



Artigo original

Disputa pela Hegemonia da Estratégia Saúde da Família: um diálogo ético-político

Dispute for hegemony in the Family Health Strategy: an ethical-political dialogue

Disputa por la Hegemonía de la Estrategia de Salud de la Familia: un diálogo ético-político

Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima¹ - <https://orcid.org/0000-0001-8863-542X>

¹Universidade do Vale do Itajaí, - UNIVALI/ SC.

Autor correspondente: Rita de Cássia Gabrielli Souza Lima, Universidade do Vale do Itajaí, UNIVALI/ SC, Rua Uruguai, 458 - Centro - Itajaí / SC - CEP 88302-202 - Bloco F6 - Sala 312.

Recebido em: 05/04/2023----Aprovado em: 27/05/2024----Publicado em: 27/05/2024

RESUMO

A visão ultraliberal dos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro, no contexto de recessão econômica do período 2016-2019, materializou políticas de austeridade e atos de governo que implicaram o processo de desmonte da Estratégia Saúde da Família da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde. O texto discute a necessidade de a militância do SUS, em seus variados espaços, abrir um espaço de disputa pela hegemonia da Estratégia. O nosso argumento é de que a vitória da democracia nas eleições nacionais de 2022 deflagrou um terreno fértil para a incorporação de bases para um novo consenso *pari passu* com a desagregação da rede de consensos apresentada à atenção básica pelos dois governos anteriores. Em perspectiva histórica, apresentamos um sentido de vida em diálogo com elementos do processo de construção do SUS e uma leitura ética da Estratégia Saúde da Família. As hipóteses foram concebidas em linha com os fundamentos da saúde coletiva e o constructo teórico do federalismo. Compartilhamos contradições e possibilidades.

ABSTRACT

The ultraliberal vision of the governments of Michel Temer and Jair Bolsonaro, in the context of economic recession between 2016 and 2019, materialized austerity policies and acts of government that resulted in the process of dismantling the Family Health Strategy of Primary Care of the Unified Health System (SUS). The text discusses the necessity for the militancy of the SUS, in its several spaces, to open a space of dispute for the hegemony of the Strategy. Our argument is that the victory of democracy in the 2022 national elections triggered a fertile ground for the incorporation of bases for a new *pari passu* consensus to the disaggregation of the network of consensuses presented in Primary Care by the two previous governments. From a historical perspective, we present a sense of life in dialogue with elements of the construction process of the SUS and an ethical reading of the Family Health Strategy. The hypotheses were conceived accordingly with the fundamentals of Collective Health and the theoretical construct of federalism. We share contradictions and possibilities.

RESUMEN

La visión ultraliberal de los gobiernos de Michel Temer y Jair Bolsonaro, en el contexto de recesión económica entre 2016 y 2019, materializó políticas de austeridad y acciones oficiales que resultaron en el proceso de desmantelamiento de la Estrategia de Salud de la Familia de la Atención Primaria del Sistema Único de Salud (SUS). El texto discute la necesidad de que la militancia del SUS, en sus diversos espacios, abra un espacio de disputa por la hegemonía de la Estrategia. Nuestro argumento es que la victoria de la democracia en las elecciones nacionales de 2022 desencadenó un terreno fértil para incorporar bases para un nuevo consenso *pari passu* a la desagregación de la red de consensos presentada en Atención Primaria por los dos gobiernos anteriores. Desde una perspectiva histórica, presentamos un sentido de vida en diálogo con elementos del proceso de construcción del SUS y una lectura ética de la Estrategia de Salud de la Familia. Las hipótesis fueron concebidas de acuerdo con

Palavras-Chave

Estratégia Saúde da Família;
Atenção Básica;
Cuidado;
Assistência;
Consenso.

Keywords

Family Health Strategy;
Primary Care;
Care;
Assistance;
Consensus.

Palabras Clave

Estrategia de Salud de la Familia;
Atención Primaria;
Atención;
Asistencia;
Consenso.

los fundamentos de la Salud Colectiva y el constructo teórico del federalismo. Compartimos contradicciones y posibilidades.

Introdução

Neste ensaio, intencionamos mobilizar o debate sobre a necessidade de uma frente de unidade de ação como contraponto à possibilidade de fim da Estratégia Saúde da Família (ESF). Aventamos essa hipótese tomando por base a precipitação dos efeitos sociais da pandemia sobre as crises nacionais, das mais diversas ordens, deflagradas em contexto de estagnação da economia (2014) (1) e de recessão (2015-2019) (2), agravadas pelas agendas dos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro.

O processo recessivo e a visão ultraliberal dos ministros da Economia de Temer e Bolsonaro criaram um ambiente atrativo para a materialização de políticas de austeridade e atos de governo de desmonte da Estratégia Saúde da Família. O novo regime fiscal (3), a Reforma Trabalhista (4), a Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (PNAB/2017) (5), a expulsão de médicos cubanos (6) e o Programa Previne Brasil (7) são elementos mais que suficientes para inferirmos a supremacia de adesão consensual, por parte de municípios, a pacotes assistencialistas de atenção básica (AB), com modalidades e arranjos utilitários, orquestrados por contratos de gestão e parceria público-privada e operacionalizados por uma força de trabalho desagregada, desprovida de unidade de vínculos trabalhistas.

Estudo desenvolvido sobre financiamento municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) e dependência fiscal dos municípios brasileiros, no período de 2004 a 2019, sinalizou que houve um aumento da dependência fiscal dos municípios para o custeio de saúde após 2015, sinalizado pelo crescimento de receitas não próprias (transferências voluntárias e convênios), mesmo com a menor participação da União nas transferências, afetando sobretudo os municípios de pequeno porte e de menor renda domiciliar (2). Há de se destacar que, na perspectiva aqui assumida, são os momentos históricos de cada país que configuram o limite da autonomia de um dado ente federado e, com efeito, o desenvolvimento das “capacidades específicas, as quais, por sua vez, criam as condições para a implementação de objetivos de políticas públicas” (8). Logo, em cenário recessivo, o aumento da dependência fiscal tem potência para fomentar a tentação por práticas políticas de caráter economicista, sendo o assistencialismo uma janela oportuna.

A garantia do cuidado integral de qualidade, com promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, considerando a pessoa usuária em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural (9), não é de alçada do assistencialismo, mas objeto específico da ESF.

Pesquisa desenvolvida com especialistas médicos dos setores público e privado brasileiros, vinculados às dez sociedades oncológicas, atuantes nas áreas de clínica, cirurgia, radioterapia, patologia e diagnóstico, sobre medicina de precisão no acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil, encontrou um ponto de vista em comum entre os participantes: uma das principais barreiras, tanto no domínio público como no privado, é “a baixa capacidade da atenção básica realizar diagnóstico precoce” (10).

Ainda em nível macro, grande parte da dificuldade de atração da ESF, vivenciada por governos locais, refere-se à ausência de um “pacto territorial estrutural, conjunto de propostas visando a um uso do território coerente com um projeto de país e parte essencial desse projeto” (11). A ausência de um projeto nacional e a supremacia de uma cultura de apagar incêndios em detrimento de uma cultura de políticas públicas de longo prazo (12) restringem o horizonte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (9) de vir a ser efetivamente uma política nacional, de Estado. O que temos é uma política de governo, criada por meio de portaria e sujeita a modificações quinquenais em conformidade com a vontade, a conveniência e as condições financeiras do governo federal em exercício. Ademais, em nossa história democrática recente não há registro de defesa da ESF, como necessidade histórica, por parte de nenhum partido político.

O argumento que nos propomos sustentar é o de que a vitória da democracia nas eleições nacionais de 2022 deflagrou um terreno fértil para a criação das condições necessárias diante de um novo consenso, no sentido da universalização da ESF, sem a qual o longo e permanente processo de lutas sociais para a conquista de um sistema único e universal se reduzirá a memórias. Para tanto, precisamos modelar vontade como atividade política (13) e nos unir em um movimento cultural com direção clara; nos despir do recolhimento e do esmorecimento que caracterizaram a nossa militância na última década (nada orgânica) e enfrentar o planejamento estratégico de curto, médio e longo prazos para ESF/AB abrangente nos 5.570 Brasis.

Na sequência desta introdução, tecemos algumas reflexões sobre a relação Vida-SUS; em seguida, apresentamos uma leitura ético-política da Estratégia Saúde da Família e encerramos com algumas considerações.

A vida tem sempre razão

“A vida tem sempre razão” é parte do título de uma música de Vinicius de Moraes e Toquinho, lançada nos anos 1970, década em que foram delineadas as primeiras iniciativas em prol de um sistema único pautado em universalidade, igualdade, descentralização e participação social, por alguns municípios que instituíram unidades básicas para ofertar serviços de atenção à saúde em âmbito territorial. Ainda na década de 1970, foram realizados encontros regionais e nacionais de secretarias municipais de Saúde com a finalidade de trocar experiências sobre atenção à saúde. Na década seguinte, às experiências municipais singulares se somou a luta de várias militâncias inseridas em universidades, profissionais e técnicos dos ministérios da Previdência Social e da Saúde. Nascia o Movimento de Reforma Sanitária (14) e, com este, a luta pelo Sistema Único de Saúde, conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde (15), em 1986, e selado oficialmente na Constituição Federal de 1988 (CF/88) (16).

A mesma Constituição que consagrou o SUS restaurou o federalismo como forma de organização político-territorial baseada na cooperação entre as unidades constituintes da federação e na descentralização do poder governamental, validando, embora de forma assimétrica, as três instâncias de governo a tomar parte dos processos deliberativos (17). A assimetria se relaciona com o fato de que os constituintes conferiram larga autoridade jurisdicional à União para formular as políticas públicas e elaborar os mecanismos e regras que estariam regulando as competências de estados e municípios, como a arrecadação de impostos e a execução das políticas, e concederam limitado poder de veto a estados e municípios ante iniciativas do governo nacional que recairiam sobre suas políticas locais (18). Essa particularidade do nosso federalismo se relaciona com o fato de que o grau de autonomia político-administrativa de estados e municípios em seus domínios de ação é estabelecido por critério institucional. Uma característica marcante do nosso federalismo é que a CF/88 conservou a tradição de conferir grande parte da formulação de políticas públicas à esfera federal e a respectiva execução aos governos locais, restringindo a capacidade de estados e municípios criarem políticas específicas para os territórios que governam (17).

Nos anos 1990, quando o SUS dava seus primeiros passos, o Brasil declinou aos ventos da globalização neoliberal que haviam solapado vinte anos antes a soberania do Estado de Bem-Estar Social europeu. O SUS começou a se desenvolver em um país centralizado na concretização de contrarreformas

liberalizantes e conservadoras, no plano de ajustes macroeconômicos, o que acabou promovendo a fluidificação de sua potência já no ponto de partida (19). Entre a sua infância e a puberdade, inscreveu-se um movimento permanente e contraditório sobre o qual dois princípios se apresentam justapostos: o princípio humanístico da edificação da universalidade e o princípio econômico de contenção de gastos (20). A Reforma Administrativa do Estado, de 1995, foi basilar na consolidação desse princípio econômico: com a justificativa de um Estado “inchado”, que se desloca de suas funções primárias para adentrar esferas da vida humana em busca de inteireza do Bem-Estar Social da nação (leia-se: povo), deliberou-se por considerar saúde um serviço não exclusivo de Estado (21). A partir de então, as organizações sociais começaram a chegar: primeiro, na alta complexidade; em seguida, na AB.

Nos anos de governo Lula, de 01/01/2003 a 01/01/2011, o povo brasileiro conquistou a sua primeira política pública de saúde bucal, lançada no Brasil Sorridente; o SUS recebeu a sua pavimentação – ESF/PNAB –, juntamente com o Pacto pela Saúde e um núcleo composto por profissionais de áreas correlatas da ESF para contribuir com seus trabalhos de base (Núcleo de Apoio à Saúde da Família/NASF). Os governos Dilma, 01/01/2011 a 31/08/2016, foram tempos de regulamentação da Lei Orgânica da Saúde, de conquista da lei complementar n. 141/2012 e do Programa Mais Médicos.

No difícil período de pandemia, em que assistimos à impotência dos gélidos mercados globais e à desfiguração da soberania do nosso país; em que a economia global saiu de seu posto supostamente incólume e passou a se alimentar do medo e da insegurança; em que indivíduos egoicos, amantes da liberdade sem riscos, desautorizaram medidas preventivas implementadas pelos planos de contingência; naquele momento histórico, a força de trabalho do SUS dedicou-se à missão de salvar vidas, afetando-se e fazendo-se afetar pela vontade de cancelar “péssimas mortes prematuras e não merecidas que acontecem por falta de tratamento” (leia-se: por falta de vacinas) e que tomaram o nosso cotidiano epidêmico, denominadas “cacotanásias” (22) pelo humanista, político e médico Giovanni Berlinguer. Por meio de sua força de trabalho, em seus mais variados espaços institucionais, o SUS nos mostrou com maestria que não são os dólares que têm razão, mas a vida... A vida tem sempre razão.

Estratégia Saúde da Família: uma leitura ético-política

A Estratégia Saúde da Família é um projeto territorial de reparação do SUS. Gestada no seio do Pacto pela Vida, em fevereiro de 2006, “como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (23), a ESF logrou seu formato final no texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em março de 2006 (9).

A tessitura da ESF contou com um acervo sanitário nacional prático-teórico e com um projeto-piloto desenhado em 1993 pelo Ministério da Saúde, intitulado Programa Saúde da Família (PSF). Alinhado ao Programa Agentes Comunitários de Saúde, oficialmente implantado em 1991, o PSF foi a expressão de uma ideia de APS por parte de um coletivo do Ministério da Saúde, mas não se materializou em uma proposta dirigida para a pavimentação universal do SUS – pelo menos por duas razões complementares: 1) a necessidade de incluir a APS no SUS acabou subsumindo ao movimento de redefinição do papel do Estado e do mercado na saúde social – o produto de tal subsunção foi a execução de um PSF alinhado ao pensamento do Banco Mundial, expresso no relatório *Invertir em Salud*, de 1993: “dirigido para as populações mais pobres” (24); e 2) a execução do PSF por meio de recursos carimbados para áreas programáticas (25).

O caráter reparador da ESF é assegurado pela nossa história sanitária recente: a Constituição de 1988 reconheceu saúde como direito de todos e dever de Estado; e o SUS como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde integrados por uma rede hierarquizada e regionalizada, no contexto de um federalismo cooperativo, sem inserir a APS, porta de entrada de sistemas nacionais (16).

Uma chave interpretativa dessa prática, *o facto histórico* (26), de ausência da atenção primária na seção II da Saúde do capítulo II da Seguridade Social da CF/88, é a supremacia da dimensão política do Movimento pela Reforma Sanitária (MRS) no contexto de luta pela redemocratização do país. O MRS representou a expressão da luta política rumo à Reforma Social (27). A crítica ao preventivismo, feita no início da década de 1980, demarcava a necessidade de novas bases epistemológicas para o campo da saúde, ao mesmo tempo que apontava para a necessidade de mudança das relações sociais (28). Inserir a saúde na “arena política saúde” era a imagem-objetivo do Movimento Sanitário. Constituir-se em um “ator coletivo” era a sua estratégia; surgir como “uma força política” era seu recurso de poder (29). Assim, os três pilares fundamentais para um movimento interventor faziam-se presentes na luta contra-hegemônica: política, estratégia e poder. Na mesma medida, havia ação e vontade: ação coletiva para redemocratizar a saúde e vontade para lutar por saúde como direito universal.

Por isso, a ESF conquistada na PNAB/2006 é tão importante para o SUS, conquistado pela sociedade na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Desde sua criação, a militância do SUS passou a vislumbrar a possibilidade de organização territorial do cuidado e de transformação da formação em saúde e da educação médica. Ao ser instituída como principal modelo de atenção do SUS, em 2006, a ESF encontrou um solo prático-teórico (e requereu outros) composto por várias políticas/programas indutores de formação para o SUS, quais sejam: Diretrizes Curriculares Nacionais, Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed), Política Nacional de Educação Permanente, VER-SUS, Residência em Área Profissional da Saúde, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). A partir de 2006, novas iniciativas e/ou atualizações se fizeram presentes: Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde; Política Nacional de Educação Permanente; Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e Programa Mais Médicos. Excetuando-se a política Diretrizes Curriculares Nacionais e o Promed, todas as demais foram instituídas pelos ministérios da Saúde e da Educação dos governos Lula (01/01/2003 a 01/01/2011).

Em que pese o horizonte fecundo gerado pela conquista da ESF, em 2006, havia uma limitação estrutural que não tardaria a se fazer manifesta: seu caráter indutivo. A ESF chega sem a atribuição de papéis claros para União, estados e municípios. Ela chega em uma lógica de “indução econômica” (30), que consiste em criação de incentivos, por parte do Ministério da Saúde, para estimular a adesão de municípios. Uma forma de coação, cuja implantação incitaria a produção de demandas por serviços e dependeria do poder discricionário de prefeitos. Logo, ao se edificar no particularismo dos municípios, a Estratégia já carrega, desde a sua criação, uma dimensão ambígua no que tange à efetivação do interesse público.

É inequívoco que avançamos socialmente na reparação proposta. No entanto, a questão não é somente chegar, mas como chegar como fim público. Como chegar para garantir o cuidado a todos(as) em seus territórios de vida singularmente mapeados, de modo resolutivo e efetivo.

A Reforma Trabalhista gerou um profundo desmantelamento dos direitos trabalhistas ao criar, às avessas, novas relações de trabalho, legitimando o trabalho terceirizado para serviços essenciais (atividades-fim) do Estado e a flexibilização das jornadas de trabalho com a criação do contrato intermitente (de oito horas/dia, duas horas extras, 44 horas/semana, para 12 a 14 horas/dia, sem pagamento de hora extra e 48 horas/semana) (31).

As novas relações de trabalho, por sua vez, respaldaram, dois meses depois (setembro de 2017), a atualização da PNAB pelo governo Temer. Apontando para a hegemonia rentista (leia-se: sociedade política irmanada ao capital privado interessado na APS), o Ministério da Saúde desmontou a estrutura das equipes de Saúde da Família (eSF), ao extinguir a obrigatoriedade de, no mínimo, quatro agentes comunitários de saúde por equipe, e criou a equipe de atenção básica composta por médicos, enfermeiro auxiliar ou técnico terceirizados, com flexibilização das horas semanais, fixando a carga horária mínima por categoria profissional em dez horas e o máximo de três profissionais por categoria com quarenta horas semanais. Ademais, fortaleceu a desigualdade distributiva do direito à saúde ao dividir a oferta de ações e serviços da AB em padrões essenciais/básicos a serem garantidos por todo o território nacional e padrões ampliados/estratégicos, implementados por meio de uso do poder discricionário de governos locais (5). Desse modo, no dito e interdito, o que temos é a morte lenta da eSF para a consolidação da assistência via eAB *flexível*.

No ano seguinte, Bolsonaro esfacelou o Projeto de Cooperação Mais Médicos (PCMM), lançado em julho de 2013, com base em um acordo de cooperação firmado entre Brasil e Cuba, em abril do mesmo ano, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde. O PCMM buscou expandir a ESF nacional por meio do ingresso de médicos cubanos em unidades básicas de saúde, em regiões remotas, desprovidas de médicos, afetadas por escassez ou alta rotatividade. Na época, o Brasil registrava 1,8 médico/1.000 hab., enquanto Cuba alcançava, no ano seguinte, o *status* de país com o maior número de médicos do mundo (7,5/1.000 hab./2014). Diante das condicionalidades apresentadas por Bolsonaro para o prosseguimento do Mais Médicos, o governo cubano encerrou a colaboração com o Brasil: 8.300 médicos cubanos começaram a deixar gradativamente o país; 2.800 municípios de todos os estados e os 34 distritos sanitários especiais Indígenas ficaram à deriva de atenção médica (32).

Por fim, um novo modelo de alocação de recursos federais para a APS foi instituído pelo Ministério da Saúde de Bolsonaro, por meio da portaria n. 2.979/2019: o Programa Previne Brasil. Essa iniciativa, criada sob o paradoxal argumento, entre outros, de *necessidade de ampliação do acesso da população aos serviços de atenção primária a fim de garantir a universalidade do SUS*, simplesmente paralisou o processo de construção do cuidado longitudinal da ESF, ao desmontar o trabalho sociocultural de agentes comunitários nas equipes da Estratégia e inseri-los em uma função nova, a de *cadastrador*, pois o incentivo financeiro passou a ser condicionado ao quantitativo de cadastros nos territórios (7). O valor do incentivo do pagamento por desempenho é calculado pelo Indicador Sintético Final (ISF), que corresponde a uma

nota calculada pela soma das notas dos sete indicadores e dividindo-se por dez, que vale para os repasses dos quatro meses subsequentes à aferição, sendo que as metas dos indicadores foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (33). É importante registrar que o programa não foi submetido ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde (34).

Tendo em vista o panorama de desmonte, é razoável pensar que a disputa pela hegemonia da ESF não se coloca como *um* enfrentamento, mas *o* enfrentamento central na restauração estrutural do SUS conquistado para ser universal. Essa disputa se confunde com a luta por democracia. E o entusiasmo democrático pulsa em nós, desde que o Tribunal Superior Eleitoral anunciou o resultado do segundo turno presidencial. Na mesma medida, a vitória do presidente Lula nos permitiu recuperar uma boa dose da confiança sistêmica (35) necessária para o Brasil enfrentar o mal-estar federativo, gerado no aparelho hegemônico, em decorrência das fissuras abertas nas relações intergovernamentais pela falta de coordenação política no contexto da epidemia nacional de Covid-19.

Não foram poucos os efeitos sociais da epidemia de Covid-19. Vários estudos sinalizaram o impacto da epidemia na relação saúde-trabalho-doença-adoecimento da força de trabalho nacional, na medida em que as modificações no processo de viver, adoecer e morrer dos(as) trabalhadores(as) foram inevitáveis. Estamos nos referindo à fração robusta do tecido social que responde pela cadeia produtiva dos numerosos territórios nacionais, estratificada entre uma parte que – sabemos – migrou dos planos de saúde para as unidades básicas de saúde e outra parte que, muito antes da chegada do novo coronavírus, já aguardava passivamente por uma integração efetiva e orgânica entre ESF e Vigilância à Saúde do Trabalhador.

É verdade que a pandemia inseriu a AB/SUS na cadeira de comando societário e estatal. Depois de quase 34 anos de luta, o SUS e a sua força de trabalho ganharam holofotes. Ações em seus diferentes níveis de complexidade, em vários contextos, começaram a adentrar os lares brasileiros por meio de pequenas mídias e grandes mídias corporativas. De um modo ou de outro, a sociedade apreendeu e, provavelmente, construiu sentidos sobre o trabalho de nossas unidades básicas, pois começou a qualificar diuturnamente a força de trabalho da AB como corajosa, generosa, altruísta, incansável linha de frente. Além disso, entrou em contato com conceitos da saúde pública; teve acesso ao processo histórico de nosso Programa Nacional de Humanização, conheceu algumas instâncias federativas e ferramentas epidemiológicas. Hoje, resta conhecer a Estratégia Saúde da Família.

Com a vitória do presidente Lula no segundo turno das eleições presidenciais de 2022, as urnas confirmaram que 50,9% da sociedade civil escolheu a democracia. Ao creditar a composição de seu Ministério da Saúde a pessoas comprometidas com a reconstrução do SUS, Lula gerou um terreno fecundo à incorporação de bases de um novo consenso *pari passu* com a desagregação da rede de consensos forjada à AB pelos governos de Temer e Bolsonaro. Um salto de qualidade, inundado de esperança, depois de seis anos de governos avessos ao SUS que, irmanados ao mercado, desmontaram o que levamos mais de uma década para conquistar: a ESF como modelo de APS. Ministério da Saúde, Frente Nacional de Prefeitos, Frente pela Vida, movimentos sociais organizados, universidades, conselhos de saúde, entidades militantes do SUS, podemos, juntos, nos fazer um partido/intelectual coletivo e despertar uma cultura política-pedagógica para reconduzir a ESF à condição de modelo fundante da AB para o SUS sonhado e conquistado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Façamo-nos um *organismo coletivo constituído de indivíduos, os quais formam o organismo na medida em que se deram, e aceitam ativamente, uma hierarquia e uma direção determinada* (26). Como sugestão de ponto de partida, poderíamos reaver o nosso débito histórico acumulado desde a promulgação da CF/88, que consiste na ausência de canais de comunicação com o sujeito coletivo do SUS: sociedade. Tratar-se-ia de um partido formado majoritariamente “pelo alto”, mas com a imagem-objetivo dirigida para as massas e nos moldes de uma transição de inspiração gramsciana, que dialoga com a construção histórica da Reforma Sanitária:

[O conjunto das classes subalternas] <sente> mas não compreende nem sabe; o [conjunto] intelectual <sabe> mas não compreende e principalmente não sente. O erro do intelectual consiste em acreditar que se pode conhecer sem compreender e sobretudo sem sentir e apaixonar-se, ou seja, que o intelectual pode sê-lo se distinto e separado do povo; não se faz história política sem paixão, isto é, sem estar sentimentalmente unido ao povo, isto é, sem sentir as paixões elementares do povo, compreendê-lo, isto é, explicá-lo [e justificá-lo] na situação histórica dada e ligá-lo dialeticamente às leis da história, ou seja, a uma concepção superior do mundo, elaborada cientificamente, o <conhecimento> (36).

E aqui, já finalizando, uma digressão: não seria possível concluir este texto sem me reportar ao professor, amigo e companheiro de trabalho Marco Aurelio da Ros, falecido recentemente. Marcão, tratamento carinhoso que o acompanhou durante toda a sua vida acadêmica, na Universidade Federal de Santa Catarina, na Universidade do Vale do Itajaí, nos serviços e em movimentos sociais organizados; militante fervoroso do MRS na representação do sul do país, de uma envergadura ímpar, mas sobretudo

um *sonhador/menino-homem*, dizia-me, em meus momentos de desesperança, ante o receio de desmonte da ESF, vividos desde 2017: *A sociedade usuária do SUS não o defende porque não o conhece; logo, não conhece a ESF.*

Algumas considerações

A Estratégia Saúde da Família foi conquistada para vir a ser um patrimônio nacional. Nos últimos seis anos, tornou-se refém de um sistema político avesso ao Sistema Único de Saúde.

Conquistada como política pública vinte anos depois da VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da luta da Reforma Sanitária por um sistema de saúde universal, descentralizado e com participação social, a ESF é o núcleo de uma política pública cujo desenho está em conformidade com as necessidades de saúde social do nosso país.

Com as Reformas Fiscal e Trabalhista e a revisão da Política Nacional de Atenção Básica, iniciativas do governo Temer, o horizonte de universalização da ESF como um fim público tornou-se mais que sombrio. A partir do governo Bolsonaro, a ESF passou a viver a sua mais dramática asfixia, em virtude de medidas de austeridade e deliberações oficiais, cujo fulcro convergiu para a instauração de um rápido processo de desassistência do cuidado longitudinal nos territórios de equipes de Saúde da Família.

O novo tempo, de retorno à democracia com a vitória do presidente Lula, poderá adensar a vontade coletiva, o que exige disposição para a ação, e abrir um espaço de disputa para a construção da hegemonia da ESF; caso contrário, o desenvolvimento do real hegemônico e dominado por frações (anti)ESF constituídas por entes federados alinhados ao capital privado, ávido pela atenção primária, continuará estampando a mercantilização da nossa APS. Um partido político, como um organismo coletivo composto por sujeitos coletivos defensores do SUS, abre-se como possibilidade.

REFERÊNCIAS

1. Santos IS, Vieira FS. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(7):2303-14.
2. Cruz WGN, Barros RD, Souza LEPP. Financiamento da saúde e dependência fiscal dos municípios brasileiros entre 2004 e 2019. *Ciênc. Saúde Colet.* 2022; 27(6):2459-69.
3. Casa Civil (BR). Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF); 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm [citado 2023 jan. 17].
4. Senado Federal (BR). Projeto de Lei da Câmara nº 38, de 2017. Reforma Trabalhista. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nºs 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036,

- de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília (DF); 2017. Disponível em: <http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/129049> [citado 2023 jan. 17].
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2436/GM/MS, 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). Brasília (DF); 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/250584.html> [citado 2023 jan. 17].
 6. Organização Pan-Americana da Saúde. Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/19-11-2018-mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil> [citado 2023 jan. 18].
 7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 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. Brasília (DF); 2019. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180> [citado 2023 jan. 18].
 8. Souza C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH 2003; 39:11-24.
 9. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF); 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html [citado 2023 jan. 17].
 10. Temporão JG, Santini LA, Santos ATC, Fernandes FMB, Zoss WP. Desafios atuais e futuros do uso da medicina de precisão no acesso ao diagnóstico e tratamento de câncer no Brasil. Cad. Saúde Pública 2022; 38(10): e00006122.
 11. Santos M. O espaço do cidadão. 7. ed. São Paulo: Edusp; 2007; 133.
 12. Lima R de CGS, Gripa DW, Prospero ENS, Ros MA da. Tutoria acadêmica do Projeto Mais Médicos para o Brasil em Santa Catarina: perspectiva ético-política. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(9):2797-805.
 13. Coutinho CN. O Conceito Gramsciano de “vontade coletiva”. In: Semeraro G, Oliveira MM de, Silva, PT da, Leitão SN, organizadores. Gramsci e os movimentos populares. Niterói: Editora UFF; 2011; 49.
 14. Santos NR dos. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. Ciênc. Saúde Colet. 2018; 23(6): 1729-36.
 15. Ministério da Saúde (BR). 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília (DF): MS; 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf [citado 2023 jan. 17].
 16. Casa Civil (BR). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília (DF); 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm [citado 2023 jan. 17].
 17. Souza C. Federalismo, desenho constitucional e instituições federativas no Brasil pós-1988. Rev. Sociol. Polit. 2005; 24:105-21.
 18. Arretche M. Continuidades e discontinuidades da federação brasileira: de como 1988 facilitou 1995. Dados 2009; 52(2):377-423.
 19. Fagnani E. Ajuste econômico e financiamento da política social brasileira: notas sobre o período 1993/1998. Economia e Sociedade 1999; 3:155-78.
 20. Mendes Á, Marques RM. O financiamento do SUS sob os "ventos" da financeirização. Ciênc. Saúde Colet. 2009; 14(3):841-50.
 21. Perez CFFM. Burocracia estável e o princípio da eficiência na Administração Pública brasileira. (Tese). Programa de Pós-Graduação em Direito. Universidade de São Paulo, São Paulo; 2016. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/2/2134/tde-03112016-223544/publico/TESE_CAIO.pdf [citado 2023 jan. 17].
 22. Berlinguer G. Questões de vida: ética, ciência, saúde. Salvador, São Paulo, Londrina: APCE, Hucitec, Cebes; 1993; 21.
 23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília (DF); 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html [citado 2023 jan. 17].
 24. Rizzotto MLF. O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90: um projeto de desmonte do SUS. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas; 2000: 214.
 25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da Saúde da Família no Brasil. Brasília: MS; 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf [citado 2023 jan. 17].
 26. Gramsci A. Socialismo e Cultura. In: Gramsci A. Escritos Políticos. Lisboa: Seara Nova; 1976; 81.
 27. Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. (Tese) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador; 2007. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PPGICS_Jairnilson%20Paim_Reforma%20Sanitaria%20Brasileira%20-%20Tese%202007.pdf [citado 2023 jan. 17].
 28. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo, Rio de Janeiro: Unesp, ed. Fiocruz; 2003.

29. Escorel S. Histórias das Políticas de Saúde no Brasil de 1994 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. 2008. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JCN, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008; 333-341.
30. Campos GWS, Pereira-Júnior N. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(9):2655-63.
31. Lacaz FAC. A (Contra) Reforma Trabalhista: lei 13.467/2017, um descalabro para a Saúde dos Trabalhadores. Ciênc. Saúde Colet. 2019; 24(3):680.
32. Poder Executivo (BR). Medida Provisória nº 890, de 1º de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. Brasília (DF); 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-890-de-1-de-agosto-de-2019-208356620> [citado 2023 jan.18].
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Previne Brasil: saiba como calcular os indicadores de pagamento por desempenho em 2022. Brasília (DF); 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/15956> [citado 2023 jan.18].
34. Seta MHD, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? Ciênc. Saúde Colet. 2021; 26(suppl 2):3781-6.
35. Luhmann N. La fiducia. Bologna: Il Mulino; 2002.
36. Gramsci A. Quaderni del cárcere. A cura di Valentino Gerratana. 3. ed. vol. 1. Torino: Einaudi; 2007: 451.

Como citar

Gabrielli Souza Lima, R. de C. (2024). Disputa pela Hegemonia da Estratégia Saúde da Família: um diálogo ético-político. *Revista Portal: Saúde E Sociedade*, 8(unico). <https://doi.org/10.28998/rpss.e02308011>



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado

Conflito de interesses

Sem conflito de interesse

Financiamento

Sem apoio financeiro

Revista Portal – Saúde e Sociedade

