

Estratégia de Saúde da Família aos 30 anos: quando o cuidado tem o que dizer à política

Family Health Strategy at 30:
when care has something to say to policy

Estrategia de Salud de la Familia a los 30:
cuando la atención médica tiene algo que decir
a la política

Jairnilson Silva Paim <https://orcid.org/0000-0003-0783-262X>¹

¹ Universidade Federal da Bahia. Av. Milton Santos
s/n, Ondina. 40170-110 Salvador BA Brasil.
jairnil@ufba.br

A pergunta que inspira a elaboração do artigo submetido ao debate – “o que precisamos após 30 anos de Estratégia da Saúde da Família?”, poderia, em princípio, insinuar uma resposta genérica e retórica: precisamos que o Sistema Único de Saúde (SUS) seja consolidado como um sistema público, integral e universal de saúde.

Se esta é uma premissa para assegurar as condições de possibilidade das diretrizes que conformam o Programa de Saúde da Família (PSF), reiteradas no formato de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e nas primeiras edições da Política Nacional de Atenção Básica em Saúde (PNAB)¹, a discussão poderia se deslocar para os grandes impasses do SUS (subfinanciamento, relação público-privada espúria, sub-regulação, questão do trabalho, entre outros) e, consequentemente, para o seu enorme desafio que é político. Aliás, o artigo, desde o seu resumo, promete não perder de vista as questões estruturais do SUS.

Todavia, na medida em que o texto em debate privilegia a dimensão do cuidado, particularmente os atributos de coordenação, integração e continuidade, é forçoso reconhecer o foco sobre os modelos de atenção e de organização², como componentes centrais de um sistema de saúde. Dessa perspectiva, mesmo considerando as suas relações com aspectos administrativos e políticos, a ESF é tratada na sua especificidade. Este é um dos méritos do artigo pois, sem ignorar os distintos condicionantes da efetividade da Atenção Primária em Saúde (APS)³, faz um esforço de ressaltar o que ainda precisa ser feito para o seu desenvolvimento depois de mais de três décadas de implantação, enquanto uma das principais políticas de saúde do Brasil.

Outro mérito do artigo é destacar os avanços da ESF no período, sem triunfalismos, apoiando-se em publicações nacionais e internacionais. Reconhece a diversidade de experiências do SUS e da APS e assinala a persistência de problemas relativos às condições de vida e saúde da população, às desigualdades, à violência armada, à terceirização e precarização dos trabalhadores de saúde, à ausência de carreira do SUS, à regulação etc. Além disso, insere a discussão da APS/ESF nas proposições de redes e regiões do SUS, anunciando genericamente possíveis desdobramentos na conjuntura, tendo em vista uma “nova e complexa política” para a atenção especializada apresentada pelo Ministério da Saúde (MS).

Finalmente, mas não menos importante, o texto elenca propostas no âmbito técnico-administrativo para o fortalecimento da APS/ESF/SUS, sem prejuízo de outras proposições políticas a serem consideradas nas análises de coerência, factibilidade e viabilidade, sob a perspectiva do pensamento estratégico. A aposta num “conjunto de estratégias técnico-políticas” pode estimular aos leitores desta publicação e, em última análise, aos atores em cena discutirem um desenho estratégico para viabilizar as proposições formuladas.

O recurso ao quadro conceitual sistematizado por Barbara Starfield, assim como a documentos doutrinários e normativos produzidos no Brasil e na literatura internacional permite examinar noções, elementos-chave e a situação referente aos cuidados, questionando certo “mantra” acionado por técnicos, gestores, assessores e acadêmicos que afirma a APS como “coordenadora do cuidado e ordenadora” da rede. Apontar este véu ideológico que tende a escamotear as contradições do sistema de saúde e secundarizar a distribuição do poder setorial e societário representa um passo fundamental para a análise política em saúde, investigando e agindo sobre a realidade tal como ela é e não como objeto de crenças e utopias. Desse modo, poder-se-ia considerar distintos âmbitos do poder em saúde e desencadear processos, produzindo novos fatos a partir de alianças e coalizões entre sujeitos para alterar a correlação de forças com vistas à consolidação do SUS/APS/ESF. Esta poderia ser uma via para evitar a submissão da estratégia a “uma lógica normativa, idealizada e descontextualizada”.

Portanto, trata-se de um texto cuidadoso, bem argumentado e fundamentado na literatura atualizada. Assim, no que se refere ao cuidado, ou seja,

ao conteúdo do sistema de saúde e não ao contínuo organizacional, administrativo e político, o artigo destaca cinco elementos-chave para a APS: capacidade de acolher e criar vínculos com os usuários; qualidade técnica dos profissionais e das práticas de saúde; articulação entre profissionais nos processos de trabalho; “colaboração interorganizacional”; e integração de informações clínicas. Certamente tais elementos, sustentados por protocolos assistenciais e normas técnico-administrativas, tenderiam a elevar a qualidade, a resolutividade e a efetividade do cuidado, revigorando um modelo de atenção centrado em necessidades.

Ainda que gestores, dirigentes e políticos possam revelar uma consciência mágica ou ingênua acerca de mudança imediata nos modelos de atenção, é responsabilidade da ciência e da técnica em Política, Planejamento e Gestão analisar situações concretas e apontar alternativas para o privilegiamento da qualidade do cuidado por referência à organização, à gestão, à captação de recursos e à política. Na disputa de racionalidades (política, econômica, burocrática e técnico-assistencial) no processo decisório em saúde os sujeitos da APS/ESF não deveriam abrir mão da defesa da racionalidade técnico-assistencial, fazendo a diferença na prestação do cuidado.

Nos dispositivos apresentados para a coordenação, integração e continuidade do cuidado o artigo explicita ideias e propostas elaboradas pela Saúde Coletiva brasileira, inclusive na Saúde Mental, sem esquecer que a atenção especializada no SUS representa um gargalo historicamente produzido, pois é predominantemente privada⁴. Assim, a APS/SUS tem sido refém do setor privado cuja relação espúria com o SUS, por dentro e por fora, submete-os à lógica do mercado, comprometendo a saúde como direito de todos e como bem público.

O texto em debate é finalizado com uma lista de propostas, admitidas como preliminares, com o propósito de enfrentar os nós-críticos identificados na APS/ESF. Ainda que a maioria dessas propostas sejam pertinentes no que diz respeito ao que fazer, haveria que discutir o como, com quem, contra quem, com que apoio e qual o desenho estratégico para a construção da viabilidade. Diante desses aspectos, podem aparecer dissensos segundo o ponto de vista do debatedor, sobretudo ao considerar a conjuntura, a atual correlação de forças setorial e societária, a urgência dos problemas identificados e a proposta do governo federal centrada no Programa Agora tem Especialidade (PATE), lançado em maio de 2025.

No que se refere à ampliação da “capacidade clínica e de cuidado”, fundamental para a quali-

dade da atenção, a incorporação de novos meios de trabalho sustentados em conhecimentos derivados de avaliação tecnológica em saúde, assim como a formação, a especialização, a valorização e a titulação de profissionais de saúde (não apenas médicos) para a APS não podem depender, exclusivamente de universidades, de faculdades e de hospitais integrantes do chamado Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (Proadi-SUS). Ainda que seja indiscutível a relevância das unidades públicas de ensino e pesquisa no avanço da qualidade da atenção, não é possível ignorar o grande crescimento dos estabelecimentos privados, insuficientemente regulados pelo Estado, cujos profissionais formados podem estar muito distantes das prioridades, princípios e diretrizes do SUS. Além disso, por mais investimento que se possa fazer em incorporação tecnológica, quando a qualificação profissional depende de mudanças curriculares, cumpre lembrar o extenso tempo de formação (graduação, residência, especialização e pós-graduação), implicando duração em anos, diante de problemas que são urgentes e precisam ser enfrentados no aqui e agora. Portanto, sem prejuízo dos esforços voltados para a qualificação profissional no âmbito das instituições acadêmicas, novas estratégias da educação permanente em saúde precisam ser acionadas, sob a coordenação do Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, para assegurar respostas mais oportunas aos problemas do presente⁵.

No que concerne à contribuição da APS para assegurar o acesso dos usuários aos serviços especializados - um dos grandes nós do SUS decorrente do subfinanciamento público, do modelo médico-assistencial hegemônico e da sub-regulação do setor privado, a noção de responsabilização ou *accountability* deveria estar presente nas proposições. Alguém ou alguma instância da APS precisaria responder e prestar conta por esse acesso, discutindo e superando os entraves e contradições que aumentam o sofrimento dos usuários na *via crucis* que são obrigados a se submeterem no cotidiano do SUS. Descentralizar partes das “prerrogativas e funcionalidades da regulação”, sob o domínio de “cotas parametrizadas” que se traduzem para o cidadão comum e para mídia como “fila da morte”, não parecem suficientes para reduzir tempo de espera, mesmo quando acionam protocolos clínicos ou o telessaúde. Os poderes técnico, administrativo e político das centrais de regulação (CR) podem ser deslocados para instâncias de gestão da APS, como um indicador de democratização do processo decisório, desde quando seja possível abrir a caixa cinzenta das CR para a so-

cidade visando ao controle democrático exercido pelos conselhos do SUS. Transferir simplesmente parte da regulação para a APS, mas mantendo o segredo burocrático, as cotas para o racionamento da oferta, a opacidade dos mecanismos técnico-administrativos, a falta de transparência para o usuário e seus familiares, bem como decisões autoritárias sem suficiente base técnica e científica, além de não alterarem a dinâmica produtora de filas, deixam de concretizar o direito à saúde e o cuidado digno e de qualidade aos usuários do SUS. A pergunta que não quer calar é quem controla o controlador das CR, seja no nível central, regional e municipal, seja na APS?

No que tange à organização e ao funcionamento da atenção especializada, lamentavelmente, as recomendações embora defensáveis não parecem atingir os propósitos e o ritmo apontados pelo Programa Agora tem Especialistas (PATE). Regulação da formação de especialistas, mudanças curriculares de residências médicas para incluir experiência em apoio matricial, estabelecimento de tempos de espera, mudanças no financiamento para obrigar o matriciamento presencial e/ou virtual em reforço à APS e o fortalecimento de atenção especializada pública parecem ir na contramão das prioridades e estratégias do PATE que aprofundam a “dependência do SUS em relação ao mercado privado”. A Política Nacional de Atenção Especializada (PNAES) e a estratégia de “Ofertas de Cuidados Integrados (OCI)”, definidas na gestão da ministra Nísia Trindade, “requerem atenção ao tempo e à direcionalidade das mudanças”, como alerta o texto e, junto ao PATE, demandam elevação do financiamento público, intervenção estatal na regulação da oferta e da demanda⁶, bem como a implantação e funcionamento de mecanismos democráticos de monitoramento e avaliação por instâncias técnicas, acadêmicas e conselhos de saúde.

Finalmente, quanto às sugestões técnicas para superar a multiplicidade de sistemas de informação e a sua baixa interoperabilidade, por revelarem uma área sensível e com dimensões éticas, políticas e econômicas, exigem uma discussão maior com especialistas diante dos interesses do “mercado privado” não convergentes, necessariamente, com o interesse público.

Mesmo reconhecendo que “cada proposição requer análise de viabilidade técnica, política e financeira”, além de ajustes que se fizerem necessários, o artigo sublinha que “a coordenação do cuidado a partir da APS” só pode ser plenamente alcançada se forem concretizadas mudanças na atenção especializada, assim como “na organi-

zação e gestão da rede”. Este condicionamento, portanto, coloca praticamente entre parênteses boa parte das propostas do artigo já que não se vislumbram “políticas estruturantes” no Brasil a curto ou médio prazo.

Apesar dessas restrições, mais um mérito desta publicação é a possibilidade de suscitar um grande debate em defesa da consolidação de um SUS predominantemente público e de qualidade onde os acúmulos e conquistas de 30 anos de implementação da ESF joguem um papel significativo no atual processo político. Como alerta a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde, “o fortalecimento da atenção especializada, com base em um modelo público, integrado e coordenado pela APS, é condição indispensável para garantir o direito universal à saúde e consolidar os princípios que norteiam o SUS desde sua criação”⁷ (p.2). Nessa perspectiva, a reconfiguração do cuidado teria muito o que dizer à política.

Referências

1. Paiva CHA, Pires-Alves F. *Atenção Primária à Saúde: uma história brasileira*. São Paulo: Hucitec; 2021.
2. Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, et al. Estratégia de Saúde da Família – Evolução do Modelo de Organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p.317-340.
3. Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovannella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018.
4. Solla J, Paim JS, Reis CR. Relações entre a atenção básica e de média e alta complexidade: desafios para organização do cuidado. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Medbook; 2023. p.385-402.
5. Nunes TCM, Paim JS, Paiva CHA, Belisário AS, Soares CLM, Vieira SL, Orrillo YAD, Valério JJM, Gil MCR, Gómez RR. *20 anos Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: memória e trajetória histórica*. Salvador: EDUFBA; 2024.
6. Atenção Secundária à Saúde. Dicionário. *Rev Poli* 2025; 100:31-32.
7. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. *O papel estratégico da Atenção Primária à Saúde no Programa “Agora Tem Especialistas”*. Rio de Janeiro: Boletim Rede de Pesquisa em APS (ABRASCO); 2025.

Artigo apresentado em 22/08/2025

Aprovado em 25/08/2025

Versão final apresentada em 27/08/2025

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva, Vania de Matos Fonseca