificação da necessidade de terapia nutricional em domicílio	1.847	45,1	10.177	57,4	8.973	67,1	4.873	73,8	1.876	60,1	27.746	61,7
Cuidado paliativo	2.539	62,0	12.362	69,7	9.243	69,1	5.035	76,2	2.113	67,7	31.292	69,6
Não são realizadas ações no domicílio para pessoas acamadas	128	3,1	171	1,0	531	4,0	169	2,6	76	2,4	1.075	2,4

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Incentivo à universalização da cobertura vacinal e Atenção às pessoas com condições pós-covid

Avacinação do Brasil é realizada por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973 e instituído oficialmente pela Lei nº 6.259/1975. O PNI é responsável pela distribuição de vacinas através do SUS. O calendário nacional de vacinação contempla, na rotina dos serviços, 19 vacinas que protegem o indivíduo em todos os seus ciclos de vida. Desde a implantação do PNI, o perfil epidemiológico das doenças imunopreveníveis no país sofreu modificações, incluindo a extinção da poliomielite e da varíola e o controle do sarampo, hepatite, rubéola e tétano, entre outras doenças (Instituto Butantan, 2021).

No Censo realizado em 2024, a oferta de vacinação foi referida por 84,6% das UBS, com maior frequência na região Nordeste (93%). O acompanhamento da cobertura vacinal da área de abrangência foi reportado por 81,4% das unidades, com menor desempenho na região Sul (72,6%) e chegando a 90,6% na região Nordeste (Tabela 24).

A oferta de vacina de, no mínimo, 10 turnos por semana, foi informada por 64,5% das UBS. Dentre as estratégias utilizadas nos últimos 12 meses para incentivar a vacinação, a busca ativa foi a mais citada (91%), seguida pela vacinação no domicílio (88,5%), campanhas de vacina (87,5%), vacinação nas escolas (81,1%), um dia de vacinação na UBS nos finais de semana (66,8%), ações de educação em saúde na comunidade (65,6%) e semana de vacinação (50,4%). A organização de postos volantes na zona rural foi a alternativa reportada por 31% das unidades do país, enquanto nas áreas de grande circulação a proporção foi de 19,3%. A oferta de vacinação em drive-thru foi menos frequente, referida por 9,2% das UBS (Tabela 24).

Dados dos diferentes ciclos do PMAQ mostram um aumento ainda muito incipiente na oferta de vacinação. No 1º ciclo, em 2012, a oferta foi referida por 85,2% (n = 11.795) das equipes; em 2014, no 2º ciclo, a proporção era de 85,0% (n = 20.458) e no 3º ciclo, em 2018, atingiu 86,9% (n = 25.152) das equipes (Facchini; Tomasi; Thumé, 2021).

A oferta de ações para atenção às pessoas em condições pós-covid está presente em 65,5% dos serviços de APS, com maior proporção na região Sudeste (70,4%) e menor na região Norte (59,2%; Tabela 24).

Tabela 24 – Incentivo à universalização da cobertura vacinal e atenção às pessoas com condições pós-covid nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, as seguintes ações voltadas à universalização da cobertura vacinal e atenção às pessoas com condições pós-covid são realizadas												
Nesta UBS, são realizadas atividades de vacinação	3.308	80,8	16.503	93,0	10.677	79,8	5.035	76,2	2.510	80,4	38.034	84,6
Sala de vacina funciona 10 turnos por semana ou mais	2.464	60,2	10.776	60,8	9.195	68,8	4.357	66,0	2.175	69,6	28.967	64,5
Nesta UBS, as equipes acompanham a cobertura vacinal da população de sua área de abrangência	3.196	78,0	16.062	90,6	10.155	75,9	4.794	72,6	2.388	76,5	36.596	98,0
Indique as estratégias que foram utilizadas para incentivar a vacinação nos últimos 12 meses na UBS:												
Busca ativa pelo ACS	3.667	89,5	17.187	96,9	11.413	85,3	5.841	88,4	2.805	89,8	40.913	91,0
Vacinação nas escolas	3.469	84,7	16.160	91,1	9.841	73,6	4.475	67,7	2.500	80	36.445	81,1
Vacinação em <i>drive-thru</i>	362	8,8	1.596	9,0	1.267	9,5	628	9,5	280	9,0	4.133	9,2
Vacinação domiciliar	3.271	79,9	16.488	93,0	11.656	87,2	5.685	86,1	2.667	85,4	39.767	88,5
Postos volantes em áreas de grande circulação (rodoviária, shopping, empresas, comércios)	955	23,3	3.307	18,6	2.902	21,7	880	13,3	606	19,4	8.650	19,3
Postos volantes em área rural	1.592	38,9	7.035	39,7	3.333	24,9	1.196	18,1	788	25,2	13.944	31,0

Dia de vacinação na UBS no final de semana	2.309	56,4	11.152	62,9	9.775	73,1	4.699	71,1	2.095	67,1	30.030	66,8
Campanha de multivacinação	3.401	83,0	16.184	91,2	11.605	86,8	5.462	82,7	2.668	85,4	39.320	87,5
Semana de vacinação	2.123	51,8	10.358	58,4	6.190	46,3	2.751	41,6	1.423	45,6	22.845	50,4
Ações comunitárias de educação em saúde	2.818	68,8	12.824	73,3	8.344	62,4	3.628	54,9	1.857	59,5	29.471	65,6
Nenhuma das anteriores	158	3,9	176	1,0	388	2,9	246	3,7	77,0	2,5	1.045	2,3
Nesta UBS, são ofertadas ações voltadas à atenção às pessoas com condições pós covid?	2.423	59,2	11.367	64,1	9.410	70,4	4.260	64,5	1.957	62,7	29.417	65,5
Medicação intramuscular	3.139	76,6	14.378	81,1	10.865	81,2	5.849	88,5	2.499	80,0	36.730	81,7
Troca de bolsa coletora de ostomia	1.885	46,0	9.895	55,8	8.422	63,0	5.161	78,1	1.892	60,6	27.255	60,7
Orientação para familiares/ cuidadores de usuários acamados	3.273	79,9	15.494	87,4	11.795	88,2	5.956	90,2	2.666	85,4	39.184	87,2
Oferta de serviço para o(s) cuidador(es)	1.758	42,9	8.337	47,0	6.381	47,7	3.133	47,4	1.381	44,2	20.990	46,7
Cuidado compartilhado com equipes de Programas de atenção domiciliar	1.706	41,7	8.416	47,5	7.060	52,8	3.089	46,8	1.556	49,8	21.827	48,6
Apoio para fornecimento de colchão piramidal	758	18,5	3.458	19,5	3.300	24,7	2.569	38,9	964	30,9	11.049	24,6
Apoio para fornecimento de oxigênio	1.472	35,9	7.627	43,0	8.973	67,1	5.359	81,1	2.096	67,1	25.527	56,8
Identificação da necessidade de terapia nutricional em domicílio	1.847	45,1	10.177	57,4	8.973	67,1	4.873	73,8	1.876	60,1	27.746	61,7
Cuidado paliativo	2.539	62,0	12.362	69,7	9.243	69,1	5.035	76,2	2.113	67,7	31.292	69,6
Não são realizadas ações no domicílio para pessoas acamadas	128	3,1	171	1,0	531	4,0	169	2,6	76	2,4	1.075	2,4

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Práticas Integrativas e Complementares (PICS)

No Brasil, em 2006, foi publicada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), através da Portaria nº 971, como eixo para a organização das práticas realizadas por profissionais de saúde e ofertadas no sistema de saúde brasileiro. Neste documento, o Ministério da Saúde reconheceu o papel das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) para a promoção da saúde e na redução de fatores de risco para doenças crônicas, como HAS e DM (Brasil, 2006).

Na análise da oferta de PICS nas UBS do país, observa-se, que dentre a diversidade de práticas, uma parcela expressiva das UBS participantes do Censo não oferece nenhuma das práticas (71,3%; Tabela 25).

Dentre as UBS que afirmaram oferecer PICS (28,7%), destaca-se o cuidado baseado em auriculoterapia (15,2%), o qual é mais frequente nas regiões Sudeste (24,4%) e Sul (23,6%), e uso de plantas medicinais e fitoterapia (6,9%), com maiores proporções nas regiões Sul (9,7%) e Nordeste (7,4%). Já a terapia comunitária integrativa e a medicina tradicional chinesa/acupuntura apresentou percentuais menores no conjunto de unidades do país (4,2% e 3,9%, respectivamente). Outras práticas, como homeopatia, musicoterapia, práticas mente e corpo da medicina tradicional chinesa possuem oferta inferior a 3% em nível nacional, indicando que são menos disseminadas (Tabela 25).

No estudo de Facchini, Tomasi e Thumé (2021), a análise comparativa entre os três ciclos do PMAQ mostrou que a oferta de PICS aumentou ao longo do tempo: 18,7% (n = 3.209) das equipes no 1º ciclo, 19,0% (n = 5.666) no 2º ciclo e 31,5% (n = 11.758) no 3º ciclo. O uso de plantas medicinais foi citado por 34,3% (n = 1102) das equipes que ofereciam PICS no 1º ciclo e por 32,7% (n = 1.854) das equipes no 2º ciclo. Já a homeopatia foi uma estratégia terapêutica pouco frequente, sendo mencionada por 13,8% (n = 443) das equipes que ofereciam PICS no 1º ciclo e por 21,6% (n = 1.224) no 2º ciclo. Estas últimas informações não foram coletadas no 3º ciclo.

Tabela 25 – Práticas Integrativas e Complementares (PICS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
As seguintes modalidades de PICS são realizadas na UBS:												
Plantas medicinais e fitoterapia	196	4,8	1.304	7,4	826	6,2	643	9,7	140	4,5	3.109	6,9
Terapia comunitária integrativa	109	2,7	524	3,0	869	6,5	274	4,2	122	3,9	1.898	4,2
Medicina tradicional chinesa/acupuntura	73	1,8	399	2,3	759	5,7	434	6,6	85	2,7	1.750	3,9
Homeopatia	24	0,6	88	0,5	280	2,9	107	1,6	38	1,2	537	1,2
Musicoterapia	97	2,4	552	3,1	408	3,1	189	2,9	37	1,2	1.283	2,9
Práticas mente e corpo da medicina tradicional chinesa (Tai Chi Chuan, Lian Gong)	16	0,4	70	0,4	889	6,7	100	1,5	75	2,4	1.150	2,6
Arteterapia	26	0,6	111	0,6	377	2,8	180	2,7	52	1,7	746	1,7
Shantala	25	0,6	260	1,5	344	2,6	106	1,6	58	1,9	793	1,8
Auriculoterapia	164	4,0	1.405	7,9	3.261	24,4	1.562	23,6	426	13,6	6.818	15,2
Dança Circular	38	0,9	183	1,0	465	3,5	152	2,3	25	0,8	863	1,9

Biodança	8	0,2	80	0,5	63	0,5	34	0,5	6	0,2	191	0,4
Terapia de Florais	12	0,3	91	0,5	150	1,1	158	2,4	57	1,8	468	1,0
Yoga	22	0,5	58	0,3	295	2,2	180	2,7	38	1,2	593	1,3
Do in/Shiatsu	2	0,05	9	0,1	27	0,2	17	0,3	5	0,2	60	0,1
Reiki	16	0,4	139	0,8	376	2,8	478	7,2	48	1,5	1.057	2,4
Naturopatia	15	0,4	21	0,1	23	0,2	30	0,5	2	0,1	91	0,2
Termalismo social/ Crenoterapia	1	0,02	1	0,0	19	0,1	8	0,1	0	0,0	29	0,1
Medicina Antroposófica	3	0,07	4	0,0	30	0,2	2	0,0	7	0,2	46	0,1
Ayurveda	3	0,07	7	0,0	22	0,2	23	0,4	0	0,0	55	0,1
Automassagem	62	1,5	363	2,5	319	2,4	95	1,4	76	2,4	915	2,0
Reflexologia	19	0,5	91	0,5	169	1,3	69	1,0	17	0,5	365	0,8
Quiropraxia	30	0,7	74	0,4	88	0,7	52	0,8	7	0,2	251	0,6
Osteopatia	7	0,2	24	0,1	20	0,2	12	0,2	2	0,1	65	0,1
Aromaterapia	73	1,8	344	1,9	476	3,6	340	5,1	66	2,1	1.299	2,9
Bioenergética	7	0,2	7	0,0	27	0,2	14	0,2	2	0,1	57	0,1
Outro	191	4,7	1.127	6,3	823	6,1	335	5,7	157	5,3	2.633	5,9
Não oferta PICS	3.474	84,8	13.829	78,0	8.316	62,2	4.111	62,2	2.313	74,1	32.043	71,3

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Atenção às urgências e emergências

A APS representa a porta preferencial de entrada do SUS e desempenha um papel estratégico na organização e continuidade do cuidado. Para além do monitoramento de doenças crônicas e das ações de promoção da saúde, a APS precisa estar estruturada para atuar de maneira eficiente diante de situações de urgência e emergência, assegurando um atendimento rápido, seguro e resolutivo para a população (Brasil, 2013f).

Entre os procedimentos prestados nestes atendimentos, destacam-se os de manejo em situações de crise hipertensiva e de hipoglicemia ou hiperglicemia, presentes em mais de 70% das UBS. Menos de 30% das unidades referiram realizar manejo de trabalho de parto ativo, situações de choque, de acidente vascular cerebral (AVC) e perfuração

provocada por arma de fogo ou branca, com maiores proporções observadas para o Sul e o Sudeste (Tabela 26).

A existência de fluxos definidos para encaminhamento dos usuários com suspeita ou diagnóstico de crise hipertensiva, hiperglicemia e surto psicótico foi reportada por cerca de 60% das UBS em todo o país, com menores proporções no Norte e no Nordeste (Tabela 26).

Tabela 26 – Atenção às urgências e emergências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Os seguintes procedimentos no atendimento de urgência e emergência são realizados nesta UBS:												
Suturas	2.229	54,4	7.002	39,5	4.485	33,5	3.803	57,6	1.704	54,6	19.224	45,9
Hidratação venosa	2.528	61,7	8.760	49,4	7.816	58,4	4.965	75,2	2.351	75,3	26.421	63,1
Manejo em situações de crise asmática	2.199	53,7	8.566	48,3	7.725	57,8	4.953	75,0	1.935	62,0	25.379	60,7
Manejo em situações de crise hipertensiva	3.034	74,1	13.850	78,1	10.637	79,5	5.731	86,7	2.661	85,2	35.914	85,8
Manejo em situações de hipo ou hiperglicemia	2.683	65,5	12.369	69,7	9.753	72,9	5.336	80,8	2.442	78,2	32.584	77,9
Manejo em situações de hipertermia	2.137	52,2	9.587	54,1	7.674	57,4	4.808	72,8	1.915	61,3	26.122	62,4
Manejo em situações de surto psicótico	1.418	34,6	6.262	35,3	6.823	51,0	3.978	60,2	1.515	48,5	19.997	47,8
Manejo de crise convulsiva	1.710	41,8	7.440	42,0	7.626	57,0	4.319	65,4	1.691	54,2	22.787	54,5
Manejo de queimaduras	1.741	42,5	7.560	42,6	7.072	52,9	4.287	64,9	1.527	48,9	22.188	53,0
Estabilização em caso de traumas e fraturas	1.647	40,2	5.008	28,2	4.534	33,9	3.186	48,2	1.065	34,1	15.441	36,9
Manejo de trabalho de parto ativo	1.234	22,5	3.995	22,5	4.285	32,0	2.534	38,4	900	28,8	12.948	30,9
Acolhimento e classificação de risco	2.056	50,2	9.786	55,2	8.396	62,8	4.756	72,0	2.182	69,9	27.177	64,9
Manejo em situação de dor no peito	1.822	44,5	7.557	42,6	7.734	57,8	4.573	69,2	1.825	58,4	23.512	56,2
Manejo em situação de obstrução de vias aéreas respiratórias	1.415	34,6	5.745	32,4	5.997	44,8	3.552	53,8	1.341	42,9	18.051	43,1
Manejo nas situações de choque	951	23,2	3.406	19,2	4.273	32,0	2.703	40,9	874	28,0	12.207	29,2
Manejo em acidente vascular encefálico	950	23,2	3.683	20,8	4.534	33,9	2.828	42,8	905	29,0	12.900	30,8
Manejo em situação de perfuração com arma de fogo ou arma branca	1.223	29,9	3.519	19,8	3.825	28,6	2.434	36,8	783	25,1	11.784	28,2

Manejo nas situações de urgência odontológica	1.897	46,3	9.868	55,6	7.807	58,4	4.508	68,2	2.004	64,2	26.084	62,3
Manejo de acidentes com animais peçonhentos	1.747	42,7	6.999	39,5	5.797	43,4	4.086	61,8	1.303	41,7	19.932	47,6
Nenhuma das opções anteriores	178	4,4	698	3,9	497	3,7	143	2,2	60	1,9	1.576	3,8

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^aNúmero de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

A existência de fluxos de encaminhamento bem definidos para condições graves, como síndrome coronariana aguda, insuficiência respiratória aguda, acidente vascular encefálico (AVE), surto psicótico, traumas e fraturas, convulsões, queimaduras, crise hipertensiva, choque, hipoglicemia ou hiperglicemia, doença de descompressão e intoxicação exógena, é fundamental para garantir a integralidade, resolutividade e eficiência do cuidado aos usuários (Brasil, 2016; Brasil, 2016a). A falta de protocolos, fluxos e diretrizes pode resultar em atrasos críticos no atendimento e falhas na continuidade do cuidado, impactando negativamente o prognóstico e a saúde do indivíduo, da família e da comunidade, representando uma desarticulação entre os níveis de atenção (Silva, Treichel, Onocko-Campos, 2024; Bernardino Junior et al., 2020).

No Censo das UBS 2024, fluxos definidos para crise hipertensiva (68,2%), hipoglicemia ou hiperglicemia (66,7%) e surto psicótico (60,5%) foram os mais frequentes, enquanto condições como doença de descompressão (39,1%) e choque (46,6%) apresentaram fluxos definidos em menos da metade das UBS do país. Além disso, 24,6% das unidades relataram não possuir fluxos definidos para nenhuma das condições avaliadas (Tabela 27).

Ao analisar as regiões, observa-se que o Sudeste e o Sul apresentam maior frequência da existência de fluxos. No Sudeste, 72,7% das UBS possuem fluxos estabelecidos para crise hipertensiva, 71,5% para hipoglicemia ou hiperglicemia, e 69,5% para surto psicótico. No Sul, os percentuais para essas mesmas condições foram 69,0%, 67,7% e 65,9%, respectivamente. No Norte, os fluxos para crise hipertensiva foram citados por 63,5% das UBS, enquanto para hipoglicemia ou hiperglicemia, esse percentual chegou a 59,7%. No Nordeste, os percentuais foram 65,1% e 63,8%, respectivamente (Tabela 27).

As condições de maior urgência, como AVE e síndrome coronariana aguda, apresentaram diferenças regionais significativas. No Brasil, 54,0% das UBS possuem fluxos definidos para AVE, com destaque para o Sudeste (62,6%) e o Sul (62,4%), enquanto no Norte (43,1%) e no Nordeste (46,6%), esses percentuais foram menores. Já para a síndrome coronariana aguda, 52,5% das UBS no Brasil possuem encaminhamentos bem estabelecidos, sendo mais frequentes no Sudeste (62,9%) e no Sul (61,2%) e menos no Norte (39,1%) e no Nordeste (44,0%; Tabela 27).

Para traumas e fraturas, 57,8% das UBS no Brasil relataram a presença de fluxos definidos, sendo 64,4% no Sudeste e 64,2% no Sul. No Norte e Nordeste, esses percentuais foram

53,1% e 51,4%, respectivamente. Para intoxicação exógena, o encaminhamento foi garantido em 50,3% das UBS no Brasil, mas apenas 38,6% no Norte e 43,2% no Nordeste, enquanto no Sul a cobertura chegou a 60,5% (Tabela 27).

A ausência de qualquer fluxo de encaminhamento para as condições avaliadas foi relatada por 24,6% das UBS no Brasil, sendo mais comum no Norte (27,5%) e no Nordeste (27,7%). No Sudeste, 20,2% das unidades relataram essa lacuna (Tabela 27).

Tabela 27 – Definição de fluxos para encaminhamentos de urgências e emergências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nesta UBS, existem fluxos definidos para encaminhamento dos usuários com suspeita ou diagnóstico de:												
Síndrome coronariana aguda	1.602	39,1	7.795	44,0	8.414	62,9	4.042	61,2	1.726	55,3	23.579	52,5
Insuficiência respiratória aguda	1.964	48,0	8.522	48,1	8.601	64,3	4.172	63,2	1.864	59,7	25.123	55,9
Acidente vascular encefálico	1.766	43,1	8.260	46,6	8.369	62,6	4.123	62,4	1.757	56,3	24.275	54,0
Surto psicótico	2.051	50,1	9.541	53,8	9.288	69,5	4.356	65,9	1.944	62,3	27.180	60,5
Traumas e fraturas	2.175	53,1	9.116	51,4	8.607	64,4	4.239	64,2	1.844	59,1	25.981	57,8
Convulsão	1.973	48,2	8.907	50,2	8.587	64,2	4.135	62,6	1.847	59,1	25.449	56,6
Queimaduras	1.937	47,3	8.568	48,3	8.195	61,3	4.048	61,3	1.760	56,4	24.508	54,5
Crise hipertensiva	2.601	63,5	11.550	65,1	9.720	72,7	4.558	69,0	2.213	70,9	30.642	68,2
Choque	1.497	36,6	6.844	38,6	7.323	54,8	3.731	56,5	1.517	48,6	20.912	46,6
Hipoglicemia ou hiperglicemia	2.447	59,7	11.319	63,8	9.558	71,5	4.470	67,7	2.183	69,9	29.977	66,7
Intoxicação exógena	1.580	38,6	7.658	43,2	7.752	58,0	3.997	60,5	1.626	52,1	22.613	50,3
Nenhuma das opções anteriores	1.128	27,5	4.910	27,7	2.701	20,2	1.636	24,8	671	21,5	11.046	24,6

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

O transporte sanitário é essencial para a efetivação do atendimento em saúde, especialmente no contexto da Atenção Primária (Figueiredo & Paula, 2021). A disponibilidade desse serviço nas UBS é determinante para garantir o acesso oportuno a cuidados de maior complexidade, particularmente em situações de urgência e emergência (Melo & Silva, 2011). A ausência ou insuficiência de transporte adequado pode comprometer a continuidade do cuidado, aumentar o risco de complicações clínicas e agravar desigualdades no acesso à saúde, especialmente em regiões remotas e de difícil deslocamento (Fausto et al., 2022; Melo & Silva, 2011; Almeida, Silva, Bousquat, 2022).

Referente aos tipos de transporte sanitário disponíveis nas UBS do país e entre as regiões, observa-se que o Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência (SAMU) está disponível em 58,0% das UBS do país. As regiões Sul (72,3%) e Sudeste (64,8%) apresentaram a maior disponibilidade do SAMU, ao passo que, no Norte, a disponibilidade foi menor (36,7%). A ambulância da Secretaria Municipal de Saúde foi reportada como a mais disponível, sendo citada em 75,1% das UBS brasileiras, com maior frequência no Sul (84,6%) e no Sudeste (76,2%; Tabela 28).

A disponibilidade da ambulância da Secretaria Estadual de Saúde foi relatada por apenas 1,6% das UBS em nível nacional, variando de 1,1% no Nordeste a 4,7% no Centro-Oeste. A ambulância do Corpo de Bombeiros ou da Polícia Militar apresentou ampla variação da distribuição entre as regiões, sendo mais comum no Sul (36,4%) e no Centro-Oeste (30,3%) e menos no Nordeste (7,6%) e no Norte (12,0%), totalizando 18,3% das unidades do país. Por fim, 9,9% das UBS informaram a ausência total de transporte sanitário disponível para suas equipes. Essa situação foi mais frequente no Norte (17,5%) e no Nordeste (12,6%) e menos no Sul (4,3%; Tabela 28).

Tabela 28 – Disponibilidade de transporte sanitário para casos de urgências e emergências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste		Brasil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Os seguintes meios de transporte sanitário estão disponíveis à UBS:												
Serviço de Atendimento Pré-hospitalar Móvel de Urgência (SAMU)	1.502	36,7	9.431	53,2	8.669	64,8	4.775	72,3	1.691	54,2	26.068	58,0
Ambulância da Secretaria Municipal de Saúde	2.768	67,6	13.032	73,5	10.184	76,2	5.589	84,6	2.170	69,5	33.743	75,1
Ambulância da Secretaria Estadual de Saúde	99	2,4	194	1,1	167	1,3	91	1,4	147	4,7	698	1,6
Ambulância do Corpo de Bombeiros ou Polícia Militar	490	12,0	1.354	7,6	3.001	22,4	2.407	36,4	947	30,3	8.199	18,3
Não há transporte sanitário	717	17,5	2.238	12,6	950	7,1	286	4,3	246	7,9	4.437	9,9

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas:

Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.213.

Considerações finais

Neste capítulo, os resultados do Censo Nacional das UBS 2024 evidenciam a amplitude da oferta de ações realizadas pelas UBS brasileiras, alinhadas às recomendações técnico-científicas coerentes com o princípio constitucional da integralidade da atenção. Destacam-se, em proporções superiores a 80%, a oferta de consultas médicas e de enfermagem, a disponibilidade de testes rápidos e a realização de ações de monitoramento

e rastreamento de condições crônicas, demonstrando a força da APS brasileira, produto de sua trajetória ao longo dos últimos 30 anos.

Nas UBS, o cuidado dirigido a grupos populacionais e condições de saúde prioritárias, em função de sua relevância demográfica e epidemiológica, contribui para a melhoria da qualidade de vida da população e reforça o papel da APS como política pública essencial para apoiar o processo decisório nos diversos níveis de gestão do sistema de saúde, indicando caminhos para o seu aprimoramento contínuo no país.

Referências

Abreu RDS, et al. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde: um foco no serviço farmacêutico. *Braz J Hea Rev.* 2020;3(4):9797-911.

Almeida C. Reforma do setor saúde e políticas de saúde nos anos 90: uma análise da experiência latino-americana. *Cien Saude Colet.* 1999;4(2):263-86.

Almeida PF, Silva KS, Bousquat A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Cien Saude Colet.* 2022;27(10). doi:10.1590/1413-81232022710.07432022.

Alves M, Silva AF, Neiva LCF. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. *REME.* 2010;14(2). Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/50465>. Acesso em: 19 fev. 2025.

Aquino R, Medina MG, Nunes CA, Sousa MF, Barreto ML. Estratégia Saúde da Família e o acesso universal à saúde. *Cien Saude Colet.* 2014;19(1):47-59.

Aquino R, Medina MG, Vilasboas ALQ, Nunes CA, Prado NMBL. Estratégia Saúde da Família: evolução do modelo de organização da Atenção Primária à Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* 2. ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p.317-40.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2004;8(14):73-92.

Barboza GE. Child maltreatment, school bonds, and adult violence: a serial mediation model. *Child Abuse Negl.* 2018;81:221-31.

Barreto ML, Rasella D, Machado DB, Aquino R, Lima D, Garcia LP, et al. Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Brazil. *PLoS Med.* 2014;11(9):e1001692.

Bernardino Junior SV, Medeiros CRG, Souza CF, Kich J, Alves AM, Castro LC. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate.* 2020;44(126). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/vSrhK3rBgy7WqdRfHCNRRJG/>. Acesso em: 20 fev. 2025.

Brancahorne PG, Fogo JC, Williams LCA. Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. *Psicol Esc Educ*. 2004;8(1):43-52.

Brasil. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores do SUS nº 5 – Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz II. Brasília: OPAS; 2008.

Brasil. 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*. 2017 set 22.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt25281910>. Acesso em: 12 mar. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 589/GM/MS, de 20 de maio de 2015. Institui a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 2006 maio 4. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt097103052006.html>. Acesso em: 08 mar. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. e-SUS Atenção Primária à Saúde: manual do sistema com coleta de dados simplificada. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

Campos GW, et al. A atenção primária e o SUS. *Saude Soc*. 2014;23(4):1177-92.

Campos GWS. *Saúde Paideia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2003.

Carmagnani MIS, Fakihi FT, Canteras LMS. *Procedimentos de enfermagem*. 14. ed. São Paulo: Manole; 2017.

Carvalho BG, et al. O transporte sanitário na organização do sistema de saúde. *Physis*. 2019;29(2):e290210.

Castro MC, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet*. 2019;394(10195):345-56.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO; 2001. p.113-26.

Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(Supl 1):S7-27.

Coohey C, Renner LM. Academic achievement despite child maltreatment: a longitudinal study. *Child Abuse Negl*. 2013;37(9):934-42.

Crouch E, Probst JC, Radcliff E, Bennett KJ, McKinney SH. Challenges to school success and the role of adverse childhood experiences. *Acad Pediatr*. 2019;19(8):899-907.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.

Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saude Debate*. 2018;42(n.spe1):208-23.

Fisher JH, Gunnar MR, Dozier M, Bruce J, Pears K, Pears K, et al. Child maltreatment and cognitive and academic functioning in two generations. *Child Abuse Negl*. 2020;102:104393.

Frenk J, Dantés O. Proceso de convergencia global y la salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(5):293-303.

Frenk J. The global health system: strengthening national health systems as the next step for global progress. *PLoS Med*. 2010;7(1):e1000089.

Giovanella L, et al. Atenção primária à saúde: seletiva ou abrangente? *Cad Saude Publica*. 2009;25(2):460-74.

Giovanella L, et al. De Alma-Ata a Astana: Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2019;35(3):e00012219.

Griggs S, Walker RK. Violence exposure, conflict, and health outcomes in inner-city African American adolescents. *J Sch Nurs*. 2016;32(5):348-56.

Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12.

Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A, Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306.

Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, Saltman RB, editors. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

Lima LD, et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e políticos. Cien Saude Colet. 2012;17(11):2881-92.

Machado CV, Lima LD, Viana AL. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. Cad Saude Publica. 2020;36(7):e00129620.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. J Epidemiol Community Health. 2006;60(1):13-9.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's family health strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. N Engl J Med. 2015;372(23):2177-81.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde no SUS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet. 2010;15(5):2297-305.

Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

Milani RG. Crianças em risco psicossocial associado à violência doméstica: o desempenho escolar e o autoconceito como condições de proteção. Psicol Esc Educ. 2005;9(1):27-37.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Framework on integrated, people-centred health services. Geneva: OMS; 2016.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Mundial de Saúde 2008: atenção primária em saúde – agora mais que nunca. Genebra: OMS; 2008.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de saúde 2013: pesquisa para cobertura universal de saúde. Genebra: OMS; 2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório mundial de saúde 2010: financiamento dos sistemas de saúde – o caminho para a cobertura universal. Genebra: OMS; 2010.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: OPAS; 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia e plano de ação sobre e-saúde (2012–2017). Washington, DC: OPAS; 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, DC: OPAS; 2014.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Redes integradas de serviços de saúde: conceitos, opções de política e modelo de implementação. Washington, DC: OPAS; 2010.

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet*. 2011;377(9779):1778-97.

Pereira LL, et al. Atenção domiciliar no SUS: avanços e desafios. *Rev Saude Publica*. 2017;51:117.

Pereira PC. Desempenho escolar da criança vitimizada encaminhada ao Fórum Judicial. *Psicol Esc Educ*. 2006;10(2):227-36.

Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1903-13.

Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014;349:g4014.

Santos LN, et al. Academic performance and domestic violence: a longitudinal study. *Child Youth Serv Rev*. 2021;120:105749.

Santos LN, et al. Fatores associados ao desempenho escolar em crianças expostas à violência familiar: uma revisão integrativa. *Rev Paul Pediatr*. 2020;38:e2018162.

Santos LN, et al. Impact of child abuse on school outcomes: a systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2023;24(4):1102-15.

Schneider S, et al. Associations between childhood exposure to community violence, child maltreatment and school outcomes. *Child Abuse Negl*. 2017;70:364-74.

Silva MC, Treichel CAS, Onocko-Campos RT. Itinerários terapêuticos compartilhados por usuários de serviços especializados de saúde mental. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):515-26.

Souza LEPF, et al. Os desafios atuais da saúde coletiva. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):427-38.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502.

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

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344(8930):1129-33.

Toni CGS, Cia F, Barham EJ. Relações entre práticas educativas parentais e rendimento acadêmico em crianças. *Psicol Esc Educ*. 2011;15(1):23-33.

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(Suppl 2):S190-8.

Victora CG, Barreto ML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.

Victora CG, Barreto ML, Leal MC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011;377(9782):2042-53.

WHO. Global report on effective access to assistive technology. Geneva: WHO; 2022.

WHO. Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: WHO; 1978.

World Health Organization (WHO). Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021.

World Health Organization (WHO). Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report. Geneva: WHO; 2021.

Saúde bucal nas UBS brasileiras

Patty Fidelis de Almeida¹, Bruna Venturin¹, Joana Danielle Brandão Carneiro², Eduarda de Oliveira², João Victor Inglês de Lara², Carlos Pilz³, Doralice Severo da Cruz⁴, Edson Hilan Gomes de Lucena²

¹Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

²CGSB/SAPS/MS

³CGFAP/SAPS/MS

⁴Saúde Bucal Indígena/MS

Introdução

Em 2004, as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), intitulada Brasil Sorridente, passaram a fazer parte da agenda política e institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), impulsionando a criação e a expansão de uma rede nacional de cuidados em Saúde Bucal (Brasil, 2004). No país, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui o principal modelo organizativo dos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde (APS), com equipes compostas por médicos generalistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Equipes de Saúde Bucal (eSB), formadas por cirurgiões-dentistas, Técnicos em Saúde Bucal (TSB) e/ou Auxiliares em Saúde Bucal (ASB). A inclusão das eSB na APS representa um componente essencial para a integralidade do cuidado, configurando um dos principais diferenciais da política brasileira de APS em comparação com outros países.

Em 2023, foi sancionada a Lei nº 14.572 (Brasil, 2023), que incluiu a PNSB no SUS, alçando-a como parte constitutiva do direito à saúde. A Lei torna a PNSB obrigatória, na condição de política pública permanente e de responsabilidade tripartite. Além disso, determina que as ações e os serviços de Saúde Bucal integrem as demais políticas de saúde do SUS e estabelece um conjunto de diretrizes para facilitar o acesso da população ao tratamento odontológico, como a organização de ações de vigilância epidemiológica e sanitária em Saúde Bucal e a fluoretação das águas.

A consolidação da Rede de Atenção à Saúde Bucal (RASB) no âmbito do SUS representa um marco na estruturação das ações de Saúde Bucal em todo o território nacional. Integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), a RASB visa garantir a integralidade do cuidado por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção — da APS à Atenção Especializada —, assegurando fluxos assistenciais organizados, linhas de cuidado e coordenação no território. Essa rede busca superar o modelo fragmentado de atenção, promovendo a continuidade do cuidado, a ampliação do acesso e a resolutividade das demandas em Saúde Bucal, em consonância com os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS (Brasil, 2024c).

As eSB atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nos domicílios e em diversos espaços públicos, como escolas e outros locais definidos conforme as necessidades dos territórios, famílias e indivíduos. Um importante dispositivo para ampliação do acesso, principalmente em localidades rurais ou periféricas, são as Unidades Odontológicas Móveis (UOM), estruturas nas quais as eSB desenvolvem ações individuais e coletivas. Nesse contexto, as eSB, em âmbito nacional, buscam qualificar e expandir o cuidado em Saúde Bucal, historicamente concentrado no setor privado e voltado a procedimentos curativos e mutiladores (Silvestre et al., 2013). Na mesma direção, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias e o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb), com a finalidade de garantir o cuidado ambulatorial especializado em Saúde Bucal, em uma perspectiva de atenção integral (Brasil, 2023a).

Este capítulo apresenta uma caracterização geral da infraestrutura disponível às eSB nas UBS e das práticas desenvolvidas, a partir de questões dispostas em diversos campos do questionário

utilizado para a realização do Censo Nacional das UBS 2024, analisadas por grandes regiões brasileiras. Os resultados permitem compreender a atuação e o escopo de práticas das eSB desenvolvidas nas UBS, as quais, em uma perspectiva de cuidado integral, englobam atividades de cuidado individual e coletivo, bem como ações intersetoriais e educativas. A análise da garantia do acesso universal, equânime e contínuo aos serviços de Saúde Bucal, com resolução de demandas espontâneas ou programadas (Brasil, 2013), foi conduzida por meio de questões que abordam as formas de agendamento de consultas de primeiro tratamento e de continuidade do cuidado. O uso regular de serviços de Saúde Bucal, especialmente preventivos, está associado à menor ocorrência de episódios agudos de dor (Pereira et al., 2020).

Os serviços de APS também devem estar organizados para assegurar a continuidade do cuidado após situações de urgência. O equilíbrio entre demandas programadas e espontâneas representa um desafio para a organização do trabalho das equipes de APS. Ainda assim, a garantia de portas de entrada verdadeiramente abertas representa uma oportunidade para oferecer não apenas cuidados a condições clínicas, mas também ações de promoção e prevenção em Saúde Bucal, essenciais para evitar recidivas e recorrências das doenças (Sanchez et al., 2021).

O permanente desafio de integração entre as eSB e as Equipes Multiprofissionais (e-Multi) da ESF é abordado no Censo Nacional das UBS 2024, permitindo atualizar o diagnóstico dessa articulação nos país e em suas grandes regiões. Estudos sinalizam que as ações conjuntas ainda são limitadas, com atuação integrada incipiente no território, junto às famílias e comunidades. Essa situação reflete a centralidade de um modelo biomédico e fragmentado na prestação dos cuidados em saúde, o que acarreta dificuldades para a construção de práticas mais colaborativas (Scherer et al., 2018).

A integração das eSB à RASB é essencial, considerando que a APS desempenha papel central por meio do desenvolvimento de atividades educativas, da identificação precoce de lesões suspeitas, da triagem de usuários de alto risco, do acompanhamento de casos e do encaminhamento para os demais pontos da rede, quando necessário (Varela-Centelles et al., 2018; Warnakulasuriya & Kerr, 2021). As questões do Censo contemplaram tanto a disponibilidade de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) quanto o compartilhamento e a disponibilidade de serviços para as referências em Saúde Bucal, elementos necessários à prestação de cuidados integrais e integrados (Almeida et al., 2018).

Em consonância com os princípios da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer (Brasil, 2023b), o Censo ressalta a “Atenção ao Câncer de Boca” como componente essencial do escopo de práticas das eSB. O câncer de boca e orofaringe é um importante problema de saúde pública em diversos países, devido à sua elevada incidência e mortalidade, aos impactos sobre a qualidade de vida e aos elevados custos para o seu tratamento. Para o Brasil, a estimativa para o triênio de 2023–2025 é de riscos de 10,3 casos novos de câncer da cavidade oral a cada 100 mil homens e 3,83 a cada 100 mil mulheres. Esse subtipo de câncer ocupa a oitava posição entre os tipos de câncer mais frequentes, excluindo os tumores de pele não melanoma. Na região Sudeste, é o quarto mais frequente entre os homens (13,16 por 100 mil) e o 13º entre as mulheres (4,37 por 100 mil; INCA, 2022).

Métodos

A avaliação institucional da APS brasileira, materializada no Censo Nacional das UBS, foi conduzida a partir de dois enfoques complementares e indissociáveis. O primeiro foi a garantia de um processo que dialogasse com a estrutura federativa brasileira; e o segundo, a definição da imagem objetivo da APS brasileira, entendida como integral, resolutive, comunitária, territorial e integrada à rede de serviços como preconizado no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, foi construída uma proposta de instrumento de coleta de dados, elaborada a partir de um conjunto de dimensões consideradas essenciais para a avaliação da APS, reconhecendo a necessidade de um instrumento robusto e abrangente e seguindo os princípios da avaliação de quarta geração em saúde, que enfatizam a participação ativa dos atores envolvidos no processo avaliativo (Guba & Lincoln, 1989).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Rede de Pesquisas em APS (Rede APS) da Abrasco, promoveram a articulação com diversos atores estratégicos para aprimorar o instrumento, estabelecendo uma estrutura de governança que garantisse a participação e o compromisso de todos os envolvidos. Dessa forma, somaram-se ao processo de elaboração do instrumento de coleta de dados do Censo representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

A construção coletiva do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS ocorreu a partir de contribuições em oficinas realizadas com diversos atores e discussões em grupos de trabalho. O questionário foi refinado para abranger múltiplas dimensões de análise, tais como infraestrutura e recursos físicos, força de trabalho, processos de trabalho e gestão, oferta de serviços, tecnologias de informação e comunicação, entre outros.

Finalmente, o instrumento de coleta de dados do Censo das UBS foi submetido a um processo de validação que incluiu revisão por especialistas, testes piloto e pactuação tripartite. Acordos foram estabelecidos entre as esferas federal (Ministério da Saúde), estadual (Conass) e municipal (Conasems), assegurando o compromisso conjunto com o Censo e sua institucionalização como prática regular.

A implementação do Censo envolveu o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica no sistema e-Gestor APS, permitindo o preenchimento online, com recursos para salvar progressos e garantir a participação de gestores e profissionais das UBS.

O Censo Nacional das UBS foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e lançado em maio de 2024 para adesão dos gestores municipais. A totalidade dos municípios brasileiros manifestou interesse em participar do Censo por meio do sistema e-Gestor APS. Ao aderir ao Censo, cada município teve acesso à lista de seus estabelecimentos de saúde

de APS inscritos no SCNES, bem como para indicar o profissional que responderia ao questionário. O período para preenchimento dos dados do Censo iniciou em 3 de junho e encerrou em 31 de agosto de 2024. O instrumento ficou disponível no e-Gestor para preenchimento durante 75 dias, com exceção do Rio Grande do Sul, que contou com 65 dias adicionais, em virtude da catástrofe climática vivenciada no Estado.

Estratégias de mobilização para responder ao Censo foram realizadas, incluindo campanhas de comunicação e convocação de atores locais, como apoiadores e animadores. Foram disponibilizados canais de suporte, como o Disque Censo, o web atendimento, além de materiais didáticos, treinamentos, eventos presenciais e online em todos os estados da federação.

Foram incluídos na base do Censo 49.738 estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em abril de 2024. Desse total, 4.026 estabelecimentos foram inativados pelos gestores municipais com a justificativa de que essas UBS não estavam em funcionamento no momento de resposta, ou por se tratar de outro tipo de estabelecimento não referente à APS.

No total, foram analisados 45.712 estabelecimentos de saúde. O banco de dados foi analisado em sua completude e consistência, e foram excluídos desta primeira base de análise os seguintes tipos de estabelecimentos: a) os que informaram, em uma questão aberta, que não eram de APS; b) unidades móveis terrestres ou fluviais; c) estabelecimentos que não possuíam e não recebiam financiamento do Ministério da Saúde para equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e estabelecimentos que possuíam nomes indicativos de estabelecimentos de outro nível de atenção como, por exemplo, Centro Covid, Casa de Parto, Centro de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Reabilitação. Este processo levou à exclusão de 774 estabelecimentos da base do Censo.

Dessa forma, foram analisados 44.938 estabelecimentos de saúde de APS, que correspondem ao universo do Censo das UBS. Esse total está distribuído em todas as regiões do país da seguinte forma: Norte = 4.096, Nordeste = 17.737, Sudeste = 13.375, Sul = 6.607 e Centro-Oeste = 3.123 estabelecimentos de saúde.

Neste capítulo são apresentados os resultados do Censo relacionados à atuação, equipamentos e às ações de Saúde Bucal desenvolvidas no âmbito das UBS com base nas seguintes dimensões do instrumento: i) Composição das equipes de APS; ii) Condições de infraestrutura da UBS e iii) Atuação e escopo de práticas das equipes de saúde bucal (quadro 1).

O bloco da Saúde Bucal corresponde às questões 88 a 95 do instrumento e foram aplicadas somente às UBS que responderam possuir pelo menos uma equipe de saúde bucal (V.7.esb) e/ou cirurgião dentista (v.8.8) em um total de 36.722 UBS.

Quadro 1 – Instrumento Censo das UBS – Saúde Bucal – Brasil, 2024.

Caracterização geral e infraestrutura de Saúde Bucal
(7) UBS com Equipes de Saúde Bucal
(8.8) UBS com cirurgião-dentista
(7 e 8.8) UBS com uma ou mais Equipes de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista
*(11) Cirurgiões-dentistas com residência ou título de especialista em Saúde da Família
(23) UBS que possuem consultório de Saúde Bucal
(23) UBS que possuem escovódromo
(24) UBS que possuem cadeira odontológica
** (37.1) Utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para atendimentos do cirurgião-dentista
Ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal
(88.1 a 88.18) Ações de Saúde Bucal realizadas na UBS
(67.3) Acolhimento e escuta às pessoas em situação de violência
*(81) Ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde na Escola
Ações coletivas de Saúde Bucal
*(90.1 a 90.10) Atividades de Saúde Bucal realizadas na UBS
*(91) Formas de agendamento da primeira consulta odontológica
*(92) Formas de agendamento de consulta para continuidade do tratamento odontológico
Integração das ações entre as Equipes de Saúde Bucal e as Equipes de Atenção Primária à Saúde
*(89) Agendamento da consulta odontológica integrado ao processo das equipes de Saúde da Família/APS
*(93) Participação das Equipes de Saúde Bucal em reuniões conjuntas com as Equipes de Saúde da Família/APS
Integração das Equipes de Saúde Bucal à Rede de Atenção à Saúde
** (37.4) PEC compartilhado com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
(117.17) Serviços com os quais os profissionais da UBS compartilham o cuidado com os CEO
(117.18) Serviços com os quais os profissionais da UBS compartilham o cuidado com os Serviços de Especialidades em Saúde Bucal
(94) Equipes de Saúde Bucal que contam com o CEO ou o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal (Sesb) como referência para o encaminhamento de usuários
(110.7) Existência de serviços de referência de atendimento odontológico especializado
(110.8) Existência de serviços de referência para suspeita de câncer de boca
(132.2) Disponibilidade de CEO na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (CEO-RCPD)
Ações relacionadas ao câncer de boca desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal
*(95.1 a 95.5) Ações relacionadas ao câncer de boca realizadas pelas Equipes de Saúde Bucal na UBS

Fonte: Instrumento Censo Nacional das UBS 2024.

* Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

** Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista e que utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

Para proporcionar um diagnóstico compreensivo e uma visão abrangente dos alcances e desafios na provisão de atenção integral na APS, cujas ações de cuidado em Saúde Bucal são componentes prioritários, os resultados são descritos e analisados por dimensão e componente, segundo as cinco grandes regiões e para o país como um todo, considerando o universo das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista (n = 36.722). Independente da aplicação do filtro, o número de UBS apresentado nas tabelas variou em função de valores ausentes

decorrentes de não preenchimento ou perda de informação em determinadas variáveis. Por esse motivo, os valores de referência foram indicados nos rodapés das tabelas.

A análise estatística foi conduzida utilizando o software R®, versão 2024.04.1. Foram geradas estatísticas descritivas, com os resultados expressos em frequências absolutas (n) e relativas (%), estratificados para o país e as regiões geopolíticas.

O estudo do Censo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o Parecer nº 6.779.222.

Atuação das equipes de saúde bucal nas UBS brasileiras

Cobertura e composição das Equipes de Saúde Bucal

A Tabela 1 apresenta os resultados do Censo referentes à presença de eSB, cirurgiões-dentistas, estrutura física e uso do PEC nas UBS. No Brasil, 74,4% das UBS contam com eSB, com variações regionais: a cobertura mais alta é encontrada no Nordeste (80,0%) e a menor no Norte (63,1%). Nas UBS do país, a presença de um ou mais cirurgiões-dentistas é de 80,1%.

Entre as UBS que responderam possuir eSB e/ou cirurgião-dentista, a presença de profissionais com residência ou título de especialista em Saúde da Família é de 18,6%, sendo mais elevada no Sul (22,5%) e no Sudeste (22,4%), enquanto o Norte (14,8%) apresenta o menor percentual, seguido do Centro-Oeste (16,0%) e do Nordeste (16,0%; Tabela 1).

Consultórios odontológicos estão presentes em 82,7% das UBS no Brasil, variando de 72,5% no Norte a 85,8% no Centro-Oeste. A distribuição das cadeiras odontológicas segue o mesmo padrão observado entre as regiões para os consultórios, atingindo 82,3% das unidades. A presença de escovódromos é mais restrita; estes são encontrados em 14,9% das UBS, com maior presença no Sudeste (23,0%) e menor no Norte (7,8%; Tabela 1). Cabe destacar que as plantas dos novos modelos das UBS contempladas pelo programa “NOVO PAC” preveem, em sua estrutura mínima, a presença obrigatória do escovódromo, o que deverá ampliar a disponibilidade desses equipamentos.

A Estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) foi criada a partir da reestruturação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) em 2013. A e-SUS AB tem como finalidade ampliar e garantir uma interação efetiva entre os sistemas de informação em saúde. Nesse sentido, o Ministério da Saúde disponibilizou o PEC para uso gratuito dos municípios, associado a outras iniciativas e recursos para a informatização das UBS (Celuppi et al., 2024). Segundo informações disponíveis no SISAB para 2024, 4.083 (73%) municípios do país utilizam o PEC. Em relação às eSB, 26.279 (78,9%) enviam informações por esse prontuário. Os resultados do Censo revelam que, entre as UBS que relataram possuir eSB e/ou cirurgião-dentista e utilizar o PEC, o uso desse sistema nos atendimentos odontológicos é expressivo (93,5% no Brasil), com pouca variação entre as regiões (todas apresentando

percentuais acima de 92%). O Sul (97,0%) e o Centro-Oeste (95,2%) apresentam maior utilização do prontuário para atendimento por cirurgião-dentista, enquanto o Norte possui o menor percentual (92,1%%; Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização geral da infraestrutura em Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
UBS com Equipes de Saúde Bucal (eSB) ^a	2.582 (63,1)	14.186 (80,0)	9.545 (71,4)	4.633 (70,2)	2.459 (78,8)	33.405 (74,4)
UBS com cirurgião-dentista ^b	2.767 (67,6)	14.655 (82,7)	10.529 (78,8)	5.390 (81,6)	2.608 (83,6)	35.949 (80,1)
UBS com uma ou mais Equipes de Saúde Bucal e/ou com cirurgião-dentista ^c	2.863 (70,0)	15.008 (84,7)	10.732 (80,4)	5.466 (82,8)	2.653 (85,0)	36.722 (81,8)
*Cirurgiões-dentistas com residência ou título de especialista em Saúde da Família ^d	423 (14,8)	2.335 (16,0)	2.400 (22,4)	1.227 (22,5)	425 (16,0)	6.810 (18,6)
UBS que possuem consultório de Saúde Bucal ^e	2.969 (72,5)	15.028 (84,8)	10.850 (81,2)	5.599 (84,8)	2.678 (85,8)	37.124 (82,7)
UBS que possuem escovódromo ^f	321 (7,8)	1.943 (11,0)	3.068 (23,0)	833 (12,6)	508 (16,3)	6.673 (14,9)
UBS que possuem cadeira odontológica ^g	2.933 (71,6)	14.904 (84,1)	10.794 (80,8)	5.624 (85,1)	2.680 (85,8)	36.935 (82,3)
**Utilização do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para atendimentos do cirurgião-dentista ^h	1.979 (92,1)	12.171 (92,5)	9.307 (92,8)	5.239 (97,0)	2.439 (95,2)	31.135 (93,5)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

n: frequência absoluta.

%: frequência relativa.

^a Número de respostas: Brasil = 44.915; Norte = 4.094; Nordeste = 17.730; Sudeste = 13.367; Sul = 6.602; Centro-Oeste = 3.122

^b Número de respostas: Brasil = 44.903; Norte = 4.095; Nordeste = 17.726; Sudeste = 13.357; Sul = 6.604; Centro-Oeste = 3.121

^c Número de respostas: Brasil = 44.891; Norte = 4.093; Nordeste = 17.724; Sudeste = 13.353; Sul = 6.601; Centro-Oeste = 3.120

^d Número de respostas: Brasil = 36.717; Norte = 2.862; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.730; Sul = 5.466; Centro-Oeste = 2.653

^e Número de respostas: Brasil = 44.907; Norte = 4.094; Nordeste = 17.725; Sudeste = 13.362; Sul = 6.603; Centro-Oeste = 3.123

^f Número de respostas: Brasil = 44.888; Norte = 4.092; Nordeste = 17.713; Sudeste = 13.360; Sul = 6.603; Centro-Oeste = 3.120

^g Número de respostas: Brasil = 44.889; Norte = 4.094; Nordeste = 17.725; Sudeste = 12.332; Sul = 6.461; Centro-Oeste = 2.976

^h Número de respostas: Brasil = 33.302; Norte = 2.862; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.730; Sul = 5.466; Centro-Oeste = 2.653

Legenda: *Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

**Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista e que utilizam o PEC.

Cuidado em Saúde Bucal na APS

A Tabela 2 apresenta a distribuição das principais ações realizadas pelas eSB nas UBS. Entre as 36.722 UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, os resultados do Censo indicam alta frequência de atendimentos à demanda espontânea (95,4%), restaurações dentárias (94,4%) e extrações (93,1%) em todo o país, com o mesmo padrão mantido para as grandes regiões. Além disso, procedimentos preventivos como aplicação tópica de flúor para grupos de risco (83,2%) e profilaxia (86,5%) também são amplamente realizados nas unidades do país.

O tratamento restaurador atraumático (TRA, ou inglês ART — *Atraumatic Restorative Treatment*), importante estratégia de ampliação de acesso e do cuidado, apresenta média nacional de 58,9% entre as UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, com maior frequência no Sul (64,4%) e no Sudeste (61,8%) e menor no Norte (46,7%; Tabela 2).

O ART é uma técnica de abordagem minimamente invasiva que compreende medidas preventivas, terapêuticas e restauradoras voltadas à cárie dental (Navarro et al., 2015). Essa técnica apresenta vantagens associadas à redução da ansiedade frente aos procedimentos odontológicos, por dispensar o uso de instrumentos rotatórios, além de poder ser aplicada em localidades de difícil acesso às UBS (Frencken, 2017), configurando-se como uma ação a ser incentivada para a ampliação dos cuidados em Saúde Bucal.

O atendimento domiciliar para usuários acamados ou com mobilidade reduzida ocorre em 63,8% das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista, enquanto as visitas domiciliares são realizadas em 60,4% das unidades. O acolhimento com classificação de risco para priorização foi reportado por 68,8% dessas UBS, sem diferenças expressivas entre as grandes regiões (Tabela 2).

Entre as UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista no país, o atendimento a pessoas com deficiência está presente em 81,4% das unidades, enquanto o atendimento de urgência odontológica, com realização de procedimentos, foi informado por 82,5%. A triagem de crianças nas escolas com agendamento oportuno é realizada em 69,6% das unidades, reforçando o desenvolvimento das ações de Saúde Bucal no ambiente escolar (Tabela 2).

Quanto aos procedimentos voltados à prevenção e ao tratamento de doenças periodontais, observa-se que as ações de raspagem são realizadas em 71,8% das UBS do país que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, sem diferenças regionais expressivas. Em contrapartida, o tratamento de canal ocorre em apenas 11,3% das unidades (Tabela 2).

Os dados do SB Brasil 2023 revelaram necessidades periodontais e/ou urgências odontológicas para a população brasileira. Aos 5 anos, aproximadamente 10% das crianças necessitaram de tratamento de urgência devido à dor ou à infecção dentária. Aos 12 anos, o sangramento gengival foi a condição periodontal de maior prevalência (27,8%). Entre adolescentes de 15 a 19 anos, o cálculo dental foi a condição periodontal mais frequente (35,3%). Já na faixa etária de 35 a 44 anos, aproximadamente 10% dos adultos necessitavam de atendimento de urgência/encaminhamento (Brasil, 2024).

Em 2024, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 4.636 (Brasil, 2024a), que instituiu incentivo financeiro de custeio para a retomada das ações de Saúde Bucal no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE). Entre as ações apoiadas estão a escovação dental supervisionada, a aplicação tópica de flúor e o ART; este último, conforme indicação. O recurso também foi direcionado para a aquisição de kits de higiene bucal e insumos necessários à sua execução nas escolas.

Os dados do Censo revelam que a participação das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista no PSE é expressiva no país (88,3%), demonstrando integração entre saúde e educação no desenvolvimento de ações intersetoriais. A região Nordeste se destaca pela maior adesão (92,6%), enquanto o Sudeste possui a menor (83,8%; Tabela 2). Esses resultados ratificam a importância das eSB no desenvolvimento das ações do PSE. Em 2023, por exemplo, foram registradas 707.394 mil ações de Saúde Bucal no âmbito do programa, correspondendo ao maior número entre as ações ofertadas, de acordo com as informações disponibilizadas no SISAB.

O acolhimento e a escuta por profissionais da Saúde Bucal às pessoas em situação de violência foram relatados por 61,9% das UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista no Brasil, sendo mais frequentes no Nordeste (65,7%) e no Centro-Oeste (62,4%) e menos no Sul (56,8%; Tabela 2). Em 2024, a Coordenação-Geral de Saúde Bucal lançou a cartilha “Violência e a Equipe de Saúde Bucal” (Brasil, 2024b), com o objetivo de sensibilizar as eSB sobre os tipos de violência e orientar sobre como os profissionais devem proceder quanto à identificação e encaminhamentos desse agravo durante a sua atuação no território.

No que se refere às ações de reabilitação, entre as UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, os resultados indicam percentuais mais baixos: moldagem de prótese dentária (19,7%), instalação de prótese (17,4%) e cimentação de prótese (13,3%), com desempenho discretamente superior na região Sudeste (Tabela 2). O SB Brasil 2023 identificou que, em adultos entre 35 e 44 anos, a metade necessitava de algum tipo de prótese, sendo mais frequente a prótese parcial de dois maxilares. Entre as pessoas idosas de 65 a 74 anos, aproximadamente 70% apresentavam necessidade de prótese dentária (Brasil, 2024).

Tabela 2 – Ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
*Atendimento à demanda espontânea ^a	2.732 (95,4)	14.347 (95,6)	10.237 (95,5)	5.181 (94,9)	2.530 (95,4)	35.027 (95,4)
*Tratamento restaurador (restaurações) ^a	2.658 (92,8)	14.122 (94,1)	10.136 (94,5)	5.215 (95,5)	2.534 (95,6)	34.665 (94,4)
*Tratamento restaurador atraumático (TRA) ^a	1.336 (46,7)	8.607 (57,4)	6.631 (61,8)	3.516 (64,4)	1.528 (57,6)	21.618 (58,9)

*Extração ^a	2.704 (94,5)	14.073 (93,8)	9.843 (91,8)	5.076 (93,0)	2.458 (92,7)	34.154 (93,1)
*Moldagem de prótese dentária ^a	497 (17,4)	2.799 (18,7)	2.574 (24,0)	809 (14,8)	555 (20,9)	7.234 (19,7)
*Instalação de prótese ^a	408 (14,3)	2.388 (15,9)	2.360 (22,0)	735 (13,5)	481 (18,1)	6.372 (17,4)
*Cimentação de prótese ^a	268 (9,4)	1.419 (9,5)	2.207 (20,6)	663 (12,1)	324 (12,2)	4.881 (13,3)
*Tratamento preventivo com aplicação tópica de flúor para grupos de risco ^a	2.294 (80,1)	12.794 (85,3)	8.881 (82,8)	4.390 (80,4)	2.174 (82,0)	30.533 (83,2)
*Tratamento de canal	366 (12,8)	1.515 (10,1)	1.356 (12,7)	651 (11,9)	252 (9,5)	4.140 (11,3)
*Atendimento domiciliar ao paciente acamado ou com redução de mobilidade ^a	1.775 (62,0)	10.377 (69,2)	6.590 (61,5)	3.200 (58,6)	1.483 (55,9)	23.425 (63,8)
*Acolhimento à demanda com classificação de risco para priorização de casos ^a	1.774 (62,0)	10.111 (67,4)	7.784 (72,6)	3.781 (69,2)	1.822 (68,7)	25.272 (68,9)
*Atendimento à pessoa com deficiência ^a	2.265 (79,1)	12.121 (80,8)	8.830 (82,4)	4.525 (82,9)	2.143 (80,8)	29.884 (81,4)
*Atendimento de urgência odontológica com realização de procedimento ^a	2.147 (75,0)	11.929 (79,5)	9.291 (86,7)	4.674 (85,6)	2.252 (85,0)	30.293 (82,5)
*Triagem de crianças nas escolas com agendamento oportuno ^a	1.799 (62,8)	10.708 (71,4)	7.598 (70,9)	3.698 (67,7)	1.751 (66,1)	25.554 (69,6)
*Aplicação tópica de flúor para grupos de risco ^a	2.118 (74,0)	11.990 (79,9)	7.920 (73,9)	3.836 (70,2)	1.887 (71,2)	27.751 (75,6)
*Raspagem ^a	1.953 (68,2)	10.816 (72,1)	7.889 (73,6)	3.823 (70,0)	1.885 (71,1)	26.366 (71,8)
* Profilaxia ^a	2.398 (83,8)	12.959 (86,4)	9.294 (86,7)	4.797 (87,8)	2.282 (86,1)	31.730 (86,5)
*Visita domiciliar ^a	1.691 (59,1)	9.922 (66,1)	6.104 (56,9)	2.959 (54,2)	1.498 (56,5)	22.174 (60,4)
*Acolhimento e escuta às pessoas em situação de violência ^b	1.744 (60,9)	9.860 (65,7)	6.353 (59,2)	3.104 (56,8)	1.656 (62,4)	22.717 (61,9)
*Ações de Saúde Bucal no Programa Saúde na Escola ^c	2.607 (91,1)	13.893 (92,6)	8.990 (83,8)	4.611 (84,4)	2.331 (87,9)	32.432 (88,3)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

n: frequência absoluta.

%; frequência relativa.

^aNúmero de respostas: Brasil = 36.704; Norte = 2.863; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.723; Sul = 5.461; Centro-Oeste = 2.651

^bNúmero de respostas: Brasil = 36.719; Norte = 2.863; Nordeste = 15.008; Sudeste = 6.353; Sul = 5.464; Centro-Oeste = 2.653

^cNúmero de respostas: Brasil = 36.721; Norte = 2.863; Nordeste = 15.007; Sudeste = 10.732; Sul = 5.466; Centro-Oeste = 2.653

Ações Coletivas e Promoção da Saúde

As ações coletivas de Saúde Bucal realizadas em grupos de educação em saúde constituem estratégias fundamentais da APS no SUS; essas ações são voltadas à redução das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços, à promoção da

saúde, à prevenção de doenças e ao fortalecimento do cuidado odontológico integral e resolutivo (Ferreira et al., 2025).

Em relação às “Ações de Saúde Bucal coletivas” desenvolvidas nas UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, os resultados indicam ampla adesão às atividades de promoção da Saúde Bucal, com destaque para ações educativas em escolas e creches (89,4%), que constituem a estratégia mais desenvolvida, sem diferenças expressivas entre as grandes regiões. A escovação dental supervisionada também é frequentemente realizada (74,4%; Tabela 3). Essa ação é considerada estratégica para criação de hábitos saudáveis, além de contribuir para o controle das infecções e doenças bucais mais prevalentes, especialmente a cárie dentária, que permanece como um agravamento de alta prevalência na população brasileira (Almeida, Ferreira, 2008; Carvalho et al., 2022).

Na APS, profissionais como dentistas, TSB e ASB devem promover atividades educativas para diversos grupos populacionais (Jesus, Rocha, 2022). Os dados do Censo revelam que outras ações preventivas e educativas nas UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista apresentam alta frequência, como a distribuição de kits de Saúde Bucal (69,5%) e as orientações sobre fatores de risco para o câncer de boca (68,4%; Tabela 3). Já os grupos de educação em saúde voltados a populações específicas, como pessoas idosas, gestantes e tabagistas (55,7%), apresentam frequência abaixo de outras ações preventivas e educativas, sugerindo desafios na implementação dessas iniciativas (Tabela 3). Atividades educativas voltadas a pessoas privadas de liberdade e/ou socioeducandos em instituições de longa permanência são realizadas em 17,3% e 11,3% das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista, respectivamente (Tabela 3). O baixo percentual pode estar relacionado, em parte, à ausência ou à presença limitada desses equipamentos públicos e institucionais nos territórios das unidades.

Atividades em salas de espera (50,6%) e levantamentos epidemiológicos (34,8%) são realizadas em uma proporção limitada das UBS do país que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, sendo que estes últimos apresentam cobertura inferior à metade das unidades. O levantamento epidemiológico é mais frequente na região Sudeste (39,8%), enquanto as atividades em sala de espera são mais comuns na região Nordeste, realizadas por 63,1% das unidades com eSB e/ou cirurgião-dentista (Tabela 3).

Tabela 3 – Ações de Saúde Bucal coletivas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
* Escovação dental supervisionada ^a	2.175 (76,0)	12.001 (80,0)	7.619 (71,1)	3.708 (67,9)	1.793 (67,6)	27.296 (74,4)
*Atividades educativas nas escolas e creches ^a	2.634 (92,0)	14.097 (93,9)	9.134 (85,2)	4.439 (85,0)	2.325 (87,7)	32.829 (89,4)

* Ações educativas sobre fatores de risco ao câncer de boca na UBS/território ^a	1.806 (63,1)	10.722 (71,5)	7.776 (72,5)	3.111 (57,0)	1.675 (63,2)	25.090 (68,4)
* Distribuição de kit de Saúde Bucal com escova e pasta fluoretada (com ou sem fio dental) ^a	1.962 (68,5)	10.511 (70,1)	7.491 (69,9)	3.817 (69,9)	1.744 (65,8)	25.525 (69,5)
* Atividade em sala de espera ^a	1.265 (44,2)	9.469 (63,1)	5.395 (50,3)	1.454 (26,6)	994 (37,5)	18.577 (50,6)
* Levantamento epidemiológico ^a	860 (30,0)	5.318 (35,4)	4.272 (39,8)	1.493 (27,3)	833 (31,4)	12.776 (34,8)
* Grupos de educação em saúde (pessoas idosas, gestantes, crianças, adolescentes, tabagistas, entre outros) ^a	1.630 (56,9)	8.513 (56,7)	6.380 (59,5)	2.518 (46,1)	1.418 (53,5)	20.459 (55,7)
* Atividades educativas em instituições de longa permanência ^a	544 (19,0)	2.730 (18,2)	1.981 (18,5)	648 (11,9)	439 (16,6)	6.342 (17,3)
* Atividades educativas para pessoas privadas de liberdade e/ou socioeducandos em instituições de longa a permanência ^a	422 (14,7)	1.943 (13,0)	1.080 (10,1)	399 (7,3)	296 (11,2)	4.140 (11,3)
* Nesta UBS, não são realizadas atividades de Saúde Bucal coletiva ^a	98 (3,4)	381 (2,5)	721 (6,7)	442 (8,1)	137 (5,2)	1.779 (4,9)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

n: frequência absoluta.

%; frequência relativa.

^a Número de respostas: Brasil = 36.704; Norte = 2.863; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.723; Sul = 5.461; Centro-Oeste = 2.651

Legenda: * Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

Organização do Acesso

Em relação às “formas de agendamento da primeira consulta odontológica nas UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista”, a maioria ocorre de forma presencial, seja na recepção da unidade (64,9%) ou no consultório odontológico (60,9%). As menores proporções de agendamento presencial foram reportadas pelas unidades das regiões Sudeste (57,2%) e Centro-Oeste (58,1%). Já o agendamento no consultório odontológico é a segunda modalidade mais frequente, predominando no Sudeste (69,9%) e no Centro-Oeste (66,6%; Tabela 4). Os ACS são considerados importantes intermediários no agendamento da primeira consulta odontológica em 50,5% das unidades que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, sem diferenças regionais expressivas (Tabela 4).

O agendamento via WhatsApp (22,0%) e por ligações telefônicas (23,1%) está presente em aproximadamente um quinto das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista, sendo mais frequente

na região Sul (39,5% e 46,4%, respectivamente; Tabela 4). A região Nordeste apresenta menor adesão ao agendamento por telefone (9,2%) e ao uso do WhatsApp (14,9%; Tabela 4). O agendamento por sites específicos (2,0%), aplicativos próprios (2,9%) e pelo Meu SUS Digital (0,8%) é pouco frequente nas UBS brasileiras com eSB e/ou cirurgião-dentista (Tabela 4).

Tabela 4 – Formas de agendamento da primeira consulta odontológica nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
* Agendamento realizado na recepção da UBS, da mesma forma para os demais profissionais ^a	2.074 (72,4)	10.452 (69,7)	6.131 (57,2)	3.624 (66,4)	1.539 (58,1)	23.820 (64,9)
* No próprio consultório odontológico, pela eSB ^a	1.523 (53,2)	8.080 (53,9)	7.498 (69,9)	3.481 (63,7)	1.766 (66,6)	22.348 (60,9)
* Por WhatsApp ^a	531 (18,6)	2.228 (14,9)	2.421 (22,6)	2.158 (39,5)	722 (27,2)	8.060 (22,0)
* Por ligação telefônica ^a	409 (14,3)	1.414 (9,2)	3.346 (31,2)	2.534 (46,4)	784 (29,6)	8.487 (23,1)
* Por site específico para agendamento de consulta na UBS ^a	25 (0,9)	210 (1,4)	357 (3,3)	100 (1,8)	33 (1,2)	725 (2,0)
* Por aplicativo desenvolvido para este fim ^a	22 (0,8)	137 (0,9)	563 (5,3)	310 (5,7)	25 (0,9)	1.057 (2,9)
* Pelo Agente Comunitário de Saúde ^a	1.471 (41,4)	8.016 (53,4)	5.337 (49,8)	2.518 (46,1)	1.181 (44,6)	18.523 (50,5)
* Meu SUS Digital ^a	14 (0,5)	105 (0,7)	153 (1,4)	20 (0,4)	14 (0,5)	307 (0,8)
* Outro aplicativo ^a	15 (0,5)	113 (0,8)	226 (2,1)	70 (1,3)	15 (0,6)	439 (1,2)
* Outro ^a	139 (4,9)	593 (4,0)	401 (3,7)	223 (4,1)	117 (4,4)	1.473 (4,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

n: frequência absoluta.

%: frequência relativa.

^aNúmero de respostas: Brasil = 36.704; Norte = 2.863; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.723; Sul = 5.461; Centro-Oeste = 2.651

Legenda: * Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

A gestão e definição das formas mais adequadas para o agendamento de consultas representam um desafio global, sobretudo em razão das altas taxa de absenteísmo, que incorrem em desperdício de recursos e insatisfação dos profissionais e usuários, além de agravamento das dificuldades de acesso aos serviços de saúde (Dantas et al., 2018). Os resultados do Censo refletem as diferentes formas de agendamento de consultas para continuidade do cuidado nas UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista, com algumas variações regionais (Tabela 5).

Observa-se predominância do agendamento ao final da consulta (83,0%), com melhor desempenho na região Sudeste (92,7%), enquanto o Nordeste apresenta a menor adesão a

essa modalidade de marcação da consulta subsequente (75,6%; Tabela 5). O agendamento prévio observado na grande maioria das UBS é recomendado para consultas de acompanhamento (MS, 2013a) e para garantir cuidados previsíveis e acessíveis, fortalecendo assim a continuidade do cuidado (Ljungholm et al., 2022). A organização do atendimento por agendamento tende a favorecer o serviço e o processo de trabalho da equipe, pois permite uma organização prévia da demanda. No entanto, a disponibilidade apenas dessa forma pode gerar filas e demora na espera, além de não considerar a demanda espontânea do usuário, a qual deve ser acolhida e atendida na medida da capacidade de absorção e resposta do serviço (Freire et al., 2021). Assim, associar o agendamento prévio a estratégias de lembretes, como notificações enviadas com antecedência com data e horário da consulta, pode mitigar o absenteísmo (Postal et al., 2021).

O agendamento realizado pela equipe e posteriormente comunicado ao usuário é a estratégia menos frequente, ocorrendo em 20,0% das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista no Brasil (Tabela 5). O agendamento da consulta pelo próprio usuário na UBS ocorre em 37,6% das unidades, sendo mais frequente nas regiões Nordeste (43,3%), Sul (42,6%) e Norte (40,3%; Tabela 5). A orientação aos usuários para comparecimento sem agendamento prévio está presente em 10,6% das unidades, sendo mais comum no Norte (14,9%) e no Sul (13,0%) e menos no Sudeste (6,5%; Tabela 5).

A análise dos resultados do Censo das UBS 2024 também mostrou que, apesar da predominância do modelo de agendamento imediato ao final da consulta, há variações regionais que podem refletir desafios no acesso e na organização do processo de trabalho das eSB. O alto índice de agendamentos realizados pelo próprio usuário na UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista, em algumas regiões, e que necessitam de retorno presencial, pode impactar negativamente a adesão ao tratamento — sobretudo em contextos rurais, caracterizados por grandes distâncias, dificuldades de transporte e menor acesso aos serviços de APS (Almeida et al., 2022) —, bem como em territórios marcados por desigualdades e baixa cobertura de Saúde Bucal (Freire et al., 2021).

Na direção de promover maior acessibilidade, ainda que seu uso seja incipiente, o sistema de agendamento online na APS, por meio do sistema PEC e-SUS APS, que funciona de maneira integrada com o aplicativo Meu SUS Digital, representa uma via adicional para o estabelecimento de um canal de comunicação automatizado entre os serviços de saúde e os cidadãos (Postal et al., 2021). Essa estratégia deve ser incentivada e ampliada para favorecer o acesso às ações e aos serviços de Saúde Bucal.

Tabela 5 – Formas de agendamento de consulta para a continuidade do tratamento odontológico nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
* O próximo atendimento é agendado ao final de cada consulta ^a	2.243 (78,3)	11.346 (75,6)	9.940 (92,7)	4.583 (83,9)	2.354 (88,8)	30.466 (83,0)
* A consulta é marcada pela equipe e posteriormente comunicada ao usuário	590 (20,6)	3.262 (21,7)	2.221 (20,7)	942 (17,4)	328 (12,4)	7.343 (20,0)
* A próxima consulta é marcada pelo próprio usuário na UBS ^a	1.153 (40,3)	6.498 (43,3)	3.075 (28,7)	2.326 (42,6)	742 (28,0)	13.794 (37,6)
* O usuário é orientado a vir à UBS sem agendamento prévio ^a	426 (14,9)	1.778 (11,9)	695 (6,5)	707 (13,0)	293 (11,1)	3.899 (10,6)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

n: frequência absoluta.

%; frequência relativa.

^aNúmero de respostas: Brasil = 36.704; Norte = 2.863; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.723; Sul = 5.461; Centro-Oeste = 2.651

Legenda: * Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

Integração com as Equipes de APS e Rede Especializada

A ESF se destaca na APS brasileira pela diversidade e interprofissionalidade de suas equipes, o que constitui uma de suas principais fortalezas. A composição por médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, TSB e ASB, além dos ACS, aliada ao apoio matricial de profissionais de diferentes formações reunidos nas e-Multi, apresenta potencial para ampliar o escopo de práticas e a resolutividade na APS. Nesse contexto, a atuação integrada nas UBS e no território representa aspecto fundamental para a efetividade das ações em saúde (Almeida et al. 2018).

Em relação às estratégias de “Integração das ações das Equipes de Saúde Bucal e equipes de Atenção Primária à Saúde”, os resultados do Censo sinalizam avanços em todo país, com pouca variação regional. O agendamento da consulta odontológica está integrado ao processo das eSF/APS em 89,2% das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista, sugerindo forte alinhamento entre as equipes. A participação das eSB em reuniões conjuntas com as eSF/APS também é bastante frequente nas UBS brasileiras que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista (89,3%). As regiões Centro-Oeste (94,3%), Nordeste (94,3%) e Norte (91,7%) se destacam pelas maiores frequências (Tabela 6).

Embora os resultados do Censo sejam positivos e sinalizem um processo mais integrado de trabalho entre as eSB e as eSF, o trabalho compartilhado ainda representa um desafio, especialmente quando as ações conjuntas demandam maior contato e engajamento, a exemplo do desenvolvimento de ações voltadas aos territórios, às famílias e à comunidade (Scherer et al., 2018). Avançar na atuação integrada de toda a equipe requer a troca de conhecimentos, o

reconhecimento das habilidades e competências de cada membro e o cultivo de atitudes para a construção coletiva de intervenções, aspectos que devem ser incentivados pelas gestões e incorporados aos processos de educação permanente (Scherer et al., 2018).

Tabela 6 – Integração das ações entre as Equipes de Saúde Bucal (eSB) e Equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
* Agendamento da consulta odontológica é integrado ao processo das eSB/APS ^a	2.651 (92,6)	14.067 (93,7)	8.977 (83,7)	4.707 (86,2)	2.336 (88,1)	32.738 (89,2)
* Equipes de Saúde Bucal participam de reuniões conjuntas com as eSB/APS ^a	2.625 (91,7)	14.049 (94,3)	8.917 (83,2)	4.664 (85,4)	2.499 (94,3)	32.754 (89,3)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.
n: frequência absoluta.
%: frequência relativa.
^aNúmero de respostas: Brasil = 36.704; Norte = 2.863; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.723; Sul = 5.461; Centro-Oeste = 2.651
Legenda: * Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

A APS integral somente se concretiza plenamente quando está integrada à rede assistencial. A oferta diversificada de serviços e o acesso oportuno à atenção especializada constituem grandes desafios para a continuidade do cuidado em diferentes contextos (Almeida et al. 2024). No Brasil, parte expressiva da oferta pública e privada de atenção especializada concentra-se nas capitais, onde a maior disponibilidade e variedade de serviços e profissionais estão condicionadas ao desenvolvimento socioeconômico dos municípios e regiões (Nunes et al., 2022). Para alcançar maiores níveis de integração e coordenação do cuidado, além da disponibilidade de serviços, são necessários instrumentos amplamente reconhecidos, como os prontuários eletrônicos compartilhados na RAS.

Os resultados do Censo mostram que, entre as UBS que relataram usar o PEC e que possuem uma ou mais eSB e/ou cirurgião-dentista, 20,1% compartilham o prontuário com o CEO. A região Sul apresenta a maior frequência (31,8%), seguida pelo Sudeste (25,7%). Já as regiões Nordeste (12,5%) e Norte (12,8%) são caracterizadas pelos menores percentuais (Tabela 7).

Ainda que de forma incipiente, os dados revelam avanços na disponibilização de prontuários eletrônicos compartilhados, representando um passo importante para a coordenação do cuidado clínico a ser incentivado e ampliado pelas gestões do SUS. O investimento na integração dos sistemas de informação, conectando serviços e profissionais, é condição fundamental para viabilizar o compartilhamento de informações clínicas e resultados de exames, evitando duplicações, agilizando o diagnóstico e o tratamento, além de aumentar a

segurança dos usuários e minimizar a insatisfação provocada pela necessidade de repetição da história clínica a cada contato com o serviço (Almeida et al., 2024).

No Brasil, 73,1% das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista têm os CEO ou Sesb como referência (Tabela 7). O Sudeste apresenta a maior disponibilidade desses serviços (80,8%), enquanto o Norte registra a menor (59,0%), indicando desigualdades na oferta especializada (Tabela 7). A disponibilidade de serviços especializados é refletida também no compartilhamento do cuidado com os CEO, sendo relatado por 49,4% das unidades, com maior frequência na região Sudeste (57,4%) e menor na região Norte (32,4%; Tabela 7). Apenas 11,0% das unidades do país indicaram compartilhamento do cuidado com os Sesb. Na mesma direção, 65,0% das UBS possuem serviços de referência para casos suspeitos de câncer de boca, com melhores resultados observados para as regiões Sudeste (75,4%) e Sul (73,8%) e piores para a região Norte (48,2%; Tabela 7). A disponibilidade de CEO na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (CEO-RCPD) é de 32,5% para o país, sendo mais elevada nas regiões Sudeste (38,9%) e Sul (33,5%) e menos no Norte (21,8%; Tabela 7).

Os resultados referentes à “Integração das Equipes de Saúde Bucal à Rede de Atenção à Saúde” indicam a necessidade de políticas e ações em duas direções complementares. A primeira diz respeito ao enfrentamento dos vazios assistenciais, tanto de serviços quanto de profissionais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. A segunda envolve o fortalecimento dos vínculos entre os profissionais da APS e os demais pontos de atenção, por meio de estratégias como sessões clínicas compartilhadas; disponibilização dos contatos telefônicos dos serviços de referência; supervisão de casos complexos para construção compartilhada do cuidado; realização de consultas compartilhadas; e formação de grupos de trabalho que envolvam equipes dos diversos serviços operados pessoalmente ou mediados por tecnologias digitais (grupos de WhatsApp, por exemplo). Tais dispositivos podem estimular a comunicação e o relacionamento interprofissional/profissional (Almeida et al., 2024a).

Tabela 7 – Integração das Equipes de Saúde Bucal à Rede de Atenção à Saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
* Prontuário Eletrônico do Cidadão compartilhado com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ^a	276 (12,8)	1.647 (12,5)	2.574 (25,7)	1.720 (31,8)	461 (18,0)	6.678 (20,1)
Serviços com os quais os profissionais da UBS compartilham o cuidado: CEO ^b	1.329 (32,4)	8.562 (48,3)	7.676 (57,4)	3.270 (49,5)	1.358 (43,5)	22.195 (49,4)
Serviços com os quais os profissionais da UBS compartilham o cuidado: Serviço de Especialidades em Saúde Bucal ^b	362 (8,8)	1.839 (10,4)	1.774 (13,3)	656 (9,9)	313 (10,0)	4.944 (11,0)
**Equipes de Saúde Bucal que contam com CEO ou Sesb como referência para o encaminhamento de usuários ^c	1.689 (59,0)	10.523 (70,1)	8.663 (80,8)	4.065 (74,5)	1.878 (70,8)	26.818 (73,1)

Existência de serviços de referência para suspeita de câncer de boca ^d	1.975 (48,2)	10.288 (58,0)	10.078 (75,4)	4.878 (73,8)	1.994 (63,8)	29.213 (65,0)
Disponibilidade de CEO na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência ^d	892 (21,8)	5.347 (30,1)	5.198 (38,9)	2.212 (33,5)	934 (29,9)	14.583 (32,5)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

n: frequência absoluta.

%: frequência relativa.

^aNúmero de respostas: Brasil = 33.302; Norte = 2.149; Nordeste = 13.153; Sudeste = 10.034; Sul = 5.404; Centro-Oeste = 2.562

^bNúmero de respostas: Brasil = 44.935; Norte = 4.096; Nordeste = 17.736; Sudeste = 13.374; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.122

^cNúmero de respostas: Brasil = 36.701; Norte = 2.862; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.722; Sul = 5.460; Centro-Oeste = 2.651

^dNúmero de respostas: Brasil = 44.936; Norte = 4.096; Nordeste = 17.736; Sudeste = 13.374; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Legenda: *Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista e que utilizam o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC).

** Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

A avaliação de usuários com suspeita de câncer de boca ocorre em 76,9% das UBS que possuem eSB e/ou cirurgião-dentista no Brasil, com o menor percentual registrado na região Norte (56,8%) e o maior na região Sudeste (85,8%). Já a coleta de material para biópsia ocorre em apenas 11,2% dessas unidades, com frequências ligeiramente superiores nas regiões Sul (15,8%), Centro-Oeste (14,7%) e Sudeste (14,4%; Tabela 8).

O registro de pacientes encaminhados para serviços de referência é realizado em 63,3% das UBS com eSB e/ou cirurgião-dentista, com menor frequência na região Norte (43,6%). Além disso, 6,0% dessas unidades não desenvolvem ações relacionadas ao câncer de boca. A ausência de usuários com suspeita desse agravo foi relatada por 17,4% das UBS, com variações regionais. As regiões Nordeste (23,5%) e Norte (34,8%) apresentam as maiores proporções de unidades reportando inexistência de casos suspeitos (Tabela 8).

Os resultados sugerem que, de forma geral, a avaliação dos usuários tem sido realizada pelas equipes. No entanto, apesar dessa capacidade, limitações ainda persistem quanto à realização da coleta de material de biópsia, possivelmente associadas à insegurança profissional, à falta de recursos adequados para a execução do procedimento e à ausência de pontos de apoio diagnóstico na RAS, entre outros fatores. O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde Bucal, tem investido na elaboração da linha de cuidado do câncer de boca; uma das estratégias é a utilização do aplicativo Teleestomatologia, cujas principais funções são a teleinterconsulta, a teleducação, o apoio ao telediagnóstico e telerrastreio.

Tabela 8 – Ações relacionadas ao câncer de boca desenvolvidas pelas Equipes de Saúde Bucal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Aspectos avaliados	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
* Avaliação/triagem de pacientes com suspeita de câncer de boca ^a	1.625 (56,8)	10.620 (70,8)	9.206 (85,8)	4.678 (85,6)	2.104 (79,3)	28.233 (76,9)
* Coleta de material para biópsia para diagnóstico de câncer de boca ^a	198 (6,9)	1.111 (7,4)	1.542 (14,4)	862 (15,8)	391 (14,7)	4.104 (11,2)
* Registro dos pacientes com suspeita de câncer de boca encaminhados para o serviço de referência ^a	1.248 (43,6)	8.436 (56,2)	7.967 (74,2)	3.894 (71,2)	1.686 (63,6)	23.231 (63,3)
* A equipe não realiza ações relacionadas ao câncer de boca ^a	230 (8,0)	901 (6,0)	613 (5,7)	278 (5,1)	179 (6,8)	2.201 (6,0)
* A equipe não possui pacientes com suspeita de câncer de boca ^b	995 (34,8)	3.533 (23,5)	1.007 (9,4)	493 (9,0)	370 (14,0)	6.398 (17,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024.

n: frequência absoluta.

%; frequência relativa.

^aNúmero de respostas: Brasil = 36.722; Norte = 2.863; Nordeste = 15.008; Sudeste = 10.732; Sul = 5.466; Centro-Oeste = 2.653

^bNúmero de respostas: Brasil = 36.704; Norte = 2.863; Nordeste = 15.006; Sudeste = 10.723; Sul = 5.461; Centro-Oeste = 2.651

Legenda: * Pergunta aplicada somente às UBS que responderam possuir, pelo menos, uma Equipe de Saúde Bucal e/ou cirurgião-dentista.

Considerações finais

Os resultados do Censo revelam a presença importante de eSB nas UBS do Brasil, embora com variações regionais. A grande maioria das unidades conta com eSB e consultórios odontológicos, sendo a disponibilidade de escovódromo um recurso mais crítico. De toda forma, a inclusão desses espaços nos novos modelos de UBS pelo “NOVO PAC” deve contribuir para ampliar a sua oferta. A informatização das UBS está consolidada em grande parte do país, e o uso do PEC nos atendimentos odontológicos é expressivo. Ainda assim, é preciso um olhar diferenciado para as desigualdades regionais relacionadas à infraestrutura das unidades e à falta de integração desse prontuário com os serviços especializados de Saúde Bucal.

É possível observar a alta frequência de oferta de atendimentos realizados pelas eSB nas UBS, com destaque para a demanda espontânea, restaurações e extrações dentárias, aplicação tópica de flúor e profilaxia, assim como a importante participação no PSE. No entanto, o ATR, essencial para ampliar o acesso a cuidados odontológicos, é um procedimento a ser ampliado. O atendimento domiciliar para pacientes acamados faz parte da rotina das UBS, assim como o atendimento às pessoas com deficiência, respondendo a uma demanda importante da população com dificuldades de acesso aos serviços de saúde.

O acolhimento a vítimas de violência, que apresenta variações importantes entre as regiões, pode ser fortalecido e qualificado a partir da cartilha “Violência e a Equipe de Saúde Bucal”. Não menos importante é a realização de atendimentos de urgência odontológica na APS, o qual já ocorre na grande maioria das UBS, mas que deve se tornar uma realidade em todo país. A cobertura de reabilitação oral permanece limitada e merece ser vista com atenção, uma vez que, para algumas populações (como pessoas idosas), representa uma necessidade em saúde bastante expressiva.

Os resultados também evidenciam adesão a atividades educativas, destacando-se as realizadas em escolas e creches, o que ressalta a importância dessas estratégias na prevenção da cárie dentária. Outras ações preventivas e educativas, como a distribuição de kits de Saúde Bucal e orientações sobre fatores de risco para o câncer de boca, também possuem alta adesão pelas UBS, ainda que haja espaço para a sua universalização. Iniciativas direcionadas a grupos específicos são menos frequentes, indicando desafios de implementação e necessidade de retomada de atividades educativas em outros espaços das UBS, como as salas de espera.

A maior parte dos agendamentos da primeira consulta odontológica nas UBS ocorre de forma presencial, seja na recepção ou diretamente no consultório odontológico. Os ACS desempenham papel importante no suporte ao agendamento, sem grandes variações entre as regiões. De toda forma, o uso de meios digitais, como o WhatsApp e ligações telefônicas, ainda é limitado.

A composição das equipes de APS, incluindo profissionais de diferentes áreas e o suporte das e-Multi, fortalece a resolutividade dos serviços e amplia o escopo das práticas de saúde. A integração entre eSB e equipes de APS nas UBS está presente em todo o país; contudo, ainda existem desafios, principalmente no desenvolvimento de ações conjuntas que demandam maior articulação e envolvimento territorial.

A integração da APS à rede assistencial é essencial para garantir a continuidade do cuidado, mas enfrenta desafios, como a desigualdade na oferta de assistência odontológica especializada ambulatorial (CEO e Sesb). Da mesma forma, os CEO-RCPD apresentam distribuição desigual, apesar de avanços recentes no financiamento dessa estratégia.

Para fortalecer a integração das eSB à RASB, é necessário enfrentar os vazios assistenciais, especialmente nas regiões mais vulneráveis. O uso de prontuários eletrônicos compartilhados é reconhecido por melhorar a coordenação do cuidado, evitando repetições de exames e agilizando o atendimento. A ampliação desse recurso pode trazer avanços na integração entre os níveis de atenção. Além disso, a aproximação entre os profissionais da APS e de outros níveis de atenção pode ser facilitada por estratégias de comunicação e trabalho conjunto.

A avaliação de usuários com suspeita de câncer de boca é realizada na maioria das UBS, assim como o registro de pacientes encaminhados para serviços de referência. Ainda assim, a coleta de material para biópsia precisa ser ampliada. Relatos de inexistência de

usuários com suspeita deste tipo de câncer podem indicar subnotificação ou dificuldades na identificação dos casos.

De modo geral, o Censo evidencia avanços importantes na inserção da Saúde Bucal na APS brasileira, com infraestrutura mínima, informatização ampla e oferta consistente de ações assistenciais, preventivas e intersetoriais. Embora persistam desafios — como desigualdades regionais, baixa cobertura de reabilitação protética e integração limitada com a rede especializada —, o cenário aponta uma base sólida sobre a qual é possível expandir estratégias de acesso, qualificar a coordenação do cuidado e fortalecer a resolutividade das equipes. Esses resultados reforçam o papel estratégico da APS como porta de entrada para uma atenção em Saúde Bucal mais equânime, integrada e resolutiva no SUS.

Referências

Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MHM. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42(spe1):244-60.

Almeida PF, Santos AMD, Silva Cabral LMD, Anjos EF, Fausto MCR, Bousquat A. Water, land, and air: how do the residents of Brazilian remote rural territories travel to access health services? *Arch Public Health*. 2022; 80(1):241.

Almeida PF, Santos AM, Fausto MCR, Bousquat A, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde: componentes para uma organização integral, territorializada e comunitária na rede regionalizada. In: Almeida PF, Casotti E, orgs. *Coordenação e continuidade do cuidado: práticas e trajetórias assistenciais nas redes de atenção à saúde*. São Paulo: Hucitec; 2024. p. 23-54.

Almeida PF, Lacerda RST, Alvarenga SS, Oliveira LS. Coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde: contribuições a partir da experiência de médicos da atenção primária à saúde e da atenção especializada. In: Almeida PF, Casotti E, orgs. *Coordenação e continuidade do cuidado: práticas e trajetórias assistenciais nas redes de atenção à saúde*. São Paulo: Hucitec; 2024a. p. 223-53.

Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do Programa Saúde da Família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(9):2131-40.

Brasil. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf Acesso em: 10 fev. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: acolhimento à demanda espontânea*. Brasília: MS; 2013.

Brasil. Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14572.htm Acesso em: 10 fev. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 751, de 15 de junho de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Serviço de Especialidades em Saúde Bucal - Sesb. 2023a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0751_20_06_2023.html

Brasil. Lei nº 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do SUS. 2023b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.924, de 17 de novembro de 2023. Brasília; 2023c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. SB Brasil 2023 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – Relatório Final. Brasília; 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.636, de 28 de junho de 2024. Brasília; 2024a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. A equipe de saúde bucal e o enfrentamento das violências. Brasília; 2024b.

Brasil. Portaria n.º 6.213, de 19 de dezembro de 2024. Institui a Rede de Atenção à Saúde Bucal – RASB na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2024c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt6213_20_12_2024.html

Carvalho WC, Lindoso TKN, Thomes CR, Silva TCR, Dias ASS. Cárie na primeira infância: um problema de saúde pública global e suas consequências à saúde da criança. *Int J Sci Dent*. 2022; 2(58):57-65.

Celuppi IC, Mohr ETB, Felisberto M, Rodrigues TS, Hammes JF, Cunha CL, et al. Dez anos do Prontuário Eletrônico do Cidadão e e-SUS APS: em busca de um Sistema Único eletrônico. *Rev Saúde Pública* 2024; 58:23.

Dantas LF, Fleck JL, Oliveira FLC, Hamacher S. No-shows in appointment scheduling—a systematic literature review. *Health Policy* 2018; 122(4):412-21.

Ferreira RC, Chalub LLFH, Amaral JHL, Pinto RS, Santos JS, Campos FL, et al. Indicadores para monitoramento dos serviços de saúde bucal na atenção primária: validação de conteúdo e mensurabilidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2025; 30(2):e088702023.

- Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG de, Cavalcanti YW. Acesso em saúde bucal no Brasil: análise das iniquidades e não acesso na perspectiva do usuário. *Epidemiol Serv Saúde*. 2021; 30(3):e2020444.
- Frencken JE. Atraumatic restorative treatment and minimal intervention dentistry. *Br Dent J*. 2017;223(3):183-9.
- Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
- Instituto Nacional de Câncer (INCA). Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2022. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>. Acesso em: 5 out. 2023.
- Jesus SF, Rocha ML. Saúde bucal: acadêmicos de odontologia realizam palestras educativas de saúde bucal, em escola pública de pré-escolares: relato de experiência. *Rev Ext IAES*. 2022; 1:23-6.
- Ljungholm L, Edin-Liljegren A, Ekstedt M, et al. What is needed for continuity of care and how can we achieve it? *BMC Health Serv Res*. 2022; 22:686.
- Navarro MFL, Leal SC, Molina GF, Villena RS. Tratamento Restaurador Atraumático: atualidades e perspectivas. *Rev APCD*. 2015; 69(3):289-301.
- Nunes FG, Santos AM, Carneiro AO, Fausto MCR, Cabral LMS, Almeida PF. Challenges to the provision of specialized care in remote rural municipalities in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2022; 22:1386.
- Pereira FAO, Assunção LRS, Ferreira FM, Fraiz FC. Urgência e descontinuidade do cuidado em saúde bucal de crianças e adolescentes. *Ciênc Saúde Coletiva* 2020; 25(9):3677–84.
- Postal L, et al. Sistema de agendamento online: uma ferramenta do PEC e-SUS APS para facilitar o acesso à Atenção Primária no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2021; 26(6):2023–34.
- Sanchez TP, Borchardt D, Tribis L. Atendimento equânime à demanda espontânea odontológica. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2021; 16(43):2756.
- Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, Menezes ELC. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde Debate* 2018; 42(spe2):233–46.
- Silvestre JAC, Aguiar ASW, Teixeira EH. Do Brasil sem Dentes ao Brasil Sorridente: um resgate histórico das políticas públicas de saúde bucal no Brasil. *Cad ESP*. 2013; 7(2):28-39.
- Varela-Centelles P, Seoane J, Ulloa-Morales Y, Estany-Gestal A, Blanco-Hortas A, García-Pola MJ, Seoane-Romero JM. Oral cancer awareness in North-Western Spain: a population-based study. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2021; 26(4):518-25.
- Warnakulasuriya S, Kerr AR. Oral Cancer Screening: Past, Present, and Future. *J Dent Res*. 2021; 100(12):1313–20.

Coordenação do cuidado, integração à rede, mecanismos de regulação assistencial para acesso à atenção especializada e cuidado compartilhado nas UBS brasileiras

Ligia Giovanella¹, Patty Fidelis de Almeida¹, Simone Schenkman¹, Elisandréa Sguario Kemper², Bruna Camilo de Souza Lima e Silva³, Flávia Soares Pessoa⁴, Ligia de Gaia Azevedo de Oliveira⁵, Maria Silvia Fruet⁶, Olivia Lucena de Medeiros⁵, Rebeca de Castro Oliveira³, Regina Silva Futino⁷, Sofia Nader de Araújo², Thaís da Silva Sabião⁵

Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

²CGFAP/SAPS/MS

³CGMAIA/SAPS/MS

⁴CIMVAC/CGESCO/DESCO/SAPS/MS

⁵CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS

⁶Coordenação de Sistemas e Serviços de Saúde e Capacidades Humanas para a Saúde/OPAS

⁷CGESCO/DESCO/SAPS/MS

Introdução

Em 2024, foi realizado o Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que abrangeu a totalidade dos estabelecimentos de atenção básica do país, utilizando um instrumento de coleta de informações organizado em 15 áreas temáticas. Este capítulo apresenta os resultados do Censo Nacional das UBS 2024 concernentes ao desenvolvimento de ações voltadas à coordenação do cuidado e integração dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) à rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), mediadas por estratégias de regulação assistencial. Examina também as práticas de cuidado compartilhado entre os profissionais da UBS, incluindo as equipes multiprofissionais (eMulti) e os serviços de referência.

Por meio da coordenação do cuidado pela APS na rede assistencial, busca-se garantir a prestação de serviços centrados nas pessoas, em tempo oportuno, longitudinais e adequados às necessidades e preferências dos usuários e famílias, tendo como objetivo alcançar a atenção integral (Khatri et al., 2023). Pessoas com agravos crônicos demandam monitoramento e acompanhamento contínuos, além de apoio para o desenvolvimento de práticas de autocuidado e para a vinculação a recursos comunitários (Stumm et al., 2019).

Usuários e famílias experienciam falhas na coordenação do cuidado, especialmente durante a transição entre os pontos de atenção, quando são necessários encaminhamentos para outros profissionais (McDonald et al., 2014). Isso ocorre, por exemplo, quando precisam relatar sua história clínica repetidas vezes ao buscar atendimento com diferentes profissionais de saúde (em um mesmo ou em distintos níveis de atenção), ou quando exames já solicitados em determinado nível assistencial são repetidos (Almeida et al., 2018). Profissionais de saúde também percebem falhas de coordenação, sobretudo quando o usuário é encaminhado ao local errado no sistema de saúde ou quando há baixa efetividade na resolução do problema devido à insuficiência ou à inadequação da troca de informações entre serviços (McDonald et al., 2014).

O ato de coordenar implica a organização deliberada de ações que envolvem duas ou mais pessoas ou instituições, bem como o manejo de recursos, de modo a produzir uma oferta adequada de cuidado (McDonald et al., 2014). A coordenação articula recursos comunitários, assistenciais, farmacêuticos, entre outros, não ocorrendo de forma espontânea, mas requerendo políticas e incentivos institucionais. Para ser efetiva, deve ser concebida em uma perspectiva dinâmica, ajustada às especificidades, à complexidade e ao grau de fragmentação do sistema de saúde, bem como às características singulares dos grupos e indivíduos (Almeida et al., 2018). A coordenação pressupõe, portanto, a construção de redes dinâmicas e exige cooperação e integração entre os atores e serviços envolvidos.

Diversas estratégias e instrumentos têm sido identificados para alcançar uma melhor coordenação do cuidado. O instrumento do Censo UBS 2024 alinha-se a duas perspectivas pró-coordenação: o fortalecimento da APS, com facilitação do acesso, e sua integração com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), mediados por processos de regulação assistencial nas UBS.

Somente uma APS fortalecida, como parte de uma rede estruturada e conectada de serviços e ações de saúde, capaz de mobilizar apoio e recursos políticos, econômicos, financeiros e humanos, pode ser responsável pela coordenação dos cuidados entre os diferentes níveis assistenciais (Almeida et al., 2011). O reconhecimento do papel dos serviços de APS na rede representa um elemento técnico e simbólico fundamental para a assunção das funções de guia do percurso terapêutico dos usuários em suas trajetórias assistenciais. Assim, reformas direcionadas à ampliação do escopo de serviços providos pela APS, incluindo atividades de prevenção e promoção, cuidados comunitários, execução de procedimentos antes realizados na atenção hospitalar, introdução das eMulti e integração entre APS e saúde pública, também configuram medidas pró-coordenação (Giovanella, 2006). Esses elementos estão contemplados em diversas dimensões do instrumento de coleta de dados do Censo Nacional das UBS 2024.

Na dimensão **“Coordenação do cuidado, integração à rede e mecanismos de regulação assistencial para acesso à atenção especializada”**, do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS 2024, destacam-se inicialmente dois componentes que se vinculam a uma APS de “portas abertas”, capaz de oferecer respostas efetivas aos usuários, em contraposição à perspectiva burocrática de porta obrigatória: **organização da agenda e acolhimento à demanda espontânea**.

Um conjunto de ações assistenciais e gerenciais deve ser desenvolvido para ampliar o acesso e a oferta de serviços, fortalecendo a APS em sua função de porta de entrada preferencial do SUS. O atendimento das demandas programadas e espontâneas da população para ações de prevenção, tratamento e acompanhamento contribui para consolidar as UBS como serviço de fonte regular de cuidados, indicando que a atenção está disponível, que o vínculo equipe-usuários é estável e que o acesso é facilitado (Almeida et al., 2011).

A **organização da agenda** dos profissionais é um recurso-chave para garantir a retaguarda e acesso a partir do acolhimento realizado, assim como para assegurar a continuidade do cuidado aos grupos que demandam atendimento programado (Brasil, 2013). Paralelamente, o **acolhimento à demanda espontânea** implica a responsabilização pelo usuário assumida pelas equipes de APS. Esse acolhimento depende tanto da existência de fluxos assistenciais quanto do caráter ético e humano inerente ao cuidado, de modo que todos que procuram a UBS se sintam amparados e acolhidos diante de suas necessidades e inseguranças (Magalhães Júnior, 2006).

O que se espera não é a manutenção de programações estanques segundo categorias ou grupos, mas respostas oportunas conforme a necessidade, sendo essencial que a estratégia de **organização da agenda** seja adequada às características locais dos territórios e das populações (Brasil, 2013).

Outro componente fundamental da coordenação, para a garantia da continuidade do cuidado, refere-se à **integração da APS com outros pontos da RAS**, mediada por processos de **regulação assistencial na UBS**. Centrais, sistemas e processos de regulação assistencial em diversos níveis, monitoramento dos planos terapêuticos e das necessidades de saúde facilitam a prestação do cuidado contínuo e integral, em local e tempo oportunos (Aleluia et al., 2017).

Especificamente em relação aos sistemas públicos universais de saúde, como o SUS, a integração entre níveis assistenciais representa uma das bases para que a coordenação clínica seja operada pelos profissionais nos serviços de saúde. Para que isso ocorra, é necessário que a rede assistencial esteja estabelecida geograficamente, com população definida e papéis e funções determinados para todos os serviços de saúde. A rede regionalizada é uma estratégia fundamental para a constituição de sistemas de saúde universais e equitativos, cujos princípios partem da noção de saúde como um bem público. Desse modo, constitui-se em um instrumento importante para a ampliação do acesso, a garantia da qualidade da atenção, a eficiência e a redução de desigualdades (Kuschnir e Chorny, 2010). A APS integra essa rede regionalizada, e seu papel é favorecer o acesso oportuno e adequado aos serviços diagnósticos e terapêuticos, sejam eles ambulatoriais ou hospitalares, para toda a população circunscrita aos territórios regionalizados.

No que se refere à integração entre níveis de atenção à saúde, a escassez, a ineficiência e a má distribuição de recursos especializados, hospitalares e de urgência e emergência nas regiões de saúde se sobressaem à própria discussão sobre a constituição das redes. Outro desafio, que não dialoga diretamente com as estratégias e instrumentos para integração entre níveis, mas que precisa ser enfrentado, refere-se à ampliação da oferta pública de serviços de saúde em distintas densidades tecnológicas, rompendo com a dependência de prestadores privados e com a mercantilização da saúde no SUS (Santos e Giovanella, 2016; Santos et al, 2024). Ao mesmo tempo, a atenção especializada carece de maior qualificação para o trabalho em rede, de modo a avançar na ampliação e otimização da oferta em perspectiva regional.

A **regulação assistencial na UBS** não deve operar sob a perspectiva da restrição de acesso, impondo barreiras à trajetória assistencial dos usuários, mas sim promover o acesso oportuno conforme a necessidade. Nesse sentido, o conceito de regulação vem sendo gradativamente aperfeiçoado, sobretudo a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011, ao incorporar a noção de microrregulação, que amplia a capacidade

dos profissionais da APS exercerem a gestão do cuidado e, ao mesmo tempo, reconhece a necessidade de desenvolvimento mais formal do regime profissional de regulação (Melo et al., 2021).

Ao se considerar o caráter relacional como um dos aspectos essenciais para a **integração da APS com outros pontos da RAS**, o Censo UBS 2024 buscou diagnosticar aspectos orientados à comunicação entre profissionais que atuam na APS e nos demais pontos das RAS, sobretudo na atenção especializada. A frágil comunicação entre profissionais de saúde contribui para um conjunto de desfechos negativos no processo assistencial (Vermeir et al., 2015). Embora a comunicação seja um aspecto crítico na formação dos profissionais de saúde, argumenta-se que se trata de uma habilidade essencial do cuidar (Coriolano-Marinus, et al., 2014) e que deve ser incentivada pelas gestões da saúde.

Estratégias como sessões clínicas conjuntas, consultas compartilhadas, prontuário eletrônico compartilhado, elaboração conjunta de planos de cuidados abrangentes não focados apenas no agravo e grupos de trabalho que envolvam equipes dos diversos serviços (Almeida et al., 2018; Lacerda et al., 2023), que podem ser operados presencialmente ou mediados por tecnologias, a depender do contexto, são alguns dos dispositivos para estimular a comunicação e o relacionamento interprofissional.

Os sistemas de **transporte sanitário**, imprescindíveis para garantia do acesso, são transversais às RAS e buscam viabilizar fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos, sendo fortemente influenciados pelos custos de oportunidade, sobretudo em situações eletivas (Mendes, 2011). O diagnóstico da disponibilidade de **transporte sanitário** intra e intermunicipal constitui também um dos componentes desta dimensão do Censo das UBS 2024.

Em síntese, os componentes da dimensão “**Coordenação do cuidado e integração à rede**” do Censo das UBS 2024 contemplam: **organização da agenda, acolhimento à demanda espontânea, integração da APS com outros pontos da RAS, regulação assistencial na UBS e transporte sanitário**.

Por sua vez, a dimensão “**Cuidado compartilhado e atuação das eMulti na APS**” aborda o **compartilhamento de cuidados com outros serviços e profissionais**, com destaque para as eMulti, **acesso das equipes da UBS às eMulti e escopo de práticas das eMulti**.

A criação das eMulti em 2023 retoma e amplia o escopo de atuação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando: facilitar o acesso da população aos cuidados em saúde por meio do trabalho colaborativo entre profissionais das eMulti e das equipes de APS; ampliar o escopo de práticas em saúde no âmbito da APS e do território e aprimorar a resolutividade da APS, com destaque para o trabalho colaborativo, compartilhado e interprofissional (Brasil, 2023).

Além de fortalecer as práticas em saúde no território e tornar a APS mais resolutiva, as eMulti incorporam tecnologias de informação e comunicação (TIC), incluindo o atendimento remoto, para otimizar processos de trabalho e qualificar a atuação interprofissional (Brasil, 2023, Portaria 635). Como ferramenta de telessaúde, o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) da

Estratégia e-SUS APS disponibiliza funcionalidades como o módulo de compartilhamento do cuidado e videochamadas, permitindo maior integração entre as equipes. Essas ferramentas viabilizam teleconsultorias síncronas e assíncronas, além de teleinterconsultas, ampliando o suporte remoto e aprimorando a qualidade da assistência (Brasil, 2024).

Todos esses componentes foram investigados no Censo Nacional das UBS 2024 e são elementos essenciais para a organização do cuidado na APS, visando à garantia de atenção integral no SUS, de acordo com as necessidades em saúde de indivíduos e coletividades, conforme rege a Constituição Federal brasileira.

Nesse contexto, os objetivos deste capítulo são: analisar o desenvolvimento de ações voltadas à coordenação do cuidado e integração da APS à rede, mediadas por estratégias de regulação assistencial, e examinar as práticas de cuidado compartilhado entre as eMulti da APS.

Métodos

A avaliação institucional da APS brasileira, materializada no Censo Nacional das UBS 2024, foi conduzida a partir de dois enfoques complementares e indissociáveis. O primeiro consistiu na garantia de um processo que dialogasse com a estrutura federativa brasileira; o segundo, na definição da imagem-objetivo da APS do país, entendida como integral, resolutiva, comunitária, territorial e integrada à rede de serviços como preconizado no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Inicialmente, foi construída uma proposta de instrumento de coleta de dados, elaborada a partir de um conjunto de dimensões consideradas essenciais para a avaliação da APS, reconhecendo a necessidade de um instrumento robusto e abrangente e seguindo os princípios da avaliação de quarta geração em saúde, que enfatizam a participação ativa dos atores envolvidos no processo avaliativo (Guba & Lincoln, 1989; Furtado, 2001).

O Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e a Rede de Pesquisas em APS (Rede APS) da Abrasco promoveram a articulação com diversos atores estratégicos para aprimorar o instrumento de coleta de dados, estabelecendo uma estrutura de governança que garantisse a participação e o compromisso de todos os envolvidos. Dessa forma, somaram-se ao processo de elaboração do instrumento representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretaria Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

A construção coletiva do instrumento de coleta de dados ocorreu a partir de contribuições obtidas em diversas oficinas realizadas com os atores envolvidos e das discussões em grupos

de trabalho. O questionário foi refinado para abranger múltiplas dimensões de análise, tais como infraestrutura e recursos físicos, força de trabalho, processos de trabalho e gestão, oferta de serviços e TIC, entre outras.

Finalmente, o instrumento de coleta de dados do Censo das UBS 2024 foi submetido a um processo de validação que incluiu revisão por especialistas, testes-piloto e pactuação tripartite. Acordos foram estabelecidos entre as esferas federal (MS), estadual (CONASS) e municipal (CONASEMS), assegurando o compromisso conjunto com o Censo e sua institucionalização como prática regular.

A implementação do Censo envolveu o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica no e-Gestor AB, permitindo o preenchimento do questionário tanto *online* quanto *offline*, com recursos para salvar progressos e garantir a participação de diferentes profissionais das UBS.

O Censo Nacional das UBS, após aprovação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi lançado em maio de 2024 para adesão dos gestores municipais. A totalidade dos municípios brasileiros aderiu ativamente ao processo. Todo o procedimento foi realizado de forma eletrônica no sistema e-Gestor. Ao aderir ao Censo, cada município teve acesso à lista de seus estabelecimentos de saúde de APS inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) para conferência, bem como para indicar o profissional responsável pelo preenchimento do questionário. O período para preenchimento dos dados do Censo se iniciou em 3 de junho e encerrou em 31 de agosto de 2024. O instrumento ficou disponível no e-Gestor para preenchimento durante 75 dias, com exceção do Rio Grande do Sul, que contou com 65 dias adicionais, em virtude da catástrofe climática então vivenciada.

Foram realizadas estratégias de mobilização, incluindo campanhas de comunicação e mobilização de atores locais, como apoiadores e animadores. A capacitação continuada dos respondentes foi assegurada por meio da disponibilização de canais de suporte, como o Disque Censo, além de materiais didáticos, treinamentos e apresentações nos distintos estados da federação.

O Censo das UBS 2024 contou com adesão de 100% dos gestores municipais e incluiu uma lista de 49.738 estabelecimentos de APS cadastrados no CNES em abril de 2024. Desse total, 4.026 estabelecimentos foram inativados pelos gestores municipais, sob a justificativa de que tais UBS não estavam em funcionamento no momento de resposta ao Censo ou se tratavam de outro tipo de estabelecimento não relacionado à APS.

No total, 45.712 estabelecimentos de saúde responderam ao Censo. O banco de dados foi analisado quanto à completude e consistência; observou-se que, mesmo após o processo de inativação, alguns estabelecimentos que não pertenciam à APS haviam respondido ao questionário. Assim, foram excluídos da análise estabelecimentos que: a) informaram, em uma questão aberta, não se tratar de unidades de APS; b) correspondiam

a unidades móveis terrestres ou fluviais; ou c) não possuíam financiamento do MS para equipes de APS [(Equipes de Saúde da Família (eSF), Equipe de Atenção Primária (eAP), Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)], declararam não contar com eSF, eAP e eSFR, e apresentavam denominações claramente indicativas de estabelecimentos de outros níveis de atenção, como Centros Covid, Casas de Parto, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e Centros Especializados em Reabilitação (CER). Esse processo levou à exclusão de 773 estabelecimentos de saúde do banco de dados do Censo.

Os resultados apresentados neste capítulo correspondem ao universo de 44.938 UBS (estabelecimentos de saúde de APS), com a seguinte distribuição pelas regiões do país: Norte = 4.096, Nordeste = 17.737, Sudeste = 13.375, Sul = 6.607 e Centro-Oeste = 3.123.

Neste capítulo são analisados os resultados referentes a duas dimensões do instrumento do Censo e seus componentes específicos. A dimensão **“Coordenação do cuidado, integração à rede e mecanismos de regulação assistencial para acesso à atenção especializada”** abrange os seguintes componentes: **organização da agenda, acolhimento à demanda espontânea, integração da APS com outros pontos da RAS, regulação assistencial na UBS e transporte sanitário**. A dimensão **“Cuidado compartilhado e atuação das eMulti na APS”** compreende os componentes **cuidado compartilhado com outras equipes e serviços, composição das eMulti e práticas conjuntas com a eMulti**. Essas dimensões e seus componentes correspondem às perguntas 102 a 118, 120 e 121 do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS 2024.

Para proporcionar um diagnóstico compreensivo e uma visão abrangente dos alcances e desafios relacionados à coordenação do cuidado, à integração à rede e ao cuidado compartilhado da APS do SUS, os resultados são descritos e analisados por dimensão e componente, sendo apresentados de forma comparativa entre as cinco grandes regiões do país e o total nacional.

Coordenação do cuidado, integração à rede e mecanismos de regulação assistencial para acesso à atenção especializada

Organização da agenda e acolhimento à demanda espontânea

O atendimento das demandas programada e espontânea da população para ações de prevenção, tratamento e acompanhamento facilita a constituição da UBS como fonte regular de cuidados. Esse processo indica que a atenção se tornou disponível, o vínculo equipe-usuários é estável e o acesso é facilitado (Almeida et al., 2011).

A **organização da agenda** dos profissionais é importante para garantir o acesso e a continuidade do cuidado. Nesse sentido, é essencial compreender como as equipes de APS planejam e gerenciam suas agendas de modo a contemplar as diferentes necessidades da população e promover uma atenção mais humanizada (Brasil, 2013).

O agendamento de consultas com hora marcada facilita o acesso dos usuários e contribui para sua satisfação ao evitar longas filas e esperas. No Censo das UBS 2024, foi possível observar que 65,5% das unidades no Brasil adotam o agendamento com hora marcada, com destaque para as regiões Sudeste (82,8%) e Sul (78,6%). As menores proporções foram registradas no Nordeste (50,6%) e no Norte (52,7%; Tabela 1).

Ao mesmo tempo, o acolhimento à demanda espontânea implica a responsabilização assumida pelas equipes de APS pelo cuidado aos usuários, ao promover atenção mais oportuna e respostas diferenciadas conforme as suas necessidades. Essa prática depende tanto da existência de fluxos assistenciais quanto do caráter ético e humano implicado no cuidado, de modo que todos que procuram a UBS sintam-se amparados e acolhidos diante de suas necessidades e inseguranças (Magalhães Júnior, 2006).

Em 95,5% das UBS do país, são disponibilizadas e/ou reservadas vagas na agenda das equipes para atendimento à demanda espontânea todos os dias, em pelo menos um dos turnos de atendimento da unidade. Já em 85,2% das unidades, são disponibilizadas vagas para a demanda espontânea todos os dias, em todos os turnos de atendimento (Tabela 1). Esses resultados mostram a ampliação da possibilidade de atendimento à demanda espontânea nas UBS na última década. Segundo avaliações do PMAQ-AB, em 2011, 64,9% das equipes possuíam reserva de vagas para atendimento no mesmo dia, proporção que aumentou para 88,1% em 2014, garantindo atendimento a casos em que não seria recomendável o agendamento para outro dia (Lima et al, 2018).

Tabela 1 – Organização da agenda e acolhimento à demanda espontânea nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Consultas na UBS são agendadas com hora marcada	2.159 (52,7)	8.977 (50,6)	11.077 (82,8)	5.195 (78,6)	2.027 (64,9)	29.435 (65,5)
UBS disponibiliza/reserva vagas na agenda para atendimento à demanda espontânea todos os dias em um ou mais turnos	3.792 (92,6)	17.037 (96,1)	12.767 (95,5)	6.280 (95,1)	2.991 (95,8)	42.867 (95,4)

UBS disponibiliza/reserva	3.486	15.092	11.259	5.576	2.856	38.269
vagas na agenda para	(85,1)	(85,1)	(84,2)	(84,4)	(91,5)	(85,2)
atendimento à demanda						
espontânea todos os dias em						
todos os turnos						

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Diversas modalidades de agendamento de consultas vigoram nas UBS, sendo o agendamento presencial a mais utilizada, o qual está presente em 93,8% das UBS do país. Outra forma frequente é o agendamento de consulta pelos ACS, presente 62,9% das unidades (Tabela 2).

Destaca-se, contudo, que o agendamento é exclusivamente realizado de forma presencial em 49,9% das UBS (Tabela 2), o que pode indicar uma barreira de acesso aos serviços de APS. Outras modalidades deveriam estar disponíveis, tendo em vista que o estabelecimento pode dispor de ferramentas e/ou tecnologias de comunicação que otimizam o tempo e facilitam o acesso para os usuários, como chamadas telefônicas ou mesmo aplicativos de mensagem por *Smartphone* (por exemplo, *WhatsApp*).

O Censo revela que em apenas 45,4% das UBS do Brasil utiliza-se ao menos uma ferramenta de tecnologia de informação e comunicação (TIC) para o agendamento de consultas (Tabela 2). As modalidades mais frequentes são o agendamento por telefone (32,8%) e por *WhatsApp* (32,3%). Destaca-se a região Sul, onde metade ou mais das unidades disponibilizam essas modalidades (Tabela 2). Entre as ferramentas de TIC disponíveis, as menos utilizadas são o *site* específico (2,2%) e o aplicativo *Meu SUS Digital*, adotado por apenas 0,7% das UBS brasileiras (Tabela 2).

Esses resultados indicam que, em mais de 30 mil UBS do país, os usuários ainda não podem agendar consultas por telefone, o que pode implicar na perda de um dia ou turno de trabalho apenas para realizar o agendamento presencialmente. Por outro lado, a experiência de comunicação ampliada durante a pandemia de Covid-19 consolidou o uso do *WhatsApp*, o que pode constituir uma estratégia de facilitação do acesso, por meio de *smartphones* ou computadores. Experiências já implementadas em alguns locais podem orientar a definição de estratégias para o uso regular desses aplicativos e, especialmente, para a ampliação do uso do aplicativo *Meu SUS Digital*, ainda pouco difundido no território nacional.

Tabela 2 – Formas de agendamento de consultas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Agendamento presencial	3.674 (89,7)	15.567 (93,4)	12.815 (95,8)	6.207 (94,0)	2.884 (92,4)	42.147 (93,8)
Agendamento pelo ACS	2.507 (61,2)	11.192 (63,1)	8.896 (66,5)	3.891 (58,9)	1.795 (57,5)	28.281 (62,9)
Agendamento exclusivamente presencial na UBS	2.438 (59,5)	11.676 (65,8)	5.245 (39,2)	1.737 (26,3)	1.336 (42,8)	22.432 (49,9)
Pelo menos uma forma de agendamento com o uso de TIC (≥ 1)	1.296 (31,6)	5.072 (28,6)	7.758 (58,0)	4.605 (69,7)	1.610 (51,6)	20.341 (45,3)
Agendamento por telefone	859 (21,0)	2.744 (15,5)	6.000 (44,9)	3.906 (59,1)	1.215 (38,9)	14.724 (32,8)
Agendamento via WhatsApp	1.099 (26,8)	4.268 (24,1)	4.713 (35,2)	3.251 (49,2)	1.166 (37,3)	14.497 (32,3)
Agendamento via aplicativo desenvolvido para esse fim	51 (1,3)	234 (1,3)	1.075 (8,0)	470 (7,1)	97 (3,1)	1.927 (4,3)
Agendamento por meio de site específico	34 (0,8)	216 (1,2)	526 (3,9)	136 (2,1)	66 (2,1)	978 (2,2)
Agendamento via aplicativo Meu SUS Digital	20 (0,5)	101 (0,6)	170 (1,3)	18 (0,3)	15 (0,5)	324 (0,7)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

A modalidade de marcação de consultas de demanda programada para grupos prioritários, como hipertensos e gestantes, interfere na continuidade do cuidado, fator essencial para a qualidade da atenção prestada. A periodicidade do acompanhamento depende do tipo de condição ou agravo, mas deve ser garantida conforme as necessidades de cada grupo. No caso das gestantes, pode ser necessário que a consulta da demanda programada seja agendada ao final de cada atendimento. Já para agravos que exigem acompanhamento por períodos mais longos, o monitoramento pode ser uma estratégia eficaz tanto para o agendamento quanto para o convite à continuidade do cuidado.

Diversas modalidades de acesso a consultas de demanda programada vigoram nas UBS brasileiras, indicando diferentes graus de responsabilização das equipes por esse atendimento (Tabela 3). Em 68,5% das unidades do país, as consultas da demanda programada para grupos prioritários são agendadas ao final de cada consulta, em paralelo ou não com outras formas de marcação. Já em 34,4% das UBS, a consulta é marcada pela própria equipe e posteriormente comunicada ao usuário, com destaque para o Sudeste (43,1%). Considerando essas duas modalidades como as melhores formas para garantir o acesso e a continuidade do

cuidado, observa-se que, em 79,3% das UBS do país, as consultas de demanda programada para os grupos prioritários são agendadas ao final de cada atendimento e/ou diretamente pela equipe, que informa o usuário sobre o agendamento.

Outra forma comum, presente em 49,2% das UBS, é o agendamento da demanda programada ser realizado pelo próprio usuário na unidade. Em 29,1% das unidades, o usuário é orientado a procurar a UBS quando sentir necessidade, sem agendamento prévio, o que pode significar uma desresponsabilização pela continuidade do cuidado periódico. Em 14,4% das UBS, o usuário é orientado a comparecer em dias específicos, também sem agendamento, sinalizando definição de turnos por grupos programáticos e uma agenda mais fixa.

Os resultados mostram que a maioria das UBS assume a responsabilização pelo acompanhamento dos grupos prioritários; não obstante, indicam também que, em cerca de 20% (n = 9.282) das unidades, o agendamento de grupos prioritários não é uma iniciativa das equipes.

Tabela 3 – Organização da agenda: marcação de consultas da demanda programada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Consulta da demanda programada é agendada ao final de cada consulta e/ou marcada pela equipe e comunicada ao usuário	3.035 (74,1)	14.512 (81,8)	10.919 (81,6)	4.924 (74,5)	2.265 (72,5)	35.655 (79,3)
Consulta da demanda programada para os grupos prioritários é agendada ao final de cada consulta	2.747 (67,1)	12.541 (70,7)	9.065 (67,8)	4.298 (65,1)	2.128 (68,1)	30.779 (68,5)
Consulta da demanda programada é marcada pelo usuário na UBS	1.666 (40,7)	7.702 (43,4)	7.221 (54,0)	3.970 (60,1)	1.563 (50,1)	22.122 (49,2)
Consulta é marcada pela equipe e depois comunicada ao usuário	1.019 (24,9)	5.682 (32,0)	5.769 (43,1)	2.374 (35,9)	614 (19,7)	15.458 (34,4)
Usuário é orientado a comparecer à UBS quando sentir necessidade e sem agendamento prévio	1.151 (28,1)	4.945 (27,9)	3.721 (27,8)	2.252 (34,1)	997 (31,9)	13.066 (29,1)
Usuário é orientado a comparecer à UBS em dia específico, sem agendamento	672 (16,4)	2.848 (16,1)	672 (16,4)	1.592 (11,9)	488 (15,6)	6.464 (14,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Integração da Atenção Primária à Saúde com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde

A integração dos serviços de APS com outros pontos das RAS, de modo a promover cuidados coordenados, permanece um desafio para a organização dessas redes (Giovanella et al 2006).

A comunicação entre profissionais e serviços é essencial para a coordenação e a integração da rede assistencial. Estratégias como sessões clínicas conjuntas, consultas compartilhadas, prontuário eletrônico compartilhado e a elaboração conjunta de planos de cuidado abrangentes que envolvam equipes dos diversos serviços da RAS (Almeida et al., 2018; Lacerda et al., 2023) podem ser algumas das formas de estimular a comunicação e o relacionamento interprofissional.

É possível observar na Tabela 4 que mais de 96% das UBS brasileiras dispõem de uma ou mais estratégias de comunicação entre os profissionais da(s) equipe(s) de APS e os profissionais de outros pontos da rede. Essas estratégias podem ser operadas presencialmente ou mediadas por TICs. Dentre elas, as principais formas de comunicação utilizadas pelas equipes são: via *WhatsApp* (66,3%), com maior predominância nas regiões Sul (77,6%) e Sudeste (71%); e o contato telefônico (62,1%), também mais comum nas regiões Sul (78,7%) e Sudeste (76,3%).

Outras estratégias de comunicação que também se destacam nas UBS brasileiras são o uso de fichas de referência/contrarreferência (54,5%), a realização de reuniões técnicas ou sessões clínicas (51,6%) e o prontuário eletrônico compartilhado (49,9%). Para a maioria dessas estratégias, observa-se maior predominância nas regiões Sudeste e Sul e menor nas regiões Norte e Nordeste, evidenciando discrepâncias regionais no país.

É relevante examinar a utilização da estratégia de comunicação por telessaúde, presente em apenas 15,9% das UBS brasileiras, com maior uso nas regiões Sul (29,5%) e Nordeste (18,7%). A estratégia de telessaúde é uma das principais abordagens do Programa SUS Digital e envolve o uso de tecnologias digitais para promover a comunicação entre profissionais da APS e outros pontos da rede, bem como entre usuários e especialistas. Trata-se de uma ferramenta que contribui para ampliar o acesso aos serviços especializados, reduzir tempos e filas de espera e favorecer maior resolutividade e integralidade do cuidado, principalmente em áreas com mais dificuldades de acesso e menor oferta de atendimentos por especialistas (Brasil, 2022; 2024b; 2024c).

O telessaúde é uma estratégia de comunicação que merece ser incentivada e implementada, para a qual se prevê maior impulso através da Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES) (Brasil, 2023a). Os dados da avaliação externa do PMAQ-AB, no período de 2014 e 2018, indicaram uma evolução positiva no acesso das equipes ao telessaúde. No 2º ciclo, 32,6% das equipes utilizaram essa estratégia, proporção que

aumentou para 52,4% no 3º ciclo (Facchini, Tomasi, Thumé, 2021). A comparação com os resultados do Censo das UBS 2024 deve ser cautelosa, uma vez que as unidades de análise são distintas e as perguntas não são idênticas. No PMAQ-AB, o telessaúde incluía também ações de educação permanente. Ainda assim, salienta-se a necessidade premente de ampliar o acesso ao telessaúde nas UBS do país.

Tabela 4 – Estratégias de comunicação entre os profissionais da(s) equipe(s) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e profissionais de outros pontos da rede. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
A UBS dispõe de uma ou mais estratégia de comunicação entre os profissionais de sua(s) equipe(s) e profissionais de outros pontos da rede	3.815 (93,1)	16.863 (95,1)	13.119 (98,1)	6.488 (98,2)	3.029 (97,0)	43.314 (96,4)
Comunicação via Whatsapp	2.312 (56,5)	10.668 (60,2)	9.494 (71,0)	5.126 (77,6)	2.171 (69,5)	29.771 (66,3)
Contato telefônico	1.851 (45,2)	8.664 (48,9)	10.206 (76,3)	5.198 (78,7)	2.002 (64,1)	27.921 (62,1)
Ficha de referência/contrarreferência	1.960 (47,9)	8.719 (49,2)	8.516 (63,7)	3.684 (55,8)	1.623 (52,0)	24.502 (54,5)
Reuniões técnicas ou sessões clínicas conjuntas	1.841 (45,0)	8.185 (46,2)	8.168 (61,1)	3.656 (55,3)	1.338 (42,8)	23.188 (51,6)
Prontuário eletrônico compartilhado	1.186 (29,0)	6.942 (39,1)	7.698 (57,6)	4.802 (72,7)	1.811 (58,0)	22.439 (49,9)
Comunicação via e-mail	561 (13,7)	2.755 (15,5)	7.027 (52,5)	3.581 (54,2)	859 (27,5)	14.783 (32,9)
Consulta compartilhada entre UBS	814 (19,9)	5.176 (29,2)	4.093 (30,6)	1.826 (27,6)	775 (24,8)	12.684 (28,2)
Plano do cuidado compartilhado ou Projeto Terapêutico Singular (PTS)	319 (7,8)	2.125 (12,0)	3.397 (25,4)	1.370 (20,7)	401 (12,8)	7.612 (16,9)
Telessaúde	407 (9,9)	3.317 (18,7)	1.120 (8,4)	1.947 (29,5)	372 (11,9)	7.163 (15,9)
Formulário de compartilhamento do cuidado	333 (8,1)	1.498 (8,5)	1.774 (13,3)	1.140 (17,3)	418 (13,4)	5.163 (11,5)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Avanços expressivos foram alcançados quanto ao uso do prontuário eletrônico e o seu compartilhamento na última década. Em 2014, apenas 14% das equipes participantes do

PMAQ-AB informaram que o prontuário eletrônico estava integrado a outros pontos da rede (Tomasi et al, 2021:120).

A Tabela 4a destaca os tipos de pontos da rede com os quais o prontuário eletrônico é compartilhado. O compartilhamento ocorre principalmente com outras UBS (69,8%), Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) (20,6%), serviços especializados públicos (18,4%), CEO (17,2%), serviços laboratoriais (14,2%) e Unidades de Ponto Atendimento (UPA) (13,9%). Observa-se, portanto, que o compartilhamento do PEC com outros pontos da rede de atenção especializada ainda é raro, o que restringe a continuidade do cuidado (Tabela 4a).

Tabela 4a – Tipos de estabelecimentos com os quais as Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras compartilham o prontuário eletrônico. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Outras UBS	1.732 (42,3)	11.286 (63,6)	10.111 (75,6)	5.629 (85,2)	2.589 (82,9)	31.347 (69,8)
CAPS	290 (7,1)	1.273 (7,2)	3.760 (28,1)	3.296 (49,9)	644 (20,6)	9.263 (20,6)
Serviços especializados públicos	209 (5,1)	1.358 (7,7)	3.762 (28,1)	2.311 (35,0)	612 (19,6)	8.252 (18,4)
CEO	326 (8,0)	1.777 (10,0)	3.115 (23,3)	1.994 (30,2)	508 (16,3)	7.720 (17,2)
Serviços laboratoriais/exames	221 (5,4)	898 (5,1)	2.816 (21,1)	1.755 (26,6)	713 (22,8)	6.403 (14,2)
UPA	125 (3,1)	586 (3,3)	2.534 (18,9)	2.371 (35,9)	611 (19,6)	6.227 (13,9)
Prontos-socorros e outros serviços de urgência	102 (2,5)	477 (2,7)	2.195 (16,4)	1.111 (16,8)	476 (15,2)	4.361 (9,7)
Hospitais da rede pública	126 (3,1)	616 (3,5)	1.250 (9,3)	604 (9,1)	430 (13,8)	3.026 (6,7)
Serviços especializados privados	35 (0,9)	63 (0,4)	202 (1,5)	238 (3,6)	28 (0,9)	566 (1,3)
Hospitais da rede contratada/ conveniada	21 (0,5)	78 (0,4)	201 (1,5)	135 (2,0)	33 (1,1)	468 (1,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Ainda que 96,4% das UBS tenham reportado possuir estratégias de comunicação, a troca frequente (sempre ou quase sempre) de informações entre os profissionais das unidades e especialistas ocorre em menos da metade das unidades (41,4%), sendo mais rara nas regiões Norte (32,5%), Nordeste (32,0%) e Centro-Oeste (28,4%; Tabela 5). Considerando os avanços tecnológicos e a maior facilidade de comunicação mesmo nas regiões mais remotas, seria esperado um resultado superior, diante das necessidades acumuladas,

principalmente pós-pandemia de Covid-19. A comunicação entre os níveis assistenciais é considerada essencial, com troca de informações dos pacientes atendidos na APS com a rede assistencial especializada e vice-versa para seguimento satisfatório da demanda do usuário, a coordenação do cuidado nos diversos níveis de atenção e a melhoria da segurança do usuário (Almeida et al 2018).

O resumo de alta hospitalar tem como principal finalidade a continuidade do cuidado, por meio da transição do usuário entre diferentes níveis de atenção, especialmente em seu retorno à APS após a internação. A continuidade depende de estratégias informacionais, comunicacionais e relacionais. Ainda que seja um documento de grande importância, a padronização dos relatórios de resumo de alta é relativamente recente, em particular quanto às informações necessárias para a continuidade do cuidado e não ao faturamento, como originalmente concebidos.

Os dados do Censo das UBS 2024 mostram que apenas 27,9% das unidades relataram o recebimento do resumo de alta com maior frequência (sempre ou quase sempre), com maior proporção observada para o Sudeste (41,5%; Tabela 5). Chama a atenção que, para a região Norte, mais de um terço das unidades declararam nunca ter recebido esse documento. Há que se considerar também o atraso no envio desses documentos às UBS: embora os prazos não tenham sido coletados nesse Censo, atrasos no recebimento implicam em prejuízos de qualidade e segurança ao usuário, além da pouca clareza em relação às recomendações recebidas após a alta (Mauro; Cucolo; Perroca, 2021).

Tabela 5 – Troca de informações entre os profissionais da(s) equipe(s) das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras e especialistas e recebimento do resumo de alta hospitalar pelas unidades. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Frequência de troca de informações com especialistas						
Sempre	952 (23,2)	3.305 (18,6)	3.297 (24,7)	1.322 (20,0)	644 (20,6)	9.520 (21,2)
Quase sempre	764 (18,7)	3.289 (18,5)	2.878 (21,5)	1.492 (22,6)	639 (20,5)	9.062 (20,2)
Algumas vezes	1.051 (25,7)	5.480 (30,9)	4.508 (33,7)	2.455 (37,2)	958 (30,7)	14.452 (32,2)
Raramente	822 (20,1)	4.072 (23,0)	2.180 (16,3)	1.110 (16,8)	677 (21,7)	8.861 (19,7)
Nunca	506 (12,4)	1.589 (9,0)	510 (3,8)	228 (3,5)	205 (6,7)	3.038 (6,8)
Frequência de recebimento do resumo de alta hospitalar						

Sempre	318 (7,8)	1.500 (8,5)	2.479 (18,5)	546 (8,3)	216 (6,9)	5.059 (11,3)
Quase sempre	480 (11,7)	2.286 (12,9)	3.078 (23,0)	1.233 (18,7)	382 (12,2)	7.459 (16,6)
Algumas vezes	736 (18,0)	4.009 (22,6)	3.423 (25,6)	1.999 (30,3)	656 (21,0)	10.823 (24,1)
Raramente	1.170 (28,6)	5.747 (32,4)	2.778 (20,8)	1.934 (29,3)	1.006 (32,2)	12.635 (28,1)
Nunca	1.391 (34,0)	4.193 (23,6)	1.614 (12,1)	895 (13,6)	863 (27,6)	8.956 (19,9)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

A organização dos fluxos de encaminhamento de usuários atendidos na APS para serviços especializados tem como finalidade aumentar a capacidade clínica das equipes das UBS e proporcionar a integração com os serviços especializados (Brasil, 2016). Um processo de encaminhamento organizado amplia o acesso a outras ações e serviços de saúde, ofertando ao usuário a integralidade do cuidado.

A Tabela 6 apresenta as formas de encaminhamento de usuários atendidos em UBS para consultas na atenção especializada. A principal modalidade de encaminhamento ocorre por meio de agendamento de consulta na unidade, solicitado via sistema de regulação e posteriormente informado ao usuário (58,7%). Observa-se maior predominância desta forma de encaminhamento no Sudeste (73,1%) e no Sul (70,6%).

Em contrapartida, em 44,3% das UBS, os usuários recebem uma ficha física de encaminhamento para buscar atendimento diretamente no serviço indicado. Essa abordagem é mais frequente no Nordeste (48,3%) e no Norte (50,7%), podendo assim gerar ruído e fragmentação da coordenação do cuidado. A marcação imediata da consulta pela equipe da UBS, no momento da necessidade, ocorreu em 27,6% das UBS do país, sendo mais comum no Sudeste (32,9%) e no Sul (29,3%). Já o agendamento realizado pelo usuário na central de regulação foi reportado por 35,8% das UBS, predominando no Nordeste (49,8%; Tabela 6).

Disparidades regionais importantes podem ser observadas na estruturação dos serviços e na organização do acesso aos serviços especializados. As regiões Sudeste e Sul demonstram maior centralização da regulação nas UBS, enquanto no Norte e Nordeste há maior dependência do usuário na busca ativa pelo atendimento, seja via centrais de regulação ou de ficha de encaminhamento. Além disso, em 7,2% das UBS, os usuários devem acessar consultas especializadas por conta própria, sendo essa alternativa mais frequente no Nordeste (9,7%), o que sugere dificuldades na efetivação da referência e contrarreferência ou maior busca pelo setor privado (Santos et al, 2024).

O acesso a consultas especializadas é um problema persistente que apresenta sinais de retrocesso nos últimos anos, devido à maior dificuldade de marcação pelas UBS. Os resultados da avaliação externa do PMAQ-AB em 2014 indicam que, quando o usuário necessitava ser encaminhado para consulta especializada, em 60,3% das equipes a consulta era marcada pela UBS e depois informada ao usuário, e em 31,4% das equipes, o usuário já saía da UBS com a consulta agendada (Lima et al., 2018). No 3º ciclo do PMAQ-AB, em 2018, observou-se evolução positiva na adoção dessas duas modalidades de encaminhamento sob responsabilidade da UBS: 70,4% das equipes informaram que a consulta era marcada pela UBS e a data posteriormente comunicada ao usuário; e 40,7% das equipes informaram que a consulta era marcada pela UBS e informada ao usuário imediatamente. No mesmo ano, também foram observadas modalidades de encaminhamento em que a consulta era marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas em 40,8% das equipes, ou em que o usuário recebia uma ficha de encaminhamento/referência para se dirigir ao serviço indicado, segundo 55,6% das equipes (Banco PMAQ-AB, 2018).

Ainda que não seja possível contrapor diretamente esses resultados, uma vez que no Censo a unidade de análise são UBS e, no PMAQ-AB, as equipes, observa-se maior dificuldade nos encaminhamentos em 2024 em relação às avaliações anteriores. Esse cenário sinaliza uma piora no acesso à atenção especializada, considerando que fluxos de encaminhamento sob responsabilidade da UBS tendem a facilitar o acesso dos usuários.

Nesse contexto, vale destacar as iniciativas promovidas pelo Programa Mais Especialistas (PMAE), uma estratégia da PNAES sob responsabilidade da Secretaria de Atenção Especializada do MS. Denominado formalmente como Programa Nacional de Expansão e Qualificação da Atenção Ambulatorial Especializada, o PMAE busca tornar mais eficiente a comunicação entre a APS e os serviços especializados para que os usuários encaminhados tenham acesso oportuno a consultas e exames. Para isso, promove a integração entre UBS e especialistas, fortalecendo os fluxos de referência e contrarreferência. A proposta inclui a padronização de protocolos, a otimização da regulação e a qualificação dos profissionais da APS para o manejo dos casos de forma mais resolutiva, reduzindo encaminhamentos desnecessários. A PNAES contribui, portanto, para melhorar a continuidade do cuidado, evitar filas excessivas e garantir que o usuário receba o acompanhamento adequado na APS após a consulta com o especialista (Brasil, 2023a).

Tabela 6 – Formas possíveis de encaminhamento de usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras para consulta com outros especialistas. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Quando necessário encaminhamento para um especialista, a consulta é marcada pela UBS, por sistema de regulação, e a data é posteriormente informada ao usuário	2.139 (52,2)	8.152 (46,0)	9.780 (73,1)	4.667 (70,6)	1.659 (53,1)	26.397 (58,7)
O usuário recebe uma ficha de encaminhamento ou referência e deve se dirigir a um serviço indicado pela equipe	2.077 (50,7)	8.568 (48,3)	5.083 (38,0)	2.543 (38,5)	1.624 (52,0)	19.895 (44,3)
A consulta é marcada pelo próprio usuário junto à central de marcação de consultas especializadas	1.241 (30,3)	8.840 (49,8)	3.190 (23,9)	1.744 (26,4)	1.077 (34,5)	16.092 (35,8)
Quando necessário encaminhamento para um especialista, a consulta é marcada pela UBS e informada na hora ao usuário	855 (20,9)	4.565 (25,7)	4.394 (32,9)	1.936 (29,3)	670 (21,5)	12.420 (27,6)
O usuário busca a consulta especializada por conta própria	353 (8,6)	1.599 (9,0)	770 (5,8)	330 (5,0)	166 (5,3)	3.218 (7,2)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

É possível observar disparidades regionais nas formas de encaminhamento para acesso a consultas especializadas pelo SUS. No Sudeste (73,1%) e no Sul (70,6%), predomina a regulação centralizada pela UBS, enquanto no Norte (50,7%) e no Nordeste (48,3%), há maior dependência das fichas de encaminhamento, possivelmente indicando entraves burocráticos e no acesso aos serviços. No Centro-Oeste, 34,5% das marcações são feitas pelo próprio usuário, o que também sugere barreiras no acesso. Já a busca por conta própria, ainda que pouco frequente em todas as regiões, é mais observada no Norte (8,6%) e no Nordeste (9,9%), refletindo dificuldades no acesso regulado. Esses padrões evidenciam desafios e demandam ajustes na gestão para otimizar os fluxos assistenciais.

O acesso a serviços especializados conforme a necessidade implica a definição de serviços de referência para o encaminhamento de agravos e condições prevalentes pelas UBS. Embora quase a totalidade das UBS brasileiras (98,2%) disponha de um ou mais serviços de referência, ainda se observam lacunas importantes no encaminhamento de agravos de alta prevalência.

A integração da APS às RAS no Brasil demonstra avanços na definição de serviços de referência. Destaca-se a abrangência superior a 85% para referências em câncer de mama e do colo do útero, gestação de alto risco, parto e saúde mental, embora o Norte e o Nordeste apresentem percentuais ligeiramente inferiores (Tabela 7).

No recorte de gestação de alto risco e parto (maternidade), a cobertura nacional é expressiva, com 94,4% e 85,9%, respectivamente. No entanto, ainda há disparidades regionais, com a região Norte registrando apenas 76,6% das UBS com maternidade de referência para parto, sinalizando desafios no acesso à atenção obstétrica qualificada. A articulação com a Rede Alyne – Cuidado Integral de Gestantes e Bebês, instituída em 2024, emerge como estratégia essencial para mitigar barreiras assistenciais, fortalecer a linha de cuidado materno-infantil e assegurar maior equidade no acesso ao parto seguro e humanizado (Brasil, 2024a; Portaria GM/MS nº 5.350).

A Rede Alyne, criada para reduzir a elevada razão de mortalidade materna e as altas taxas de mortalidade neonatal, em grande parte evitáveis, tem como uma de suas principais estratégias a implementação em tempo oportuno do acesso ao cuidado compartilhado entre a APS e atenção especializada ao pré-natal de alto risco (Brasil 2024a). Essas ações devem ser intensificadas nas regiões Norte e Nordeste para a redução dos vazios assistenciais aqui identificados.

Na área da oncologia, observa-se que a estruturação da rede de referência para o encaminhamento de casos suspeitos de câncer de mama e do colo do útero está difundida no país, com mais de 86% das UBS dispondo de serviços para referenciar casos suspeitos e/ou identificados. A capilaridade da APS e a oferta de serviços de qualidade facilitam a detecção precoce e a inserção rápida das usuárias em serviços especializados, fatores determinantes para o prognóstico e a sobrevida. No entanto, desafios importantes persistem quanto à oferta de biópsias e exames confirmatórios, especialmente em regiões com menor densidade de serviços especializados (INCA, 2021).

No campo da saúde mental, embora a maioria das UBS conte com serviços de referência definidos que ultrapassam 85% das unidades, o cenário regional apresenta variações. A maior vulnerabilidade é constatada na região Norte, onde há disponibilidade de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) para referência em apenas 77% das UBS, indicando a necessidade de ampliação da oferta.

O atendimento odontológico especializado está disponível em 70,7% das UBS, enquanto a referência para a suspeita de câncer de boca ocorre em 65% das unidades, indicando a existência de uma Rede de Atenção em Saúde Bucal preocupada em garantir a integralidade do cuidado variável entre as regiões. Chama a atenção, especialmente, a necessidade de maior expansão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, para as quais a estruturação da rede apresenta oferta inferior a 70%. Cabe destacar que a garantia da divulgação de informações sobre o acesso e a oferta de serviços de saúde bucal na APS, especializada e hospitalar à população é uma das recomendações estratégicas para a implementação das diretrizes da Lei nº 14.572/23. Para os serviços de referência em casos de câncer de boca, os índices regionais foram de 48,2% no Norte, 58,0% no Nordeste e 63,9% no Centro-Oeste, o que explicita a necessidade de maior expansão da rede. Estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2023 mostraram que, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, a incidência de câncer de boca por 100 mil habitantes foi de 630, 3.500 e 950, respectivamente. A Portaria no 6.213/2024, que trata da Rede de Atenção em Saúde Bucal, destaca como objetivo a ampliação do acesso aos serviços de saúde bucal em todos os níveis de atenção, garantindo integração entre os pontos de cuidado e a continuidade do atendimento, com base em protocolos e fluxos assistenciais definidos.

É importante salientar que o nível de atenção primária, como a principal porta de entrada do sistema de saúde e responsável pela coordenação do cuidado e pelo ordenamento da rede, registra como referência para serviços especializados de atenção às pessoas em situação de violência uma oferta que varia entre 60% e 75% (Tabela 7). Levando em conta que existem 1.286 serviços de referência para atenção às pessoas em situação de violência em território nacional credenciados no CNES, é indispensável que a APS se articule com tais dispositivos da RAS. Isso se justifica pelo fato de que a inserção territorial e a abordagem de base familiar e comunitária da ESF são privilegiadas para suspeita, diagnóstico, acolhimento, atendimento, notificação compulsória e seguimento em rede, garantindo o cuidado às pessoas em situação de violência doméstica, intrafamiliar e sexual.

Observam-se importantes lacunas na definição de serviços de referência para doenças cardiovasculares. Cerca de 60% das UBS têm serviços referenciados para essas condições, com resultados críticos nas regiões Norte e Nordeste, onde a referência para síndrome coronariana aguda fica abaixo de 50% e, para acidente vascular encefálico (AVE), somente cerca da metade do total das UBS conta com serviços de referência definidos (Tabela 7). Cabe destacar que, em cerca de 20 mil unidades do país, não há serviço de referência definido para o cuidado de pacientes com AVE, e em 17,5 mil UBS não há serviço definido para encaminhamento de pacientes com suspeita ou diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Trata-se de um desafio de vazio assistencial que exige esforços sinérgicos das três esferas de

governo na gestão tripartite do SUS, com o objetivo de reduzir a mortalidade precoce causada pela primeira grande causa de morte no Brasil: as doenças cardiovasculares, responsáveis por mais de 30% dos óbitos no país (Mansur & Favarato, 2021).

Tabela 7 – Condições de saúde para as quais existem serviços de referência definidos para encaminhamento de usuários pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
São definidos um ou mais serviços de referência	3.831 (93,5)	17.429 (98,3)	13.277 (99,3)	6.526 (98,8)	3.050 (97,7)	44.113 (98,2)
Gestação de alto risco	3.536 (86,3)	16.740 (94,4)	12.942 (96,8)	6.329 (95,8)	2.878 (92,2)	42.425 (94,4)
Suspeita de câncer do colo do útero	3.350 (81,8)	15.097 (85,1)	12.377 (92,6)	5.911 (89,5)	2.626 (84,1)	39.361 (87,6)
Saúde mental	3.154 (77,0)	14.943 (84,3)	12.309 (92,0)	5.932 (90,0)	2.615 (83,7)	38.953 (86,7)
Suspeita de câncer de mama	3.203 (78,2)	14.720 (83,0)	12.336 (92,2)	5.898 (89,3)	2.563 (82,1)	38.720 (86,2)
Parto (maternidade)	3.137 (76,6)	14.711 (82,9)	12.034 (90,0)	6.067 (91,8)	2.640 (84,5)	38.589 (85,9)
Atendimento odontológico especializado	2.260 (55,2)	11.584 (65,3)	10.660 (79,7)	5.132 (77,7)	2.145 (68,7)	31.781 (70,7)
Violências	2.529 (61,7)	10.809 (60,9)	10.101 (75,5)	4.967 (75,2)	2.133 (68,3)	30.539 (68,0)
Suspeita de câncer de boca	1.975 (48,2)	10.288 (58,0)	10.078 (75,4)	4.878 (73,8)	1.994 (63,9)	29.213 (65,0)
Acidente vascular encefálico	2.064 (50,4)	9.537 (53,8)	9.105 (68,1)	4.754 (72,0)	1.929 (61,8)	27.389 (61,0)
Síndrome coronariana aguda	1.808 (44,1)	8.664 (48,9)	8.807 (65,9)	4.691 (71,0)	1.809 (57,9)	25.779 (57,4)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Regulação assistencial nas Unidades Básicas de Saúde

A regulação do acesso, ou regulação assistencial, de acordo com a Portaria nº 1.559/2008 do MS, tem como objetivos organizar, controlar, gerenciar e priorizar o acesso e os fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Esta é estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais, exercendo autoridade sanitária para garantir o acesso com base em protocolos, classificação de risco e critérios de priorização (Brasil, 2008; Mendonça et al 2006).

A regulação assistencial é uma das macrofunções a serem desempenhadas pelos gestores, tendo como foco a promoção dos princípios da equidade e da integralidade do cuidado. A busca pela equidade tem por base a organização do fluxo de demandas, com prioridade para casos de maior risco e vulnerabilidade, e o redimensionamento da oferta, de acordo com as necessidades da população. Além de contribuir para otimizar os recursos de saúde, a regulação assistencial busca garantir qualidade do cuidado e a segurança dos pacientes, assegurando acesso oportuno, maior capacidade resolutiva, respostas adequadas aos problemas clínicos e satisfação do usuário.

Nos serviços de APS, a regulação assistencial se expressa por meio da utilização de protocolos de encaminhamento, da análise dos encaminhamentos por responsável técnico da própria UBS e do registro e monitoramento dos tempos de espera dos usuários encaminhados.

A Tabela 8 apresenta as estratégias de regulação assistencial realizadas nas UBS brasileiras, apontando para a necessidade de ampliação dessas práticas em todas as regiões do país. A estratégia mais frequente nas unidades do país é a utilização de protocolos técnicos para acesso aos serviços de atenção especializada, presente em 66,9% das UBS, alcançando 77,1% no Sudeste e 56,4% no Nordeste.

Em cerca da metade do total das UBS do país (56,9%) há registro/lista dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção da rede, denotando compromisso parcial com a continuidade do cuidado. A região Centro-Oeste apresenta o menor percentual (46,2%), enquanto a região Sudeste registra o maior, com 68% das UBS mantendo registros/listas de pacientes encaminhados.

Todavia, o monitoramento pelas UBS dos tempos de espera dos usuários encaminhados a outros pontos de atenção da rede é baixo no país (34,3%). No Sudeste, as UBS que possuem o monitoramento chegam a 42,7% e no Centro-Oeste, apenas 25,4% (Tabela 8).

Encaminhamentos solicitados por enfermeiros à atenção especializada são aceitos para inserção no sistema de regulação em cerca da metade das UBS brasileiras (51,7%), indicando ampliação das atribuições da enfermagem nas unidades, ainda que com diferenças regionais. O Nordeste apresenta o maior percentual de UBS com encaminhamentos solicitados por enfermeiros aceitos para inserção no sistema de regulação (56%), seguido pela região Sul (53,4%).

Uma estratégia para estreitar o diálogo, aprimorar as solicitações e evitar encaminhamentos desnecessários tem sido a introdução da regulação assistencial na própria UBS, com um profissional médico definido como responsável técnico, que analisa os encaminhamentos realizados pelos profissionais da unidade antes de sua inserção no sistema de regulação. O Censo das UBS 2024 evidenciou que apenas um terço das unidades (34,8%) conta um profissional atuando como regulador. A região Sudeste apresenta o maior percentual de UBS com profissionais responsáveis pela regulação (41,2%), enquanto a região Nordeste registra o menor (29,9%; Tabela 8).

É importante lembrar que apenas uma equipe de APS atua em cerca de dois terços do total das UBS do país, fato que pode estar relacionado ao baixo número de unidades com profissional regulador. Entre as 2.272 UBS com quatro ou mais equipes existentes no Brasil, 58,8% possuem um profissional que analisa os encaminhamentos antes de sua inserção no sistema de regulação.

As UBS carecem de estruturação para qualificar encaminhamentos e monitorar a continuidade dos cuidados dos usuários encaminhados. Todas as regiões requerem atenção para conseguir alcançar bons patamares de implementação de estratégias de regulação assistencial nas unidades.

Tabela 8 – Estratégias de regulação assistencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Na UBS, são utilizados protocolos técnicos para acesso aos serviços de atenção especializada	2.510 (61,3)	10.011 (56,4)	10.317 (77,1)	5.083 (76,9)	2.131 (68,2)	30.052 (66,9)
Na UBS, há registro/lista dos usuários encaminhados para outros pontos de atenção da rede	2.113 (51,6)	9.070 (51,1)	9.090 (68,0)	3.858 (58,4)	1.444 (46,2)	25.575 (56,9)
Na UBS, os encaminhamentos solicitados por enfermeiros à atenção especializada são aceitos para inserção no sistema de regulação	1.908 (46,6)	9.930 (56,0)	6.580 (49,2)	3.529 (53,4)	1.305 (41,8)	23.252 (51,7)
Na UBS, há profissional responsável pela regulação assistencial que analisa os encaminhamentos à atenção especializada antes da inserção no sistema de regulação	1.612 (39,4)	5.311 (29,9)	5.512 (41,2)	2.211 (33,5)	993 (31,8)	15.639 (34,8)
Na UBS, é realizado o monitoramento dos tempos de espera dos usuários encaminhados a outros pontos de atenção da rede (todos os usuários encaminhados + somente para casos mais graves/prioritários)	1.250 (30,5)	5.272 (29,7)	5.709 (42,7)	2.378 (36,0)	793 (25,4)	15.402 (34,3)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Transporte sanitário

Um componente importante a ser considerado na análise dos processos de regionalização e/ou acesso à atenção especializada é a disponibilidade de **transporte sanitário**. Esses sistemas são transversais às RAS e buscam viabilizar os fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos, sendo fortemente influenciados por custos de oportunidade, sobretudo em situações eletivas (Mendes, 2011). Em algumas realidades, o transporte representa o custo indireto mais alto (não coberto pelo SUS) envolvido no tratamento de, por exemplo, agravos como o câncer, com associação negativa se comparados usuários da capital e do interior (Araújo et al., 2020). Inúmeras evidências indicam que a possibilidade de deslocamento é um recurso tão ou mais crítico que a própria oferta de serviços de saúde, especialmente em localidades rurais de países de baixa ou média renda (Bradley et al., 2012; Zhao et al., 2013; Almeida et al., 2022), implicando em “gastos catastróficos” (Wagstaff et al., 2018; Bernardes et al., 2020).

No Censo das UBS 2024, foi possível identificar que 55,2% das unidades do país disponibilizam **transporte sanitário** aos usuários para dentro e fora do município (Tabela 9). No entanto, 22% das UBS do Brasil não possuem acesso a esse serviço, o que reforça as evidências encontradas na literatura de que o deslocamento de usuários é um serviço crítico.

Tabela 9 – Disponibilidade de acesso a serviço de transporte sanitário para usuários encaminhados para serviços de saúde especializados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Transporte para dentro e fora do município	1.628 (39,8)	9.561 (53,9)	7.571 (56,6)	4.471 (67,7)	1.571 (50,3)	24.802 (55,2)
Transporte somente para dentro do município	537 (13,1)	1.231 (6,9)	1.195 (8,9)	376 (5,7)	264 (8,5)	3.603 (8,0)
Transporte somente para fora do município	460 (11,2)	2.671 (15,1)	1.986 (14,9)	1.035 (15,7)	480 (15,4)	6.632 (14,8)
Não dispõe de acesso a serviço de transporte sanitário	1.469 (35,9)	4.272 (24,1)	2.620 (19,6)	725 (11,0)	808 (25,9)	9.894 (22,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024
^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Cuidado compartilhado e atuação das equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde

A dimensão do Censo UBS 2024 “**Cuidado compartilhado e atuação das eMulti na APS**” identifica serviços com os quais os profissionais das UBS compartilham o cuidado assistencial e examina o trabalho conjunto entre as equipes de APS e as eMulti. O trabalho colaborativo entre as equipes de APS, as eMulti e outros serviços facilita a coordenação do cuidado e sua completude.

Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), criados a partir de 2008, tinham como objetivo fortalecer a atuação das eSF, promovendo atenção mais resolutiva, oportuna e integral, aliando ações de promoção, prevenção e cuidado. No entanto, os incentivos aos NASF foram extintos em 2019, interrompendo esse ciclo virtuoso. Em 2023, o governo Lula, sob a gestão da Ministra Nísia Trindade, reafirmou a orientação multiprofissional na APS com a criação das eMulti, promovendo o trabalho colaborativo e ampliando o escopo das práticas de cuidado tanto individual quanto territorial (Brasil, 2023).

Cuidado compartilhado com outros serviços

Os dados do Censo das UBS 2024 evidenciam a prevalência do compartilhamento do cuidado com diversos serviços, com 95,6% das unidades do país relatando compartilhar o cuidado por meio de um ou mais serviços, com pequenas variações regionais. O Sudeste (96,6%) e o Nordeste (96,3%) apresentaram os maiores percentuais de compartilhamento do cuidado, enquanto a o Norte registrou o menor percentual (90,6%), ainda que expressivo (Tabela 10).

Entre os serviços com as quais os profissionais da UBS compartilham o cuidado, destacam-se os CAPS e as eMulti da APS (NASF, eMulti ou outro). O cuidado com eMulti é compartilhado em 69,8% das unidades do país, com maior presença no Nordeste (75,9%) e menor no Norte (59,3%). Já os CAPS são mencionados por 73,4% das UBS, com maior presença no Sudeste (81,8%).

Chama atenção a baixa prevalência de compartilhamento do cuidado com maternidades, presente em cerca de apenas metade do total das UBS do país (51,9%), com distribuição heterogênea entre as regiões, sendo mais comum no Sudeste (57,5%) e menos no Centro-Oeste (36,4%).

O compartilhamento com os CEO ocorre em 49,4% das UBS, com maior presença no Sudeste (57,4%). Já o Serviço de Atenção Domiciliar é referido por 39,4% das unidades, sendo mais frequente também no Sudeste (45,6%).

Diversos serviços listados na Tabela 10 apresentam variações regionais significativas. Os centros especializados em reabilitação são mais frequentemente utilizados no Sudeste (34,5%) e menos no Norte (17,7%). O compartilhamento com Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) ocorre com maior frequência no Sudeste (38,5%) e menor no Nordeste (27,6%). Já os serviços especializados, como centros para obesidade (8,5%) e para doenças crônicas (12,5%), apresentam abrangência inferior a 20% em todas as regiões do país (Tabela 10).

O compartilhamento do cuidado com policlínicas regionais, informado por 32,6% das UBS do país, também apresenta distribuição heterogênea, sendo mais comum no Nordeste (43%).

Os dados evidenciam importantes lacunas na integração das UBS com outros serviços assistenciais no Brasil e apontam diferenças regionais significativas na organização da rede de cuidado.

Tabela 10 – Serviços com os quais os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras compartilham o cuidado assistencial. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Compartilham o cuidado com um ou mais serviços	3.712 (90,6)	17.079 (96,3)	12.913 (96,6)	6.286 (95,1)	2.981 (95,5)	42.971 (95,6)
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	2.566 (62,7)	12.737 (71,8)	10.944 (81,8)	4.741 (71,8)	1.996 (63,9)	32.984 (73,4)
Equipes multiprofissionais (eMulti)	2.430 (59,3)	13.468 (75,9)	9.477 (70,9)	4.092 (61,9)	1.900 (60,8)	31.367 (69,8)
Hospitais	2.617 (63,9)	12.200 (68,8)	8.663 (64,8)	4.249 (64,3)	2.020 (64,7)	29.749 (66,2)
Maternidades	1.782 (43,5)	9.184 (51,8)	7.689 (57,5)	3.513 (53,2)	1.136 (36,4)	23.304 (51,9)
Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)	1.329 (32,5)	8.562 (48,3)	7.676 (57,4)	3.270 (49,5)	1.358 (43,5)	22.195 (49,4)
Centro Ambulatorial de Especialidades	1.168 (28,5)	7.246 (40,9)	8.237 (61,6)	3.587 (54,3)	1.361 (43,6)	21.599 (48,1)
Serviço de Atenção Domiciliar	1.383 (33,8)	6.689 (37,7)	6.095 (45,6)	2.227 (33,7)	1.329 (42,6)	17.723 (39,4)
Serviços de Atenção Especializada em Infecções Sexualmente Transmissíveis (SAE)	1.472 (35,9)	5.184 (29,2)	6.540 (48,9)	3.142 (47,6)	1.282 (41,1)	17.620 (39,2)

Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)	1.672 (40,8)	4.889 (27,6)	5.144 (38,5)	2.070 (31,3)	950 (30,4)	14.725 (32,8)
Policlínicas regionais	947 (23,1)	7.634 (43,0)	3.983 (29,8)	1.388 (21,0)	710 (22,7)	14.662 (32,6)
Centros especializados para reabilitação	724 (17,7)	4.124 (23,3)	4.608 (34,5)	1.639 (24,8)	803 (25,7)	11.898 (26,5)
Centros especializados para oncologia	584 (14,3)	3.451 (19,5)	4.390 (32,8)	2.127 (32,2)	516 (16,5)	11.068 (24,6)
Centros especializados para a saúde materno-infantil	630 (15,4)	2.951 (16,6)	3.069 (23,0)	1.858 (28,1)	501 (16,0)	9.009 (20,1)
Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST)	587 (14,3)	3.143 (17,7)	3.166 (23,7)	1.257 (19,0)	470 (15,1)	8.623 (19,2)
Polo de Academia da Saúde	639 (15,6)	3.330 (18,8)	1.789 (13,4)	820 (12,4)	666 (21,3)	7.244 (16,1)
Centros especializados para o idoso	531 (13,0)	1.629 (9,2)	2.950 (22,1)	1.041 (15,8)	325 (10,4)	6.476 (14,4)
Centros especializados para doenças crônicas	336 (8,2)	1.681 (9,5)	2.254 (16,9)	1.040 (15,7)	316 (10,1)	5.627 (12,5)
Serviço de Especialidade em Saúde Bucal	362 (8,8)	1.839 (10,4)	1.774 (13,3)	656 (9,9)	313 (10,0)	4.944 (11,0)
Centros especializados para tratamento de obesidade	241 (5,9)	1.054 (5,9)	1.636 (12,2)	660 (10,0)	219 (7,0)	3.810 (8,5)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Composição das equipes multiprofissionais

A ampliação da multiprofissionalidade na APS representa um elemento importante para a oferta de cuidados integrais e adequados à população. Diante da crescente complexidade das condições de saúde, como das doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento populacional, é fundamental que a APS se adapte para oferecer respostas coordenadas e efetivas (Brasil, 2023).

A inclusão de diferentes profissionais nas equipes de APS amplia o escopo das práticas de saúde, promovendo uma integração entre os profissionais e tornando o cuidado mais abrangente (Bispo-Júnior e Almeida, 2023). Nessa perspectiva, destaca-se a implementação das eMulti, que atualmente reúnem até 11 profissões de diferentes áreas do conhecimento e 11 especialidades médicas. A integração dessas competências múltiplas fortalece a

corresponsabilidade no cuidado, amplia a resolutividade da APS e resulta em um atendimento mais qualificado e alinhado às necessidades da população (Brasil, 2023a).

O Censo Nacional das UBS 2024 evidenciou a presença de eMulti em 18.826 UBS, correspondendo a 41,9% do total das unidades do país, com maior presença nas regiões Nordeste (46,8%) e Sudeste (46,1%; Tabela 11).

Tabela 11 – Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras que contam com equipes multiprofissionais. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
UBS com apoio de equipes Multiprofissionais (≥ 1)	1.303 (31,8)	8.304 (46,8)	6.167 (46,1)	2.047 (31,0)	1.005 (32,1)	18.826 (41,9)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Considerando apenas o subconjunto de UBS que relataram contar com eMulti (n = 18.826), as categorias profissionais mais prevalentes na composição dessas equipes são psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, integrando mais de 80% das unidades que contam com eMulti (Tabela 12). Assistentes sociais e profissionais de educação física estão presentes em mais de 50% dessas UBS, enquanto fonoaudiólogos e farmacêuticos clínicos estão presentes em cerca de um terço. Médicos pediatras e ginecologistas aparecem em aproximadamente 20% das UBS com eMulti e psiquiatras em 15% (Tabela 12).

Observam-se importantes variações na composição das eMulti entre regiões do país, especialmente em relação à participação das especialidades médicas, que são mais frequentes no Sul e no Sudeste (Tabela 12).

Tabela 12 – Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras com equipes multiprofissionais (eMulti) segundo categorias profissionais componentes das equipes. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Psicólogo	1.066	7.407	5.580	1.797	864	16.714
	(81,8)	(89,2)	(90,5)	(87,8)	(86,0)	(88,8)
Nutricionista	978	7.533	5.221	1.656	802	16.190
	(75,1)	(90,7)	(84,7)	(80,9)	(79,8)	(86,0)
Fisioterapeuta	943	7.229	4.767	1.428	771	15.138
	(72,4)	(87,1)	(77,3)	(69,7)	(76,7)	(80,4)

Assistente social	1.014 (77,8)	5.198 (62,6)	4.239 (68,7)	1.068 (52,2)	531 (52,8)	12.050 (64,0)
Profissional de Educação Física	669 (51,3)	4.593 (55,3)	3.276 (53,1)	828 (40,5)	538 (53,5)	9.904 (52,6)
Fonoaudiólogo	302 (23,2)	3.096 (37,3)	2.694 (43,7)	753 (36,8)	285 (28,4)	7.130 (37,9)
Farmacêutico clínicos	441 (33,8)	2.450 (29,5)	2.524 (40,9)	1.051 (51,3)	378 (37,6)	6.844 (36,4)
Médico pediatra	147 (11,3)	1.059 (12,8)	1.865 (30,2)	713 (34,8)	207 (20,6)	3.991 (21,2)
Médico ginecologista/Obstetra	143 (11,0)	1.056 (12,7)	1.723 (27,9)	590 (28,8)	186 (18,5)	3.688 (19,6)
Médico psiquiatra	80 (6,1)	985 (11,9)	1.228 (19,9)	414 (20,2)	127 (12,6)	2.834 (15,1)
Terapeuta ocupacional	114 (8,8)	905 (10,9)	979 (15,9)	159 (7,8)	91 (9,1)	2.248 (11,9)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas de UBS com equipes multiprofissionais: Brasil =18.826 (41,9%); Norte =1;303 (31,8%); Nordeste =8.304 (46,8%); Sudeste = 6.167 (46,1%); Sul =2.047 (31,0%); Centro-Oeste = 1.005 (32,2%)

Atuação conjunta das equipes das Unidades Básicas de Saúde e equipes multiprofissionais

A atuação conjunta entre as equipes da UBS e as eMulti deve ser analisada considerando a frequência de reuniões entre os seus profissionais e as modalidades de ações realizadas em conjunto no total das UBS brasileiras.

É importante lembrar que existem profissionais das categorias que compõem a eMulti, que realizam assistência nas UBS sem de fato compor uma equipe integrada, conforme normatizado pela Portaria no 635/2023. Muitas vezes, esses profissionais trabalham isoladamente nas unidades, sem constituir uma equipe, o que impede que o município tenha apoio do cofinanciamento federal. A fragmentação das equipes e a ausência de trabalho integrado podem comprometer tanto a qualidade do atendimento ao usuário quanto a efetividade das ações de saúde.

A realização de reuniões entre as equipes da UBS e os profissionais da eMulti desempenha um papel central na estruturação do planejamento, na troca de informações e no estabelecimento de diretrizes para a tomada de decisões em saúde (Voltolini et al., 2019). Esses encontros possibilitam um espaço de diálogo e construção coletiva, permitindo a elaboração de planos de cuidado para indivíduos e famílias, a definição clara de ações e

responsáveis, além de promover oportunidades para planejamento conjunto, apoio na tomada de decisões e readequação do processo de trabalho. Além disso, quando bem-organizadas, tornam-se um recurso essencial para aumentar a resolutividade das demandas diárias nos serviços de saúde (Voltolini et al., 2019).

Os dados levantados pelo Censo das UBS 2024 mostram que 33,8% das unidades no Brasil realizam reuniões entre as equipes de ESF/eAP e as eMulti, com maior frequência no Sudeste (39,2%) e no Nordeste (36,4%; Tabela 13). Já as menores frequências são observadas no Sul (24,2%) e no Centro-Oeste (25,5%), as quais possuem os menores números desse tipo de equipe. Considerando apenas as UBS que contam com eMulti, 80,7% das unidades (15.192 de 18.826) realizam essas reuniões.

Reuniões com periodicidade mensal são realizadas em 13,8% das UBS, com maior prevalência no Nordeste (17,4%). Reuniões semanais e quinzenais são pouco frequentes, ocorrendo em apenas 3,0% e 2,6% das unidades, respectivamente. Além disso, 14,5% das UBS realizam reuniões sem periodicidade definida, prática mais frequente no Sudeste (15,9%) e no Nordeste (15,5%; Tabela 13).

Considerando apenas as UBS com uma ou mais eMulti, não são realizadas reuniões entre as diversas equipes ou não há periodicidade definida para as mesmas em 53,9% dessas unidades, o que pode comprometer a horizontalidade e a articulação das ações entre as equipes. Outras maneiras de comunicação entre as equipes poderiam também ser exploradas, como o uso do PEC, que atualmente conta com uma nova funcionalidade — o Módulo Compartilhamento do Cuidado— possibilitando a realização de teleconsultoria síncrona e assíncrona entre profissionais da eMulti e das equipes vinculadas (Brasil, 2024).

Tabela 13 – Frequência de reuniões entre as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras e os profissionais da equipe multiprofissional. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Realização de reuniões com as demais equipes ^b	1.087 (26,5)	6.463 (36,4)	5.246 (39,2)	1.601 (24,2)	795 (25,5)	15.192 (33,8)
Frequência das reuniões						
Sem periodicidade definida	425 (10,4)	2.741 (15,5)	2.122 (15,9)	800 (12,1)	430 (13,8)	6.518 (14,5)
Mensal	480 (11,7)	3.080 (17,4)	1.900 (14,2)	480 (7,3)	256 (8,2)	6.196 (13,8)

Semanal	75 (1,8)	236 (1,3)	796 (6,0)	171 (2,6)	54 (1,7)	1.332 (3,0)
Quinzenal	107 (2,6)	406 (2,3)	429 (3,2)	150 (2,3)	55 (1,8)	1.147 (2,6)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024

^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

^b 29.745 não responderam esta questão (NSA), pois essas perguntas foram respondidas somente pelas UBS que informaram contar com equipe multiprofissional de apoio.

As ações conjuntas mais frequentes entre as equipes da UBS e os profissionais das eMulti são o atendimento domiciliar e ações de caráter assistencial, observadas em cerca de um quarto do total das UBS brasileiras. O atendimento domiciliar compartilhado é realizado em 28,1% das unidades, com maior prevalência no Sudeste (33,3%) e no Nordeste (30,5%). Essa é a ação conjunta mais frequente entre as eMulti e as demais equipes de APS (Tabela 14).

Os documentos oficiais do MS (Brasil, 2014) mencionam o atendimento domiciliar à saúde como uma modalidade em expansão na Atenção Básica, destacando-se como um campo de atuação amplo tanto para as equipes da UBS quanto para as equipes de apoio. É uma atividade que envolve diferentes profissionais da saúde, o usuário e sua família, representando uma potência para a promoção da saúde no território (Brasil, 2014).

Essa atividade conjunta precisa ser fortalecida, tanto para assistir casos restritos ao domicílio quanto para aqueles em que a compreensão do contexto familiar é necessária para orientar planos terapêuticos integrais. Mesmo considerando somente o conjunto das UBS que informaram dispor de uma eMulti, o atendimento domiciliar compartilhado é realizado em apenas 67% dessas unidades.

As ações de caráter assistencial são realizadas de forma conjunta em 27,4% das UBS, sendo mais frequentes no Sudeste (33,1%). A consulta presencial compartilhada ocorre em 22% das unidades do país, com maior incidência no Sudeste (26,3%) e no Nordeste (24,8%).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma estratégia essencial para a organização do cuidado, oferecendo uma abordagem interdisciplinar e personalizada aos usuários do sistema de saúde (Brasil, 2014). Contudo, sua implementação ainda é limitada, sendo elaborado de forma conjunta entre equipes em apenas 16,7% das UBS, com maior frequência no Sudeste (23,6%).

Os grupos terapêuticos têm como meta aliviar sintomas, reduzir o sofrimento, fortalecer o autoconhecimento e promover o desenvolvimento pessoal por meio do compartilhamento de experiências, ampliação do entendimento sobre a situação-problema, incentivo ao

autocuidado e estímulo ao compromisso com ações e objetivos comuns (Brasil, 2014). Embora sejam uma atribuição das eMulti, esses grupos são conduzidos conjuntamente com as equipes da UBS e eMulti em apenas 17,6% das unidades, com maior adesão também no Sudeste (24,5%; Tabela 14).

Na perspectiva de trabalho das eMulti, a teleconsulta é compreendida como o atendimento à distância entre profissional e paciente, mediada pelo uso de TIC (Brasil, 2023). Essa ferramenta tecnológica deve ser usada de maneira complementar para otimizar o processo de trabalho das equipes nos territórios, ampliando a oferta de ações na APS, o acompanhamento, o atendimento e o monitoramento. Além de ser um recurso que amplia o acesso dos usuários a diversas categorias profissionais, as ferramentas de telessaúde contribuem para melhorar a comunicação e a aproximação dos profissionais que compõem a RAS, funcionando também como espaço potencial de educação permanente e apoio matricial à distância. As teleconsultas podem auxiliar de maneira efetiva os municípios mais distantes, contribuindo para evitar encaminhamentos e deslocamentos dispensáveis, além de qualificar os encaminhamentos necessários (Brasil, 2023). No entanto, a adesão ainda é baixa, com registro de uso conjunto de teleconsulta em apenas 2,3% das UBS do país.

Os dados indicam que, embora o atendimento domiciliar e as ações assistenciais sejam as ações conjuntas mais prevalentes, sua cobertura ainda é limitada e requer estímulo para implementação. Além dessas, as eMulti dispõem de um amplo espectro de possibilidades, incluindo atendimento em grupo, atividades coletivas, apoio matricial, discussões de casos, atendimento compartilhado entre profissionais e equipes, ações de saúde à distância, projetos terapêuticos, intervenções no território e práticas intersectoriais (Bispo-Júnior e Almeida, 2023). A ampliação e organização dessas atividades podem contribuir significativamente para o fortalecimento da APS e para a qualificação do cuidado ofertado. Adicionalmente, é necessário estimular a implementação de outras ações, como planos de cuidado e grupos terapêuticos.

A baixa adesão à teleconsulta pode estar relacionada ao fato de se tratar de uma oferta recente, introduzida em 2023, enquanto outras práticas já estavam consolidadas entre as eMulti na APS. Diante da novidade da tecnologia, barreiras de compreensão sobre o seu funcionamento ainda persistem, assim como desconhecimento sobre o cofinanciamento federal previsto na Portaria no 635/2023, que institui as eMulti. A sua implementação demanda infraestrutura adequada e equipamentos de Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação que sejam adequados e possuam qualidade compatível (Brasil, 2024). Portanto, é fundamental investir na capacitação dos profissionais e no suporte técnico para ampliar o uso dessa estratégia.

Tabela 14 – Ações realizadas em conjunto entre as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras e os profissionais da equipe multiprofissional. Brasil e grandes regiões, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ações conjuntas realizadas						
Atendimento domiciliar	866 (21,1)	5.414 (30,5)	4.456 (33,3)	1.275 (19,3)	597 (19,1)	12.608 (28,1)
Ações de caráter assistencial	842 (20,6)	5.167 (29,1)	4.424 (33,1)	1.322 (20,0)	569 (18,2)	12.324 (27,4)
Consulta presencial compartilhada	641 (15,7)	4.397 (24,8)	3.515 (26,3)	878 (13,3)	468 (15,0)	9.899 (22,0)
Grupos terapêuticos	363 (8,9)	2.978 (16,8)	3.271 (24,5)	914 (13,8)	395 (12,6)	7.921 (17,6)
Plano de cuidado da APS/Projeto Terapêutico Singular	399 (9,7)	2.833 (16,0)	3.157 (23,6)	777 (11,8)	334 (10,7)	7.500 (16,7)
Teleconsulta	70 (1,7)	454 (2,6)	344 (2,6)	142 (2,1)	43 (1,4)	1.053 (2,3)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Considerando agravos específicos, mais da metade do total das UBS brasileiras informaram compartilhar cuidado com as eMulti em situações de violência, sofrimento psíquico, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade (Tabela 15). O compartilhamento de cuidado com serviços de atenção ambulatorial especializada é mais frequente para as linhas de cuidado de tuberculose (54,1%), hanseníase (53%), sofrimento psíquico (51,9%) e HAS (51,7%; Tabela 15).

Destaca-se que, para a maior parte dos agravos selecionados, aproximadamente metade das UBS não compartilham o cuidado, mesmo para aqueles de alta relevância e prevalência.

Tabela 15 – Unidades Básicas de Saúde (UBS) brasileiras que informam cuidado compartilhado com a equipe multiprofissional (eMulti) e com atenção ambulatorial especializada por linhas do cuidado selecionadas por grandes regiões e país, 2024.

Brasil e Regiões ^a	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cuidado compartilhado com a eMulti						
Situações de violência	1.970 (48,1)	10.956 (61,8)	8.281 (61,9)	3.478 (52,6)	1.539 (49,3)	26.224 (58,4)
Sofrimento psíquico	1.861 (45,4)	10.732 (60,5)	8.086 (60,5)	3.406 (51,6)	1.422 (45,5)	25.507 (56,8)
DM	1.910 (46,6)	11.020 (62,1)	7.770 (58,1)	3.072 (46,5)	1.410 (45,1)	25.182 (56,0)
HAS	1.929 (47,1)	11.024 (62,2)	7.734 (57,8)	3.018 (45,7)	1.422 (45,5)	25.127 (55,9)
Obesidade	1.811 (44,2)	10.779 (60,8)	7.559 (56,5)	2.927 (44,3)	1.359 (43,5)	24.435 (54,4)
Tuberculose	1.781 (43,5)	9.757 (55,0)	6.869 (51,4)	2.663 (40,3)	1.260 (40,3)	22.330 (49,7)
Hanseníase	1.791 (43,7)	9.777 (55,1)	6.325 (47,3)	2.311 (35,0)	1.308 (41,9)	21.512 (47,9)
Cuidado compartilhado com atenção ambulatorial especializada						
Tuberculose	1.686 (41,2)	9.039 (51,0)	8.343 (62,4)	3.638 (55,1)	1.608 (51,5)	24.314 (54,1)
Hanseníase	1.729 (42,2)	9.312 (52,5)	7.883 (58,9)	3.162 (47,9)	1.715 (54,9)	23.801 (53,0)
Sofrimento psíquico	1.416 (34,6)	8.287 (46,7)	8.332 (62,3)	3.810 (57,7)	1.487 (47,6)	23.332 (51,9)
HAS	1.550 (37,8)	8.565 (48,3)	8.166 (61,1)	3.482 (52,7)	1.489 (47,7)	23.252 (51,7)
Situações de violência	1.500 (36,6)	7.972 (44,9)	8.237 (61,6)	3.556 (53,8)	1.557 (49,9)	22.822 (50,8)
DM	1.429 (34,9)	8.110 (45,7)	7.820 (50,5)	3.319 (50,2)	1.400 (44,8)	22.078 (49,1)
Obesidade	1.186 (29,0)	6.753 (38,1)	6.757 (50,5)	2.542 (38,5)	1.192 (38,2)	18.430 (41,0)

Fonte: Censo Nacional das UBS 2024^a Número de respostas: Brasil = 44.938; Norte = 4.096; Nordeste = 17.737; Sudeste = 13.375; Sul = 6.607; Centro-Oeste = 3.123

Considerações finais

A coordenação do cuidado a partir da APS, aliada à integração dos seus serviços às redes regionalizadas de atenção à saúde e à responsabilização mútua entre os serviços para o cuidado compartilhado, figura entre os grandes desafios dos sistemas públicos universais de saúde, visando garantir atenção integral e integrada e respostas adequadas às mudanças demográficas e epidemiológicas contemporâneas.

Os resultados do Censo das UBS 2024 evidenciam a necessidade de estratégias regionais diferenciadas, em razão das disparidades na distribuição e acesso a recursos humanos e de oferta de serviços de saúde.

Ainda que coordenação e integração enfrentem desafios, as inúmeras estratégias implementadas em parte das UBS do país indicam caminhos possíveis para melhorar a comunicação, aprimorar a coordenação e promover a colaboração interprofissional, respondendo às múltiplas necessidades e demandas das populações e territórios.

Os resultados do Censo aqui apresentados podem informar estratégias para facilitar o acesso, promover a coordenação, ampliar a comunicação e o diálogo entre profissionais e serviços, instrumentalizar as equipes da APS para qualificar encaminhamentos e monitorar a continuidade do cuidado, aprimorar a regulação e articular com as centrais de regulação para agilizar fluxos, reduzir os tempos de espera quanto aos encaminhamentos aos serviços especializados e assegurar que o cuidado prestado pela APS seja complementado de forma oportuna e segura pelos demais serviços da rede de atenção, conforme necessário.

Referências

Aleluia IR, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas AL. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Cienc Saude Colet* [Internet]. Jun 2017 [citado 13 dez 2024];22(6):1845-56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.02042017>

Almeida PF, Fausto MC, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. Fev 2011 [citado 13 dez 2024];29(2):84-95. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1020-49892011000200003>

Almeida PF, Medina MG, Fausto MC, Giovanella L, Bousquat A, Mendonça MH. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saude Em Debate* [Internet]. Set 2018 [citado 13 dez 2024];42(spe1):244-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s116>

Almeida PF, Santos AM, Silva Cabral LM, Anjos EF, Fausto MC, Bousquat A. Water, land, and air: how do residents of Brazilian remote rural territories travel to access health services? Arch Public Health [Internet]. 22 nov 2022 [citado 13 dez 2024];80(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00995-z>

Araújo JK, Silva LM, Santos CA, Oliveira ID, Fialho GM, Giglio AD. Assessment of costs related to cancer treatment. Rev Assoc Medica Bras [Internet]. Out 2020 [citado 13 dez 2024]; 66(10):1423-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.10.1423>

Bernardes GM, Saulo H, Nobre Fernandez R, Lima Costa MF, Bof de Andrade F. Catastrophic health expenditure and multimorbidity among older adults in Brazil. Rev Saude Publica [Internet]. 2020 [citado 12 dez 2024];54(125):<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002285>. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002285>

Bispo Júnior, José Patrício; Almeida, Erika Rodrigues de. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 39, p. e00120123, 2023.

Bradley EH, Byam P, Alpern R, Thompson JW, Zerihun A, Abeb Y, Curry LA. A Systems Approach to Improving Rural Care in Ethiopia. PLoS ONE [Internet]. 25 abr 2012 [citado 13 dez 2024]; 7(4):e35042. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0035042>.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: GM/MS, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html

Brasil. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Cadernos de Atenção Básica n. 39. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Portaria GM/MS nº 1.348, de 2 de junho de 2022. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.348-de-2-de-junho-de-2022-405224759>

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2023 maio 23 [citado em 2024 dez 13]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-485456567>

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria GM/MS nº 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: GM/MS; 2023 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné. Brasília: GM/MS; 2024 a.

Brasil. Ministério da Saúde. Meu SUS Digital. Brasília: Ministério da Saúde; 2024b. Disponível em: <https://meusudigital.saude.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Informação e Saúde Digital. Manual instrutivo Programa SUS Digital. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/guias-e-manuais/2024/manual-instrutivo-do-programa-sus-digital/view>

Brasil. Ministério da Saúde. Políticas de promoção da equidade em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2024 dez 13]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politicas_promocao_equidade_saude.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: volume II - Cardiologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 11/2024-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS Orientações para o registro dos serviços e das ações de telessaúde relacionados à equipe Multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (eMulti), 2024.

Brasil, Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 10/2023-CAIN/CGESCO/DESCO/SAPS/MS Diretrizes para reorganização das Equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde, 2023.

Coriolano-Marinus MW, Queiroga BA, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saude Soc [Internet]. Dez 2014 [citado 14 dez 2024]; 23(4):1356-69. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902014000400019>

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E. (org). Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo: Oikos, 2021. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/site/wp-content/uploads/2021/11/FINAL-Acesso-e-qualidade-na-atenc%C3%A7%C3%A3o-b%C3%A1sica-E-book.pdf>

Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2001;6(1):165–81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014>

Giovanella L, Mendonça MH, Almeida PF, Escorel S, Senna MD, Fausto MC, Delgado MM, Andrade CL, Cunha MS, Martins MI, Teixeira CP. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Cien Saude Coletiva [Internet]. Jun 2009 [citado 14 dez 2024];14(3):783-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232009000300014>

Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. Cad Saude Publica [Internet]. Maio 2006 [citado 14 dez 2024]; 22(5):951-63. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2006000500008>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer de mama: vamos falar sobre isso? Rio de Janeiro: INCA, 2021. 6. ed. rev. atual. Disponível em <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/cartilha-mama-6-edicao-2021.pdf>

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2023: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil>

Guba EG & Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Sage Publications: Newbury Park, 1989.

Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Assefa Y. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. BMC Health Serv Res [Internet]. 13 jul 2023 [citado 14 dez 2024];23(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09718-8>

Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. Ago 2010 [citado 14 dez 2024];15(5):2307-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232010000500006>

Lacerda RS, Almeida PF. Coordenação do cuidado: uma análise por meio da experiência de médicos da Atenção Primária à Saúde. Interface Comun Saude Educ [Internet]. 2023 [citado 14 dez 2024]; 27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220665>

Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Bousquat A, Silva EV da. Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. Saúde debate [Internet]. 2018Sep;42(spe1):52–66. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S104>

Magalhães Junior HM. O desafio de construir e regular redes públicas, com integralidade, em sistemas privado-dependentes: a experiências de Belo Horizonte [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Ciências Médicas; 2006 [citado 14 dez 2024]. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNICAMP-30_373fb08863f501b2c0eddb390668eb45

Mansur A de P, Favarato D. Taxas de Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Câncer na População Brasileira com Idade entre 35 e 74 Anos, 1996-2017. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2021 Aug;117(2):329–40. Available from: <https://doi.org/10.36660/abc.20200233>

Mauro AD, Cucolo DF, Perroca MG. Hospital – primary care articulation in care transition: both sides of the process. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210145. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0145>.

McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, et al. Atlas de coordenação de cuidados versão 4 (preparado pela Universidade de Stanford sob subcontrato com o American Institutes for Research no Contrato nº HHSA290-2010-00005I). Publicação AHRQ nº 14-0037-EF. Rockville, MD: Agência para Pesquisa e Qualidade em Saúde; junho de 2014.

Melo EA, Gomes GG, Carvalho JO, Pereira PH, Guabiraba KP. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. *Physis* [Internet]. 2021 [citado 14 dez 2024];31(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310109>

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. p. 549. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>

Mendonça CS, Reis A, Moraes JC (orgs.) Política de Regulação do SUS. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde II. (12); Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 116 p. disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/st12.pdf>

Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2016 [citado 14 dez 2024];32(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00172214>

Santos AM dos, Giovanella L, Fausto MCR, Cabral LM da S, Almeida PF de. Dinâmica da regionalização e repercussões dos vazios assistenciais na comercialização da saúde em municípios rurais remotos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2024;40(8):e00194523. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT194523>

Stumm J, Thierbach C, Peter L, Schnitzer S, Dini L, Heintze C, Döpfmer S. Coordination of care for multimorbid patients from the perspective of general practitioners – a qualitative study. *BMC Fam Pract* [Internet]. 20 nov 2019 [citado 14 dez 2024];20(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1048-y>

Vermeir P, Vandijck D, Degroote S, Peleman R, Verhaeghe R, Mortier E, Hallaert G, Van Daele S, Buylaert W, Vogelaers D. Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *Int J Clin Pract* [Internet]. 6 jul 2015 [citado 14 dez 2024]; 69(11):1257-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ijcp.12686>

Voltolini, B. C., Andrade, S. R. D., Piccoli, T., Pedebôs, L. A., & Andrade, V. Estratégia saúde da família meetings: an indispensable tool for local planning. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 28, e20170477, 2019.

Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR, van Wilgenburg K, Eozenou P. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health* [Internet]. Fev 2018 [citado 14 dez 2024]; 6(2):e169-e179. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(17)30429-1)

Zhao Q, Wang L, Tao T, Xu B. Impacts of the “transport subsidy initiative on poor TB patients” in Rural China: A Patient-Cohort Based Longitudinal Study in Rural China. *PLoS ONE* [Internet]. 25 nov 2013 [citado 14 dez 2024];8(11):e82503. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082503>

Atuação dos agentes comunitários de saúde, ações territoriais, comunitárias e de promoção da equidade nas UBS brasileiras

Maria Helena Magalhães de Mendonça¹, Elaine Tomasi¹, Joyce Regina dos Santos Monteiro da Silva², Maria Aparecida Moreira Martins², Izabela Amaral Caixeta³, Mariangela Uhlmann Soares¹, Felipe Soares Amaral⁵, Juliana Michelotti Fleck⁶, Luciana Pelúcio Ferreira³, Bruna Venturin¹, Roberta de Vilhena Pires⁴, Aline da Silva Lopes¹ e Rosana Aquino¹.

¹ Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde ABRASCO

² CGFAP/SAPS/MS

³ CGESCO/DESCO/SAPS/MS

⁴ Gabinete da SGTES/MS

⁵ GAB/SAES/MS

⁶ Núcleo de Comunicação/SAPS/MS

Introdução

Este capítulo aborda uma Atenção Primária à Saúde (APS) de base territorial e comunitária e promotora da equidade. Trata da multidimensionalidade estruturante da Estratégia da Saúde da Família, modelo hegemônico na APS brasileira desde sua implantação nos anos 1990, no sentido de apreender a realidade do SUS e da APS no fortalecimento de uma ação integral de saúde, universal e equânime. Para tal, analisam-se as sub dimensões território e comunidade e promoção da equidade, articulando com o bloco de variáveis sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A atuação dos ACS reforça a ação de base territorial e comunitária a partir da participação social e popular em sua área de abrangência, considerando a responsabilidade sanitária sobre o conjunto da população cadastrada pelas equipes, em toda sua diversidade. No conjunto de variáveis contempladas na análise como apresentado na metodologia, observa-se a importância em olhar essa população segundo critérios de vulnerabilidade e risco para a composição de um diagnóstico comunitário realmente voltado para as pessoas vinculadas e acompanhadas pela equipe. Destaca-se também como componente todos os instrumentos de controle social, quais sejam, a presença de um conselho local de saúde ativo, as estratégias de comunicação entre os serviços e seus usuários, além da realização de pesquisas de satisfação dos usuários. No que diz respeito à promoção da equidade, levanta-se no território das UBS a presença de grupos específicos de população e como estão sendo atendidos; como enfrentam barreiras de acesso e promovem a equidade de gênero; o respeito à orientação sexual e os preconceitos étnicos e raciais.

O objetivo deste Capítulo é conhecer, com base nos dados coletados pelo Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde (Censo das UBS) de 2024, se as equipes de Saúde da Família e os profissionais de Atenção Primária das UBS no país e nas grandes regiões trabalharam em 2024 para a definição de área de abrangência das UBS e a realização de diagnóstico comunitário dessa área para orientar o planejamento das ações das equipes. Ou seja, conhecer o processo de trabalho das equipes de saúde com base na territorialização.

Esses delineamentos e a existência de um conselho local de saúde ativo são considerados componentes das ações territoriais e comunitárias, parte integrante do controle social no apoio à gestão democrática de saúde. Também se intenciona conhecer em que medida se utiliza de estratégia de comunicação com os usuários e se realizam pesquisas de satisfação no sentido de mobilizar a participação social e popular na comunidade. A proposta é conhecer a atuação dos ACS no território e no espaço das UBS que indique a mediação entre serviços e usuários. Por fim, identificar as ações de saúde nas UBS voltadas para os grupos específicos e vulnerabilizados e fomentar a implantação de políticas de promoção de equidade.

Métodos

A avaliação institucional da APS brasileira, materializada no Censo Nacional das UBS, foi conduzida a partir de dois enfoques complementares e indissociáveis. O primeiro foi a garantia de um processo que dialogasse com a estrutura federativa brasileira; e o segundo, a definição da imagem objetivo da APS brasileira, entendida como integral, resolutiva, comunitária, territorial e integrada à rede de serviços, como preconizado no modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família.

Inicialmente, foi construída uma proposta de instrumento de coleta de dados, elaborada a partir de um conjunto de dimensões consideradas essenciais para a avaliação da APS, reconhecendo a necessidade de um instrumento robusto e abrangente e seguindo os princípios da avaliação de quarta geração em saúde, que enfatizam a participação ativa dos atores envolvidos no processo avaliativo (Guba & Lincoln, 1989; Furtado, 2001).

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), e a Rede de Pesquisas em APS (Rede APS) da Abrasco promoveram a articulação com diversos atores estratégicos para aprimorar o instrumento, estabelecendo uma estrutura de governança que garantisse a participação e o compromisso de todos os envolvidos. Dessa forma, somaram-se ao processo de elaboração do instrumento de coleta de dados do Censo representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).

A construção coletiva do instrumento de coleta de dados do Censo das UBS ocorreu a partir de contribuições em oficinas realizadas com diversos atores e discussões em grupos de trabalho. O questionário foi refinado para abranger múltiplas dimensões de análise tais como infraestrutura e recursos físicos, força de trabalho, processos de trabalho e gestão, oferta de serviços, tecnologias de informação e comunicação, dentre outros.

Finalmente, o instrumento de coleta de dados do Censo das UBS foi submetido a um processo de validação que incluiu revisão por especialistas, testes-piloto e pactuação tripartite. Acordos foram estabelecidos entre as esferas federal (Ministério da Saúde), estadual (Conass) e municipal (Conasems), assegurando o compromisso conjunto com o Censo e sua institucionalização como prática regular.

A implantação do Censo envolveu o desenvolvimento de uma plataforma eletrônica no sistema e-Gestor APS, permitindo o preenchimento online, com recursos para salvar progressos e garantir a participação de gestores e profissionais das UBS.

O Censo Nacional das UBS foi apresentado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e lançado em maio de 2024 para adesão dos gestores municipais. A totalidade dos municípios brasileiros manifestou interesse em participar do Censo por meio do sistema e-Gestor APS. Ao aderir ao Censo, cada município teve acesso à lista de seus estabelecimentos de saúde de APS inscritos no SCNES, bem como à indicação do profissional que responderia ao questionário. O período para preenchimento dos dados do Censo se iniciou em 3 de junho e encerrou em 31 de agosto de 2024. O instrumento ficou disponível no e-Gestor para

preenchimento durante 75 dias, à exceção do Rio Grande do Sul, que contou com 65 dias adicionais em virtude da catástrofe climática vivenciada no Estado.

Estratégias de mobilização para responder ao Censo foram realizadas, incluindo campanhas de comunicação e convocação de atores locais, como apoiadores e animadores. Disponibilizaram-se canais de suporte, como o Disque Censo e web atendimento, além de materiais didáticos, treinamentos, eventos presenciais e online em todos os estados da federação.

Incluíram-se, na base do Censo, 49.738 estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES em abril de 2024. Desse total, 4.026 estabelecimentos foram inativados pelos gestores municipais com a justificativa de que essas UBS não estavam em funcionamento no momento de resposta ao Censo ou por se tratar de outro tipo de estabelecimento não referente à APS.

No total, foram analisados os 45.712 estabelecimentos de saúde que responderam ao Censo. O banco de dados foi analisado em sua completude e consistência, e foram excluídos dessa primeira base de análise os seguintes tipos de estabelecimentos: a) que informaram, em uma questão aberta, não ser de APS; b) unidades móveis terrestres ou fluviais; c) estabelecimentos que não possuíam e não recebiam financiamento do Ministério da Saúde para equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP), equipes de Saúde Ribeirinha (eSFR) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e d) estabelecimentos que possuíam nomes indicativos de estabelecimentos de outro nível de atenção, como, por exemplo, Centro Covid, Casa de Parto, Centro de Especialidades, Centro de Especialidades Odontológicas, Centro de Reabilitação. Esse processo levou à exclusão de 774 estabelecimentos da base do Censo.

Dessa forma, foram analisados 44.938 estabelecimentos de saúde de APS, que formam o universo do Censo das UBS. Esse total está distribuído em todas as regiões do país da seguinte forma: Norte = 4.096, Nordeste = 17.737, Sudeste = 13.375, Sul = 6.607 e Centro-Oeste = 3.123 estabelecimentos de saúde.

Este capítulo aborda as Ações Comunitárias e Territoriais e Promoção da Equidade por meio da análise de três dimensões e seus componentes específicos, que se apresentam a seguir. Alguns tópicos contêm opção de resposta dicotômica e outros trazem diversas variáveis, que permitem melhor apreender o fato social.

ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE relativa às questões de número 96 a 101 do instrumento de coleta de dados.

- UBS conta com atuação de ACS em todas as equipes
- Presença de alguma microárea descoberta por ACS
- Atividades realizadas pelos ACS: 26 opções
- Frequência da realização de Visita Domiciliar
- Espaço de atuação do ACS
- Conclusão da Formação no Programa de Saúde com Agente.

AÇÕES COMUNITÁRIAS e TERRITORIAIS REALIZADAS PELAS EQUIPES DE APS relativas às questões 122 a 127 do instrumento de coleta de dados.

- Territorialização e População de Referência das Equipe de Atenção Básica: cobertura dos ACS
- Participação social e comunitária: realização de diagnóstico comunitário, que orienta o planejamento de ações e é discutido pela comunidade do território; existência de conselho local de saúde ativo
- Pesquisa de Satisfação e Estratégias de Comunicação com o Usuário: controle social

POLÍTICAS PARA PROMOÇÃO DA EQUIDADE relativas às questões 128 a 135 do instrumento de coleta de dados

- Atenção à população ou grupos específicos: 23 opções
- Estratégias para cuidado da população em situação de rua na UBS ou articulação com as equipes do consultório de rua para atenção integral
- Registro das Pessoas com Deficiência na área de abrangência da UBS e serviços de referência a PCD disponíveis
- Ações para promover equidade de gênero e de orientação sexual: oito opções
- Ações para promover equidade étnica e racial: Política Nacional Saúde Integral da População Negra

O texto apresenta a análise descritiva das variáveis do Censo Nacional das UBS, contemplando o total das informações por regiões do país e no Brasil. Sempre que houve similaridade na coleta de dados, houve comparação com os resultados do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), último esforço de monitoramento e avaliação da APS, realizado em três ciclos entre 2012 e 2017.

A análise estatística foi realizada com o emprego do software Stata 15.0. Por meio de estatística descritiva, os resultados foram expressos em frequências absolutas (n) e relativas (%), estratificados para o país e as grandes regiões.

O estudo do Censo 2024 foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa sob o Parecer 6.779.222.

Atuação dos agentes comunitários de saúde

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham papel essencial na implantação e no fortalecimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo atores fundamentais para a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e a comunidade. Suas atribuições estão centradas na prevenção de doenças e na promoção da saúde, principalmente por meio da educação em saúde e da realização de ações domiciliares ou comunitárias, tanto individuais como coletivas. Essas atividades são conduzidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde. Além disso, sua atuação objetiva melhorar a

qualidade de vida das pessoas e fortalecer o vínculo entre os trabalhadores da saúde e os usuários, promovendo a participação popular no SUS.

No modelo de atenção promovido pela APS e sua principal estratégia da Saúde da Família, as ações são realizadas por uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade sanitária sobre uma população em território definido. Nesse contexto, o trabalho do ACS ocorre de forma articulada entre a gestão da saúde e o conjunto de membros da equipe de saúde em determinado território, adaptando-se às necessidades e demandas segundo os determinantes e condicionantes de saúde.

A incorporação dos ACS como agentes públicos de saúde obedece às premissas da Lei nº 11.350 de 2006, atualizada pela Política Nacional de Atenção Básica promulgada em 2012 e renovada em 2017 (PNAB, 2017). Desta última, foram extraídas as atividades típicas dos ACS:

- cadastrar e manter atualizadas as informações da população de seu território, utilizando os dados de forma sistemática para análise da situação de saúde, com apoio da equipe;
- aplicar instrumentos para o diagnóstico demográfico, sociocultural e epidemiológico do território, bem como participar do planejamento das ações em saúde em conjunto com o restante da equipe;
- realizar visitas domiciliares, especialmente com foco nas ações de promoção e prevenção à saúde;
- mobilizar a comunidade e estimular a participação social nas políticas públicas;
- acompanhar beneficiários de programas sociais;
- quando habilitados, executam procedimentos que requerem formação técnica específica, como aferição de pressão arterial e temperatura axilar, medição de glicemia e verificação antropométrica.

Dessa forma, os ACS desempenham um papel estratégico na promoção da saúde e na articulação entre serviços de saúde e a comunidade, contribuindo para a efetividade das políticas de saúde pública e para a melhoria da qualidade de vida da população.

Ao analisar o bloco de questões relativas à presença e atuação dos ACS, destacam-se os componentes quanto à cobertura dos ACS na área de abrangência, as atividades direcionadas com foco no território, na mobilização social e no apoio nas UBS; a frequência das visitas domiciliares e o espaço de atuação; e, por fim, a qualificação profissional concluída pelo Programa Saúde com Agente.

O Programa Saúde com Agente tem por objetivo principal capacitar ACS e Agentes de Combate às Endemias (ACE), que atuam como intermediários entre a comunidade e o sistema de saúde para que possam oferecer orientações, informações e suporte às pessoas

em suas áreas de atuação. Fortalece as habilidades para ações de educação em saúde, abordando temas como nutrição, atividade física, saúde mental e prevenção de doenças, além de habilitar os ACS para a prática de outras atividades como a aferição de pressão arterial e realização de glicemia capilar. Em sua primeira turma, criada em 2023, o programa contou com 236.452 inscrições de ACS e ACE homologadas, de 5.452 municípios. Assim, o Censo pretende conhecer o status de conclusão de ACS e ACE pelo programa nas Unidades Básicas de Saúde.

Cobertura dos ACS e definição de área de abrangência

Os dados coletados mostram que, no país, 96,4% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem todas as equipes de Saúde da Família acompanhadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e que, em 38,5% das UBS, existem microáreas descobertas por ACS. No que se refere à proporção de UBS com acompanhamento por ACS nas macrorregiões, o Nordeste apresenta a maior cobertura, onde 97,3% das UBS atende a esse critério, seguido pelo Sudeste, que registra próximo à média nacional (96,5%), o Sul e Norte (96,4%). O Centro-Oeste (93,6%) tem percentual abaixo da média. (Tabela 1).

No que concerne à existência de pelo menos uma microárea sem cobertura por ACS, há variações entre as regiões do país, onde o Centro-Oeste alcança o maior percentual de microáreas descobertas por ACS (54.8%), seguido pelo Sul (46.1%) e pelo Norte (41,7%). Já o Nordeste (33,9%) e o Sudeste (36,3%), apresentam os menores percentuais, abaixo da média nacional (38,5%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Cobertura dos ACS nas Equipes e nas microáreas, das Unidades Básicas de Saúde. Brasil e grandes regiões, 2024.

Cobertura dos ACS	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Todas as equipes contam com ACS	3.599 (96,4)	16.677 (97,3)	11420 (96,5)	5.750 (94,9)	2.785 (93,6)	40.231 (96,4)
Pelo menos uma microárea descoberta por ACS	1.558 (41,7)	5.805 (33,9)	4.293 (36,3)	2.790 (46,1)	1.632 (54,8)	16.078 (38,5)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Atividades realizadas pelos ACS

Essa variável, que apresenta 26 opções de resposta, foi agrupada em três tipos: atividades de apoio à atenção integral e cuidado com foco no território e na comunidade; atividades

de mobilização da participação social e popular e atividades de apoio à organização; e funcionamento no espaço da UBS. Todas as UBS com presença de ACS responderam às questões analisadas, havendo variação no número de UBS com todas as equipes com ACS.

Atividades Realizadas pelos ACS com foco no território e comunidade

Dentre as atividades realizadas pelos ACS, a atualização cadastral (98,9%) e a visita domiciliar das famílias cadastradas (98,5%) foram as mais presentes no país e nas cinco grandes regiões, destacando-se o Nordeste, com 99% em ambas as atividades, e o Norte e Centro-Oeste, com mais de 98,0%, em comparação ao Sul (97,8%) e Sudeste (97,9%), nas duas ações (Tabela 2).

Em contrapartida, as atividades com menor envolvimento dos ACS são a realização de glicemia capilar, no domicílio, de pessoas com diabetes mellitus (37,6%), no país, com oscilações de 27,0% na região Sul a 59,3% na região Norte; aferição da pressão arterial, no domicílio, de pessoas com hipertensão arterial – 46,7% no país e de 33,0% no Sul a 70,2% no Norte –, que exigem, segundo a PNAB (2017), habilidades que foram incorporadas recentemente. Essas atividades fazem parte da formação técnica em Saúde com habilitação para Agente de Saúde.

Nacionalmente, as atividades de busca ativa em que os ACS mais se envolveram foram: usuários com vacinação atrasada (95,9%); gestantes faltosas às consultas agendadas (95,3%); mulheres com citopatológico de colo de útero alterado (93,7%); acompanhamento de pessoas acamadas (94,7%); crianças até dois anos faltosas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (89,2%); puérperas para consulta de revisão do parto (88,9%); pessoas com hipertensão arterial e com diabetes faltosas às consultas agendadas, pacientes faltosos em tratamento supervisionado de tuberculose, beneficiários do bolsa família sem acompanhamento das condicionalidades em saúde (todas em torno de 88,3%); mulheres com mamografia alterada (84,9%); e, com menor prevalência, a busca ativa para a identificação de óbitos (78,0%). Para todas estas variáveis, a região Nordeste apresentou o melhor desempenho, ao contrário das regiões Sudeste e Sul, que intercalaram nas proporções mais baixas, exceto na busca ativa de mulheres com mamografia alterada, com 78,6% na região Norte (Tabela 2).

Ainda dentre as atividades realizadas no domicílio para a identificação de usuários com sintomas respiratórios há mais de três semanas, observou-se uma média nacional de 71,9%, sendo superada nas regiões Norte (75,5%) e Nordeste (76,1%) (Tabela 2).

Quanto ao monitoramento no domicílio da situação vacinal das famílias, é realizado por 95,5% das UBS no país, com proporções de 97,3% no Norte e 94,2% no Sudeste (Tabela 2).

Tabela 2 – Atividades realizadas pelos ACS com foco no território – Visita Domiciliar, acompanhamento de grupos específicos e busca ativa, educação em saúde. Brasil e grandes regiões, 2024.

Atividades Realizadas pelos ACS	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Atualização cadastral	3.701 (99,1)	16.989 (99,2)	11.664 (98,6)	6.002 (99,1)	2.937 (98,7)	41.293 (98,9)
Visita domiciliar das famílias cadastradas	3.685 (98,7)	16.977 (99,1)	11.586 (97,9)	5.925 (97,8)	2.933 (98,5)	41.106 (98,5)
Monitoramento, no domicílio, da situação vacinal das famílias cadastradas	3.631 (97,3)	16.610 (96,9)	11.144 (94,2)	5.630 (92,9)	2.825 (94,9)	39.840 (95,5)
Aferição de pressão arterial, no domicílio, de pessoa com hipertensão arterial	2.621 (70,2)	8.828 (51,5)	4.648 (39,3)	1.997 (33,0)	1.378 (46,3)	19.472 (46,7)
Realização de glicemia capilar, no domicílio, de pessoas com diabetes mellitus	2.215 (59,3)	7.154 (41,8)	3.670 (31,0)	1.635 (27,0)	1.019 (34,2)	15.693 (37,6)
Busca ativa de usuários com a vacinação atrasada	3.571 (95,7)	16.672 (97,3)	11.257 (95,1)	5.773 (95,3)	2.768 (93,0)	40.041 (95,9)
Busca ativa de crianças até dois anos faltosas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	3.252 (87,1)	16.006 (93,4)	10.377 (87,7)	5.181 (85,5)	2.414 (81,1)	37.230 (89,2)
Busca ativa de gestantes faltosas às consultas agendadas	3.493 (93,6)	16.577 (96,8)	11.229 (94,9)	5.708 (94,2)	2.748 (92,3)	39.755 (95,3)
Busca ativa de puérperas para consulta de revisão do parto	3.208 (85,9)	15.653 (91,4)	10.520 (88,9)	5.284 (87,2)	2.456 (78,6)	37.121 (88,9)
Busca ativa de pessoas com hipertensão arterial faltosas às consultas agendadas	3.395 (90,9)	16.000 (93,4)	10.213 (86,3)	4.838 (79,9)	2.509 (84,3)	36.955 (88,5)
Busca ativa de pessoas com diabetes mellitus faltosas às consultas agendadas	3.370 (90,3)	15.970 (93,2)	10.194 (86,1)	4.830 (79,7)	2.498 (83,9)	36.862 (88,3)
Busca ativa de mulheres com citopatológico de colo de útero alterado	3.438 (92,1)	16.261 (94,9)	11.111 (93,9)	5.576 (92,0)	2.703 (90,8)	39.089 (93,7)
Busca ativa de mulheres com mamografia alterada	2.933 (78,6)	14.785 (86,3)	10.396 (87,9)	5.035 (83,1)	2.302 (77,3)	35.451 (84,9)
Busca ativa de pacientes faltosos em tratamento supervisionado de tuberculose	3.265 (87,5)	15.535 (90,7)	10.478 (88,3)	5.143 (84,9)	2.581 (86,7)	36.972 (88,6)

Busca ativa de usuários beneficiários do Bolsa Família sem acompanhamento das condicionalidades em saúde	3.286 (88,0)	15.598 (91,0)	10.303 (87,1)	5.133 (84,7)	2.545 (85,5)	36.865 (88,3)
Busca ativa de identificação de óbitos	2.897 (70,7)	14.970 (87,4)	8.649 (73,1)	4.040 (66,7)	2.000 (67,2)	32.556 (78,0)
Acompanhamento de pessoas acamadas ou domiciliadas	3.469 (92,9)	16.343 (95,4)	11.252 (95,1)	5.675 (93,7)	2.777 (93,3)	39.516 (94,7)
Identificação de usuários no domicílio, com sintomas respiratórios há mais de três semanas	2.818 (75,5)	13.046 (76,1)	8.630 (72,9)	3.555 (58,7)	1.938 (65,1)	29.987 (71,9)
Orientação sobre alimentação adequada e saudável com base no Guia Alimentar para a população brasileira	2.469 (66,1)	11.473 (67,0)	7.216 (61,0)	3.156 (52,1)	1.739 (58,4)	26.053 (62,4)
Ações de controle vetorial	2.065 (55,3)	9.705 (56,6)	7.496 (63,3)	3.769 (62,2)	1.778 (59,7)	24.813 (59,5)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: . Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Mobilização da comunidade para participação em conselho local de saúde e identificação de problemas sócio sanitários:

Há um conjunto de variáveis que cobrem essa importante atribuição dos ACS no SUS, qual seja, mobilizar a comunidade para a participação social. Inclui a identificação de problemas de saúde que apoiam a configuração de um diagnóstico social e de saúde da comunidade, ampliando indiretamente o sentido de controle social pela perspectiva da participação em diagnóstico de saúde na comunidade. Presente, também, o acompanhamento das políticas públicas de saúde e programas de renda e combate à fome e à pobreza. Ainda se destacam outras atividades que mobilizam a atuação no Conselho Local de Saúde (CLS) e para ações de promoção da saúde.

Uma atribuição dos ACS é a identificação de problemas de saúde junto à comunidade. Observou-se que 78,6% das UBS no país atuam neste sentido, variando entre 72,6% no Centro Oeste e 79,3% no Sudeste. Esse desempenho contrasta com uma menor participação das UBS no diagnóstico de saúde da comunidade, ação referida por apenas 65,7% das UBS do país, média superada apenas no Nordeste com 68,8% (Tabela 3).

A identificação de famílias em insegurança alimentar ocorreu em 68,9% das UBS brasileiras, média superada no Sudeste e Nordeste, em torno de (71,0%). Desempenho melhor diz respeito à identificação de pessoas em vulnerabilidade social para acesso a benefícios sociais no país (81,1%) e para o Sudeste (82,9%).

Tabela 3 – Diagnóstico social e de saúde da comunidade. Brasil e grandes regiões, 2024.

Diagnóstico	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Identificação de famílias em insegurança alimentar	2.438 (65,3)	12.157 (71,0)	8.361 (70,7)	3.874 (63,9)	1.922 (64,6)	28.752 (68,9)
Identificação de problemas de saúde junto à comunidade	2.793 (74,8)	13.806 (80,6)	9.385 (79,3)	4.647 (76,7)	2.160 (72,6)	32.791 (78,6)
Participação no diagnóstico de saúde da comunidade	2.354 (63,1)	11.785 (68,8)	7.743 (65,4)	3.787 (62,5)	1.748 (58,7)	27.417 (65,7)
Identificação de pessoas em vulnerabilidade social para acesso a benefícios sociais	2.903 (77,8)	13.924 (81,3)	9.815 (82,9)	4.894 (80,8)	2.329 (78,2)	33.865 (81,1)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

A mobilização da comunidade para ações de promoção da saúde nas UBS se destaca no país (79,0%) e especialmente no Nordeste (82,4%). Quanto às atividades de mobilização da comunidade para a participação no CLS, os percentuais estão em torno dos 52,1% no país, variando nas grandes regiões entre 47,0% no Sul e 54,9% no Nordeste. Sendo assim, é considerado baixo o envolvimento das UBS nesse processo de fortalecimento da participação social. (Tabela 4)

Tabela 4 – Mobilização da comunidade para ações de promoção da saúde e participação em conselho local de saúde. Brasil e grandes regiões, 2024.

Mobilização e participação em Conselho	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Mobilização da comunidade para ações de promoção da saúde	2.992 (80,2)	14.126 (82,4)	9.306 (78,6)	4.385 (72,4)	2.178 (73,2)	32.987 (79,0)
Mobilização da comunidade para participação em conselho local de saúde	1.947 (52,2)	9.414 (54,9)	6.133 (51,8)	2.846 (47,0)	1.410 (47,4)	21.750 (52,1)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Atividades dos ACS nas UBS

O conjunto de atividades realizadas por ACS no espaço físico da unidade, é hoje um fato constatado, especialmente no que se referem às atividades de recepção (63,3% para o país) e acolhimento (77,2%, para o país). A variável participação na reunião de equipe da UBS é de 93,8% das UBS brasileiras e no Nordeste ultrapassa essa média (94,6%) (Tabela 5). Esse é um aspecto importante, pois o ACS, por ser um intermediário entre a comunidade e o serviço, deve vocalizar suas percepções e colaborar com sua vivência no território para o planejamento de ações e acompanhamentos diversos pela equipe de saúde.

Tabela 5 – Atividades realizadas pelo ACS no espaço físico da UBS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Atividades realizadas pelo ACS na UBS	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Participação na reunião de equipe da UBS	3.394 (90,9)	16.202 (94,6)	11.304 (93,8)	5.684 (93,8)	2.761 (88,4)	39.145 (93,8)
Acolhimento dos usuários na UBS	2.898 (77,6)	12.975 (75,7)	9.903 (83,7)	4.174 (68,9)	2.262 (76,0)	32.212 (77,2)
Recepção dos usuários na UBS	2.482 (60,6)	10.847 (61,2)	9.213 (68,9)	3.935 (59,6)	1.948 (62,4)	28.425 (63,3)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Tempo e espaço de atuação dos ACS no país e nas grandes regiões

Frequência de realização de VD por ACS nas UBS

No Brasil, 72,1% das UBS contam com ACS realizando visitas domiciliares cinco dias por semana, com o maior percentual no Centro-Oeste (79,0%) e o menor no Sul (67,3%). Dentre aqueles que realizam visitas de três a quatro dias por semana (21,4% no total), o Sul apresenta a maior proporção (25,1%), enquanto o Centro-Oeste registra a menor (15,7%). Visitas realizadas apenas um a dois dias por semana são menos frequentes (5,6% no Brasil), sendo mais comuns no Norte (6,9%) e menos no Centro-Oeste (4,2%). Apenas 0,9% (n - 394) das UBS relatam que os ACS não realizam visitas, em maior quantidade no Sudeste (1,3%, n 175) e o menor no Norte (0,6%, n 25) (Tabela 6).

Tabela 6 – Frequência de realização de Visita Domiciliar pelos ACS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Frequência de visita domiciliar	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cinco dias por semana	2.666 (71,4)	12.602 (73,6)	8.387 (70,9)	4.077 (67,3)	2.352 (79,0)	30.084 (72,1)
Três a quatro dias	784 (19,1)	3.460 (20,2)	2.693 (22,8)	1.522 (25,1)	468 (15,7)	8.927 (21,4)
Um a dois dias	257 (6,9)	992 (5,8)	577 (4,9)	375 (6,2)	126 (4,2)	2.327 (5,6)
ACS não realizam VD	25 (0,6)	79 (0,5)	175 (1,3)	84 (1,3)	31 (1,0)	394 (0,9)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Ainda, no país, 92,1% das UBS contam com ACS atuando a maior parte do tempo no território, com o maior percentual no Nordeste (97,9%) e o menor no Sudeste (85,2%). Por outro lado, 7,9% das UBS têm ACS que passam a maior parte do tempo na própria unidade, sendo o Sudeste (14,8%) e o Sul (14,3%) as regiões com os maiores percentuais, enquanto o Nordeste apresenta o menor (2,1%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Espaço de atuação dos ACS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Espaço de atuação ACS	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Maior parte do tempo no território	3.590 (96,2)	16.779 (97,9)	10.083 (85,2)	5.189 (85,7)	2.806 (94,3)	38.447 (92,1)
Maior parte do tempo na UBS	142 (3,8)	354 (2,1)	1.749 (14,8)	869 (14,3)	171 (5,7)	3.285 (7,9)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Capacitação dos agentes de Saúde pelo Programa Saúde com Agente

Em relação à formação oferecida pelo Programa Saúde com Agente do Ministério da Saúde, 17,5% das UBS no país relataram não ter nenhum ACS com essa formação, sendo o

maior percentual no Sul (28,1%) e o menor, no Nordeste (11,1%). A maioria das UBS (35,1%) possui entre um e três ACS formados, sendo o maior percentual no Nordeste (37,5%) e o menor, no Norte (30,2%). A faixa de quatro a seis ACS formados corresponde a 30,4% das UBS, com destaque para o Nordeste (34,8%) e o menor percentual no Sul (24,3%). Já o grupo com sete ou mais ACS formados representa 17,0% das UBS, sendo mais comum no Norte (28,5%) e menos comum no Sul (10,8%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição de UBS com ACS com a conclusão do curso técnico de formação em Saúde pelo Programa Saúde com Agente. Brasil e grandes regiões, 2024.

ACS com curso técnico concluído	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Nenhum	610 (16,4)	1.893 (11,1)	2.570 (21,8)	1.698 (28,1)	517 (17,4)	7.288 (17,5)
1 a 3	1.125 (30,2)	6.413 (37,5)	3.789 (32,1)	2.232 (36,9)	1.064 (35,8)	14.623 (35,1)
4 a 6	929 (24,9)	5.953 (34,8)	3.454 (29,2)	1.469 (24,3)	881 (29,6)	12.686 (30,4)
≥7	1.064 (28,5)	2.852 (16,7)	2.005 (17,0)	653 (10,8)	514 (17,3)	7.088 (17,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Ações comunitárias e territoriais

A territorialização significa dar ao SUS uma estrutura territorial para atuação dos serviços de saúde de forma planejada, com base no reconhecimento das necessidades ali vivenciadas e discutidas quanto aos seus usos para garantir o direito à saúde com o máximo de universalização do acesso às ações e serviços de saúde. Isso implica passar a limpo os componentes desse processo social, qual seja, identificar:

- uma população definida de referência das equipes;
- equipes multidisciplinares no território, com a presença de ao menos um ACS;
- aplicação de critérios de eleição de risco e vulnerabilidade;
- a realização de diagnóstico comunitário, seus usos e dinâmicas;
- estratégia de comunicação entre a população e os serviços;
- pesquisa de satisfação dos usuários;
- presença de mecanismos de participação política local.

Territorialização e População de Referência das equipes de APS

Adelimitação territorial da área de abrangência das UBS e o dimensionamento da população que vive no território são fundamentais para orientar o planejamento e a organização das ações de atenção primária à saúde.

Nesse território, as práticas de saúde avançam para a integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas ocorram também sobre as condições de vida das populações (MENDES, 1993).

Das 44.938 Unidades Básicas de Saúde do país, 85,3 % trabalham com definição de área de abrangência para as equipes. As regiões Sul (89,0%) e Sudeste (88,5%) se equiparam com as melhores frequências relativas, seguidas da região Centro-Oeste (83%). A região que se distancia deste perfil é a região Norte, com 77% (Tabela 9).

Ao considerar a importância da organização da Atenção Primária à Saúde sob a ótica do território num contexto da responsabilização sanitária, de planejamento e da potência de condições de mensuração de resultados no processo de avaliação, este indicador é relevante e indica a atualidade e a evolução alcançada, se compararmos aos dados do PMAQ nos diversos ciclos: o Ciclo I registrou 31,4% (n=5.393) das equipes com território de responsabilidade definido e população de referência, com média de 3.136 pessoas (IC95%: 3.113; 3.159) por equipe. No Ciclo III, a situação alcançou 68,2% (n=25.481) das equipes, com uma população média de referência da equipe de 3.138 (IC95%: 3.120; 3.157) pessoas.

Para outro indicador de destaque - possuir mapas do território de abrangência - os estudos revelaram que no Ciclo I, 84,6% (n=14.516) das equipes de atenção básica possuíam esse instrumento, passando a 90,5% (n=26.364) no Ciclo II e atingindo 94,0% (n=35.067) no Ciclo III (Facchini e et al., 2021).

Tabela 9 – UBS com definição de área de abrangência. Brasil e grandes regiões, 2024.

Definição de área de abrangência	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Definição da área de abrangência da UBS	3.157 (77,0)	14.878 (83,9)	11.839 (88,5)	5.884 (89,0)	2.595 (83,0)	38.353 (85,3)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Do total das UBS que declararam ter delimitação da área de abrangência, 34.828 (90,1%) apresentaram informações sobre a população adscrita, o que correspondeu a 170.937.902 habitantes. Pode-se deduzir que a média de habitantes nessa quantidade de UBS ficou em 4.900 habitantes. No entanto, há muitas UBS que apresentam um número bem superior e

outras ficam bem abaixo desta média. As UBS ainda apresentam grande diversidade quanto ao número de equipes de saúde, o que dificulta a interpretação desses resultados.

Assim, foi criada uma variável de população por equipe de saúde a partir da divisão da população da área de abrangência da UBS pela soma do número das equipes de saúde da família (eSF), equipes de atenção primária (eAP) e equipes de saúde da família fluviais e ribeirinhas (eSFR) que atuavam na UBS. Consideraram-se como válidos os números superiores a 1.000 e inferiores a 10.000 pessoas por equipe, totalizando informações referentes a 85,1% do total de UBS com informações sobre o número da população da área de abrangência e que contavam como pelo menos uma eSF, eAP ou eSFR.

A média e a mediana de população por equipe no Brasil foram, respectivamente, de 2.940,0 e 2.714,0 pessoas por equipe. Entre as regiões, as médias de população por equipe foram menores no Nordeste (2.585,8) e no Norte (2.833,4), e maiores nas Regiões Sudeste (3.220,0), Sul (3.219,1) e Centro-Oeste (3.112,4). Entretanto, os valores do Percentil 75 indicam que, em 25% das UBS brasileiras, a população por equipe foi superior a 3.690 pessoas, variando entre as regiões de 3.200 (Nordeste) a 4.000 (Sul). (Tabela 10).

Tabela 10 – População de abrangência por equipe. Brasil e grandes regiões, 2024.

População de abrangência por equipe	Média	Desvio-padrão	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	N
Norte	2.833,4	1.383,5	1.801,3	2.596,0	3.526,8	2.240
Nordeste	2.585,8	1.190,5	1.705,5	2.351,0	3.200,0	11.150
Sudeste	3.220,0	1.548,0	2.077,0	3.017,0	3.997,0	9.270
Sul	3.219,1	1.536,2	2.090,8	3.000,0	4.000,0	4.488
Centro-Oeste	3.112,4	1.407,5	2.001,3	2.976,2	3.982,5	1.980
Brasil	2.940,0	1.427,7	1.892,0	2.714,0	3.690,5	29.128

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024.

Ao considerar o porte populacional dos municípios, a média de população por equipe no país variou de 2.323,9 a 3.684,1, respectivamente, nos municípios com menos de 20 mil habitantes e com mais de 100.000 (Tabela 11). Destaca-se que 25% das UBS apresentavam população por equipe superior a 2.872, 3.457, 3.861 e 4.342 pessoas por equipe, respectivamente, nos municípios com menos de 20.000, entre 20.000 a 50.000, entre 50.000 e 100.000 e com mais de 100.000 habitantes. Esses números estão próximos aos parâmetros preconizados e inferiores ao limite máximo do número de pessoas vinculadas e acompanhadas por equipes de saúde da família e equipes de atenção primária, segundo a Portaria GM/MS Nº 3.493, de 10 de abril de 2024.

Assim, os dados apresentados de população por equipe representam uma estimativa aproximada do número de pessoas por equipe, gerada a partir das informações de população por UBS e da soma do número das equipes de eSF, eAP e eSFR, sem discriminação do tipo de equipes em cada UBS.

Tabela 11 – Média da população de abrangência por equipe de saúde segundo porte populacional dos municípios.

Porte populacional	Média	Desvio-padrão	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	N
Até 20.000	2.323,9	986,3	1.566,5	2150.0	2.872,0	8.991
Acima de 20.000 até 50.000	2.740,7	1.257,3	1.793,5	2519.0	3.457,0	7.432
Acima de 50.000I até 100.000	3.093,9	1.407,5	2.001,5	2954.0	3.861,0	4.122
Acima de 100.000	3.684,1	1.606,6	2.632,0	3500.0	4.342,5	8.583
Total	2.940,0	1.427,7	1.892,0	2714.0	3.690,5	29.128

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024.

Utilização de critérios de vulnerabilidade e risco para definição do número de pessoas cadastradas por equipe

A APS no SUS tem como princípio a organização do cuidado de forma territorializada, garantindo o acompanhamento integral e contínuo da população (MEDINA et al., 2020). Para isso, é essencial definir de maneira adequada o número de pessoas cadastradas pela equipe de saúde, levando em consideração não apenas a capacidade operacional, mas também os perfis de risco e vulnerabilidade da população atendida.

Atualmente, com a implementação do modelo de cofinanciamento federal da APS, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, os critérios de vulnerabilidade passaram a ter um papel ainda mais central na alocação dos recursos e na definição do número de pessoas cadastradas por equipe. Esse modelo de financiamento inclui componentes como: fixo para manutenção das equipes; de vínculo e acompanhamento territorial; de qualidade e indução de boas práticas; para implantação e manutenção de ações e programas específicos; para atenção à saúde bucal; e per capita de base populacional para ações no âmbito da APS (Brasil, 2024).

A Portaria de 2024 estabelece o uso do Indicador de Equidade e Dimensionamento, que considera o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e o porte populacional para a transferência de recursos nos componentes fixo, de vínculo e acompanhamento territorial e de qualidade. Para a constituição do

componente de vínculo e acompanhamento territorial, são levadas em conta as características da população vinculada às equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária, incluindo fatores como vulnerabilidade socioeconômica – participação no Programa Bolsa Família ou no Benefício de Prestação Continuada –, aspectos demográficos – presença de crianças de até cinco anos e de idosos –, qualificação das informações cadastrais – completude e atualização dos registros no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB –, população atendida ou acompanhada e nível de satisfação dos usuários com os serviços prestados (Brasil, 2024).

O componente vínculo e acompanhamento territorial, descrito na portaria do financiamento da APS, produz importantes impactos no trabalho dos ACS e na qualificação dos processos de trabalho da equipe, a fim de se priorizarem ações que sejam direcionadas a populações mais vulneráveis, como idosos, crianças e beneficiários de programas sociais, e estratégias que levem a equipe a acompanhar de fato a sua população. Esse componente visa, sobretudo, a promover o aprimoramento da territorialização, a análise epidemiológica e demográfica da população adscrita e seu cuidado em saúde pelas equipes da APS. Uma das formas de se atingir esse componente é por meio da qualificação do cadastro e melhoria do atendimento à população. Esse componente pretende não apenas qualificar como também valorizar o trabalho do ACS.

Nesse sentido, prioriza-se a qualidade dos cadastros tanto individual como territorial e domiciliar em detrimento da quantidade, de modo que a equipe possa acompanhar a população conforme o seu parâmetro, objetivando evitar a sobrecarga e competitividade entre as equipes. Além disso, as atividades típicas desenvolvidas pelos ACS, como visitas domiciliares e atividades coletivas, serão consideradas para compor o indicador de acompanhamento. Nesse sentido, a nova política tem como uma de suas prioridades fortalecer o papel do ACS e sua atuação no território.

A adoção desses critérios permite que as equipes de APS concentrem esforços nas populações mais vulneráveis, garantindo acompanhamento diferenciado para aqueles que mais necessitam de cuidados contínuos e integrais.

Quanto à consideração dos critérios de vulnerabilidade e risco para a definição do número de pessoas cadastradas por equipe, o censo revelou que, no país, 59,9 % das UBS fazem uso destes critérios; as regiões Norte e Nordeste apresentaram um pequeno aumento na proporção (61,5 % e 63,9 % respectivamente); as regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste são as que exibem frequências relativas menores de UBS utilizando estes critérios (55,0%, 57,4 %,56,1) (Tabela 12).

Tabela 12 – UBS que consideram critérios de vulnerabilidade e risco para a definição do número de pessoas cadastradas por equipe. Brasil e grandes regiões, 2024.

Emprego de critérios de vulnerabilidade e risco	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
UBS considera critérios de vulnerabilidade e risco para a definição do número de pessoas cadastradas por equipe	2.518 (61,5)	11.328 (63,9)	7.676 (57,4)	3.639 (55,0)	1.754 (56,1)	26.915 (59,9)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Diagnóstico comunitário da área de abrangência da UBS

O diagnóstico comunitário faz parte do processo de planejamento ascendente, onde os profissionais de saúde e a população de determinado território refletem e identificam os principais problemas e estabelecem as ações voltadas à sua solução. No Brasil, em 48,5% das UBS, foi referida a realização anual do diagnóstico da área de abrangência, sendo o maior percentual observado no Norte (56,3%) e o menor, no Sul (40,9%) (Tabela 13).

Nas 21.816 UBS que realizaram o diagnóstico anual da área de abrangência, 97,1% das UBS referiram que esse processo orienta o planejamento das ações. No entanto, sobre a participação da comunidade na discussão do diagnóstico anual da área de abrangência, 48,9% das UBS deram resposta afirmativa, havendo uma pequena variação entre as regiões Sul, em que a resposta afirmativa atingiu 45,0%, e Nordeste, 50,5% (Tabela 13).

Tabela 13 – Frequência das UBS em que as equipes realizam diagnóstico comunitário da área de abrangência para orientação do planejamento de ações e participação da comunidade na discussão do diagnóstico do território. Brasil e grandes regiões, 2024.

Diagnóstico comunitário	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
As equipes realizam anualmente o diagnóstico comunitário da área de abrangência	2.308 (56,3)	9.074 (51,1)	6.395 (47,8)	2.702 (40,9)	1.337 (42,8)	21.816 (48,5)
O diagnóstico comunitário da área de abrangência orienta o planejamento das ações das equipes	2.221 (96,2)	8.810 (97,1)	6.246 (97,7)	2.614 (96,7)	1.288 (96,3)	21.179 (97,1)
A comunidade participa da discussão do diagnóstico do território	1.147 (49,7)	4.587 (50,5)	3.089 (48,3)	1.215 (45,0)	638 (47,4)	10.676 (48,9)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Participação social

Originalmente, o SUS proclamou a participação popular como um princípio fundamental baseado na descentralização da política de saúde, no fortalecimento das relações federativas de cooperação e da conscientização social e justiça pela equidade. A operacionalização desse princípio resultou na institucionalização de instrumentos de poder tais como as conferências e conselhos de saúde nos diversos níveis de governo, que traduzem as diretrizes de cogestão, participação social e controle social. (Paim, 1993)

Presença do Conselho Local de Saúde

A participação social permeia toda a trajetória da conquista do SUS no Brasil. A organização da sociedade civil por meio dos movimentos sociais, conselhos de saúde e outros meios de organização das comunidades formam a base popular de origem do Movimento da Reforma Sanitária, que mobilizou um vastíssimo público para a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, onde foram apresentados os anseios de atores chaves por um sistema único de saúde mais justo, com os princípios de universalidade, integralidade, equidade e com participação social, acolhidos pela Constituição Federal de 1988.

Em 1990, por meio da Lei 8.142, foram instituídos os mecanismos de participação da comunidade na gestão do SUS por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, organizados nas três instâncias de governo. Em muitas Unidades de Saúde, há também os Conselhos Gestores Locais, o que motivou a questão de censo em 2024: “Nesta UBS há conselho local ativo?”

No Censo das UBS, 36,3% das UBS afirmaram ter conselho local de saúde ativo. A região Sudeste foi a que apresentou maior proporção (41,5%). As demais regiões exibiram proporções de menos de 40% das UBS, evidenciando que a participação social no SUS está fragilizada, o que enseja a necessidade premente de avaliações e reflexões sobre esse espaço que já foi tão importante para o SUS. (Tabela 14)

Tabela 14 – Presença de Conselho local de saúde ativo nas UBS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Conselho	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
Local de Saúde	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Presença de Conselho local de saúde ativo	1.510 (36,9)	5.382 (36,9)	5.555 (41,5)	2.634 (39,9)	1.218 (39,0)	16.299 (36,3)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Estratégia de comunicação com as(os) usuárias(os) e pesquisa de Satisfação

A comunicação entre as UBS e os usuários do SUS desempenha um papel essencial na efetivação da humanização e do cuidado resolutivo e integral em saúde, garantindo o acesso à informação, à continuidade do acompanhamento e à adesão às ações e serviços oferecidos pela APS (Cruz & Bourget, 2010; Frota et al., 2022). Estratégia eficiente de comunicação são fundamentais para fortalecer o vínculo entre os serviços, os profissionais de saúde e a comunidade, promovendo maior engajamento dos usuários no cuidado com a própria saúde e na utilização adequada dos serviços disponíveis (Cruz & Bourget, 2010).

A comunicação na APS, retrospectivamente, esteve fortemente baseada em interações presenciais, como atendimentos nas UBS, visitas domiciliares das equipes de Saúde da Família e reuniões comunitárias (Cruz & Bourget, 2010; Borges & D'oliveira, 2011). No entanto, desafios tais como dificuldades de acesso físico às unidades, de infraestrutura das UBS, como a baixa cobertura de internet em algumas regiões, bem como barreiras sanitárias, culturais e educacionais tornaram evidente a necessidade de diversificar os canais de comunicação para alcançar de forma mais efetiva diferentes perfis de usuários (Freitas et al., 2021; Guimarães et al., 2020; Facchini, Tomasi, Dilélio, 2018; Tasca et al., 2020). Com a pandemia de Covid-19, a diversificação nas estratégias de comunicação foi ainda mais evidente (Frota et al., 2022; Guimarães et al., 2020).

Com os avanços tecnológicos e a crescente digitalização dos serviços, diversas iniciativas vêm sendo incorporadas para modernizar a comunicação entre as UBS e os usuários do SUS. Estratégias como o uso de aplicativos móveis, redes sociais, mensagens de texto (SMS e WhatsApp), prontuários eletrônicos e plataformas digitais têm sido implementadas para ampliar a disseminação de informações, lembretes de consultas e campanhas de prevenção (Freitas et al., 2021). Além disso, a utilização de propagandas na televisão, rádios comunitárias, cartazes informativos e reuniões presenciais ainda desempenha um papel crucial, especialmente em áreas com menor acesso à tecnologia (Fonseca & Morosini, 2021).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, já destacava a importância de estratégias de comunicação eficazes para garantir o acesso da população aos serviços de saúde (Brasil, 2024). Atualmente, o modelo de cofinanciamento da APS, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024, reforça essa necessidade ao incluir a satisfação dos usuários como um dos componentes do financiamento, o que estimula a melhoria contínua na relação entre as UBS e a população atendida (Brasil, 2024).

No país, 2,6% das UBS relataram não utilizar nenhuma forma de comunicação com os usuários, com a maior proporção no Norte (5,4%) e a menor no Sul (0,9%). Dentre as formas mais adotadas, o WhatsApp é a mais utilizada nacionalmente (78,5%), com o maior

percentual no Sul (83,3%) e o menor no Norte (76,6%). A ligação telefônica é a segunda forma de comunicação mais utilizada no país (73,6%), sendo mais comum no Sul (88,1%) e menos no Norte (57,1%). Já os sites das prefeituras (48,2%) e a comunicação impressa, como cartazes (44,2%), também se destacam, com maior adesão no Sul (62,1% e 56,5%, respectivamente) e menor no Norte (31,3% e 32,2%, respectivamente) (Tabela 15).

Por outro lado, redes sociais como Instagram (26,7%) e Facebook (14,2%) apresentam variações regionais, com maior uso do Facebook no Sul (25,1%) e do Instagram no Nordeste (31,6%). Meios tradicionais, como rádio comunitária (11,1%), são mais utilizados no Sul (18,9%) e menos no Sudeste (7,0%). Quanto aos canais institucionais, a Ouvidoria do SUS é utilizada por 38,0% das UBS do país, com maior utilização no Sul (53,8%) e Sudeste (48,2%) e menor no Norte (24,3%). Já as ouvidorias próprias são mais comuns no Sul (36,8%) e menos no Norte (10,2%) (Tabela 15).

Tabela 15 – Estratégia de comunicação com as (os) usuárias (os) utilizada nas UBS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Estratégia de comunicação	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ligação telefônica	2.338 (57,1)	10.659 (60,1)	11.771 (88,0)	5.818 (88,1)	2.507 (80,3)	33.093 (73,6)
Rádio comunitária	495 (12,1)	1.907 (10,8)	931 (7,0)	1.246 (18,9)	398 (12,7)	4.977 (11,1)
WhatsApp	3.137 (76,6)	13.684 (77,2)	10.509 (78,6)	5.505 (83,3)	2.431 (77,8)	35.266 (78,5)
Instagram	693 (16,9)	5.606 (31,6)	3.204 (24,0)	1.661 (25,1)	817 (26,2)	11.981 (26,7)
Facebook	413 (10,1)	1.470 (8,3)	2.422 (18,1)	1.659 (25,1)	404 (12,9)	6.368 (14,2)
Twitter/ X	12 (0,3)	20 (0,1)	157 (1,2)	12 (0,2)	13 (0,4)	214 (0,5)
TikTok	15 (0,4)	31 (0,2)	20 (0,2)	11 (0,2)	9 (0,3)	86 (0,2)
Telegram	11 (0,3)	61 (0,3)	35 (0,3)	15 (0,2)	10 (0,3)	132 (0,3)
Mensagens por SMS	516 (12,6)	1.184 (6,7)	2.210 (16,5)	1.011 (15,3)	421 (13,5)	5.342 (11,9)
Sites das prefeituras	1.283 (31,3)	7.024 (39,6)	7.826 (58,5)	4.102 (62,1)	1.405 (45,0)	21.640 (48,2)
Comunicação impressa, cartaz	1.319 (32,2)	6.030 (34,0)	7.467 (55,8)	3.732 (56,5)	1.294 (41,4)	19.842 (44,2)

Caixa de sugestões, críticas e elogios	801 (19,6)	4.185 (23,6)	4.925 (36,8)	2.004 (30,3)	882 (28,2)	12.797 (28,5)
Ouvidoria do SUS	996 (24,3)	4.703 (26,5)	6.441 (48,2)	3.555 (53,8)	1.393 (44,6)	17.088 (38,0)
Ouvidoria própria	418 (10,2)	2.847 (16,1)	4.158 (31,1)	2.431 (36,8)	644 (20,6)	10.498 (23,4)
Outros	588 (14,4)	2.713 (15,3)	1.319 (9,9)	418 (6,3)	284 (9,1)	5.322 (11,8)
Não há estratégia de comunicação com as (os) usuárias (os).	221 (5,4)	685 (3,9)	147 (1,1)	57 (0,9)	63 (2,0)	1.173 (2,6)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Pesquisa de satisfação com usuários(as)

No Brasil, 36,5% das UBS realizam pesquisas de satisfação com usuários. O maior percentual relatado foi na região Sudeste (43,9%) e o menor percentual de realização foi exibido no Nordeste (32,0%). As regiões Centro-Oeste (36,5%), Sul (34,8%) e Norte (34,1%) apresentam percentuais próximos à média nacional, (Tabela 16).

Tabela 16 – Pesquisa de satisfação das (os) usuárias (os) realizada nas UBS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Pesquisa de satisfação	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Pesquisa de satisfação dos usuários	1.397 (34,1)	5.681 (32,0)	5.872 (43,9)	2.299 (34,8)	1.141 (36,5)	16.390 (36,5)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

A pesquisa de satisfação dos usuários na APS é uma ferramenta fundamental para medir a percepção da população sobre o acesso e utilização, identificando pontos fortes e desafios enfrentados pelos serviços (ARRUDA, BOSI, 2017). Facchini e colaboradores (2021) analisaram os dados do I, II e III ciclos do PMAQ e constataram que a presença de canais de comunicação para os usuários expressarem suas demandas, reclamações ou sugestões foi mencionada por 72,9% (n=12.537) das equipes no Ciclo I, por 79,0% (n=23.528) no Ciclo II, alcançando 92,2% (n=34.422) das equipes no Ciclo III (Facchini et al., 2021). Houve

aumentos expressivos nos percentuais referentes à pesquisa de satisfação do usuário: 36,6% (n=6.291) das equipes no Ciclo I, 67,2% (n=20.017) no Ciclo II, e 86,4% (n=32.287) no Ciclo III realizavam a pesquisa. No Ciclo I, 88,3% (n=15.79) das equipes consideravam a opinião do usuário para a reorganização e qualificação do processo de trabalho, crescendo para 94,4% (n=28.123) no Ciclo II. No Ciclo III, o tema não foi avaliado.

A existência de Conselho Local de Saúde ou instância colegiada equivalente foi referida por 59,2% (n=10.176) das equipes no Ciclo I, por 56,6% (n=16.850) no Ciclo II, e por 52,1% (n=19.451) no Ciclo III.

A temática de avaliação da satisfação dos usuários no SUS difundiu-se em meados de 1990 com o fortalecimento do controle social do SUS, bem como da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação (ARRUDA, BOSI, 2017). Posteriormente, ganhou relevância com a implementação de políticas públicas voltadas à humanização e à qualificação do atendimento, como a Política Nacional de Humanização (PNH) e a ESF (FALK, RAMOS, SALGUEIRO, 2009; ROSA, PELEGRINI, LIMA, 2011). O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), implementado entre 2011 e 2019, também incorporava a satisfação dos usuários como um dos eixos avaliativos, objetivando incentivar a melhoria contínua dos serviços (Saes, Facchini, Tomasi, 2019).

Com a recente metodologia de cofinanciamento federal (Brasil, 2024), a satisfação das pessoas atendidas ou acompanhadas passou a ser uma das dimensões que integram a constituição do componente de vínculo e acompanhamento territorial. Isso reforça a importância de escutar os usuários e utilizar esses dados como parte do planejamento estratégico dos serviços de saúde.

Promoção da equidade

A equidade é um dos princípios do SUS e tem relação direta com os conceitos de igualdade e justiça social. Supõe o respeito às necessidades dos cidadãos em sua diversidade e especificidade como grupo, exigindo o reconhecimento dos determinantes sociais que impactam sua saúde. Na perspectiva da saúde coletiva, a APS é o espaço de fomento à implementação de políticas e ações intersetoriais de promoção da equidade em saúde que acolham e articulem-se com as demandas que indicam diferenças ou carências no acesso e na assistência à saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, as Políticas de Promoção da Equidade em Saúde (MS, 2013) compreendem a Política de Saúde da População Negra, criada em 2009; a População dos Campos e Florestas, criada em 2005; a população LGBT de 2011; a População em Situação de Rua, de 2008; e a População Cigana, de 2011. A concepção desses grupos se apoia nos dados demográficos do IBGE (PNAD e Pesquisa de Informações Básicas Municipais), ainda por critérios seletivos diversos quanto à etnia e inserção econômica. A gestão dessas políticas originalmente se deu no Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, no sentido de fortalecer o controle social

e seus mecanismos, especialmente as Conferências e os Conselhos de Saúde, e instalar Comitês Técnicos para seu acompanhamento. Do ponto de vista da intervenção, privilegiava a mobilização social e a educação popular em saúde.

Posteriormente, passaram ao cuidado da Secretaria de Atenção Primária à Saúde por meio da Coordenação Geral da Estratégia da Saúde da Família e Comunidade, Departamento de Saúde da Família e Comunidade, que intervém sobre a inclusão em emergências, vulnerabilidade, discriminação estrutural com ênfase nos determinantes sociais e na redução de barreiras como o capacitismo, o racismo, a homofobia e outros preconceitos. Resulta ainda de uma ampliação do escopo dessas políticas no caso dos adolescentes e jovens em medidas socioeducativas, população em situação de rua, em condições de migração, refúgio, vítimas de tráfico de pessoas, LGBTQIAPN (MS, 2025. Equidade em saúde).

Atenção a grupos específicos da população - tradicionais, originários, excluídos

A APS no Brasil desempenha um papel fundamental na garantia do direito à saúde, especialmente no que se refere à promoção da equidade. O SUS tem como princípio a universalidade, garantindo atendimento a todas as pessoas, mas reconhece que determinados grupos demandam estratégias diferenciadas devido a desigualdades estruturais. No Brasil, as populações e povos tradicionais, como quilombolas, indígenas e ribeirinhos enfrentam barreiras históricas e institucionais no acesso aos serviços de saúde. A análise dos dados por grandes regiões evidencia disparidades na distribuição da atenção a essas populações.

A Região Norte apresenta o maior percentual de UBS que atendem populações tradicionais ou grupos específicos (51,7%), com destaque para o atendimento das UBS a comunidades ribeirinhas (60,0%), indígenas aldeados (20,8%), comunidades rurais (59,8%) e pescadores (46,0%) (Tabela 17). Esses números indicam que a infraestrutura de saúde deve estar preparada para atuar em territórios de difícil acesso, muitas vezes, exigindo equipes itinerantes e maior integração com sistemas e processos já em curso. Destaca-se a importância do projeto de lei 3514/2019, proposto pela então deputada federal e atual presidente da Funai, Joenia Wapichana, que tem como objetivo regulamentar a atuação dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e os Agentes Indígenas de Saneamento (AISAN) a fim de ampliar o acesso dos povos indígenas às ações e aos serviços de saúde de qualidade. O percentual de UBS que atendem a garimpeiros (3,6%) também revela desafios ambientais e de saúde ocupacional.

A classificação simplista de ‘aldeados’ e ‘não aldeados’ não reflete a complexidade e a diversidade das sociedades indígenas no Brasil. Cada povo indígena possui formas próprias de organização social, cultural e territorial, que não se encaixam nessas categorias reducionistas. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve um avanço significativo no reconhecimento dos direitos dos povos indígenas, incluindo o respeito às suas identidades

culturais e formas de organização. Essa mudança legal e institucional incentivou a adoção de terminologias que valorizam a autodeterminação e a diversidade dos povos indígenas, afastando-se de classificações impostas externamente.

No Nordeste, 25,3% das UBS atendem populações tradicionais, com destaque para comunidades rurais (51,1%), quilombolas (34,7%) e assentados da reforma agrária (22,4%). Em relação a grupos historicamente marginalizados, ressalta-se o baixo percentual de UBS brasileiras que atendem a ciganos (7,5%) e povos de terreiro (9,2%), cujas vulnerabilidades requerem abordagens culturalmente sensíveis. O percentual de UBS que atendem a pescadores (21,6%) e marisqueiras (4,6%) reforça a necessidade de políticas específicas, considerando a economia e a cultura locais (Tabela 17).

No Sudeste, apenas 19,7% das UBS informam atendimento a populações tradicionais ou grupos específicos. Entretanto, há um destaque importante na atenção à população em situação de rua, dado que 31,6% das UBS implementa estratégias específicas para esse público e 21,9% estão articuladas com o Consultório na Rua. Embora a região apresente maior nível de urbanização, percentuais de UBS que atendem a migrantes (16,5%) e profissionais do sexo (26,2%) foram mais elevados do que das demais regiões e país (11,1% e 19,8%) respectivamente (Tabela 17).

Na Região Sul, 21,4% das UBS atendem a populações tradicionais, destacando os percentuais para assentados da reforma agrária (18,8%) e comunidades rurais (39,0%). Observa-se ainda uma taxa relevante de estratégias para a população em situação de rua (21,3%), evidenciando a demanda por atendimento específico para pessoas em situação de rua (21,9%). Menores percentuais foram observados para UBS que atendem a povos de terreiro (4,1%) e caiçaras (0,7%), sugerindo menor reconhecimento institucional dessas populações (Tabela 17).

Com 34,1% das UBS atendendo a populações tradicionais, o Centro-Oeste destaca-se pelo atendimento a indígenas não aldeados (37,1%) e assentados da reforma agrária (30,4%). A presença de profissionais do sexo (30,0%) também chama a atenção, evidenciando a necessidade de ações voltadas para vulnerabilidades específicas dessa população. O percentual de UBS com estratégias para população em situação de rua é de 20,7%, indicando que esse público também é uma prioridade regional (Tabela 17).

Facchini e colaboradores (2021) na avaliação do PMAQ já observavam a realização de ações direcionadas à população rural, assentada ou quilombola, declarada por 32,1% (n=5.525) das equipes no Ciclo I, 40,4% (n=12.016) no Ciclo II e 50,8% (n=18.960) no Ciclo III, em um movimento ascendente de inclusão. Os atuais resultados do Censo UBS 2024 evidenciam uma diferença na coleta de dados resultante de novas classificações e políticas públicas específicas com maior segmentação entre os grupos, a indicar uma possível mudança na adscrição e acesso à atenção; somados os quilombolas, assentados da reforma agrária, comunidades rurais, acampados sem-terra, população atingida por barragens e ribeirinhos alcança-se um total de 14.333.

Tabela 17 – Atenção às populações tradicionais e grupos específicos nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Atenção às populações tradicionais e grupos específicos	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Reconhecimento das populações tradicionais ou grupos específicos no território das UBS	2.117 (51,7)	4.482 (25,3)	2.630 (19,7)	1.417 (21,4)	1.065 (34,1)	11.711 (26,1)
Populações ou grupos específicos atendidos						
Quilombolas	415 (19,6)	1.556 (34,7)	556 (21,1)	203 (14,3)	169 (15,9)	2.899 (24,8)
Indígenas aldeados	440 (20,8)	252 (5,6)	111 (4,2)	179 (12,6)	170 (16,0)	1.152 (9,8)
Indígenas não aldeados	761 (35,9)	563 (12,6)	297 (11,3)	222 (15,7)	395 (37,1)	2.238 (19,1)
Assentados da reforma agrária	342 (16,2)	1.005 (22,4)	339 (12,9)	266 (18,8)	324 (30,4)	2.276 (19,4)
Comunidades rurais	1.267 (59,8)	2.290 (51,1)	1.102 (41,9)	552 (39,0)	524 (49,2)	5.735 (49,0)
Acampados sem terra	129 (6,1)	344 (7,7)	200 (7,6)	105 (7,4)	142 (13,3)	920 (7,9)
Extrativistas	353 (16,7)	126 (2,8)	31 (1,2)	13 (0,9)	15 (1,4)	538 (4,6)
Populações atingidas por barragens	62 (2,9)	74 (1,7)	72 (2,7)	43 (3,0)	11 (1,0)	262 (2,2)
Ribeirinhos	1.271 (60,0)	553 (12,3)	199 (7,6)	77 (5,4)	94 (8,8)	2.194 (18,7)
Caiçaras	40 (1,9)	18 (0,4)	61 (2,3)	10 (0,7)	3 (0,3)	132 (1,1)
Pescadores	973 (46,0)	1.063 (23,7)	260 (9,9)	137 (9,7)	97 (9,1)	2.530 (21,6)
Marisqueiros	115 (5,4)	376 (8,4)	33 (1,3)	17 (1,2)	3 (0,3)	544 (4,6)
Ciganos	54 (2,6)	353 (7,9)	260 (9,9)	92 (6,5)	120 (11,3)	879 (7,5)
População sem teto em ocupações	130 (6,1)	156 (3,5)	232 (8,8)	82 (5,8)	90 (8,5)	690 (5,9)
População em situação de rua	291 (13,7)	332 (7,4)	830 (31,6)	310 (21,9)	213 (20,0)	1.976 (16,9)
Profissionais do sexo	352 (16,6)	548 (12,2)	688 (26,2)	407 (28,7)	320 (30,0)	2.315 (19,8)
Migrantes	255 (12,0)	122 (2,7)	435 (16,5)	328 (23,1)	160 (15,0)	1.300 (11,1)

Garimpeiros	255 (12,0)	59 (1,3)	37 (1,4)	5 (0,4)	62 (5,8)	418 (3,6)
População privada de liberdade	201 (9,5)	217 (9,1)	259 (9,8)	152 (10,7)	97 (9,1)	926 (7,9)
Povos de terreiro	135 (6,4)	619 (13,8)	198 (7,5)	65 (4,1)	65 (6,1)	1.082 (9,2)
Quebradeiras de coco	39 (1,8)	340 (7,6)	4 (0,2)	1 (0,1)	4 (0,4)	388 (3,3)
Refugiados	130 (6,1)	49 (1,1)	210 (8,0)	91 (6,4)	45 (4,2)	525 (4,5)
Outros	189 (8,9)	287 (6,4)	192 (7,3)	81 (5,1)	75 (7,0)	824 (7,0)
Não atende a nenhuma destas populações ou grupos	11 (0,5)	30 (0,7)	31 (1,2)	12 (0,8)	3 (0,3)	87 (0,7)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Atenção à população em situação de rua

A adoção de estratégia para o cuidado da população em situação de rua foi mencionada por pouco mais de 20% das UBS no Brasil (21,2%), com menores proporções observadas nas regiões Norte (16,0%) e Nordeste (15,9%) (Tabela 18).

Menos de 15% das UBS brasileiras relataram a articulação entre suas equipes e as equipes do Consultório na Rua (13,7%) com o objetivo de proporcionar cuidado integral à população em situação de rua. Em termos regionais, as regiões Norte (9,4%) e Nordeste (8,6%) apresentaram as menores proporções, enquanto a Região Sudeste se destacou com uma proporção ligeiramente superior a 20% (21,9%) (Tabela 18).

Tabela 18 – Ações de equidade voltadas para a população em situação de rua. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de equidade	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Realiza ações para o cuidado à população em situação de rua	654 (16,0)	2.826 (15,9)	3.993 (29,9)	1.404 (21,3)	646 (20,7)	9.523 (21,2)
Articulação com equipes do Consultório na Rua para o Cuidado Integral à população em situação de rua	386 (9,4)	1.525 (8,6)	2.933 (21,9)	897 (13,6)	405 (13,0)	6.146 (13,7)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Atenção à pessoa com deficiência

A maioria das UBS (81,0%) informou que as equipes mantêm registros de pessoas com deficiência (PcD) em sua área de abrangência, sendo que todas as grandes regiões apresentam proporções superiores a 75% (Tabela 19).

No que se refere aos serviços de referência para PcD, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) foi indicado como disponível em mais de 70% das UBS em todas as grandes regiões, com destaque para a região Sudeste (87,5%), sendo uma realidade em 83,6% das UBS do país (Tabela 20). O CRAS é o serviço público responsável pelo cadastro único e acompanhamento de condicionalidades do Bolsa Família, bem como do benefício de prestação continuada (BPC) para idosos e deficientes nos municípios, fazendo parte do sistema de proteção social em saúde. No caso das pessoas com deficiência, atua no apoio à inclusão e no acolhimento em residências inclusivas, conforme a classificação médica da doença e o grau de comprometimento do cidadão.

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) foi mencionada como referência em cerca de metade das UBS (50,4%), com as maiores proporções observadas nas regiões Sudeste (66,1%) e Sul (77,5%). Aproximadamente metade das UBS (53,3%) indicou a disponibilidade de outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), com proporções próximas de 50% em todas as grandes regiões (Tabela 20).

Quanto ao Centro Especializado em Reabilitação (CER), menos da metade das UBS (45,2%) informou a disponibilidade deste serviço, com menores proporções nas regiões Norte (37,9%) e Sul (37,6%). Em relação aos Centros de Especialidades Odontológicas para a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (CEO-RCPD), um terço das UBS (32,5%) afirmou ter esse serviço disponível, com a menor proporção na região Norte (21,8%) (Tabela 20).

Menos de 15% das UBS indicou a disponibilidade de referências tais como Associações de Pacientes e Familiares (6,8%) ou Serviços Filantrópicos (12,3%). Uma minoria das UBS (6,0%) relatou não contar com uma equipe ou serviço de referência para PcD, sendo a região Norte a de maior proporção de unidades sem esse serviço (13,5%) (Tabela 19).

Em relação ao atendimento às PcD realizado com o apoio da equipe multiprofissional (eMulti), quase 90% das Unidades Básicas de Saúde (UBS) no Brasil (87,0%) indicou a presença desse suporte. A Região Centro-Oeste foi a única a apresentar uma proporção inferior a 80% (78,2%) (Tabela 20).

Os dados apresentados revelam avanços significativos na organização do atendimento às PcD nas UBS no Brasil, especialmente no que diz respeito ao registro das PcD e à disponibilidade de serviços de referência, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). A grande maioria das

UBS mantém registros das PcD, o que demonstra um esforço para sistematizar e monitorar o atendimento a essa população. A presença do CRAS em mais de 70% das UBS e a atuação da APAE em cerca de metade das unidades são indicativos de uma rede de apoio considerável, embora haja disparidades regionais, com a Região Sudeste destacando-se com proporções mais altas desses serviços.

Contudo, a reflexão necessária surge ao observar a baixa presença de alguns serviços essenciais para a reabilitação e a atenção integral às PcD, como o Centro Especializado em Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas para a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (CEO-RCPD), cujas disponibilidades são ainda limitadas, especialmente nas regiões Norte e Sul. Esse cenário revela a persistência de desigualdades regionais no acesso a serviços especializados, o que prejudica o atendimento integral das PcD, aumentando as desigualdades sociais e dificultando o acesso ao desenvolvimento ou recuperação dessa população.

Além disso, a escassez de referências como Associações de Pacientes e Familiares e Serviços Filantrópicos evidencia uma rede de apoio ainda frágil, o que pode comprometer o cuidado contínuo e o suporte necessário para a inclusão social das PcD. A ausência de equipe ou serviço de referência para PcD em 6% das UBS, com maior proporção na Região Norte (13,5%), reforça a necessidade de ampliação e qualificação da rede de serviços de saúde para essa população, garantindo que todas as pessoas com deficiência tenham acesso a cuidados adequados, independentemente de sua localização geográfica.

Os dados referentes ao atendimento com o apoio da eMulti refletem um avanço significativo na oferta de cuidados de saúde adequados às PcD, demonstrando a crescente incorporação de equipes multiprofissionais, fundamentais para um atendimento integral e especializado. A presença do apoio multiprofissional é essencial para garantir que as pessoas com deficiência recebam cuidado adequado às suas necessidades, abrangendo não apenas a assistência médica, mas também o suporte psicológico, social, fisioterápico e fonoaudiológico.

Tabela 19 – Registro das pessoas com deficiência (PcD) pelas equipes das UBS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Cuidado das Pessoas com Deficiência	Norte n (%)	Nordeste n (%)	Sudeste n (%)	Sul n (%)	Centro-Oeste n (%)	Brasil n (%)
Registro das PcD pelas equipes	3.137 (76,6)	14.539 (81,4)	10.893 (81,5)	5.398 (81,7)	2.422 (77,5)	36.389 (81,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Tabela 20 – Serviços disponíveis para referência das pessoas com deficiência registradas na UBS. Brasil e grandes regiões, 2024.

Serviços de referência disponíveis para cuidado das PcD	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Centro Especializado de Reabilitação	1.551 (37,9)	7.830 (44,2)	6.775 (50,7)	2.486 (37,6)	1.681 (53,8)	20.323 (45,2)
Centro de Especialidades odontológicas à rede de Cuidado com PcD	892 (21,8)	5.347 (30,2)	5.198 (38,9)	2.212 (33,5)	934 (29,9)	14.583 (32,5)
Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)	2.966 (72,4)	14.623 (82,5)	11.695 (87,5)	5.724 (86,6)	2.562 (82,0)	37.570 (83,6)
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais	1.214 (29,6)	5.774 (32,6)	8.838 (66,1)	5.117 (77,5)	1.682 (53,9)	22.625 (50,4)
Associação de pacientes e familiares	243 (5,9)	999 (5,6)	956 (7,2)	669 (10,1)	187 (6,0)	3.054 (6,8)
Serviços Filantrópicos	259 (6,3)	1.553 (8,8)	2.287 (17,1)	1.004 (15,2)	415 (13,3)	5.518 (12,3)
Outros serviços do SUS	1.991 (48,6)	10.027 (56,5)	6.974 (52,2)	3.422 (51,8)	1.538 (49,3)	23.952 (53,3)
Não conta com serviço ou equipe de apoio	554 (13,5)	1.015 (5,7)	628 (4,7)	316 (4,8)	191 (6,1)	2.704 (6,0)
Apoio de equipe multiprofissional (eMulti) na UBS	1.160 (87,9)	7.326 (87,8)	5.483 (88,4)	1.724 (83,5)	792 (78,2)	16.485 (87,0)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Equidade de gênero e de orientação sexual

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) representa um marco histórico nas políticas públicas de saúde no Brasil, reconhecendo as necessidades específicas da população LGBT em situação de sua vulnerabilidade. Fundamentada nos princípios de equidade da Constituição Federal e da Carta dos Usuários do SUS, sua formulação foi orientada pelas diretrizes do Programa Brasil sem

Homofobia e integra o Programa Nacional de Direitos Humanos. A Política abrange diversas áreas do Ministério da Saúde, como promoção, atenção e cuidado, e foi formulada com a participação de lideranças e especialistas, sendo aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Sua implementação exige a colaboração de governos, conselhos de saúde e sociedade civil com o objetivo de combater a discriminação e garantir o direito à saúde para todos, respeitando as especificidades de gênero, orientação sexual, raça e etnia (BRASIL, 2013).

No que se refere às ações voltadas para a promoção da equidade de gênero e orientação sexual, mais da metade das UBS no Brasil (51,6%) informou não realizar nenhuma intervenção nesse sentido, com a região Sudeste apresentando uma proporção ligeiramente inferior (39,7%) (Tabela 21).

A capacitação contínua da equipe para um acolhimento adequado da população LGBTQIAPN+ ocorre em apenas 29,2% das UBS, destacando-se a região Sudeste, com uma proporção de 43,7%. As demais grandes regiões apresentam índices inferiores a 25% (Tabela 21).

Quanto às estratégias ativas para o enfrentamento da homofobia e transfobia, menos de 20% das UBS (17,7%) relatam utilizar tais abordagens, sendo a região Sudeste a única a registrar uma proporção ligeiramente superior a esse percentual (22,9%). A implementação de programas específicos para combater o machismo e promover a igualdade de gênero foi mencionada por menos de 10% das UBS (7,7%), com as regiões Sul (4,2%) e Centro-Oeste (5,8%) apresentando as menores proporções (Tabela 21).

A coordenação do cuidado no que tange ao uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais é adotada por menos de 10% das UBS (6,6%), com uma proporção um pouco maior na região Sudeste (9,4%) (Tabela 21).

Em relação às ações ou serviços destinados a garantir os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBTQIAPN+ (18,4%) ou de apoio à vulnerabilidade psíquica, ao uso de álcool e outras drogas, à depressão e ao suicídio (16,6%), voltados especificamente para essa população. Menos de 20% das UBS reportou disponibilizar tais serviços, embora a região Sudeste tenha apresentado índices ligeiramente superiores a esses percentuais (24,7% e 21,9%, respectivamente) (Tabela 21).

Os grupos de acolhimento e cuidado em saúde para a população LGBTQIAPN+ e a busca ativa de homens trans e pessoas não-binárias para exames de câncer de mama (7,7%) e citopatológicos de colo de útero (8,3%) foram mencionados como estratégias por menos de 10% das UBS, com a região Sudeste novamente apresentando proporções superiores a esses percentuais (12,0% e 11,8%, respectivamente) (Tabela 21).

Pouco mais de 10% das UBS (11,5%) indicou a utilização de outras estratégias para promover a equidade de gênero e orientação sexual, com as regiões Sudeste (9,7%) e Sul (9,8%) se destacando por apresentarem as menores proporções (Tabela 21).

Tabela 21 – Ações para promover equidade de gênero e de orientação sexual nas UBS brasileiras. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de promoção de equidade de gênero e orientação sexual	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Capacitação contínua da equipe para acolhimento adequado da população LGBTQIAPN+	937 (22,9)	4.206 (23,7)	5.849 (43,7)	1.415 (21,4)	695 (22,3)	13.102 (29,2)
Estratégia ativa para o enfrentamento da homofobia e transfobia	632 (15,4)	3.105 (17,5)	3.064 (22,9)	720 (10,9)	410 (13,1)	7.931 (17,7)
Programas específicos para combater o machismo e promover a igualdade de gênero	304 (7,4)	1.399 (7,9)	1.299 (9,7)	278 (4,2)	180 (5,8)	3.460 (7,7)
Coordenação do cuidado em relação ao uso prolongado de hormônios femininos e masculinos para travestis e transexuais	179 (4,4)	985 (5,6)	1.257 (9,4)	410 (6,2)	130 (4,2)	2.961 (6,6)
Ações ou serviços que garantam os direitos sexuais e reprodutivos da população LGBTQIAPN+	597 (14,6)	3.039 (17,1)	3.308 (24,7)	963 (14,6)	381 (12,2)	8.288 (18,4)
Ações de apoio à vulnerabilidade psíquica, uso de álcool e outras drogas, depressão e suicídio, específicas para a população LGBTQIAPN+	531 (13,0)	2.714 (15,3)	2.932 (21,9)	929 (14,1)	357 (11,4)	7.463 (16,6)
Grupos de acolhimento e cuidado em saúde para população LGBTQIAPN+	245 (6,0)	1.184 (6,7)	1.609 (12,0)	233 (3,5)	178 (5,7)	3.449 (7,7)
Busca ativa de homens trans e pessoas não-binárias para os exames de câncer de mama e citopatológico de colo de útero	274 (6,7)	1.293 (7,3)	1.578 (11,8)	424 (6,4)	161 (5,2)	3.730 (8,3)
Outras	508 (12,4)	2.351 (13,3)	1.300 (9,7)	646 (9,8)	347 (11,1)	5.152 (11,5)
Não são realizadas ações para a promoção da equidade de gênero e orientação sexual	2.428 (59,3)	9.730 (54,9)	5.303 (39,7)	3.894 (58,9)	1.830 (58,6)	23.185 (51,6)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Atenção à população negra

A Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) é um compromisso do Ministério da Saúde para combater as desigualdades no SUS e promover a saúde da população negra de maneira abrangente. Reconhece que as iniquidades em saúde resultam de processos socioeconômicos e culturais injustos, com ênfase no racismo, que contribuem para a alta morbimortalidade das populações negras no Brasil. A implementação dessa política requer a colaboração de gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais de saúde do SUS, com foco na melhoria das condições de saúde da população negra, considerando suas vulnerabilidades e o racismo como um determinante social relevante para a saúde (BRASIL, 2017).

Em relação às estratégias para combater o racismo e promover a equidade étnica e racial, mais da metade das UBS (55,4%) afirmou adotar tais abordagens, com destaque para a região Sudeste, que registrou uma proporção de 60,4%. Contudo, ao serem questionadas sobre a realização de treinamentos relacionados à PNSIPN nos últimos doze meses, apenas 13,3% das UBS indicou ter promovido essa formação. A maior proporção foi observada na região Sudeste (18,2%), enquanto a menor foi registrada na região Centro-Oeste (8,3%) (Tabela 22).

Tabela 22 – Ações de equidade voltadas à população negra. Brasil e grandes regiões, 2024.

Ações de equidade racial	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste	Brasil
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ações para combater o racismo e promover a equidade étnica e racial	2.242 (54,7)	9.983 (56,3)	8.081 (60,4)	3.062 (46,3)	1.526 (48,9)	24.894 (55,4)
Realização, nos últimos doze meses, de formação sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)	528 (12,9)	2.159 (12,2)	2.434 (18,2)	696 (10,5)	260 (8,3)	6.077 (13,3)

Fonte: Censo Nacional das Unidades Básicas de Saúde - Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, junho a setembro de 2024. N= número de UBS e % percentual de UBS. Número de respostas: Brasil - 44.938; Norte - 4.096; Nordeste - 17.737; Sudeste - 13.375; Sul - 6.607; Centro-Oeste - 3.123.

Considerações finais

A Atenção Primária à Saúde no Brasil enfrenta diversos desafios, especialmente no que diz respeito à sua atuação de base territorial e comunitária e sua função como promotora da equidade, apoiada na presença significativa dos ACS em todas as equipes das UBS. Importante olhar a distribuição e a qualificação da atuação desses profissionais para atender

adequadamente às necessidades das comunidades, valorizadas pelos instrumentos de territorialização e controle social.

Compreende-se que a atuação dos ACS produz grande impacto nos indicadores de saúde da população, na qualificação e expansão da Estratégia de Saúde da Família, especialmente por seu papel de fortalecimento do vínculo com a população e as equipes de saúde e no processo de territorialização. Observa-se que a atuação do ACS no território é fundamental para o alcance dos objetivos traçados no planejamento compartilhado e no acompanhamento eficaz da população.

A visita domiciliar é uma das principais atividades dos ACS, proporcionando um momento estratégico para a execução de suas funções. Durante essas visitas, é possível identificar e acompanhar indivíduos e famílias com doenças agudas ou crônicas, agravos ou eventos de importância para a saúde pública por meio de orientações e ações de educação em saúde e seu encaminhamento para a unidade de saúde de referência, quando necessário.

A periodicidade das visitas deve ser planejada pela equipe, considerando as necessidades da população e garantindo atenção especial às pessoas com condições que demandam acompanhamento mais frequente.

No que tange aos desafios para a equidade na atenção primária, incluem a necessidade de adaptação das UBS para atender à diversidade de necessidades, ampliação da cobertura a grupos sub representados e de desenvolvimento de estratégias para fazer face às desigualdades de etnia/raça/cor, gênero e classe social e o fortalecimento da intersetorialidade nas políticas de saúde. As recomendações para gestores do SUS devem considerar essas diferenças e investir em estratégias que respeitem as especificidades loco-regionais.

Referências

Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface*, 2017;21(61):321-32. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0479>. Disponível em: <https://scielo.br/j/icse/a/9HzYNz7Hbnw7v7WwdF8hWNx/?lang=pt>

Borges R, D'Oliveira AFPL. A visita médica domiciliar como espaço para interação e comunicação em Florianópolis, SC. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(37):. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832011005000009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/WSgGxGQtCw6HcrC6QFsLBcr/?lang=pt&format=html>

Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Equidade em Saúde, visto em 06/03/2025 in <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/equidade-em-saude>,

Brasil. Arquivo Nacional. Brasília, DF: Arquivo Nacional, 19 maio 2022. Disponível em: https://www.gov.br/arquivonacional/pt-br/sites_eventos/sites-tematicos-1/central-de-conteudo-glossario/letra-a/abome. Acesso em: 6 mar. 2025.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017. Disponível em : https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2436. 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. Brasília: DF; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Brasil, Ministério da saúde. Relatório Técnico Assessoria para Equidade racial. Brasília, 2025. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/2025/relatorio-tecnico-da-assessoria-para-equidade-racial-em-saude.pdf/view>

Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliar na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saúde Soc. São Paulo. 2010;19(3):605-13. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sausoc/2010.v19n3/605-613/pt>

Fonseca A, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. APS em Revista. 2021;3(3):210-23.

Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. Saúde debate. 2018; 42(spe 1):208-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/?lang=pt>.

Facchini LA, Tomasi E, Thumé E (org.). Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018. [E-book]. São Leopoldo: Oikos, 2021. ISBN 978-65-5974-035-2

Falk MLR, Ramos MZ, Salgueiro JB. A rede como estratégia da Política Nacional de Humanização: a experiência de um hospital universitário. Comunicação Saúde Educação. 2009;13(suppl 1):709-17. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/709-717/pt>

Fonseca, A e Morosini, M. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. APS em Revista, Belo Horizonte, v. 3, n.3, p. 210-223, 2021.

Freitas VP, Araújo LEA, Mascarenhas MS, Barros LM, Passos RS. Produção de redes sociais digitais como estratégia de educação em saúde no contexto da pandemia da COVID-19. Rev APS. 2021;24(3):617-27. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/33965>.

Frota AC, Barreto ICHC, Carvalho ALB, Ouverney ALM, Andrade LOM, Machado NMS. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. Saúde debate. 2022;46(spe 1):131-51. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E109>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/kxrJrT5Ktcr6Xj8sHw3gMKk/?format=html>

Furtado, JP. Um Método Construtivista para avaliação. Ciência & Saúde Coletiva, 6(1): 165-181, 2001.

Guba EG & Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Sage Publications: Newbury Park, 1989.

Guimarães FG, Carvalho TML, Bernardes RM, Pinto JM. A organização da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte no enfrentamento da pandemia COVID-19: relato de experiência. APS em Revista. 2020;2(2):74-82. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/128/55>

Medina, MG et al <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

Mendes, Eugênio Vilaça. Distritos Sanitários: Processo Social de Mudanças nas Práticas Sanitárias para o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993.

Paim, Jairnilson - Epidemiologia e Planejamento: Recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. Rio de Janeiro, Abrasco, Revista C & SC, 8 (2), 2003. p. 557-567.

Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000200019>. Rev. Gaúcha Enferm. 2011;32(2):345-51. Disponível em: scielo.br/j/rgenf/a/SY5KhYJQg6XzPsZpfDM6P5Q/?lang=pt

Saes MO, Facchini LA, Tomasi E. Avaliação da satisfação de usuários da Atenção Básica portadores de hipertensão e diabetes. APS EM REVISTA. 2019;1(3):206-21. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/49>.

Tasca R, Massuda A, Carvalho WM, Buchweitz C, Harzheim E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e4. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>

Equipe da Rede APS de apoio à coleta de dados do Censo Nacional das UBS 2024

Acre

Facilitador: Valéria Rodrigues da Silva. *Animador:* Nelson Roberto de Araújo Guedes

Alagoas

Facilitador: Karini Vieira Menezes de Omena. *Animadores:* Ana Clara Chaves de Oliveira, Nivea Macena de Lima, Krisna Regina de Amorim Rocha

Amapá

Facilitador: Emília Nazaré Menezes Ribeiro Pimentel. *Animador:* Mônica Cristina da Silva Castro

Amazonas

Facilitador: Esron Soares Carvalho Rocha. *Animadores:* Alexandre Tadashi Inomata Bruce, Daniel Souza Sacramento

Bahia

Facilitadores: Anderson Freitas de Santana, Leandro Alves da Luz, Marcus Vinícius Bomfim Prates, Ramon da Costa Saavedra. *Animadores:* Abdon de Oliveira Brito, Alessandra Vasconcelos dos Santos Cerqueira, Daniele Machado Pereira Rocha, Denise Rodrigues Diniz, Diego Rangel dos Anjos Prata, Joice Mara Amorim Messias, Ludmilla Monfort Oliveira Sousa, Marcia Ediméia Costa de Matos, Marina Souza Vieira, Pedro Hernando Pairazamán Díaz, Yana Carla Almeida Macedo

Ceará

Facilitadores: Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira Meyer, Roberto Wagner Júnior Freire de Freitas. *Animadores:* Caroline Antero Machado Mesquita, Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Socorro de Araújo Dias, Rogério Sampaio de Oliveira, Sharmênia de Araújo Soares Nuto, Yana Paula Coêlho Correia Sampaio

Distrito Federal

Facilitador: Sandro Rogério Rodrigues Batista. *Animador:* Mirlene Guedes de Lima

Espírito Santo

Facilitador: Thiago Dias Sarti. *Animadores:* Ana Paula Santana Coelho Almeida; Welington Sena Lazarini

Goiás

Facilitador: Sandro Rogério Rodrigues Batista. *Animadores:* Camila Carloni Gasparro, Gabriela Rodrigues de Lima Tejerina, Tâmara Samara Gonçalves, Tatiana Oliveira Novais

Maranhão

Facilitadores: Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira, Carlos Leonardo Figueiredo Cunha. *Animadores:* Alécia Maria da Silva, Alinne Silva Andrade Costa, Anne Dannielle Franco Nascimento de Carvalho, José de Ribamar Ross; Wiherlan do Vale Nascimento, Willian Vieira Ferreira

Mato Grosso

Facilitador: Queli Lisiane Castro Pereira. *Animadores:* Adriano Borges Ferreira, Leonara Raddai Gunther de Campos, Patricia Fernandes Massmann

Mato Grosso do Sul

Facilitador: Débora Dupas Gonçalves do Nascimento. *Animadores:* Inara Pereira da Cunha, Silvia Helena Mendonça de Moraes

Minas Gerais

Facilitadores: Carlos Eduardo Menezes Amaral, Daisy Maria Xavier de Abreu, Geraldo Cunha Cury, Hugo André da Rocha. *Animadores:* Bárbara Kelly Leão, Caio César Assis de Resende, Cristiane da Silva Diniz Procópio, Daniela Pena Moreira, Elisane Adriana Santos Rodrigues, Érica Araújo Silva, Francisco Panadés Rubió, Heloisa Helena Barroso, Joana Natalia Cella, Nathália Pacífico de Carvalho, Orozimbo Henriques Campos Neto, Renata Trad Campos, Simone da Silva Moreira Matos, Thaís Trad Rodrigues Campos

Pará

Facilitadores: Juliana Gagno Lima, Sâmela Stefane Correa Galvão. *Animadores:* Átila Augusto Cordeiro Pereira, Bruna Caldas de Souza, Carmen Carolina Cruz de Lima, Cristiano Gonçalves Moraes, Hernane Guimarães dos Santos Junior, Irlana Siqueira de Souza

Paraíba

Facilitador: Adriana Nascimento Gomes. *Animadores:* Alana Venceslau Franco, Janiely Macedo de Vasconcelos, Juliana Tavares Mauricio, Mateus Osório da Silva

Paraná

Facilitadores: Célia Regina Rodrigues Gil, Maria Lucia Frizon Rizzotto. *Animadores:* Aaronson Ramathan Freitas, Carla Daniele Straub, Elizabeth Aparecida de Souza, Elys Regina Cecatto Albani, Maria Cristina Rodrigues Gil, Marly Bittencourt Gervásio Marton da Silva

Pernambuco

Facilitadores: Liana Chaves Alves, Thaís Carine Lisboa da Silva. *Animadores:* Amanda Pacheco de Carvalho, Angélica Xavier da Silva, Djalma Feliciano Dos Santos Júnior, Evelynne Nascimento Pedrosa, Iranilda Sales Maia, Isabela Sousa Lobato, Rayssa Cavalcanti Umbelino de Albergaria

Piauí

Facilitador: Vinícius Alexandre da Silva Oliveira. *Animadores:* Danielli Fernanda Ferreira de Melo, Isabel Cristina de Paula Oliveira, Karoline Alencar Rodrigues, Maria Luci Esteves Santiago, Samira Rêgo Martins de Deus Leal

Rio de Janeiro

Facilitadores: André Schimidt da Silva, Helena Seidl. *Animadores:* Anna Francine Gonçalves Rigato, Camila da Cunha Souza Nóbrega, Jacqueline Oliveira de Carvalho, Josiane Ribeiro Silva Medrado, Lucas Manoel da Silva Cabral

Rio Grande do Norte

Facilitador: Severina Alice da Costa Uchoa. *Animadores:* Aguinaldo José de Araújo, Ísis de Siqueira Silva, Pedro Bezerra Xavier

Rio Grande do Sul

Facilitadores: Arilson da Silva Cardoso, Claunara Schilling Mendonça. *Animadores:* Letícia Oliveira de Menezes, Maria Mercedes Bilhalva Lucas, Mariangela Uhlmann Soares, Marina Manzano Capeloza Pilz, Sthefani Amaral Grudginski, Violeta Rodrigues Aguiar

Rondônia

Facilitador: Ana Lucia Escobar. *Animador:* Janne Cavalcante Monteiro

Roraima

Facilitador: Lincoln Costa Valença. *Animador:* Maria do Socorro Vieira Marques

Santa Catarina

Facilitadora: Gabriela de Almeida Raschke Medeiros. *Animadores:* Iraci Batista da Silva; Janize Luzia Biella, Livia Hinz Calço, Márcia de Oliveira, Vanessa Maria Vieira

São Paulo

Facilitadores: Arnaldo Sala, Cleide Lavieri Martins, Janise Braga Barros Ferreira, Marco Akerman. *Animadores:* Caroline Midori Morita, Fabio Fortunato Brasil de Carvalho, Grace Peixoto Noronha, Iris Jeronima da Silva Furtado de Mendonça, Lígia Maria de Almeida Bestetti, Maíra Carolina Polydoro Ribeiro, Maria Luiza Rodrigues Braga, Marta Moraes Ramos, Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira, Rossana Flávia Rodrigues Silvério Dos Santos, Rubens Yoshimassa Moriya, Sueli Aparecida de Castro

Sergipe

Facilitador: Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Roch. *Animadores:* Ana Gardenia Alves Santos e Silva, Vanessa Tavares de Gois Santos

Tocantins

Facilitador: Kátia da Silva Farias. *Animador:* Olga Raiza Pereira Borges Oliveira

Apoio no Disque Censo: Fernanda Evangelista Bandeira de Melo, Juliana Vitória da Silva, Luiz Henrique Bastos da Silva de Oliveira

Lista de Siglas

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ART	Atraumatic Restorative Treatment (em português, Tratamento restaurador Atraumático)
ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
AVE	Acidente vascular encefálico
CAIN	Coordenação de Ações Interprofissionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CGESCO	Coordenação Geral de Saúde da Família e Comunidade
CGFAP	Coordenação Geral de Programação do Financiamento da Atenção Primária da SAPS/MS
CGMAIA	Coordenação Geral de Monitoramento, Avaliação e Inteligência analítica da Atenção Primária
CGPLAD	Coordenação-Geral de Planejamento, Avaliação e Dimensionamento de Profissionais para a Atenção Primária
CGSB	Coordenação Geral de Saúde Bucal
CIMVAC	Coordenação de Apoio à Imunização e Monitoramento das Coberturas Vacinais na Atenção Primária
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DEGAPS	Departamento de Apoio à Gestão da Atenção Primária
DEMÁS/SEIDIG/MS	Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde.
DESCO	Departamento de Saúde da Família e Comunidade
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
eAP	Equipe de Atenção Primária
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
ECG	Eletrocardiograma
eCR	Equipe de Consultório na Rua
e-Gestor AB	Plataforma/sistema do Ministério da Saúde para gestão da Atenção Básica
eMulti	Equipes multiprofissionais na APS
EPS	Educação Permanente em Saúde
eSB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSFR	Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas

e-SUS AB	Estratégia e-SUS Atenção Básica
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
Novo PAC Saúde	Programa de Aceleração do Crescimento
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OSS	Organização Social de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PJ	Pessoa Jurídica
PMAE	Programa Mais Especialistas
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
PMpB	Programa Médicos pelo Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAES	Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PROADI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
Rede APS	Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde
RPDC	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESB	Serviço de Especialidades em Saúde Bucal
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMS	Serviço de Mensagens Curtas/Short Message Service
SUS	Sistema Único de Saúde
TIC	Tecnologia de informação e comunicação
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UOM	Unidade Odontológica Móvel
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

ISBN: 978-65-01-81876-4

cat



9 786501 818764



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

