

Federalismo e Cooperação Interfederativa na Implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Samuel Henrique Carioca de Oliveira / Brasília / Universidade de Brasília / 01 de agosto de 2025

Introdução

Nascido do pacto social e político da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a mais ambiciosa política social do Brasil, ao definir a saúde como um "direito de todos e dever do Estado" (Brasil, 1988). Este marco legal buscou reverter um legado de cobertura fragmentada e desigual, estabelecendo os princípios da universalidade, integralidade e equidade, a serem operacionalizados por meio de uma arquitetura de gestão descentralizada. Dentro deste universo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), lançada em 1994, emergiu como a pedra angular para a reorganização da atenção primária, propondo uma mudança do modelo curativo para o de vigilância em saúde (Brasil, 2017). Sua capilaridade, presente em na totalidade do território nacional, converteu-a em um caso de estudo exemplar sobre a implementação de políticas públicas de saúde em nações federativas de grande escala.

Contudo, a simplicidade de seus objetivos mascara uma complexa engenharia institucional para a sua implementação. A efetividade da ESF depende da articulação entre os três níveis de governo. Este arranjo, característico do federalismo brasileiro, é marcado por uma tensão inerente: a União atua como principal formuladora e indutora financeira, enquanto os municípios, na ponta do sistema, detêm a responsabilidade pela execução e pela gestão direta dos serviços (Arretche, 2012). O sucesso do programa, portanto, não reside apenas em seu desenho normativo, mas na qualidade dos mecanismos de cooperação interfederativa e na capacidade de adaptação dos atores locais.

Este artigo propõe realizar uma análise da Estratégia Saúde da Família, sua trajetória e seus desafios a partir da análise do complexo arranjo federativo envolvido em sua implementação. Argumenta-se que a resiliência e a expansão da ESF são produto de um modelo que soube aliar a indução federal com a autonomia municipal, mas cuja sustentabilidade futura está ameaçada por desafios crônicos de financiamento, coordenação e gestão (Paiva, 2025). São analisados o arcabouço teórico do federalismo, o desenho da política, os mecanismos de cooperação e, por fim, os desafios contemporâneos que definirão o futuro da atenção primária no Brasil.

Metodologia

O presente artigo é uma pesquisa de natureza qualitativa, com delineamento descritivo-analítico. A metodologia empregada baseou-se na combinação de revisão de literatura especializada e análise documental de fontes primárias.

No que se refere a revisão de literatura, foi realizada uma ampla revisão da produção acadêmica sobre federalismo, políticas públicas, governança em saúde e atenção primária no Brasil. A seleção de autores buscou incluir tanto obras clássicas que fundamentam os conceitos teóricos quanto pesquisas contemporâneas que analisam a trajetória e os desafios do SUS e da ESF (Arretche, 2012; Paim, 2018; Giovanella & Mendonça, 2012).

Após isso, a pesquisa recorreu à análise de fontes primárias para reconstruir o arcabouço normativo da política. Foram examinados documentos legais e regulatórios essenciais, como, a Constituição Federal de 1988; a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) entre outros.

1. O Federalismo Brasileiro e a Governança em Saúde

Para desvendar a complexa implementação da Estratégia Saúde da Família, é imperativo fundamentar a análise no arcabouço teórico do federalismo. O federalismo, entendido neste trabalho como um sistema de governo que divide a soberania entre um governo central e unidades subnacionais (Riker, 1964), assume contornos particulares em cada país. No Brasil, a Constituição de 1988 inaugurou um modelo marcadamente descentralizador e cooperativo, em resposta direta ao regime autoritário e centralizador que o precedeu (Paim, 2018). O objetivo era fortalecer a autonomia de estados e, especialmente, de municípios, elevando estes últimos ao status de entes federativos com competências próprias, inovação do federalismo brasileiro em comparação com as demais federações mundo afora. No campo das políticas sociais, essa descentralização foi um pilar, com a saúde sendo o exemplo mais proeminente.

A literatura sobre o federalismo brasileiro aponta para um modelo em que, a União, detentora da maior parte da capacidade arrecadatória e de formulação de políticas, utiliza transferências de recursos e marcos normativos para "induzir" ou incentivar os governos subnacionais a aderirem a programas e políticas de âmbito nacional. Essa dinâmica gera uma interdependência assimétrica: os municípios ganham autonomia na execução, mas permanecem dependentes dos recursos e das diretrizes federais (Arretche, 2012).

No contexto do SUS, essa arquitetura se materializa de forma clara. A Lei nº 8.080/1990 estabelece competências comuns e concorrentes entre os três níveis de governo. À União cabe a formulação de políticas nacionais, a coordenação de sistemas de alta complexidade e a cooperação técnica e financeira. aos estados, a coordenação de redes regionais de saúde e a complementação das ações municipais. Aos municípios, a responsabilidade primária pela execução dos serviços de atenção básica e de média complexidade (Brasil, 1990).

Essa divisão de trabalho, embora lógica no papel, gera arenas de constante negociação, conflito e cooperação. Os mecanismos de governança do SUS, como as Comissões Intergestores Tripartite (CIT) e Bipartite (CIB), foram criados justamente para serem os espaços de pactuação, onde as regras do jogo são negociadas e os conflitos são mediados. São nesses fóruns que se decide sobre a alocação de recursos, a habilitação de serviços e as normas operacionais, tornando as relações intergovernamentais (RIGs) o cerne da gestão do sistema. A análise das RIGs, portanto, não pode se limitar ao estudo das normas formais, devendo incorporar as relações de poder, as capacidades institucionais desiguais e as estratégias políticas dos diferentes atores envolvidos (O'toole jr., 2010).

2. A Construção da Estratégia Saúde da Família

A ESF não surgiu de forma abrupta, mas foi o resultado de um processo evolutivo de experimentação e aprendizado institucional, profundamente enraizado nos movimentos pela reforma sanitária brasileira (Paim, 2008).

As raízes da ESF remontam a experiências pioneiras, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991. O PACS foi uma resposta inovadora para ampliar a cobertura de saúde em áreas carentes, especialmente no Nordeste, utilizando um modelo de baixo custo e alta capilaridade baseado na figura do Agente Comunitário de Saúde. O sucesso do PACS em melhorar indicadores básicos de saúde materno-infantil demonstrou o potencial de um modelo focado na comunidade e na prevenção (Giovanella & Mendonça, 2012).

Com base nesse aprendizado, o Ministério da Saúde lançou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo era mais ambicioso: não apenas ter um agente de saúde, mas uma equipe multiprofissional completa responsável por um território definido. A proposta era substituir progressivamente o modelo tradicional de atenção primária por um

modelo de acompanhamento contínuo, com foco nas condições de vida e saúde da população (Giovanella & Mendonça, 2012).

A expansão do programa foi guiada por uma série de marcos normativos. A NOB-SUS 01/93 e, principalmente, a NOB-SUS 01/96 foram cruciais, pois estabeleceram as bases para a descentralização e criaram os incentivos financeiros que impulsionaram a adesão dos municípios. A NOB 96, em particular, instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), um montante de recursos federais transferidos per capita aos municípios para financiar a atenção primária. O PAB tinha uma parte fixa e uma parte variável, sendo o PSF o principal componente desta última.

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) consolidou o PSF como a "Estratégia Saúde da Família" (ESF), oficializando sua posição como modelo prioritário e estruturante da atenção primária no SUS (Brasil, 2006). A mudança de "programa" para "estratégia" foi simbólica e prática, indicando que a ESF não era uma intervenção temporária, mas a base de reorganização de todo o sistema. A PNAB detalhou as atribuições das equipes, as diretrizes de funcionamento e os parâmetros de cobertura, tornando-se o principal documento orientador da política (Brasil, 2011; Brasil, 2017).

2.1. A Arquitetura Federativa de implementação da ESF

A implementação da ESF exemplifica o "federalismo de indução". A União desempenhou um papel proativo e central, utilizando três ferramentas principais: (i) a formulação e normatização do programa, o Ministério da Saúde definiu o modelo das equipes, as diretrizes clínicas, os sistemas de informação e os critérios de financiamento, garantindo um padrão mínimo de qualidade e organização em todo o país (Brasil, 2017); (ii) o financiamento indutor, por meio da criação de incentivos financeiros específicos para as equipes da ESF, constituindo-se como o principal vetor de expansão do programa. Os municípios, especialmente os de pequeno e médio porte com baixa arrecadação própria, viram no programa uma oportunidade de fortalecer sua rede de saúde com subsídio federal (Arretche, 2012); e por fim, (iii) a cooperação técnica, a União oferece apoio técnico, materiais educativos e programas de formação, como o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) (Girardi et al., 2016).

Os Estados, por sua vez, assumiram o papel de coordenação da rede regional, garantindo que a atenção primária (municipal) esteja articulada com a atenção especializada e hospitalar (frequentemente sob gestão estadual). Eles também atuam como mediadores e

apoiadores técnicos dos municípios, especialmente os menores e com menor capacidade de gestão, através das Comissões Intergestores Bipartites (CIB).

Finalmente, os Municípios são os protagonistas da execução. São eles que contratam os profissionais, montam as Unidades Básicas de Saúde, gerenciam o dia a dia das equipes e adaptam as diretrizes nacionais à realidade local. Essa descentralização radical na execução é, ao mesmo tempo, a maior força e a maior fraqueza do modelo. Por um lado, permite adequação às necessidades locais. Por outro, torna a ESF dependente da capacidade administrativa, financeira e política de cada um dos 5.570 municípios brasileiros, gerando uma grande heterogeneidade nos resultados.

3. Os Mecanismos de Cooperação e Pactuação

Um sistema tão descentralizado e complexo não funcionaria sem mecanismos que garantem um mínimo de coesão. No SUS, essa "cola" é fornecida por um conjunto de arranjos institucionais destinados a promover a cooperação e a pactuação interfederativa. São eles, (i) o financiamento e (ii) as arenas de pactuação.

O financiamento do SUS é uma responsabilidade compartilhada, mas a arquitetura das transferências federais é a principal ferramenta de coordenação da União. A divisão do PAB em uma parte fixa (per capita) e uma variável (ligada à adesão a estratégias como a ESF) criou um poderoso incentivo para a mudança do modelo da assistência básica em saúde. Os municípios que investem na ESF recebem mais recursos federais. Esse desenho foi eficaz em alinhar os interesses dos diferentes níveis de governo em torno de um objetivo comum: a expansão da cobertura da atenção primária.

Contudo, este modelo não esteve isento de críticas e desafios. O valor per capita do PAB Fixo permaneceu congelado por muitos anos, perdendo seu poder de compra (Morosini et al., 2020). Em resposta a isso, o financiamento da atenção primária foi recentemente reformulado pelo programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019. Este alterou a lógica de transferência, passando a baseá-la em três critérios: captação ponderada (considerando vulnerabilidades), pagamento por desempenho (com base em indicadores) e incentivos para ações estratégicas (Brasil, 2019).

Se o financiamento é o "hard power" da cooperação, as arenas de pactuação são o "soft power". A Comissão Intergestores Tripartite (CIT), no nível nacional, e as Comissões Intergestores Bipartite (CIB), nos estados, são os fóruns onde os gestores de saúde dos três níveis de governo se reúnem para negociar, pactuar e tomar decisões conjuntas.

Nessas comissões, que reúnem representantes das secretarias municipais (via COSEMS - Conselho de Secretarias Municipais de Saúde) e estaduais de saúde, são decididas questões fundamentais para a implementação da ESF. Por exemplo, a aprovação de um novo teto de equipes para um estado, a definição de fluxos para redes de atenção e a resolução de conflitos sobre o atendimento de pacientes de um município em outro.

Essas arenas são cruciais porque formalizam o processo de negociação e transformam decisões unilaterais em compromissos compartilhados (Soares, 2018). Quando uma nova política é "pactuada" na CIB ou na CIT, ela ganha legitimidade e força política, pois todos os gestores se tornam corresponsáveis por sua implementação. Elas funcionam como um mecanismo de controle social entre os próprios gestores, promovendo a colaboração e reduzindo a probabilidade de um ente agir de forma isolada e prejudicial ao sistema (Soares, 2018). A existência desses espaços de diálogo constante é um dos maiores trunfos da governança do SUS e um pilar para a sustentabilidade de estratégias de longo prazo como a ESF.

4. Desafios Contemporâneos e Perspectivas Futuras

Apesar de seu sucesso, o modelo federativo da ESF enfrenta um conjunto de desafios complexos que ameaçam sua sustentabilidade e capacidade de expansão.

4.1. O Subfinanciamento Crônico e a Nova Realidade Fiscal

O desafio mais estrutural do SUS permanece sendo o seu subfinanciamento crônico. Historicamente, o Brasil investe em saúde uma parcela do Produto Interno Bruto (PIB) inferior à de muitos países com sistemas universais, e a maior parte do gasto total em saúde ainda é privada (IPEA, 2023).

Esse quadro fiscal, no entanto, passou por uma transformação profunda com a revogação da Emenda Constitucional nº 95/2016 (o "Teto de Gastos") e a instituição do Novo Arcabouço Fiscal pela Lei Complementar nº 200, de 2023. Diferente do congelamento anterior, o novo regime atrela o crescimento das despesas primárias ao aumento da arrecadação, permitindo uma expansão real dos gastos. Para a saúde, a principal mudança foi a retomada dos pisos mínimos constitucionais, que haviam sido neutralizados pelo teto. Isso garante que o financiamento federal do SUS volte a crescer anualmente de acordo com a

variação da receita da União, representando um alívio orçamentário crucial, entretanto em 2023 persistia o debate sobre o cumprimento do piso constitucional da saúde (Pereira, 2025).

Apesar do avanço em relação ao regime anterior, o novo arcabouço não soluciona a questão do subfinanciamento histórico e impõe seus próprios limites ao crescimento das despesas. A sustentabilidade e a expansão da ESF continuam dependentes da capacidade do governo em gerar receitas e da prioridade política alocada à saúde dentro das novas regras fiscais.

4.2. O Novo Modelo de Financiamento: O Previne Brasil

O programa Previne Brasil, como já mencionado, representa uma mudança na forma como a atenção primária é financiada pela União. Ao introduzir o pagamento por desempenho, a intenção era criar incentivos para a melhoria da qualidade. No entanto, a implementação tem sido alvo de críticas. Alega-se que o modelo pode penalizar municípios com maior vulnerabilidade social, que têm mais dificuldade em atingir as metas, e que o foco em poucos indicadores pode levar à negligência de outras ações de saúde importantes. Ademais, a complexidade dos cálculos e a instabilidade dos repasses podem desincentivar o cadastro de populações de difícil acompanhamento, indo na contramão do princípio da equidade (Seta et al., 2022).

4.3. Os Recursos Humanos

O pilar dos recursos humanos da ESF também representa um grave desafio federativo. A fixação de profissionais, especialmente médicos, em áreas remotas, rurais e periféricas continua a ser um problema, que evidencia a dificuldade de coordenação entre os entes para garantir a provisão de recursos humanos (Scheffer, 2020). Programas federais como o Mais Médicos trouxeram soluções importantes, mas sofreram com descontinuidades políticas que impactaram sua eficácia (Girardi et al., 2016; El País, 2019).

A formação dos profissionais, muitas vezes desarticulada das necessidades do sistema e ainda centrada em um modelo biomédico e hospitalocêntrico (Ceccim & Feuerwerker, 2004), completa o quadro de um desafio que nenhum nível de governo consegue resolver isoladamente.

Conclusão

A trajetória da Estratégia Saúde da Família é uma narrativa de sucesso inegável no campo das políticas públicas brasileiras. Sua capacidade de expandir o acesso à saúde e melhorar indicadores é um testemunho do acerto de seu desenho conceitual. Esta análise buscou demonstrar que esse sucesso é o resultado de uma complexa interação dentro do arranjo federativo brasileiro.

O federalismo de indução, com a União no papel de formuladora e financiadora central, foi a força motriz que permitiu a disseminação da ESF por um território continental e heterogêneo. Os mecanismos de cooperação, como as transferências fundo a fundo e as arenas de pactuação (CIB e CIT), forneceram a coesão necessária para que um sistema tão descentralizado pudesse funcionar de forma minimamente coordenada. A política, em sua essência, é um reflexo das potencialidades e contradições do pacto federativo da saúde no Brasil.

No entanto, o futuro da ESF não está garantido. Os desafios estruturais do subfinanciamento, as incertezas dos novos modelos de financiamento federal e a incapacidade de resolver o problema da força de trabalho formam uma "tempestade perfeita" que ameaça erodir as conquistas das últimas décadas. Pesquisas futuras devem se debruçar sobre esses temas, os impactos do novo arcabouço fiscal para financiamento da ESF e da força de trabalho.

Referências

ARRETCHE, M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FGV/Fiocruz, 2012.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 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. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

EL PAÍS Brasil. Governo vai encerrar Mais Médicos, que será substituído por plano de carreira federal. São Paulo, 07 fev. 2019. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549465717_978725.html. Acesso em: 01 ago. 2025.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

GIRARDI, S. N. et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 9, p. 2675-2684, 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). In: *Políticas sociais: acompanhamento e análise*, n. 29. Brasília, DF: Ipea, 2023.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. DE F.. *Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da*

política de privatização da atenção básica?. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020.

O'TOOLE JR., L. J. Relações interorganizacionais na implementação de políticas públicas. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (org.). *Administração pública: coletânea*. São Paulo: Editora Unesp, 2010.

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos: balanço e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

PAIVA, G. M. de. Desafios na implementação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Excelência*, v. 3, n. 3, 2025.

PEREIRA, B. L. S. et al. Financiamento da saúde no Brasil: perspectivas dos estados e municípios. Brasília, DF: Conass, 2025.

RIKER, W. H. *Federalism: origin, operation, significance*. Boston: Little, Brown and Company, 1964.

SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia médica no Brasil 2020*. São Paulo: FMUSP, CFM, 2020.

SETA, M. H. D.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P.. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 3781-3786, 2021.

SOARES, Márcia Miranda; MACHADO, José Ângelo. *Federalismo e políticas públicas*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), 2018. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3331>. Acesso em: 1 ago. 2025.

SOUZA, C. Federalismo, desenho constitucional e governança no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, p. 105-121, 2005.