

## O financiamento da Atenção Básica no Brasil: um balanço de duas décadas (2000-2020)

*The financing primary care in Brazil: a balance of two decades (2000-2020)*

Gustavo Farias Gomes<sup>1</sup>, Juliana Sampaio<sup>2</sup>, Carla Carolina da Silva Leite Freitas<sup>3</sup>, Matias Aidan Cunha de Sousa<sup>4</sup>, André Luis Bonifácio de Carvalho<sup>5</sup>

Artigo de Revisão

### RESUMO

Este artigo analisa o financiamento da Atenção Básica do Brasil entre 2000 e 2020 a partir de uma revisão integrativa das produções científicas disponíveis nas bases científicas eletrônicas BVS, SciELO e MEDLINE. Foram elegíveis artigos com acesso gratuito e situados no Brasil, excluindo duplicados e textos não científicos. Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados dez artigos, os quais foram submetidos à análise de conteúdo temática e organizados em duas categorias: (1) "Diferenças municipais no financiamento da Atenção Básica" e (2) "Financiamento tripartite da Atenção Básica". Os resultados apontam para diversas desigualdades no financiamento desse nível de atenção. Apesar do crescimento da participação federal, as transferências ocorreram por incentivos à adoção de programas federais que não alcançaram os municípios homoganeamente. Houve maior dependência das transferências federais em municípios pequenos e nas regiões Norte e Nordeste, além de baixa participação estadual no financiamento. Um dos limites do estudo foi não alcançar, pelo recorte temporal, estudos analisando os impactos das atuais políticas que agravaram o desfinanciamento da Atenção Básica, que provavelmente tem piorado o contexto apresentado e colocado ainda mais em risco a qualidade e preservação dela.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Básica. Financiamento. SUS.

### ABSTRACT

This article analyzes the primary healthcare financing in Brazil between 2000 and 2020. We conducted an integrative review of the scientific productions available in the electronic scientific databases BVS, Scielo, and MEDLINE in December 2020. After including articles undertaken in Brazil, with free access, and excluding duplicates and non-scientific texts, ten articles were selected. Those articles were submitted to Thematic Content Analysis and organized into two categories (1) "Municipal differences in the financing of Primary Care" and (2) "Tripartite Financing of Primary Care". The results of this review pointed out several inequalities in the financing of primary healthcare. Although federal participation in the budget has grown during the analyzed period, the transfers occurred due to incentives for the adoption of federal programs that did not reach the municipalities homogeneously. Compared to the South and Southeast, small municipalities in the North and Northeast regions had greater dependence on federal transfers. In addition, there was lower state participation in the overall financing in the North and Northeast regions. The main limitation of our review was not including studies published since 2021 analyzing the impacts of recent policies that aggravated the underfunding of primary healthcare in Brazil, which could have potentially worsened the results presented in this study and put primary healthcare quality and preservation even more at risk.

**KEYWORDS:** Primary Care. Financing. SUS.

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB) –  <https://orcid.org/0000-0003-0783-7965>

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB) –  <https://orcid.org/0000-0003-0439-5057>

<sup>3</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB) –  <https://orcid.org/0000-0002-4780-7640>

<sup>4</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB) –  <https://orcid.org/0000-0001-8800-6826>  [matiascunha0@gmail.com](mailto:matiascunha0@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB) –  <https://orcid.org/0000-0003-0328-6588>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa uma das maiores conquistas da população brasileira, e entre os vários desafios para sua consolidação, seu financiamento tem um importante destaque, marcado pela instabilidade, precariedade e ineficiência na disposição e alocação dos recursos, somadas à crescente demanda de novos investimentos<sup>1</sup>.

A Atenção Básica (AB), considerada a porta de entrada prioritária do sistema e ordenadora das redes de atenção, representa um dos níveis assistenciais com maior escala de atuação, articulando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com cuidado longitudinal e territorial<sup>2</sup>. Como resposta, ela tem apresentado diversos resultados positivos como a diminuição da mortalidade infantil, a redução de internações hospitalares a ela sensíveis, o aumento do acesso e continuidade do cuidado, o aumento da cobertura assistencial, entre outros. Por sua relevância, a AB vem passando por um longo processo de expansão, com cobertura chegando, em 2007, a 95% dos municípios brasileiros, com diferentes formas de consolidação, financiamento e gestão<sup>3</sup>.

Entretanto, a ampliação da AB é acompanhada pelo subfinanciamento e pelo, mais atual, desfinanciamento do sistema, o que tem representado um grande desafio para a garantia da qualidade e do acesso à saúde. Essa realidade é, em grande parte, decorrente de um contexto adverso no qual o SUS sempre esteve imerso desde a década de 1990, caracterizado por reformas, ajustes legislativos e estruturais, impostos por políticas de estabilização econômica de caráter neoliberal, com baixos repasses de recursos, tentativa de privatização do setor, segmentação no sistema e acentuada precarização do trabalho<sup>4</sup>.

Dado o grande desafio de garantir o acesso à saúde num país de dimensões continentais e demandas sociais e estruturais tão heterogêneas, o SUS produziu diversas estratégias de financiamento para implantar a AB de forma efetiva. Inicialmente, as transferências federais para esse nível de atenção eram baseadas na oferta de serviços, o que beneficiava municípios mais ricos, concentrados principalmente nas regiões Sul e Sudeste<sup>5</sup>. Essa lógica mudou após a Norma Operacional Básica (NOB) 96 e a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, em dois blocos: o PAB fixo, como componente per capita, ou seja, calculado a partir da população de cada município, e o PAB variável, como incentivo à implantação de programas específicos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>6</sup>. Essa norma, seguida de outras, objetivou dar mais autonomia à gestão municipal para executar a política da AB. No processo de fortalecimento da descentralização e municipalização da gestão em saúde, em 2001, foi aprovada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01, que ampliou o escopo da AB, dando maiores responsabilidades aos municípios

sobre a gestão à saúde<sup>7</sup>. Na sequência, foi criado o Pacto pela Saúde, de 2006<sup>8</sup>, que, entre outros objetivos, visou à radical descentralização da gestão em saúde, potencializando a amplitude das decisões bipartite, ou seja, entre os estados e seus municípios. E finalmente, em 2011, é aprovado o Decreto nº 7508<sup>9</sup>, que instaura as Redes de Atenção à Saúde, consagrando a AB como sua ordenadora e fortalecendo as instâncias de gestão e negociação intermunicipais (regionais e macrorregionais).

No tocante às responsabilidades dos três entes federativos (municípios, estados e governo federal) sobre o financiamento da saúde, a Emenda Constitucional (EC) nº 29, proposta em 2000, só foi regulamentada 12 anos depois pela Lei Complementar nº 141/12. Esta atribui a vinculação de recursos mínimos de cada esfera de governo para a saúde, sendo os municípios e os estados responsáveis pela aplicação de, no mínimo, 12% e 15%, respectivamente, da sua receita tributária e transferências constitucionais, e a União, por valor referente ao executado no ano anterior corrigido pela variação do PIB entre os anos<sup>10</sup>.

Apesar de estabelecida a responsabilidade financeira de cada esfera governamental, tentativas de desfinanciamento deste setor sempre colocaram em risco a manutenção do SUS. Esse quadro se agrava em 2016 com a aprovação da EC nº 95. Fruto de uma crise financeira e política no país, ela impôs um texto de investimentos para os próximos 20 anos, trazendo uma perspectiva de desfinanciamento do SUS, com redução de R\$ 9,2 bilhões de recursos do MS ainda em 2016<sup>11</sup>.

Especificamente no âmbito da AB, nesse mesmo período são realizados dois outros ataques. A nova Política de Atenção Básica de 2017 provoca fragilização, desterritorialização da equipe, bem como o não reconhecimento do papel dos Assistentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) na organização da AB, o que acentua a perspectiva biomédica da assistência, além da precarização das relações de trabalho<sup>12</sup>. O segundo ataque foi em 2019 com o Programa Previne Brasil que, entre outras modificações no repasse de recursos da AB, substitui o PAB (fixo e variável) por um modelo centrado na captação ponderada, ou seja, no cadastramento de usuários e na avaliação de desempenho e incentivos a estratégias e programas. Esse modelo de repasse ameaça a universalidade em detrimento da seletividade na atenção à saúde<sup>13</sup>.

Tal cenário de entraves para a consolidação da AB torna essencial uma sistematização de estudos sobre o financiamento desse nível de atenção, sobretudo no atual momento de subfinanciamento e desfinanciamento do setor. Nessa direção, este artigo objetiva analisar o financiamento da AB no Brasil nas últimas duas décadas (2000-2020), apontando suas principais características e desafios, que permitem compreender os reais riscos que a AB vem

enfrentando nas últimas décadas, mas que podem ficar ainda mais agudos nas que se seguirão.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, que se propõe a uma investigação subjetiva de fenômenos de cunho social, a partir da realização de uma revisão integrativa de literatura que permite a síntese de conhecimentos acerca de uma temática, congregando estudos com as mais diversas metodologias sem perder o rigor científico<sup>14</sup>.

Para tanto, foi definida como pergunta norteadora da revisão: “O que os artigos científicos discutem sobre o financiamento da AB no período de 2000 a 2020?”. Na sequência, foi definido a *string* de busca nos bancos de dados, a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e de operadores booleanos, como (“atenção primária à saúde” OR “atenção básica” OR “saúde da família”) AND (“financiamento”), selecionando o período da pesquisa entre os anos de 2000 e 2020.

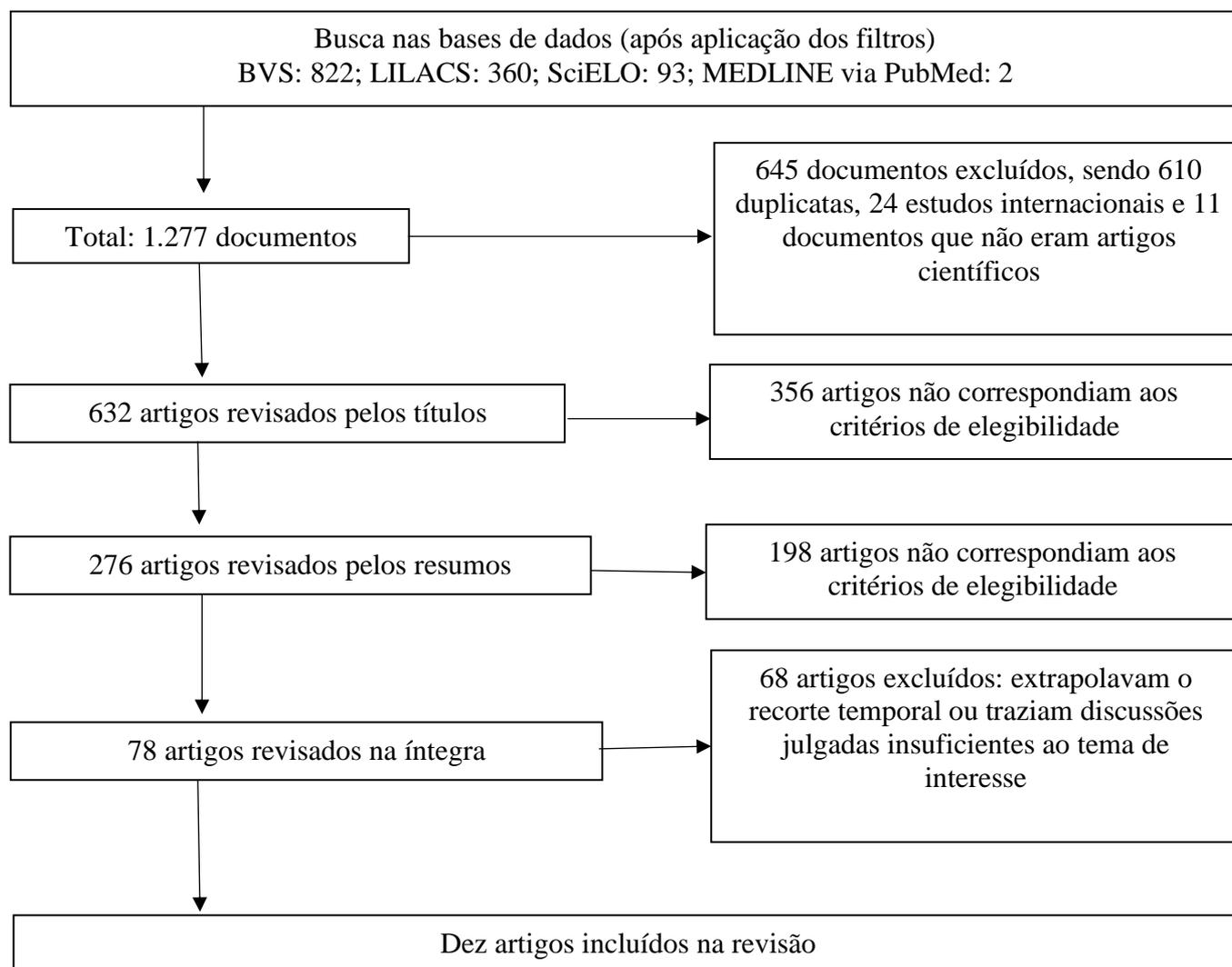
Após essa etapa, foram realizadas buscas, em dezembro de 2020, nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde Portal Regional (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) via PubMed e Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS). Apesar de a plataforma BVS incluir as demais bases de dados, preferiu-se incluí-las individualmente na busca, pois foram notadas diferenças nos resultados.

As buscas totalizaram 1.277 documentos, nas quais foram aplicados os seguintes critérios de exclusão: duplicatas, artigos que não fossem estudos primários, que não estivessem disponíveis na íntegra e que não abordassem estudos situados no Brasil. Diante disso, 610 documentos foram excluídos por estarem repetidos, 24 por serem estudos internacionais e 11 por não serem estudos primários (tais como resenhas, artigos de opinião, teses etc.), permanecendo, ao fim, 632 artigos. Vale destacar que, quanto aos repetidos, foram mantidos os artigos encontrados nas bases de dados que apresentaram maiores resultados, na seguinte sequência: BVS, LILACS, SciELO e MEDLINE via PubMed.

Findada essa etapa, procedeu-se com a leitura dos títulos dos 632 artigos, sendo incluídos aqueles que tratavam de financiamento da assistência à saúde ou mencionavam políticas, programas, ações ou serviços relacionados à AB, obtendo-se 276 textos, que passaram para a etapa da leitura de seus resumos, seguindo, ainda, os mesmos critérios de exclusão. Nessa etapa, foram excluídos 198 artigos, resultando em 78 artigos que foram lidos na íntegra. Destes, foram selecionados os que abordaram o financiamento da AB como foco de estudo, restando,

assim, dez artigos, os quais compõem o presente estudo. Todo o processo de seleção dos textos, sistematizado na Figura 1, foi realizado por dois revisores de forma independente, que, após findadas as etapas, compararam os seus resultados e resolveram os dissensos em discussão, lançando mão de um terceiro revisor quando necessário.

**Figura 1** – Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos



Fonte: elaborada pelos autores

A partir do banco produzido pela revisão integrativa, os dados foram organizados e sistematizados, através de planilha do programa Microsoft Excel®, elencando o perfil dessas produções quanto aos autores, ano de publicação, objetivo do estudo, período analisado, local de estudo, metodologia utilizada e principais resultados apresentados. Desses dados, especificamente sobre ano de publicação e local de estudo, foi realizada a técnica de análise bibliométrica<sup>15</sup>, quantificando os artigos selecionados nesses parâmetros a fim de se obter um melhor panorama da produção acadêmica revisada.

Para a interpretação dos resultados dos estudos selecionados, recorreu-se à análise de conteúdo do tipo temática, conforme propõe Bardin<sup>16</sup>. Para isso, os dez artigos passaram por três etapas: pré-análise, exploração do material e categorização dos resultados. Na primeira,

realizou-se uma leitura flutuante dos textos, no intuito de se apropriar do dito em cada artigo. No segundo momento, realizou-se uma leitura mais detalhada, com o objetivo de selecionar os aspectos referentes ao objetivo do presente estudo. Por último, realizou-se uma análise dos resultados encontrados, sendo estes organizados em categorias, a fim de compreender como se deu o financiamento da AB no Brasil no período de 2000 a 2020.

Diante disso, os resultados dos artigos selecionados foram organizados em duas categorias temáticas: (1) “Diferenças municipais no financiamento da AB” e (2) “Financiamento tripartite da AB”. Na primeira categoria temática, foi possível agrupar os resultados que tratavam sobre como diferentes características dos municípios e de expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) se associam a diferenças no financiamento da AB. Com isso, essa categoria temática foi ainda subdividida em três subcategorias: (1.1) “Desigualdade na expansão da ESF”, (1.2) “Capacidade financeira municipal” e (1.3) “Desigualdades regionais”. Já na segunda categoria temática, foram agrupados os resultados que tratavam da participação dos três entes federativos no financiamento da AB, majoritariamente o financiamento do ente federal, por meio das transferências para os municípios.

Por fim, vale salientar que esta pesquisa recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Além disso, este estudo contou com o apoio do Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão em Saúde (PPGMDS) do Centro de Ciências Exatas e da Natureza (CCEN) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A fim de facilitar a leitura dos resultados, os dez estudos foram organizados no Quadro 1, contendo as seguintes informações de cada artigo: autores/ano, objetivos do estudo, período de análise do estudo, principais resultados e abrangência do estudo, podendo este último ser municipal, estadual ou nacional.

**Quadro 1** – Síntese das características dos artigos

<b>Autores / ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período de análise</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Abrangência</b>
Costa (2016)	Analisar a APS nas metrópoles brasileiras.	2008 e 2012	Provisão apresenta crescimento inverso ao porte municipal.	Nacional
Castro e Machado (2010)	Analisar a implementação federal da APS no Brasil de 2003 a 2008.	1998 a 2008	Maior parte dos recursos destinados à média e alta complexidade, mas também aumento do orçamento para AB.	Nacional

(Continuação)

<b>Autores / ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período de análise</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Abrangência</b>
Portela e Ribeiro (2011)	Analisar a sustentabilidade econômico-financeira da ESF.	2000 a 2006	O Sudeste com melhores indicadores de sustentabilidade econômico-financeira. O Norte e o Nordeste com os melhores índices de "Margem de expansão do gasto per capita".	Nacional
Pinto (2018)	Analisar a destinação do orçamento público para a AB.	1996 a 2017	Aumento do PAB fixo até 2014, em seguida queda em torno de 22%. Crescimento do PAB variável na AB.	Nacional
David et al. (2015)	Analisar a eficiência da AB e averiguar possíveis disparidades em saúde.	2008 a 2010	O Nordeste com municípios mais eficientes na relação entre investimentos e desempenho. O Norte com municípios com baixo desempenho e altos investimentos. Os municípios mais estruturados são menos eficientes.	Nacional
Cabreira et al. (2018)	Associar PAB, fatores sociodemográficos e perfil epidemiológico com as despesas municipais em AB.	2006 a 2014	Foi observado que o PAB variável explicou 82% da oscilação das despesas médias em atenção primária à saúde entre os municípios do Rio Grande do Sul.	Estadual (RS)
Mendes et al. (2011)	Aplicar uma metodologia de alocação equitativa dos recursos federais.	2005	O Norte e o Nordeste deveriam receber um valor per capita do PAB fixo maior que a média nacional, enquanto o Centro-Oeste e o Sudeste deveriam receber um valor menor.	Nacional
Viana (2008)	Comparar os resultados entre os estudos sobre o financiamento da AB em municípios com mais de 100 mil habitantes do estado de São Paulo.	2005 a 2008	Nos municípios em que predomina a ESF, houve menor capacidade fiscal, menor despesa total com saúde, menor percentual de recursos próprios aplicados na saúde e maior percentual de transferências do SUS. Já os municípios cujo modelo não é centrado na ESF apresentaram maior capacidade fiscal, maior despesa total com saúde e maior percentual de recursos próprios aplicados na saúde.	Estadual (SP)

(Conclusão)

<b>Autores / ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Período de análise</b>	<b>Principais resultados</b>	<b>Abrangência</b>
Rosa e Coelho (2011)	Identificar, problematizar e avaliar a alocação dos recursos financeiros na AB de Santo Antônio de Jesus (BA) no ano de 2005.	2005	Baixo financiamento estadual e federal para a AB e predominância em investimentos com a média e alta complexidade no município de Santo Antônio de Jesus (BA).	Municipal
França Costa (2013) e	Determinar o perfil dos municípios selecionados para o Plano Brasil sem Miséria (BSM).	2004 a 2011	O peso dos impostos na formação da receita disponível dos municípios aumentou de acordo com a elevação do porte populacional. Paralelamente, observou-se maior dependência das transferências do SUS nos municípios menores.	Estadual (MG)

Fonte: elaborado pelos autores

A técnica de análise bibliométrica<sup>15</sup> aplicada nos artigos coletados durante a revisão aponta duas características que se destacam: uma quanto ao período de publicação dos estudos e outra sobre a abrangência dos estudos<sup>4</sup>.

Quanto ao período de publicação dos estudos, evidencia uma ausência de publicações até 2005 e a publicação de dois artigos entre 2005 e 2010, de cinco artigos entre 2011 e 2015 e de três artigos entre 2016 e 2018, não havendo novamente publicações entre 2018 e 2020. Observa-se aqui uma escassez de estudos em geral, principalmente nos primeiros anos de organização do financiamento do SUS e da não efetivação da EC nº 29/2000, que só viria a ser regulamentada em 2012. O maior pico de produção está entre 2011 e 2015, concomitante ao processo de aperfeiçoamento da AB por meio da segunda edição da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) de 2011 e implementação de programas importantes para o incremento de recursos para esse nível de atenção, como o Requalifica UBS<sup>17</sup>, o Programa Mais Médicos<sup>18</sup> e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)<sup>19</sup>. Destaca-se que, a partir de 2016, o país vivencia grande instabilidade política com um golpe parlamentar, resultando na assunção de um governo conservador, com perfil antidemocrático e ditatorial, seguido da pandemia de covid-19, que produziu muita insegurança no cenário sanitário, econômico, político e social do país e que pode ter repercutido negativamente com a produção científica sobre o tema.

Quanto à abrangência do estudo, seis analisaram todo o território brasileiro, três foram estudos de âmbito estadual (Rio Grande do Sul, São Paulo e Minas Gerais) e apenas uma análise municipal, na cidade de Santo Antônio de Jesus, na Bahia. Quanto a isso, observa-se

uma escassez de estudos que avaliem as realidades municipais, que poderiam contribuir para entender melhor os impactos do financiamento da AB, já que é no município que se efetiva a gestão desse nível de atenção.

Seguindo a análise de conteúdo temática dos resultados encontrados nos dez artigos que compuseram esta revisão de literatura, foi possível produzir duas categorias de análise, descritas a seguir.

## **Categoria 1: diferenças municipais no financiamento da AB**

### Subcategoria 1.1: desigualdade na expansão da ESF

A estratégia principal do governo federal na década de 1990 foi expandir a cobertura populacional da AB através do Programa Saúde da Família (PSF) que, posteriormente, ganhou status de ESF. Esse modelo se expandiu nas décadas subsequentes com um aumento da cobertura populacional e do aporte financeiro para a AB, refletindo na qualidade da assistência à população com redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária<sup>20</sup> e da mortalidade infantil<sup>21</sup>. Todavia, as evidências mostram que a expansão da ESF não ocorreu de forma homogênea no território nacional.

Municípios de menor porte apresentaram melhores índices de provisão de equipes de saúde da família e de cobertura populacional quando comparados aos municípios de maior porte<sup>22,23</sup>. Na verdade, David *et al.*<sup>24</sup> expõem que os municípios brasileiros com piores índices em características socioeconômicas, de infraestrutura em saúde e de condição de saúde apresentaram melhores coberturas de ESF, enquanto os municípios com os melhores índices apresentaram piores coberturas. Na discussão dos dados, os autores caracterizam esses municípios com os melhores índices como os grandes centros urbanos.

O fator comum elencado para esse fenômeno é o alto gasto dos municípios de grande porte em ações e serviços de saúde<sup>22</sup>, principalmente no tocante aos investimentos referentes à Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC)<sup>24,25</sup>. França e Costa<sup>23</sup> identificam, no estado de Minas Gerais, a preponderância dos investimentos em MAC nos municípios com mais de 100 mil habitantes.

Portela e Ribeiro<sup>26</sup> destacam, ainda, a baixa adequação às metas do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) na região Sudeste, em especial nas grandes capitais com investimentos elevados em níveis de atenção especializada, que competiam com os investimentos na AB. Ademais, é apontado por esses autores que, entre os municípios brasileiros com população maior que 100 mil habitantes, aqueles com população entre 100 mil e 500 mil apresentaram maiores médias de cobertura da ESF no período de 2000 a 2006, apesar

de terem apresentado coberturas aquém das metas do PROESF, já que elas eram maiores para municípios menores.

Em suma, a cobertura da ESF seguiu um padrão de crescimento inverso ao tamanho do município, e, como mencionado, o fator comum elencado para o fenômeno são os altos investimentos das grandes cidades com os níveis de atenção de maior complexidade tecnológica. Esse investimento compete com os recursos necessários para uma implantação mais efetiva da ESF nesses municípios.

#### Subcategoria 1.2: capacidade financeira municipal

Nessa subcategoria, agrupamos os resultados que observaram as diferenças entre os municípios no financiamento e nos investimentos municipais com a AB de acordo com a capacidade do município de financiar a política da AB.

Em nível estadual, França e Costa<sup>23</sup> analisaram o financiamento da AB nos municípios selecionados para o Plano Brasil sem Miséria em Minas Gerais — programa social do governo federal lançado em 2011 que objetivou a superação da extrema pobreza no Brasil até 2014 mediante a garantia de renda e a inclusão social e produtiva — durante o período de 2004 a 2011. No estudo, foi observado que o peso dos impostos na formação da receita disponível dos municípios aumentou de acordo com a elevação do porte populacional e que, nos municípios dos estratos populacionais mais elevados, o aumento de cobertura da ESF se deu, sobretudo, pelos recursos da receita municipal disponível, enquanto os municípios de menor porte utilizaram com mais intensidade as transferências do SUS para o mesmo fim.

Dessa forma, municípios menos populosos se mostraram mais dependentes de transferências constitucionais, legais para a execução de suas políticas públicas e, entre elas, suas políticas de saúde. O estudo analisa dois indicadores:

- A Despesa Potencial em Saúde Per Capita (DPSPC), que representa a soma entre os 15% da receita própria do município per capita, os 15% das transferências constitucionais per capita e as transferências do SUS per capita. Em outras palavras, representa o potencial de despesa em saúde do município.
- A Margem de Expansão do Gasto Per Capita (MEGPC), que é a diferença entre o DPSPC e o gasto atual em saúde per capita, expressando, assim, um valor de expansão de investimentos ainda possível no setor.

Dessa forma, o estudo demonstra que municípios com mais de 100 mil habitantes tinham maior potencial de despesas e menor margem de expansão.

Viana<sup>25</sup> apresenta um estudo em nível estadual de municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes e que procura analisar a relação entre o padrão de financiamento, os

investimentos municipais e a situação da AB desses municípios no período de 2005 a 2008. Os municípios em que predomina a ESF apresentaram menor capacidade fiscal, menor despesa total com saúde, menor percentual de recursos próprios aplicados na saúde e maior percentual de transferências do SUS. Já os municípios cujo modelo não é centrado na ESF apresentaram maior capacidade fiscal, maior despesa total com saúde e maior percentual de recursos próprios aplicados à saúde. Os municípios do grupo com elevada participação de procedimentos especializados demonstraram capacidade fiscal acima da média e percentual de transferências do SUS abaixo da média.

Nessa mesma direção, Portela e Ribeiro<sup>26</sup> apresentam uma análise sobre a sustentabilidade econômico-financeira da ESF dos municípios com porte populacional maior que 100 mil habitantes, no período de 2000 a 2006. No estudo, a sustentabilidade econômico-financeira é entendida como a capacidade do município de arcar financeiramente, num futuro próximo, com os compromissos políticos e econômicos definidos para a AB. É mencionado que, entre os municípios analisados, aqueles com população entre 100 mil e 500 mil habitantes apresentaram menores médias de participação da receita de impostos na receita total do município. Contudo, ao se observar o indicador percentual da receita própria aplicada à saúde, os municípios com população de 100 mil até dois milhões de habitantes obtiveram médias maiores que os centros urbanos com mais de dois milhões de habitantes. Os autores destacam como estes obtiveram a maior evolução das médias do indicador DPSPC entre 2000 e 2006, ou seja, foram os municípios que mais conseguiram agregar potencial em investimentos com ações e serviços em saúde.

A relação entre investimentos municipais e desempenho da AB também aparece nos estudos de David et al.<sup>24</sup> e Viana<sup>25</sup>. Neste, os municípios paulistas com população maior que 100 mil habitantes que não possuem integralidade nem acesso universal têm menor despesa total com saúde por habitante/ano, percentual mais baixo de recursos próprios aplicados na saúde e percentual mais baixo de transferências do SUS sobre a despesa total com saúde. Aqueles que apresentam integralidade *ou* acesso universal possuem maior capacidade fiscal, maior despesa total com saúde e percentual mais alto de recursos próprios aplicados à saúde. Por último, os municípios com integralidade e acesso universal apresentam menor capacidade fiscal e maior participação das transferências do SUS na despesa total com saúde.

Já no estudo de David et al.<sup>24</sup>, os municípios brasileiros foram avaliados entre 2008 e 2010 a partir de uma categorização em grupos homogêneos segundo características socioeconômicas, de infraestrutura em saúde e de condição de saúde. Foram seis grupos, sendo o grupo homogêneo 1 (GH 1) composto pelos municípios com melhores índices nas três características mencionadas, e o grupo homogêneo 6 (GH 6), pelos municípios com os piores índices. A relação entre os grupos homogêneos e o tamanho dos municípios não é clara, no

entanto, David et al.<sup>24</sup> citam os municípios do grupo com os melhores índices (GH 1) como grandes centros urbanos. Os autores identificam que o grupo dos municípios com os piores índices (GH 6) apresentou o maior número de municípios considerados eficientes na relação gasto e desempenho quando comparado aos demais grupos (43,12% dos municípios apresentaram alto Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária — IDSUS-AP — e baixo gasto na AB). Por outro lado, o grupo de municípios com médio índice de desenvolvimento econômico, médio índice de condição de saúde e baixo índice de estrutura do sistema de saúde (GH 3) apresentou a maior frequência de municípios ineficientes (baixo IDSUS-AP e alto gasto).

A desigualdade apontada pelo tamanho dos municípios mostrou que os municípios brasileiros grandes possuem maior capacidade tributária e, portanto, dependem menos das transferências do SUS para financiarem a AB quando comparados aos municípios menores. Os municípios de maior porte também apresentaram os menores investimentos na ESF. Provavelmente, associa-se a isso, somado à presença da MAC nesses municípios, o fato de que a adoção do ESF significava a adição de incentivos financeiros mediante o PAB variável, ou seja, municípios que dependiam menos desse incentivo parecem ter menor disponibilidade e interesse em expandir a ESF. Ainda sobre esse tema, observou-se que, mesmo com maior capacidade de arcar com os compromissos financeiros da assistência à saúde, os municípios de maior porte obtiveram um desempenho e eficácia menor na assistência na AB quando comparados aos municípios de menor porte.

### Subcategoria 1.3: desigualdades regionais

Foram observadas diversas disparidades regionais no financiamento da AB. As regiões Norte e Nordeste receberam os maiores valores per capita de transferências federais para a AB nos períodos de 1998 a 2006<sup>27</sup> e 2008 a 2010<sup>24</sup>. Já as regiões que receberam os menores valores per capita das transferências federais foram a região Centro-Oeste durante o período de 1998 a 2006<sup>27</sup> e a região Sudeste entre 2008 e 2010<sup>24</sup>.

Há um aumento significativo das transferências para as regiões Norte e Nordeste a partir de 2003 e, como razão para isso, são considerados o reajuste dos valores do PAB fixo e variável e o financiamento diferenciado aos municípios mais pobres que se concentram nessas regiões<sup>27</sup>. Nesse sentido, Castro e Machado<sup>27</sup> ressaltam, em sua análise da regulamentação da AB, a ênfase nos incentivos a compensações regionais nas normas estabelecidas localmente no período entre 2003 e 2005.

A necessidade de equidade no repasse de recursos para essas regiões é observada também no estudo de Mendes et al.<sup>28</sup>. Para tal, os autores propõem um fator equitativo, isto é,

um elemento numérico com a finalidade de corrigir o valor médio per capita das transferências federais da AB (valor total das transferências federais dividido pela população brasileira no ano de 2005) de acordo com as necessidades socioeconômicas e sanitárias e a capacidade de se autofinanciar de cada município, garantindo equidade. Ao propor uma nova metodologia alocativa dos recursos federais para AB, os autores constataram que em todos os estados das regiões Norte e Nordeste deveria haver uma média de PAB per capita superior à média nacional para 2005. Em contraposição, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste (com exceção do estado de Goiás), deveria haver uma média de PAB per capita menor que a média nacional para o mesmo ano. Dessa forma, os autores concluem que o princípio equitativo observado na metodologia proposta não difere tanto do que foi executado pelo MS no ano de 2005.

À parte da análise regional, David et al.<sup>24</sup> também observam equidade nas transferências entre os grupos homogêneos, sendo que o GH 1 (municípios com os melhores índices nas características estudadas) recebeu um valor per capita médio de R\$ 27,38, e o GH 6 (aqueles com os piores índices), de R\$ 67,07.

Em relação aos investimentos per capita na AB e à execução das transferências federais, David et al.<sup>24</sup> apontam que nas regiões Norte e Nordeste houve os menores investimentos per capita e a maior inexecução desses recursos. Já as regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram os maiores valores para os investimentos per capita e a maior porcentagem de municípios que executaram o valor total entre 2008 e 2010, sendo que a região Sudeste segue um pouco atrás com valores próximos a essas regiões<sup>24</sup>.

Outra análise realizada pelos autores foi em relação à eficiência dos municípios, identificando que a região Nordeste teve o maior número de municípios eficientes (47,66%) — isto é, baixos investimentos e alto desempenho de acordo com IDSUS-AP — e menor número de municípios ineficientes (5,61%) — altos investimentos e baixo desempenho — entre as demais regiões. Na direção oposta, a região Centro-Oeste apresentou o maior número de municípios ineficientes (15,09%). Nacionalmente, a maior parte dos municípios foi considerada eficiente (44,7%), e o percentual de municípios ineficientes foi 8,72%.

Concernente à capacidade dos municípios de arcar com os próprios custos, Portela e Ribeiro<sup>26</sup> observam que a região Sudeste apresentou as maiores médias para o indicador “Participação da receita de impostos na receita total do município” e, provavelmente por conta dessa capacidade fiscal, também apresentou maiores médias para os indicadores “percentual da receita própria aplicada à saúde”, “adequação à EC 29” e “despesa potencial em saúde per capita” (DPSPC). Apesar da alta média desse último indicador, o indicador “margem de expansão do gasto per capita” (MEGPC) apresentou o menor valor médio. Para esses autores, uma baixa MEGPC pode ser compreendida como um indicador favorável, já que o município apresentaria investimentos já acima do seu potencial. No extremo oposto, as regiões Norte e Nordeste foram

as que apresentaram os menores valores médios para os indicadores de sustentabilidade econômico-financeira, com exceção do indicador MEGPC, para o qual obtiveram as maiores médias, já que essas regiões apresentaram as menores despesas totais em saúde por habitante.

Portanto, essa subcategoria temática permite inferir que os municípios do Norte e do Nordeste foram os que apresentaram menor capacidade tributária, maior dependência financeira das transferências federais, mas também obtiveram maior eficiência na relação desempenho e investimentos.

## **Categoria 2: financiamento tripartite da AB**

Em relação ao financiamento federal, dois artigos observaram o aumento da participação federal no financiamento da AB nas últimas duas décadas. Castro e Machado<sup>27</sup> expõem, primeiramente, na análise da regulamentação referente ao financiamento federal da AB que houve redução na execução direta de ações e serviços em saúde por parte da esfera federal e ênfase no papel federal de regulação e financiamento de políticas específicas. Além disso, são apresentados dados que mostram um aumento progressivo dos valores per capita das transferências federais entre 1998 e 2001 e a partir de 2003 até 2006, sendo que o PAB fixo obteve uma evolução oscilatória, enquanto o PAB variável, sobretudo os recursos referentes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e ao PSF, demonstrou crescimento constante de 1998 a 2006, ultrapassando os valores do PAB fixo em 2005. Em concordância com esses autores, Mendes et al.<sup>29</sup> apontam que os repasses federais respondem pela maior participação dentre as esferas, ressaltando que isso condiciona a adesão de programas do governo federal. No entanto, afirmam que, ainda assim, ocorre o subfinanciamento do sistema, o que interfere na proposta de integralidade e equidade da AB.

Dois estudos<sup>25,30</sup> evidenciam que parte dos repasses federais ocorre de maneira discricionária e sofre influências políticas. É apontado por Pinto<sup>30</sup> que, em 2017, quase dois bilhões de reais do PAB fixo foram executados em emendas parlamentares com critérios discricionários e mais relacionados a negociações políticas do que às necessidades da política de AB. Viana<sup>25</sup> destaca que os gestores paulistas citaram a importância da articulação política dos gestores municipais com a esfera estadual e federal na efetivação dos repasses financeiros. Foi referido que municípios alinhados politicamente com as demais esferas obteriam as transferências mais facilmente.

Pinto<sup>30</sup> também aponta esse crescimento do PAB variável ao longo do período de 2002 a 2017, principalmente pelos repasses referentes à ESF. Entretanto, são destacados o Programa Mais Médicos e o PMAQ-AB que, somados, compuseram 35% do PAB variável em 2014. Quanto

ao PAB fixo, o artigo afirma que no quadriênio 1999-2002 não houve reajuste apesar de a inflação acumulada ter atingido 40,3%.

Nesse aspecto, Castro e Machado<sup>27</sup> apontam que houve três reajustes no PAB fixo entre 2003 e 2008, citando como importante alteração a inclusão da população de assentados em seu cálculo. Pinto<sup>30</sup> continua afirmando que entre 2003 e 2014 houve um aumento do PAB fixo acima da inflação, mas insuficiente para recuperar o valor previsto em 1998. No quadriênio 2011-2014 houve o maior aumento real do valor per capita (7,3%). Essa evolução foi capaz de corrigir a desvalorização para 70% dos municípios do país. Contudo, 2017 acumulou nova desvalorização de 22% que contrapõe a conquista do período anterior.

Outro componente importante citado no financiamento federal da AB foi a criação do Bloco de Investimentos no SUS com a inclusão do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e o Requalifica - UBS, que, em 2014, somaram valores em transferências de 1,54 bilhões de reais (corrigidos para a inflação de dezembro de 2017 pelo IPCA)<sup>30</sup>.

A predominância e importância do PAB variável no financiamento da AB é ressaltada por Cabreira et al.<sup>31</sup>, que exploram a associação entre componentes do PAB fixo e variável, fatores sociodemográficos e perfil epidemiológico com as despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul entre 2006 e 2014. Observou-se que o PAB variável explicou 82% da oscilação das despesas médias na AB, isto é, as diferenças de investimentos entre os municípios se dão pelo PAB variável predominantemente.

No entanto, diversos artigos apontam problemas na predominância dos incentivos pelo PAB variável<sup>25,27,28,30,32</sup>. Os repasses desse PAB, apesar de importantes para a evolução da AB, limitaram a autonomia municipal ao induzir o desenvolvimento de programas a partir de diretrizes federais e uniformes que, muitas vezes, não consideraram as demandas particulares em saúde de cada município.

Ademais, apesar do aumento do financiamento na AB, o financiamento federal da MAC foi preponderante. Castro e Machado<sup>27</sup> mostram, em nível nacional, que, durante o período de 1998 a 2006 a MAC apresentou valores per capita muito superiores aos da AB, com uma evolução oscilatória, porém ascendente, sobretudo entre 2002 e 2004. Viana<sup>25</sup> destaca que dentre os sete municípios paulistas, participantes do estudo, apenas em dois houve prevalência de transferências federais para a AB, sendo que nos demais prevaleceram as transferências destinadas à MAC. Rosa e Coelho<sup>32</sup> evidenciaram isto em um município baiano, indicando a disparidade de investimentos entre as atividades da atenção básica e as atividades de média e alta complexidades, em que estas apresentaram investimentos quase oito vezes maiores do que aquelas.

Em relação ao ente estadual, três artigos<sup>25,30,32</sup> mencionaram a baixa participação do estado no financiamento da AB. Pinto<sup>30</sup> apresenta a participação estadual como pequena,

representando apenas 9% do financiamento global e que é irregular, heterogênea e feita por mecanismos convencionais e discricionários. Rosa e Coelho<sup>32</sup> constatam, ao analisar as fontes de financiamento de um município da Bahia em 2005, uma participação da esfera estadual de apenas 1% no financiamento da AB. Viana<sup>25</sup> também destaca esse aspecto quando descrevem as entrevistas realizadas com gestores de sete municípios paulistas com mais de 100 mil habitantes. Todos os gestores entrevistados afirmaram a baixa participação do estado no financiamento do sistema de saúde local.

Além disso, esses três artigos<sup>25,27,32</sup> afirmam o subfinanciamento federal da AB. Nesse sentido, Rosa e Coelho<sup>32</sup>, constatando o baixo financiamento tanto federal quanto estadual, no município baiano, afirmam que o financiamento da AB recaiu, sobretudo, ao ente municipal. Pinto<sup>30</sup> também afirma isso na discussão dos seus resultados. É mencionado um dado que demonstra que, apesar do aumento da participação da União no financiamento da AB, 50% do financiamento da política recaiu no orçamento dos municípios em 2014. David et al.<sup>24</sup>, por sua vez, apresentam dados que comparam o gasto médio com a AB e o valor das transferências federais no período de 2008 a 2010. A região Norte aplicou 1,45 vez o valor transferido, enquanto a região Sul aplicou 3,34 vezes, o que denota a contrapartida municipal e estadual e a capacidade de investimentos na AB dessas regiões.

Em suma, observou-se o aumento da participação federal no financiamento da AB, contudo, ainda de forma insuficiente para a consolidação da política. Quanto ao processo de descentralização almejado pelo governo federal desde a década de 1990, a esfera federal se demonstra errática ao colocar grande ônus no orçamento dos municípios e limitar suas autonomias na expansão da AB. O financiamento da AB recaiu significativamente sobre o orçamento dos municípios, levando em conta também a baixa participação estadual e, somado a isso, a predominância do PAB variável no financiamento federal, que limitou a autonomia dos municípios ao estabelecer programas a serem adotados de forma homogênea pelo país, desrespeitando muitas vezes as particularidades de cada município. A predominância do financiamento da MAC pelo governo federal também leva a questionar a prioridade que é anunciada para a AB no SUS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O financiamento da AB apresenta desigualdades e, apesar de suas conquistas, tem dificuldades de se consolidar em meio a um cenário de subfinanciamento, desde sua origem, e de desfinanciamento sucessivo ao longo dos últimos anos, sobretudo com a EC nº 95, a PNAB de 2017 e o Programa Previne Brasil de 2019. A produção científica do período revisado retratou como a evolução da AB foi sustentada por um financiamento desequilibrado entre as esferas

governamentais, as regiões do país e os municípios. O financiamento federal crescente ocorreu principalmente por incentivos que não conseguiram alcançar efetivamente a heterogeneidade dos municípios brasileiros, seja por suas capacidades financeiras, seja por suas demandas locais particulares. A descentralização da AB, somada à baixa participação estadual nos repasses, fez com que o financiamento recaísse majoritariamente sobre a esfera municipal. Esta revisão reuniu, afinal, estudos de abrangência local e nacional, os quais abordaram distintas faces do assunto nessas duas décadas, que, no entanto, alinharam-se em conjunto para a construção de uma possível síntese do cenário passado do financiamento da AB no Brasil.

Em síntese, esta pesquisa atingiu seus objetivos ao revisar os artigos que tratavam do financiamento da AB entre o período de 2000 a 2020. Reconhece-se que há uma limitação do período de análise até 2018 entre os artigos revisados, apesar de esta pesquisa objetivar uma revisão até 2020, o que não a torna sensível para analisar o financiamento após EC nº 95, a PNAB 2017 e o Programa Previner Brasil 2019. Isso porque os estudos da avaliação dessas políticas ainda estavam sendo realizados e/ou em fase de publicação. Ademais, em muitos estudos há restrição quanto a dimensão do local da análise dos dados, centrando sua maioria em estudos de abrangência nacional. Diante disso, destaca-se a importância de estudos futuros para análises do financiamento em esfera municipal em diversas cidades do país.

Apenas dez artigos compuseram a revisão, o que demonstra certa escassez de artigos científicos disponíveis gratuitamente que tratam do tema em questão. Análises do financiamento da AB prevalecem em estudos que não são artigos científicos, como dissertações, teses, editoriais e ensaios. Com isso em vista, recomenda-se mais produções de estudos em artigos científicos nesse tema para que haja maior volume de dados primários no campo científico, possibilitando uma integração maior e melhorada do conhecimento da área.

Diante disso, mesmo com as limitações ora citadas, este estudo permite contribuir no campo da Saúde Coletiva ao explorar o financiamento da AB, majoritariamente antes das políticas de desfinanciamento do SUS. Lançar luz sobre esse período permite, futuramente, entender como tais estratégias de subfinanciamento e desfinanciamento impactaram a AB ao comparativamente analisar a AB pré-políticas de desfinanciamento, como descreveu este estudo, e a AB pós-políticas de desfinanciamento, como indicação de estudos futuros.

## REFERÊNCIAS

1. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde Debate*. [Internet]. 2017 mar. 01 [acesso em 2020 dez. 1];41:118-137. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S10>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/n9JDgQMH5DTxsLTwpm9Gtw/abstract/?lang=pt>

2. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [acesso em 2021 jul. 30]. Disponível em: [http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete\\_-do\\_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017](http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete_-do_-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017).
3. Miranda GMD, Mendes A da CG, Silva ALA da. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. Saúde Soc.[Internet]. 2017 jun. [acesso em 2020 dez. 2]; 26(2):329–335. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/89Dyb8NphHWYmPhnzNnnTGG/abstract/?lang=pt>
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev. bras. Enferm [Internet]. 2013 set. [acesso em 2021 jul. 2]; 66(1):158-164. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXFMjC6z/?lang=pt>
5. Piola SF, Servo LMS, Sá EB, Paiva AB. Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde. Vol 4. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996. Aprovar, nos termos do texto anexo a esta Portaria, a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema [Internet]. Diário Oficial da União. 6 nov. 1996 [acesso em 2021 jul. 1]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios [Internet]. Diário Oficial da União. 27 jan. 2001 [acesso em 2021 jul. 2]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)
8. Brasil. Ministério da Saúde. 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 [Internet]. Diário Oficial da União. 23 fev. 2006 [acesso em 2021 jul. 3]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)
9. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 29 jun. 2011 [acesso em 2021 jul. 3]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) [Internet]. Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil. 22 out. 2011 [acesso em 2021 jul. 1]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
11. Menezes AP do R, Moretti B, Reis AAC dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate. [Internet].

- 2019 dez. [acesso em 2021 mar. 10]; 43(spe5):58–70. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWPt/?lang=pt>
12. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. [Internet]. 2018 jan. [acesso em 2020 dez. 3]; 42(116):11–24. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>
  13. Seta MH de, Ocké-Reis CO, Ramos ALP. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2021 [acesso em 2021 jul. 4]; 26(2): 3781–6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YDNxWmxtzxsfhTgn9zjcrhC/>
  14. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. [Internet]. 2005 dez. [acesso em 2020 dez. 10]; 52(5): 546–553. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
  15. Guimarães JR, Santos RT dos. Em busca do tempo perdido: anotações sobre os determinantes políticos da crise do SUS. *Saúde Debate*. [Internet]. 2019 [acesso em 2021 ago. 7]; 43(set): 219–233. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042019001300219&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001300219&tlng=pt)
  16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Vol. 6. São Paulo: Edições 70; 2016.
  17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013. Redefine o componente construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) [Internet]. *Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil*. 22 out. 2011 [acesso em 2021 jul. 1]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340\\_04\\_03\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html)
  18. Brasil. Lei nº 12.877, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [internet]. *Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil*. 22 out. 2011 [acesso em 2021 jul. 1]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm)
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde mais perto de você: acesso e qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 55p. [acesso em 2021 jul. 1]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>
  20. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2018 jun. [acesso em 2021 jul. 1]. 23(6):1903–14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>
  21. Ceccon RF, Bueno ALM, Hesler LZ, Kirsten KS, Portes V de M, Viecili PRN. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998-2008. *Cad. saúde colet*. [internet]. 2014 jun. [acesso em 2021 jul. 1]; 22(2):177–83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/RTyPBBmK7MRLztQLKxjyzFw/abstract/?lang=pt>
  22. Costa NR. A Estratégia de saúde da família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2016 [acesso em 2019 jun. 11]; 21(5):1389-1398. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KJ79DbSz86MrZtZsXmWmmTc/abstract/?lang=pt>
  23. França JRM de, Costa N do R. Plano Brasil sem Miséria: a frágil receita disponível dos municípios de Minas Gerais para a proposta de custeio da Atenção Básica. *Physis (Rio J.)*. [Internet]. 2013 dez. [acesso em 2021 jul. 1]; 23(4):1229–55. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/sKndmv9YZ8YKzDJDMyfHqF/?lang=pt&format=html>

24. David GC, Shimizu HE, Silva EN da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. *Saúde Debate*. [Internet]. 2015 dez. 1 [acesso em 2021 jul. 1]; 39(spe):232–45. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ymJmXHJs9sqKW4xwMKMpXJk/abstract/?lang=pt>
25. Viana AL d'Ávila. Financiamento da saúde: impasses ainda não resolvidos. *Trab. Educ. Saúde*. [Internet]. 2008 [acesso em 2021 jul. 1]; 6(3):599–612. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/V8pkyjf6M6h3TfRmGyRvKTC/abstract/?lang=pt>
26. Portela GZ, Ribeiro JM. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2011 [acesso em 2019 jun. 11]; 16(3):1719-1732. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fJmC7nFqY6VQm5wGC5PzwJM/abstract/?lang=pt>
27. Castro ALB de, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2010 abr. [acesso em 2021 jul. 1]; 26(4):693–705. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/nKfWbLqwxPYNqGpR9whw7Gn/?lang=pt>
28. Mendes Á, Leite MG, Marques RM. Discutindo uma metodologia para a alocação equitativa de recursos federais para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Soc*. [Internet]. 2011 set. [acesso em 2021 jul. 1]; 20(3):673–90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/DvGnPMYFQkb6sbZY3CjCfvQ/abstract/?lang=pt>
29. Mendes Á, Carnut L, Guerra LD da S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. [Internet]. 2018 set. [acesso em 2021 jul. 1]; 42(spe1):224–43. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvrBmBzh4CJXdXBJDh/?format=pdf&lang=pt>
30. Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017. *Saúde Redes*. [Internet]. 2018 jul. 16 [acesso em 2021 jul. 1]; 4(1):35–53. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1795>
31. Cabreira F da S, Ritter F, Aguiar VR, Celeste RK. Despesas municipais em atenção primária à saúde no Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo ecológico. *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2018 [acesso em 2021 jul. 1]; 34(12). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/P77JZWzg3ZJwmGVDCHWtRSB/abstract/?lang=pt>
32. Rosa MRR, Coelho TCB. O que dizem os gastos com o Programa Saúde da Família em um município da Bahia? *Ciênc. Saúde Colet*. [Internet]. 2011 mar. [acesso em 2021 jul. 1]; 16(3):1863–73. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sxFvKmVdJ7wxTgTP5JLqTyJ/?lang=pt>.

Artigo recebido em novembro de 2022

Versão final aprovada em novembro de 2023