

Federalismo e cooperação interfederativa na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF)

Federalism and interfederal cooperation in the implementation of the Family Health Strategy (FHS)

Samuel Henrique Carioca de Oliveira¹ 

¹ Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

RESUMO

Este artigo analisa a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Brasil sob a ótica do arranjo federativo. Utilizando uma metodologia qualitativa que combina uma fase descritivo-analítica (revisão de literatura e análise documental de marcos legais) com uma fase exploratório-propositiva. Argumenta-se que a resiliência e a capilaridade da estratégia são produto de um modelo de “federalismo de indução”, no qual a União, como principal formuladora e indutora financeira, incentiva a execução autônoma da política pelos municípios, sendo o arranjo operacionalizado por mecanismos de cooperação e pactuação (Comissões Intergestores Tripartite e Bipartite). O artigo avança para além da identificação dos desafios crônicos que ameaçam a sustentabilidade da política, para analisar criticamente modelos inovadores de solução. São discutidos novos desenhos de financiamento, como fundos protegidos, e arranjos alternativos para a gestão de pessoas, como os consórcios intermunicipais e a vinculação da formação profissional à atuação no sistema. Conclui-se que o futuro da atenção primária no Brasil depende não apenas da superação das tensões inerentes ao pacto federativo, mas da capacidade de inovar nesses arranjos de cooperação.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Federalismo; Cooperação interfederativa; Sistema Único de Saúde; Atenção primária à saúde

ABSTRACT

This article analyzes the implementation of the Family Health Strategy (ESF) in Brazil from the perspective of the federal arrangement. It uses a qualitative methodology that combines a descriptive-analytical phase (literature review and documentary analysis of legal frameworks) with an exploratory-propositional phase. It argues that the resilience and capillarity of the strategy are the product of a model of “inductive federalism,” in which the Union, as the main formulator and financial inducer, encourages the autonomous execution of the policy by municipalities, with the arrangement being operationalized by cooperation and agreement mechanisms (Tripartite and Bipartite Interagency

Committees). The article goes beyond identifying the chronic challenges that threaten the sustainability of the policy to critically analyze innovative solution models. New financing designs, such as protected funds, and alternative arrangements for people management, such as intermunicipal consortia and linking professional training to performance in the system, are discussed. It concludes that the future of primary care in Brazil depends not only on overcoming the tensions inherent in the federal pact, but also on the ability to innovate in these cooperation arrangements.

Keywords: Family Health Strategy; Federalism; Interfederative cooperation; Unified Health System; Primary health care

1 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). Esse 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. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), lançada em 1994, emergiu como a pedra angular da reorganização da atenção primária, propondo uma transição do modelo curativo para o de vigilância em saúde (Brasil, 2017). Sua ampla capilaridade, presente em todo o território nacional, converteu-a em um caso exemplar de estudo 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 necessária à sua implementação. A efetividade da ESF depende da articulação entre os três níveis de governo. Esse arranjo, característico do federalismo brasileiro, é marcado por uma tensão inerente: a União atua como principal formuladora de normas e indutora financeira, enquanto os municípios, na ponta do sistema, detêm a responsabilidade pela execução e gestão direta dos serviços (Arretche, 2012). O sucesso do programa, portanto, não reside apenas em seu desenho normativo, mas também na qualidade dos mecanismos de cooperação interfederativa e na capacidade de adaptação dos atores locais.

Este artigo propõe analisar a trajetória e os desafios da Estratégia Saúde da Família a partir do exame do complexo arranjo federativo envolvido em sua implementação. Argumenta-se que a resiliência e a expansão da ESF resultam de um modelo que soube articular a indução federal à autonomia municipal, mas cuja sustentabilidade futura encontra-se ameaçada por desafios crônicos de financiamento, coordenação e gestão (Paiva, 2025). Serão examinados o arcabouço teórico do federalismo, o desenho da política, os mecanismos de cooperação e, por fim, os desafios contemporâneos e modelos de solução para os desafios elencados.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: 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 dos estados e, especialmente, dos municípios, elevando estes últimos ao status de entes federativos com competências próprias — uma inovação do federalismo brasileiro em comparação com as demais federações mundo afora. No campo das políticas sociais, essa descentralização constituiu um de seus pilares, sendo a saúde 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 dos sistemas de alta complexidade e a cooperação técnica e financeira. Aos estados, a coordenação das 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, dá origem a 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 funcionar como espaços de pactuação, onde as regras do jogo são negociadas e os conflitos 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 exame 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).

3 MÉTODO DE PESQUISA

O presente artigo é uma pesquisa de natureza qualitativa, estruturada em duas fases complementares.

A primeira fase adota um delineamento descritivo-analítico, focado na reconstrução da trajetória da ESF e na análise da sua arquitetura federativa. Para isso, a metodologia empregada baseou-se na combinação de revisão de literatura especializada e análise documental de fontes primárias. Foram examinados documentos legais e regulatórios essenciais, como a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e as diversas Portarias da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

A segunda fase da pesquisa, de caráter exploratório-propositivo, volta-se à análise dos desafios contemporâneos e à discussão de modelos inovadores para o financiamento e para a gestão da força de trabalho. Nesta etapa, a revisão de literatura foi aprofundada para incluir tanto obras clássicas que fundamentam os conceitos teóricos (Arretche, 2012; Paim, 2018; Giovanella & Mendonça, 2012), quanto pesquisas contemporâneas que analisam criticamente os novos modelos de financiamento (como Arbach, 2024; Bezerra et al., 2024; Seta et al., 2022) e as propostas de arranjos regionais e de formação para a gestão de pessoas (Linhares et al., 2025; Flexa & Barbastefano, 2020; Ceccim & Feuerwerker, 2004).

4 A CONSTRUÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

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).

4.1 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.

5 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.

6 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.

6.1 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.

6.2 O novo modelo de financiamento: O Previnhe Brasil

O programa Previnhe 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; Arbach, 2024; Bezerra et al., 2024; Costa et al., 2022).

6.3 Desenhos de Financiamento

A superação dos desafios contemporâneos da ESF, notadamente o subfinanciamento e a instabilidade dos modelos de repasse, exige um debate que avance para além da análise dos arranjos vigentes. A literatura sobre governança e financiamento em saúde (Pereira et al., 2022; Marques et al., 2016; Diniz & Bulgareli, 2023) tem explorado alternativas que buscam garantir a sustentabilidade de longo prazo da atenção primária, alinhando-se às preocupações levantadas por este estudo.

Uma das propostas mais difundidas, e que encontra paralelo no atual modelo brasileiro, é o pagamento por desempenho. No entanto, como a análise do Previne Brasil já demonstrou, essa abordagem apresenta riscos significativos. A literatura (Arbach, 2024; Bezerra et al., 2024; Costa et al., 2022; Seta et al., 2022) alerta que, se mal desenhado, o pagamento por desempenho pode aprofundar iniquidades, penalizando municípios com maiores vulnerabilidades sociais que, por razões estruturais, têm mais dificuldade em atingir as metas. Além disso, o foco em indicadores específicos pode levar à negligência de ações de saúde integrais, mas que não são mensuradas pelo programa.

Diante das limitações do pagamento por desempenho e da vulnerabilidade do orçamento da saúde às flutuações político-econômicas, emergem propostas focadas na proteção e estabilidade dos recursos. A sugestão de criar um fundo específico para a Atenção Primária à Saúde, blindado de contingenciamentos orçamentários, representa uma alternativa robusta. Tal fundo visaria assegurar um fluxo de receita previsível e perene, permitindo aos gestores municipais um planejamento de longo prazo, essencial para ações de prevenção e promoção da saúde.

Contudo, a implementação de um fundo protegido não é trivial e levanta novas questões sobre o pacto federativo, tema central deste trabalho. Seria necessário definir como esse fundo seria gerenciado e como seus recursos seriam distribuídos, de forma a não ferir a autonomia municipal na execução e a manter o papel crucial das arenas de pactuação (CIT e CIB) na definição das regras. A sustentabilidade da ESF, portanto, parece depender menos da escolha de um único modelo e mais de um arranjo híbrido, que combine a estabilidade de um financiamento protegido com mecanismos de indução que promovam a equidade, superando as tensões do federalismo fiscal brasileiro.

6.4 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.

6.5 Modelos para a Gestão da Força de Trabalho na ESF

A superação do desafio da força de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) demanda o debate sobre modelos que avancem para além das soluções emergenciais. Duas alternativas se destacam.

A primeira, se dá por meio do Fortalecimento da Cooperação Horizontal via Consórcios Intermunicipais, permitindo com que os Consórcios Intermunicipais de Saúde, formados por municípios de uma mesma região se unam para contratar e gerir

a força de trabalho de forma compartilhada. Ao atuar em bloco, os municípios ganham escala, capacidade administrativa e maior poder de negociação para atrair e reter profissionais, otimizando recursos e criando um mercado de trabalho regional mais estável e atrativo (Linhares et al., 2025; Flexa & Barbastefano, 2020; Lui et al., 2020).

Além disso, outra alternativa seria atrelar a formação dos profissionais de saúde à atuação no sistema. Um exemplo seria a vinculação da conclusão de residências médicas financiadas pelo poder público a um período de atuação obrigatória na ESF. Tal medida atacaria diretamente a raiz do problema da formação, muitas vezes desarticulada das necessidades do sistema e centrada em um modelo biomédico e hospitalocêntrico (Ceccim & Feuerwerker, 2004). Esses caminhos demonstram que a solução para a força de trabalho não precisa ser única.

7 CONCLUSÃO

A Estratégia Saúde da Família é, inegavelmente, uma trajetória de sucesso no campo das políticas públicas brasileiras. O sucesso, neste caso, não significa ausência de problemas, mas sim a notável resiliência da política diante deles, evidenciada pela manutenção de sua capacidade de expansão. Em outras palavras, a ESF pode ser considerada uma trajetória de sucesso porque, mesmo em um contexto de desafios, conseguiu alcançar seus objetivos de ampliação do acesso e melhoria dos indicadores de saúde, tais como, a diminuição das internações por condições sensíveis à atenção básica e a redução da mortalidade infantil (Morosini et al., 2020; Pinto & Giovanella, 2018; Macinko & Mendonça, 2018), sustentada por um arranjo federativo complexo, porém eficaz, que soube articular a indução federal à autonomia municipal na sua implementação.

Esse sucesso não se restringe ao plano conceitual, mas se confirma na implementação prática: com a União atuando como principal formuladora de normas e indutora financeira, foi possível ampliar a cobertura da política de 25,7% dos municípios com o Programa Saúde da Família (PSF) em 1998 para 98,6% com a Estratégia Saúde da Família (ESF) em 2019 (Morosini et al., 2020).

Além disso, a política introduziu uma perspectiva inovadora para a atenção primária à saúde, baseada em um modelo centrado na prevenção, na promoção da saúde e no cuidado integral, com foco na territorialização e no fortalecimento do vínculo com a comunidade.

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. A superação dessa tempestade, como analisado, exige um debate que avance para além dos arranjos vigentes.

As soluções não são únicas e revelam, mais uma vez, o cerne da questão federativa. A sustentabilidade futura parece depender de arranjos híbridos: no financiamento, combinando a estabilidade de fundos protegidos com mecanismos de indução que promovam a equidade; e na força de trabalho, explorando tanto a cooperação horizontal via consórcios quanto o aprimoramento da indução federal via formação dos recursos humanos.

Portanto, pesquisas futuras devem ir além da mera análise de impacto. Torna-se urgente avaliar a viabilidade desses novos desenhos, compreendendo como fundos específicos, consórcios regionais ou a vinculação da formação à atuação podem ser implementados.

REFERÊNCIAS

- Arbach, M. N. (2024). *O modelo de pagamento por desempenho na atenção primária à saúde brasileira: possíveis explicações para a perda de recursos financeiros por municípios populosos e de baixa receita per capita* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada]. IPEA. Disponível em <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/15727>
- Arretche, M. (2012). *Democracia, federalismo e centralização no Brasil*. Editora FGV/Fiocruz.
- Bezerra, T. de M., et al. (2024). Reflexos do pagamento por desempenho na atuação dos(as) profissionais da Atenção Primária à Saúde, Paraíba, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 28, e230352. <https://doi.org/10.1590/interface.230352>
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Presidência da República. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Brasil, Ministério da Saúde. (2006). *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html
- Brasil, Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- Brasil, Ministério da Saúde. (2019). *Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019*. Recuperado de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227646485>
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 41–65. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt>
- Costa, N. do R., Silva, P. R. F. da ., & Jatobá, A.. (2022). A avaliação de desempenho da atenção primária: balanço e perspectiva para o programa Previne Brasil. *Saúde Em Debate*, 46(spe8), 08–20. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E801>
- Diniz, J., & Bulgareli, J. (2023). Alocação de recursos financeiros para a atenção primária à saúde: uma revisão integrativa da literatura. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, 15(spec), e027. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v15.1349>
- EL PAÍS Brasil. (2019, fevereiro 7). *Governo vai encerrar Mais Médicos, que será substituído por plano de carreira federal*. EL PAÍS. Recuperado de https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549465717_978725.html

- Flexa, R. G. C., & Barbastefano, R. G.. (2020). Consórcios públicos de saúde: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 325–338. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.24262019>
- Giovanella, L., & Mendonça, M. H. M. de. (2012). Atenção primária à saúde. In L. Giovanella, S. Escorel, L. V. C. Lobato, J. C. de Noronha, & A. I. de Carvalho (Eds.), *Políticas e sistema de saúde no Brasil* (2ª ed., pp. 493–545). Editora Fiocruz. Recuperado de <https://arca.fiocruz.br/items/90cf322a-93e6-4ba2-a104-597a318fb794>
- Girardi, S. N., Stralen, A. C. S. van, Cassenote, A. J. F., & Nassif, P. N. (2016). Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(9), 2675–2684. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTyKQT9CDdZ3ctg67njlLqj/>
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2023). Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). In *Políticas sociais: Acompanhamento e análise* (n. 29). Ipea. Recuperado de <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/5ec0bc14-a3f2-46d2-86c1-8d9ef609ca07/content>
- Linhares, J. E., Santos, G. D., & Santos, M. J. dos .. (2025). Desafios e oportunidades da governança em saúde: um estudo de caso em um município de pequeno porte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30, e14392023. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242911.14392023>
- Lui, L., Schabbach, L. M., & Nora, C. R. D.. (2020). Regionalização da saúde e cooperação federativa no Brasil: o papel dos consórcios intermunicipais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(12), 5065–5074. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.03752019>
- Macinko, J., & Mendonça, C. S.. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 18–37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- Marques, R. M., Piola, S. F., & Carrillo Roa, A. (Orgs.). (2016). *Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. Associação Brasileira de Economia da Saúde; Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Disponível em https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf
- Morosini, M. V. G. C., Fonseca, A. F., & Baptista, T. W. de F.. (2020). Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica?. *Cadernos De Saúde Pública*, 36(9), e00040220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>
- O'Toole Jr., L. J. (2010a). Relações interorganizacionais na implementação de políticas públicas. In B. G. Peters & J. Pierre (Eds.), *Administração pública: Coletânea*. Editora Unesp.
- Paim, J. S. (2008). *Reforma sanitária brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*. EDUFBA; Editora Fiocruz. Recuperado de <https://books.scielo.org/id/4ndgv>

- Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos: Balanço e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1723–1728. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>
- Paiva, G. M. de. (2025). Desafios na implementação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Excelência*, 3(3). Recuperado de <https://sevenpublicacoes.com.br/REVMEDBRA/article/view/7137>
- Pereira, B. L. S., Santos, L. M. P., & Viana, A. L. d'Á. (2025). Financiamento da saúde no Brasil: Perspectivas dos estados e municípios. Conass. Recuperado de <https://www.conass.org.br/biblioteca/financiamento-da-saude-no-brasil-perspectivas-dos-estados-e-municipios/>
- Pereira, A. M. M., Lima, L. D. de C., Mendonça, B. G., Nunes, F. de F., Dias, E. de F. P. de A., & Sant'Anna, H. (Orgs.). (2022). Financiamento e organização da Atenção Primária à Saúde no Brasil: mudanças e tendências nas regras federais do SUS. Fiocruz/ENSP. Disponível em <https://arca.fiocruz.br/handle/icict/55606>
- Pinto, L. F., & Giovanella, L. (2018). Do Programa à Estratégia Saúde da Família: Expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1903–1914.: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- Riker, W. H. (1964). *Federalism: Origin, operation, significance*. Little, Brown and Company.
- Scheffer, M. (Ed.). (2020). *Demografia médica no Brasil 2020*. FMUSP; CFM. Recuperado de https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sktes/acoes-em-educacao-em-saude/cfm-e-usp/07-relatorio-demografia-medica-no-brasil_2020-5.pdf
- Seta, M. H. D., Ocké-Reis, C. O., & Ramos, A. L. P.. (2021). Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 3781–3786. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.01072020>
- Soares, M. M., & Machado, J. Â. (2018). Federalismo e políticas públicas. Escola Nacional de Administração Pública. Recuperado de <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3331>
- Souza, C. (2005). Federalismo, desenho constitucional e governança no Brasil. *Revista de Sociologia e Política*, (24), 105–121. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/w75TqBF3y4jHqyV65vcjb/?lang=pt>

Como citar este artigo

Oliveira, S. H. C. de. (2025). Federalismo e cooperação interfederativa na implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF). *Revista Práticas de Administração Pública*, Santa Maria, v.9, e93083. <https://doi.org/10.5902/2526629293083>.