

O financiamento federal da Atenção Primária à Saúde: modelos, desafios e potencialidades

Federal funding of Primary Health Care in Brazil: Models, challenges, and potentialities

Michelle Fernandez¹, Renato Tasca², Dirceu Ditmar Klitzke³, Elisandrée Sguario Kemper³, Carlos Pilz³, Bárbara Maia⁴, Gabriela Formoso³

DOI: 10.1590/2358-2898202614810924P

RESUMO O artigo tem como objetivo analisar as transformações no cofinanciamento federal da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, de 1991 a 2024, com foco nos modelos adotados e suas implicações para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Analisaram-se os diferentes modelos de cofinanciamento federal, destacando a nova proposta de financiamento, apresentada em 2024. Realizou-se pesquisa documental, que permite a sistematização de fontes oficiais, normativas e institucionais com vistas a compreender a evolução histórica e os marcos regulatórios do cofinanciamento federal da APS. Como resultado, o artigo destaca as diversas mudanças no cofinanciamento ao longo do tempo e aponta como o modelo apresentado em 2024 busca conciliar previsibilidade orçamentária com indução de boas práticas, além de valorizar a equidade na alocação de recursos por meio da criação do Índice de Equidade e Dimensionamento (IED), que combina o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) ao porte dos municípios. Por fim, este estudo indica que o novo modelo representa um avanço no alinhamento entre financiamento e os princípios do SUS, mas que ainda há desafios: garantir a articulação com outras políticas, superar a dependência das Emendas Parlamentares e monitorar o impacto do redimensionamento populacional sobre a qualidade e resolutividade do cuidado.

PALAVRAS-CHAVE Financiamento dos sistemas de saúde. Atenção primária à saúde. Política de saúde. Política pública.

ABSTRACT *This article aims to analyze the transformations in the federal co-funding of Primary Health Care (PHC) in Brazil, between 1991 and 2024, focusing on the models adopted and their implications for strengthening the Brazilian Unified Health System (SUS). The different federal co-funding models were analyzed, highlighting the new funding proposal presented in 2024. Documentary research was conducted to systematize official, normative, and institutional sources to understand the historical evolution and regulatory frameworks of federal co-funding in PHC. As a result, the article highlights the various changes in co-funding over time and shows how the model introduced in 2024 seeks to reconcile budgetary predictability with the promotion of good practices, while emphasizing equity in resource allocation through the creation of the Equity and Scaling Index (IED), which combines the Social Vulnerability Index (IVS) with the population size of municipalities. Finally, this study indicates that the new model represents progress in aligning funding with the constitutional principles of the SUS, but that key challenges remain: ensuring articulation with other health policies, reducing dependency on congressional amendments, and monitoring the impact of population redistribution on the quality and effectiveness of care.*

KEYWORDS *Health system financing. Primary health care. Health policy. Public policy.*

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
michelle.vfernandez@gmail.com

²Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Ministério da Saúde (MS) - Brasília (DF), Brasil.

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - Natal (RN), Brasil.



Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é reconhecida como a base dos sistemas nacionais de saúde voltados à melhoria da qualidade, equidade e eficiência nos cuidados, estando associada a melhores resultados em saúde e à redução das iniquidades¹⁻³. No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) consolidou-se, desde meados dos anos 1990, como o principal modelo de operacionalização da APS no Sistema Único de Saúde (SUS), promovendo a atenção integral à saúde, com ações clínicas e sanitárias, além de fortalecer o vínculo entre equipes de saúde e comunidades, sobretudo em territórios historicamente vulneráveis^{4,5}. Evidências mostram que a ESF tem ampliado o acesso, reduzido desigualdades e promovido vínculos, mas desafios persistem, especialmente no financiamento adequado⁶⁻⁹.

Com a Constituição de 1988, houve descentralização da execução das políticas de saúde e maior autonomia subnacional, embora o governo federal tenha mantido a centralidade na formulação e coordenação de políticas e programas^{10,11}. Essa governança cooperativa implicou a dependência de estados e municípios de diretrizes federais. No entanto, essa autonomia ocorre sem acesso proporcional a recursos próprios¹¹, sendo o financiamento do SUS uma responsabilidade compartilhada. A Lei Complementar nº 141/2012¹² estabelece os percentuais mínimos de investimento em saúde por cada ente federado, garantindo a manutenção do sistema. Ainda assim, observa-se redução da participação federal no gasto em saúde. Em 2000, a União respondia por 59,8% do gasto das três esferas¹³. Em 2014, essa participação foi de 42,4%, mantendo trajetória de queda no período mais recente - chegando a 37,6% em 2022¹⁴. A aprovação da Emenda Constitucional (EC) nº 95/2016¹⁵ consolidou esse quadro, congelando os gastos federais por 20 anos.

Entre as principais iniciativas federais voltadas à APS, destacam-se a ESF, o Piso

da Atenção Básica (PAB), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), o Programa Nacional de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS), o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Brasil Sorridente e o Programa Mais Médicos¹⁶⁻¹⁹. Em 2019, a Portaria GM/MS nº 2.979²⁰ instituiu o Programa Previne Brasil, promovendo significativa mudança nos critérios de repasse: redução do PAB Fixo e adoção da capitação ponderada como principal parâmetro, condicionada ao número de pessoas cadastradas e ao perfil socioeconômico e demográfico da população^{20,21}. Esse processo também foi marcado pelo fim do cofinanciamento federal aos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (Nasf). A dinâmica de financiamento do SUS também passou a ser marcada pela centralidade das Emendas Parlamentares (EP) na alocação de recursos federais²².

Mais recentemente, a Portaria GM/MS nº 3.493/2024²³ introduziu novo modelo de cofinanciamento federal da APS, reafirmando a centralidade da ESF e promovendo mecanismos de alocação equitativa dos recursos. Tal mudança reacende o debate sobre o alinhamento entre o financiamento e os princípios constitucionais do SUS (universalidade, integralidade e equidade), bem como sua capacidade de garantir a sustentabilidade e qualidade da atenção²⁴.

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo analisar as transformações no cofinanciamento federal da APS no Brasil entre 1991 e 2024, apresentando os modelos adotados e suas implicações para o fortalecimento desse nível de atenção. Para a realização da análise, foi utilizada como método de investigação central a pesquisa documental, que permite a análise sistemática e crítica de fontes oficiais e institucionais relacionadas ao objeto de estudo²⁵. Ao privilegiar fontes primárias, a pesquisa documental permite reconstruir trajetórias decisórias, explicitar disputas e revelar como valores, ideias e interesses se traduzem em instrumentos e práticas de gestão²⁶.

A atenção primária como estratégia para reorganização do sistema de saúde no Brasil

A APS, também conhecida como Atenção Básica (AB), constitui o pilar central do SUS, sendo responsável por organizar, coordenar e integrar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reconhece a APS como a principal porta de entrada do sistema e base de sua estrutura organizacional. Desde a criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, posteriormente renomeado Estratégia Saúde da Família, a APS consolidou-se como eixo estruturante da atenção à saúde no Brasil, ampliando o acesso e promovendo um cuidado mais próximo e contínuo com a população.

As equipes da ESF são formadas por médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo incluir, também, equipes de Saúde Bucal (eSB), Multiprofissionais (eMulti) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Atuando em territórios definidos, essas equipes criam vínculos com a população e oferecem cuidados contínuos, integrados e humanizados. Essa abordagem territorial e interdisciplinar ampliou significativamente o alcance da APS, especialmente em regiões periféricas e rurais, garantindo maior equidade na oferta de serviços e consolidando um modelo de atenção mais resolutivo e próximo das demandas reais da população²⁷.

A partir de 2009, a ESF atingiu quase todo o território nacional, estando presente em 97% dos municípios²⁸ e vinculando cerca de 60% dos domicílios a Clínicas da Família, o

que representa uma cobertura populacional de 62,6%²⁹. Entre 2013 e 2019, essa cobertura cresceu 11,6%, evidenciando sua expansão e consolidação como principal estratégia de atenção à saúde no País³⁰. Reconhecida nacional e internacionalmente, a ESF demonstrou resultados expressivos na ampliação do acesso, na redução de hospitalizações evitáveis, na melhoria dos indicadores de saúde e na integração com políticas sociais, como o Programa Bolsa Família⁴. Assim, ao longo de três décadas, a APS no Brasil passou por transformações institucionais, políticas e econômicas que moldaram sua estrutura e seu financiamento, reafirmando sua centralidade na efetivação dos princípios do SUS.

Financiamento federal da APS no Brasil

A adoção de políticas de saúde formuladas no nível federal foi viabilizada pela capacidade do governo federal de criar mecanismos de incentivos e sanções que estimulem a adesão de estados e municípios às diretrizes do Ministério da Saúde (MS)¹¹. Essa capacidade decorre do poder de induzir, modelar e regular as políticas implementadas localmente³¹, assegurando a coordenação federal das ações sanitárias. Parte dessa capacidade provém da gestão da distribuição de recursos por meio de transferências federais. As chamadas transferências condicionadas, que identificam os repasses para financiamento do SUS, seguem critérios alocativos específicos definidos pelo MS por meio de portarias, decretos e normas operacionais³². O *quadro 1* sintetiza os principais marcos do financiamento da APS e do SUS, que serão tratados nesta seção.

Quadro 1. Marcos para o financiamento da Atenção Primária à Saúde

| Período | Ação | Principais Marcos |
|-----------|--|--|
| 1988-1996 | Criação do SUS e primeiras diretrizes | 1988: Constituição Federal cria o SUS e define financiamento tripartite (União, Estados e Municípios). 1991: Criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). 1994: Criação do Programa Saúde da Família (PSF), marco inicial da APS. 1996: Criação do Piso Assistencial Básico (PAB) – Portaria 2203, de 5 de novembro de 1996 – cria o Piso de Atenção Básica e sua divisão em PAB Fixo e PAB Variável. Normas Operacionais Básicas (NOBs) 1/91, 1/92, 1/93 e 1/96: descentralização do financiamento da saúde para estados e municípios. |
| 1998-2000 | Institucionalização do financiamento da APS | 1998: Início das transferências do PAB. 2000: EC 29 – Estabelecimento de percentuais mínimos de financiamento da saúde para União, estados e municípios. |
| 2001-2015 | Expansão e fortalecimento do financiamento da APS | 2006: Publicação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), consolidando a ESF como modelo prioritário da APS. 2009-2014: Investimentos estruturais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com criação do Plano Nacional de Implantação e Requalificação de Unidades Básicas de Saúde. Criação do programa de provimento (Programa Mais Médicos) para as ESF atuarem com equipes completas em áreas e municípios com maior vulnerabilidade socioeconômica. 2011: Revisão da PNAB e criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), vinculando o financiamento ao desempenho, e criação do Programa Nacional de Requalificação das UBS. 2014-2015: Tendência de estagnação do orçamento federal da saúde; início do financiamento via Emendas Parlamentares (EC 86/2015), criação do Piso dos ACS (2014). |
| 2016-2018 | Mudanças no financiamento e impactos da EC 95 | 2016: EC 95 – Teto de Gastos congela os investimentos federais em saúde por 20 anos no valor do financiamento estabelecido para 2017, atualizado anualmente somente pelo IPCA. 2017: Nova PNAB estabelecendo uma faixa de referência de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe. 2017-2018: Enfraquecimento do financiamento da APS, redução de repasses da União e sobrecarga dos municípios. |
| 2019-2023 | O impacto do Previne Brasil e a reconfiguração do financiamento da APS | 2019 (Previne Brasil – Portaria GM/MS nº 2.979/2019): mudanças nos critérios de repasse, com capitação ponderada, pagamento por desempenho e fim do cofinanciamento federal para equipes multiprofissionais (Nasf). 2020-2021: Aumento da participação da União no financiamento da saúde devido à pandemia de covid-19. 2022: Redução dos investimentos federais na saúde, ampliação da dependência de recursos municipais. 2023-2024: Aumento das transferências federais para várias modalidades de equipes, e em especial para as equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal, retomada do financiamento federal para as equipes multiprofissionais e aumento do número de médicos do PMM, ampliação dos repasses via emendas parlamentares para custeio e retomada do investimento federal para construção de UBS e equipamentos com recursos do Novo PAC. |
| 2024 | Novo Financiamento da Atenção Primária à Saúde | 2024: Publicação da Portaria GM/MS nº 3.493, que substitui o modelo do Previne Brasil e estabelece nova metodologia de financiamento da APS. |

Fonte: elaboração própria.

Criação do SUS e primeiras diretrizes de financiamento da APS

A criação do SUS, em 1988, foi um marco na consolidação da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, refletindo as diretrizes do movimento da Reforma Sanitária³³. Esse processo estabeleceu três referenciais fundamentais para o sistema de saúde brasileiro: o conceito ampliado de saúde, que considera determinantes sociais no processo saúde-doença; a universalização do acesso, garantindo a todas as pessoas o atendimento gratuito; e a institucionalização do SUS, baseada nos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação social. A partir da Constituição Federal de 1988, as políticas de saúde passaram a ser organizadas sob uma lógica de descentralização político-administrativa, com a transferência de responsabilidades da União para estados e municípios^{10,34}. Esse novo modelo fortaleceu a APS, permitindo sua expansão para todo o território nacional.

A regulamentação do SUS se deu por dois marcos legais fundamentais: a Lei nº 8.080/1990³⁵, que definiu a organização dos serviços de saúde e estabeleceu a promoção, proteção e recuperação da saúde como objetivos do sistema; e a Lei nº 8.142/1990³⁶, que garantiu a participação da comunidade na gestão do SUS e regulou as transferências intergovernamentais de recursos. As Normas Operacionais Básicas (NOBs), publicadas nos anos 1990, impulsionaram a descentralização da gestão ao estabelecer diretrizes para alocação de recursos e responsabilidades entre os entes federativos³⁷.

As NOBs também definiram o processo de repasse de recursos federais para estados e municípios, que assumiram progressivamente a gestão local do SUS²¹. A NOB 01/1996³⁸ foi um marco nesse processo ao consolidar mecanismos que garantiram maior previsibilidade e equidade na distribuição de recursos. Entre suas principais inovações, incorporou duas ações estratégicas para a AB: o Pacs e o PSF,

reforçando a atenção primária como eixo do sistema de saúde brasileiro³⁹.

Além de incorporar estratégias de fortalecimento da APS, a NOB 01/1996³⁸ instituiu o Teto de Financiamento Global do Município, que incluía o PAB. O PAB foi concebido como uma transferência regular e automática de recursos federais aos fundos estaduais e municipais de saúde, com base no critério populacional, destinada ao custeio das ações de AB⁴⁰. Sua criação representou avanço importante na ampliação do acesso e no fortalecimento da APS, ao garantir maior estabilidade financeira aos municípios⁴¹. O valor repassado era calculado pela multiplicação de um valor *per capita* pela população municipal. Contudo, a efetivação prática do repasse regular *per capita* só se concretizou em 1998, com a publicação da Portaria nº 1.882, de 18 de dezembro de 1997^{42,43}.

Institucionalização do financiamento da APS: o PAB

A criação do PAB, pela Portaria nº 1882, de 18 de dezembro de 1997⁴³, destaca-se como a iniciativa mais significativa na expansão da APS no País⁴². O PAB trouxe uma mudança importante na forma como os recursos eram distribuídos, rompendo com o modelo anterior, que baseava o financiamento no número de procedimentos realizados. Antes do PAB, os municípios recebiam repasses conforme o volume de serviços prestados, o que gerava desigualdades no financiamento e limitava a capacidade de planejamento da APS^{44,45}.

O PAB foi composto de duas partes: fixa e variável⁴³. O PAB Fixo previa repasse automático baseado em valor *per capita* anual, garantindo que todos os municípios recebessem recursos mínimos para a atenção primária, independentemente da produção de serviços. Já o PAB Variável estava vinculado a incentivos para a adesão a programas do MS, como a ESE, estimulando sua adoção e expansão. Esse modelo rompeu com a lógica anterior de pagamento por produtividade na APS, ao

instituir nova forma de repasse federal por meio do PAB⁴².

Antes do PAB, os repasses aos municípios baseavam-se no volume de serviços prestados, o que gerava desigualdades e dificultava o planejamento da APS^{44,45}. Com o PAB, as transferências passaram a ser regulares, independentes da capacidade instalada, tornando os municípios responsáveis diretos pela assistência à saúde local. Essa descentralização foi uma mudança institucional, política e financeira no SUS⁴⁶. A garantia de recursos via PAB foi crucial para consolidar a descentralização e fortalecer a gestão municipal da saúde, assegurando a continuidade dos serviços⁴⁷. Mecanismos de monitoramento e repasses regulares ampliaram a cobertura, capilaridade e eficiência da APS⁴⁸. Os efeitos foram expressivos: no PAB Variável, os repasses cresceram de 2,38% para 12,23% do orçamento federal da APS no mesmo período⁴⁹.

Expansão e fortalecimento do financiamento da APS

A EC nº 29/2000⁵⁰ consolidou o financiamento da saúde no Brasil ao estabelecer percentuais mínimos de aplicação de recursos por cada ente federativo: 15% da arrecadação de impostos para municípios e Distrito Federal, e 12% da receita para os estados. E para a União, o valor do financiamento mínimo anual corresponde à despesa empenhada no ano anterior atualizada pela variação anual do Produto Interno Bruto (PIB). O objetivo foi corrigir desigualdades e equilibrar as contribuições. A EC 29/2000⁵⁰ também fortaleceu o financiamento da APS ao garantir maior estabilidade, previsibilidade e mecanismos de fiscalização para assegurar sua correta aplicação.

Em 2006, a PNAB⁵¹ consolidou a ESF como modelo prioritário da APS no SUS, reforçando o papel das equipes multiprofissionais (formadas por médicos, enfermeiros, técnicos, agentes comunitários e outros) na oferta de

ações individuais e coletivas voltadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para populações em territórios definidos. A PNAB foi revisada em 2011, com a criação de programas para ampliar o financiamento da APS⁵², como o PMAQ, que passou a vincular parte dos repasses federais ao desempenho das equipes. A adesão voluntária permitia avaliação por critérios estruturais, organizacionais, indicadores de saúde e satisfação dos usuários. Os repasses financeiros passaram a considerar esses resultados⁴⁷, incentivando tanto a ampliação da cobertura quanto a melhoria da qualidade da APS por meio de ciclos de avaliação e certificação.

Esse período também foi marcado por iniciativas estruturantes, como o Programa Requalifica UBS, que financiou a infraestrutura da APS; o Programa Mais Médicos (PMM), que levou médicos a áreas de difícil provimento e apoiou o custeio de pessoal; e a modernização dos sistemas de informação, com a substituição do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) pelo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab) e a implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), fortalecendo o registro, monitoramento e gestão dos atendimentos.

Durante esse período, a PNAB ampliou o alcance da APS a populações historicamente excluídas por barreiras geográficas e sociais. As Portarias nº 2.228⁵³ e nº 2.191/2013⁵⁴ instituíram incentivos para equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e UBS Fluviais. Além disso, temos a Portaria nº 122/2012⁵⁵, que criou o Consultório na Rua para assistir a população em situação de rua.

Estagnação orçamentária e novas configurações do financiamento da APS

A partir de 2013, houve uma estagnação dos repasses federais, com sucessivas reduções orçamentárias na saúde. A trajetória de desfinanciamento foi agravada com a EC

nº 95/2016¹⁵, que instituiu o Novo Regime Fiscal e congelou os gastos federais em saúde por 20 anos, limitando seu crescimento à inflação oficial (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA). Justificada como resposta à crise fiscal e promessa de atrair investimentos^{56,57}, a medida representou risco à APS²¹. A limitação imposta congelou os valores mínimos constitucionais, mesmo diante do aumento populacional, da carga de doenças e da inflação setorial (especialmente em medicamentos, serviços e equipamentos), superiores ao IPCA geral. Essa regra, ao desvincular o gasto da evolução das necessidades sociais e da arrecadação, implicou uma redução acumulada de cerca de R\$ 65 bilhões nos recursos federais destinados ao SUS entre 2018 e 2022, segundo estimativas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)⁵⁸.

Como consequência, a EC 95 intensificou o deslocamento do financiamento do SUS para estados e municípios, sem a devida compensação financeira, ampliando desigualdades federativas. Estimativas do Ipea⁵⁸ indicam que, entre 2018 e 2022, o SUS deixou de receber aproximadamente R\$ 64,8 bilhões em razão do teto de gastos estabelecido pela EC nº 95/2016¹⁵, considerando o que teria sido aplicado caso vigorasse a regra anterior da EC 86/2015, que vinculava 15% da Receita Corrente Líquida (RCL) às Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS).

Nesse contexto, o Programa Mais Médicos emergiu como estratégia relevante para enfrentar desigualdades no acesso à atenção primária, ampliando a cobertura da ESF, especialmente em regiões com alta vulnerabilidade socioeconômica e escassez de médicos⁵⁹. Avaliações apontam alta satisfação dos usuários, destacando visitas domiciliares, escuta qualificada e vínculo com a comunidade⁶⁰. Embora o PMM não tenha alterado a lógica do financiamento da APS, implicou redistribuição de responsabilidades entre entes federativos, com maior participação do Ministério da Saúde no custeio de médicos.

O financiamento por meio de Emendas Parlamentares

Além do piso federal de repasses programáticos do MS, a partir de 2014, as EP passaram a representar um canal crescente e alternativo de alocação de recursos à saúde^{22,61,62}. Regulamentadas inicialmente pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) de 2014⁶³, as EP se consolidaram com a EC nº 86/2015⁶⁴, que tornou obrigatória sua execução até o limite de 1,2% da RCL, sendo metade destinada às ASPS. Desde então, os valores das EP passaram a contar para o cumprimento do mínimo constitucional em saúde, iniciando um processo de reconfiguração orçamentária federal.

Embora já houvesse alertas anteriores sobre os efeitos das EP, foi com o orçamento impositivo que a literatura se intensificou⁶², especialmente porque a obrigatoriedade de sua execução imposta ao Executivo enfraqueceu os critérios programáticos e epidemiológicos das transferências fundo a fundo previstos na Lei Orgânica da Saúde^{35,36}. A lógica da barganha parlamentar passou a orientar a alocação de recursos, gerando distorções que comprometem a equidade e a efetividade do sistema^{22,62}.

Três efeitos principais resultam dessa mudança. Primeiro, há um desequilíbrio *per capita* nas EP para a APS: municípios com até 5 mil habitantes chegam a receber até 16 vezes mais por habitante que grandes centros; embora não se observe substituição generalizada de fontes, na APS, houve redirecionamento parcial de recursos próprios; e as EP aumentaram a fragmentação orçamentária ao priorizar transferências de execução simplificada (como incremento do PAB), em detrimento de políticas estruturantes, que exigem maior articulação federativa²². Como consequência, observam-se riscos à qualidade dos serviços, instabilidade na dependência municipal dessas verbas e comprometimento do planejamento federativo do SUS, agravados por retração fiscal, baixa transparência e ausência de recomposição do financiamento federal regular^{22,62}.

O Programa Previne Brasil

Em 2019, o MS instituiu o Programa Previne Brasil, pela Portaria GM/MS nº 2.979/2019²⁰, que reformulou o cofinanciamento federal da APS com base em três componentes: captação ponderada orientada por critérios de equidade individual e contextual, pagamento por desempenho e incentivo a ações e programas estratégicos. A medida rompeu com o modelo anterior do PAB fixo e variável, baseado na população municipal e na existência de eSF, além de reduzir incentivos a programas específicos atrelados à presença dos serviços – como demonstrado na extinção dos Nasf^{65,66}. A proposta visava a uma maior responsabilização das equipes por sua população cadastrada, incentivando o vínculo e a qualidade do cuidado.

Além de extinguir o PAB Fixo e o PAB Variável, o Previne Brasil reformulou a lógica do pagamento por desempenho. A maior parte dos recursos federais passou a ser distribuída com base no número de pessoas cadastradas nas equipes de eSF e eAP cofinanciadas pelo MS e nos resultados de indicadores monitorados, substituindo o modelo do PMAQ. Embora tenha mantido incentivos para algumas equipes e programas (como Saúde Bucal e Consultório na Rua), o programa encerrou o cofinanciamento federal dos Nasf-AB⁶⁶.

Pesquisas alertaram para possíveis efeitos negativos desse modelo, especialmente com relação à lógica de captação ponderada – que se baseia em cadastros individuais válidos em vez da população total –, com risco de restringir o acesso de grupos vulneráveis e penalizar municípios com baixa capacidade de gestão²¹. Nesse sentido, entre o 3º quadrimestre de 2019 e o mesmo período de 2021, 76,1% dos municípios aumentaram o número de pessoas cadastradas. No entanto, a maioria não atingiu as metas de desempenho, o que sugere que o incentivo financeiro estimulou o aumento dos cadastros sem melhoria proporcional nos resultados assistenciais⁶⁷. Isso levanta questões sobre o equilíbrio entre expansão cadastral e capacidade operacional das equipes.

A reconfiguração do financiamento federal da APS

A publicação da Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024²³, aprimorada pela Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025⁶⁸, marca um novo momento no custeio federal da APS, substituindo oficialmente o modelo do Programa Previne Brasil e reafirmando a ESF como eixo prioritário da organização da atenção primária. O novo modelo articula três componentes que impactam diretamente o financiamento: o componente de equidade, o componente de vínculo e acompanhamento territorial e o componente de qualidade. Nesse contexto, destaca-se também a Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023⁶⁹, que instituiu as eMulti, retomando o arranjo dos antigos Núcleos Nasf, extintos com a vigência do Previne Brasil.

O novo modelo de financiamento da APS, construído de forma coletiva com a participação de Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional de Saúde (CNS) e entidades acadêmicas, tem quatro objetivos centrais. O primeiro é fortalecer a ESF, ampliando recursos e valorizando seus atributos essenciais conforme a PNAB. O segundo busca redimensionar a população por equipe, reduzindo o número de pessoas adscritas para qualificar o acesso e fortalecer vínculos entre profissionais e comunidade. O terceiro objetivo é induzir boas práticas e melhorar resultados em saúde por meio de indicadores de desempenho e dos atributos da APS, como acesso, integralidade e coordenação do cuidado. Por fim, o quarto objetivo visa a promover equidade na alocação de recursos, combinando o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) ao porte populacional dos municípios, de modo a destinar mais recursos às localidades com maiores necessidades.

Combinação de componentes fixos e variáveis no financiamento da APS

No modelo da Portaria GM/MS nº 3.493 de 2024²³, a opção pela combinação de repasses fixos e variáveis visa a dar estabilidade ao financiamento, ao mesmo tempo que incentiva a melhoria contínua dos serviços. A base fixa é determinada de acordo com o porte populacional do município e a vulnerabilidade social, assegurando uma linha de custeio essencial para todas as equipes de APS. Esse repasse fixo representa o reconhecimento de que a manutenção de uma estrutura mínima de pessoal, insumos e logística é crucial para a APS cumprir seu papel de primeiro contato e coordenação do cuidado.

Paralelamente, os repasses variáveis estão atrelados ao cumprimento de um conjunto de diretrizes e objetivos que orientam a organização e a qualificação do trabalho das equipes. O dimensionamento adequado de pessoas e famílias por equipe é fundamental para garantir a integralidade e a continuidade do cuidado no âmbito da ESF, assegurando que as ações desenvolvidas estejam alinhadas às necessidades da população. Mais do que metas quantitativas, essas orientações buscam consolidar práticas que fortaleçam o vínculo das equipes com o território, promovendo um cuidado resolutivo, humanizado e territorializado.

CrITÉRIOS de equidade na alocação dos recursos

A Portaria GM/MS nº 3.493, de 2024²³, por meio do componente fixo, institui faixas de

financiamento que levam em conta fatores socioeconômicos e epidemiológicos, de modo a contemplar as diversas realidades dos municípios brasileiros. Nesse sentido, o modelo vigente de financiamento apresenta a combinação do IVS com o porte populacional dos municípios com a criação do Índice de Equidade e Dimensionamento (IED). Em vez de adotar apenas dados demográficos (por exemplo, número de habitantes) ou classificações simplificadas (como a dicotomia ‘urbano vs. rural’), o modelo de financiamento institui faixas de financiamento que levam em conta múltiplos fatores socioeconômicos e epidemiológicos, de modo a contemplar as diversas realidades dos municípios brasileiros.

O cálculo do IED considera o IVS e o porte populacional dos municípios. O IVS é um indicador que mede as condições de vulnerabilidade das populações com base em dimensões como renda, educação, trabalho, urbanização, meio ambiente, juventude e acesso a serviços⁶. O IVS tem por objetivo subsidiar políticas públicas de enfrentamento das desigualdades sociais no Brasil. Classifica os municípios brasileiros em cinco faixas, que vão desde muito alta vulnerabilidade, passando por alta, média e baixa vulnerabilidade, até chegar à categoria de muito baixa vulnerabilidade.

Com base no resultado da fórmula do IED, os municípios do País foram distribuídos em quatro faixas. Municípios que estão no estrato 1 (mais vulneráveis) recebem valor maior do incentivo financeiro. A distribuição dos municípios nessas faixas pode ser visualizada na *figura 170*.

Figura 1. Distribuição dos Municípios do Brasil segundo IED



Fonte: elaboração própria, a partir dos dados da Portaria GM/MS nº 3.493/202456 e da Nota Técnica CGFAP/SAPS/MS nº 122/202458. A figura foi produzida no site: https://www.datawrapper.de/_/18keh/.

Retomada do financiamento para eMulti

Destaca-se ainda, no novo financiamento, a retomada do custeio para as eMulti. A reintrodução dos repasses para eMulti reconhece a importância da atuação interdisciplinar na resolução dos problemas de saúde, sobretudo em cenários de alta complexidade social e epidemiológica. Psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, pediatras, farmacêuticos, psiquiatras e outros profissionais podem atuar de forma integrada com as eSF e outras modalidades de equipes que atuam na APS, ampliando a gama de serviços ofertados e contribuindo para a abordagem clínica ampliada e considerando os determinantes sociais da saúde.

A regulamentação das eMulti, inicialmente instituída pela Portaria GM/MS nº 635, de

22 de maio de 2023⁶⁹, e posteriormente incorporada ao novo modelo de financiamento pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024²³, busca superar essa lacuna ao reafirmar a dimensão multiprofissional como elemento estruturante da atenção primária no Brasil⁶⁹. Trata-se, portanto, de uma reorientação normativa e política importante, que visa a restabelecer e fortalecer o trabalho multiprofissional no âmbito da APS, reconhecendo sua relevância para a integralidade e resolutividade do cuidado²¹.

Estímulo ao Vínculo e Acompanhamento Territorial

O componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial, instituído pela Portaria GM/MS nº 3.493, de 2024²³, tem como principais

propósitos fortalecer a vinculação das equipes com a população adscrita e reorganizar o dimensionamento do número de pessoas vinculadas e acompanhadas pelas eSF.

A PNAB de 2017⁷¹ estabelecia uma faixa de referência de 2.000 a 3.500 pessoas por equipe. Já a Portaria GM/MS nº 3.493, de 2024²³, reduziu esse parâmetro para 3.000 pessoas, com o objetivo de garantir um equilíbrio mais adequado entre a carga de trabalho e os atributos essenciais da APS, especialmente a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Unidades com painéis populacionais menores tendem a apresentar maior satisfação do usuário, melhor continuidade do cuidado e mais ações de promoção da saúde, especialmente em contextos de alta vulnerabilidade^{72,73}.

Kayira et al.⁷⁴ mostram que estruturas assistenciais menores são percebidas pelos usuários como mais acessíveis e personalizadas, embora unidades maiores apresentem desempenho superior em indicadores clínicos específicos, como rastreamento de câncer e controle do diabetes. No entanto, não há consenso sobre vantagens clínicas consistentes em organizações de grande porte, sendo a preferência por unidades menores um indicativo relevante para o desenho dos serviços. Além disso, estudos apontam que painéis populacionais excessivos estão associados ao aumento do risco de *burnout* profissional e à redução da continuidade do cuidado, atributo essencial da APS, especialmente em populações com múltiplas necessidades^{72,75}.

No Brasil, estudos demonstram que a qualidade da APS, medida por instrumentos como o PMAQ-AB, está associada à redução de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)⁷⁶. Municípios com equipes com melhor avaliação de qualidade apresentaram até 21% menos hospitalizações evitáveis, reforçando a importância de ajustar o número de pessoas por equipe para garantir um acompanhamento mais próximo e efetivo.

Ao propor nova etapa de qualificação do cadastro populacional, o componente estabelece

parâmetros para a periodicidade e a forma de contato com a população, visando a consolidar a longitudinalidade do cuidado, atributo que Starfield¹ já destacava como central para a efetividade da APS. A estratégia busca, assim, aliar eficiência organizacional e qualidade clínica, respeitando a diversidade dos territórios e a complexidade das populações assistidas. Nesse sentido, o Vínculo e Acompanhamento Territorial mensura fatores como regularidade da atualização da Ficha de Cadastro Individual e Familiar e periodicidade de interação com o serviço (consultas, visitas domiciliares, atividades coletivas etc.). Além disso, considera a satisfação do usuário como um parâmetro de desempenho⁷⁷.

Assim, o componente de Vínculo e Acompanhamento Territorial materializa, no âmbito do novo modelo de financiamento, um critério explícito de dimensionamento populacional por eSF calibrado pelos estratos do IED municipal. O parâmetro de vinculação é graduado em quatro faixas (2.000, 2.500, 2.750 e 3.000 pessoas por eSF), e o incentivo financeiro é modulável: quanto menor o IED (indicando maior vulnerabilidade), menor deve ser o ‘painel’ recomendado, com contrapartida orçamentária. Essa lógica concilia equidade distributiva com evidências de que ‘painéis’ mais compactos preservam os atributos de acesso, longitudinalidade e coordenação do cuidado^{72,73,75} e repercutem na redução de internações por condições sensíveis à APS⁷⁶, reforçando o papel da ESF como elemento estruturante da APS.

Qualidade e Integralidade do Cuidado

O componente de Qualidade e Integralidade do Cuidado contempla um conjunto de indicadores que refletem o escopo ampliado e a atuação interprofissional, alinhados à lógica de avaliação de desempenho. A seleção de indicadores abrange cuidados em desenvolvimento infantil, acompanhamento de pessoas com doenças crônicas mais prevalentes, como

hipertensão arterial e diabetes, promoção da saúde bucal, atenção ao idoso, atenção à mulher e prevenção ao câncer e imunizações, além de aspectos relativos ao acesso, ações interprofissionais e resolutividade do cuidado. A lógica subjacente é recompensar equipes que demonstrem melhoria contínua em indicadores-chave, realçando tanto a efetividade clínica quanto a capacidade de responder às necessidades do território de forma integrada.

O processo de definição desses indicadores é dinâmico e ocorre por meio de diálogo tripartite, além de especialistas e entidades do campo sanitário. Dessa forma, assegura-se que as metas sejam periodicamente atualizadas para acompanhar as mudanças nos perfis epidemiológicos e nas prioridades nacionais de saúde. Ao combinar um conjunto de indicadores de resultados em saúde com incentivos financeiros, o componente de Qualidade e Integralidade do Cuidado

promove uma cultura de melhoria contínua na APS. As equipes e a gestão são estimuladas a visitar constantemente seus processos de trabalho, a fortalecer a formação profissional e a se articular em rede para melhorar a vida da população atendida, em consonância com os princípios do SUS.

Por fim, e de acordo com a informação sintetizada no *quadro 2*, o novo modelo de financiamento da APS trata de consolidar um arranjo híbrido que combina estabilidade orçamentária e incentivos à qualidade. Ao articular componentes fixos, vinculados ao porte populacional e à vulnerabilidade social, e variáveis, atrelados ao desempenho e à integralidade do cuidado, o modelo busca conciliar previsibilidade orçamentária e estímulo à efetividade. Dessa forma, o modelo pode atuar no sentido de reafirmar a equidade, a qualidade e a integralidade como eixos estruturantes do financiamento federal da APS.

Quadro 2. Características centrais do modelo de financiamento da APS

| Modelo de Financiamento da APS - Portaria GM/MS nº 3.494/2024 | |
|--|--|
| Combinação de componentes fixos e variáveis | Repasse fixos garantem a estabilidade orçamentária com base no porte populacional e na vulnerabilidade social. Já os repasses variáveis incentivam a qualificação do cuidado e o desempenho das equipes. |
| Critério de equidade na alocação dos recursos | A distribuição dos recursos considera o Índice de Equidade e Dimensionamento (IED) que combina o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e o porte populacional do município. |
| Retomada do financiamento para equipes multiprofissionais | O novo modelo retoma o custeio das equipes multiprofissionais (eMulti), reconhecendo a importância da atuação interdisciplinar para o cuidado ampliado aos territórios. |
| Estímulo ao vínculo e acompanhamento territorial | Fortalece o vínculo da equipe com a população adscrita e ajusta o número de pessoas por equipe, com incentivos proporcionais à vulnerabilidade local. |
| Qualidade e integralidade do cuidado | Premiação por desempenho com base em indicadores de saúde, como controle de doenças crônicas, atenção à infância, à mulher, ao idoso e à saúde bucal. |

Fonte: elaboração própria.

Considerações finais

A análise histórica dos mecanismos de cofinanciamento federal demonstra que o novo modelo instituído pela Portaria 3493/2024 posiciona a ESF como eixo estruturante da APS e do SUS, e propõe um desenho de financiamento que combina previsibilidade orçamentária e indução de boas práticas. Portanto, para fortalecer a APS, é essencial manter e ampliar sinergias com programas fundamentais como o Mais Médicos, eMulti, Brasil Sorridente, Requalifica UBS, Farmácia Popular, Agora tem Especialistas, entre outros.

O funcionamento integrado e complementar do novo modelo de financiamento da APS com essas iniciativas poderá contribuir para a eficácia do sistema de saúde. Vale a pena destacar a inovação trazida pelo IED, que representa uma tentativa de ajustar a carga assistencial às condições locais, o que tende a favorecer a longitudinalidade, satisfação dos usuários e a resolutividade clínica. Alguns desafios desse modelo incluem: a resposta às consequências do aumento da demanda sem o fortalecimento proporcional dos serviços; a necessidade de maior equivalência entre cadastramento e acompanhamento; e o enfraquecimento da lógica do vínculo entre os usuários e as equipes de saúde. O novo modelo de financiamento, portanto, apresenta potencialidades significativas, mas também desafios que precisam ser superados para garantir maior equidade, qualidade e eficiência na APS, especialmente em um país marcado por desigualdades tão profundas.

O monitoramento sistemático do novo arcabouço de financiamento deve concentrar-se em sua capacidade de ampliar cobertura e acesso à APS, particularmente, em territórios vulneráveis, e de mitigar vazios assistenciais. Concomitantemente, é crucial acompanhar, em perspectiva longitudinal, os efeitos do redimensionamento populacional das equipes sobre resolutividade clínica, qualidade e desempenho dos serviços, cobertura vacinal e satisfação dos usuários, de modo a avaliar a relação custo-benefício. Uma APS coordenadora do cuidado, resolutiva e de qualidade depende de uma comunicação forte, bem articulada e integrada com a rede de atenção especializada, e de mecanismos de regulação assistencial que operem com transparência e eficiência⁷⁸.

Contribuições de autoria

Fernandez M (0000-0003-0224-0991)* contribuiu para a concepção do projeto e do estudo, análise e interpretação dos dados e redação, revisão e aprovação da versão final. Tasca R (0000-0002-1407-5914)* e Klitzke DD (0009-0008-0138-9253)* contribuíram para a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados e redação, revisão e aprovação da versão final. Kemper ES (0009-0007-7299-2140)*, Pilz C (0000-0002-5483-5471)*, Maia B (0000-0002-7127-2498) e Formoso G (0009-0001-0535-8162)* contribuíram para a análise e interpretação dos dados e redação, revisão e aprovação da versão final. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831-65. DOI: <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
- United Nations. UN General Assembly. Resolution 74/2: political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. New York: UN; 2019.
- Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de atenção primária à saúde que traz resultados. *Saúde Debate.* 2018;42:18-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S102>
- Hunt P, Bhalotra S, Williams C. The role and impact of the right to health: evidence from Brazil's family health program. *Hum Rights Q.* 2022;44(1):111-41. DOI: <https://doi.org/10.1353/hrq.2022.0004>
- Costa MA, Marguti BO, Editores. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília, DF: Ipea; 2015.
- Servo LMS, Paiva AB. Gasto com atenção básica das três esferas de governo: possibilidades e limitações das análises a partir de bases de dados orçamentário-financeiras. Nota Técnica DISOC nº 15. Brasília, DF: Ipea; 2013.
- Pinto LF, Giovanella L. Do Programa Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família: avanços e desafios. *Ciênc saúde coletiva.* 2018;23(6):1707-19. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>
- Klitzke D. O investimento das três esferas de governo em atenção primária à saúde no Brasil em 2017. *Rev Diálogos Saúde Pública.* 2022 [acesso em 2025 dez 15];1(2):e000024. Disponível em: <https://revis-tadialogos.saude.rn.gov.br/index.php/EPS/article/view/24>
- Arretche M. Democracia, federalismo e centralização no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- Arretche M. Federalismo e igualdade territorial: uma contradição em termos? *Dados.* 2010;53:587-620. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582010000300003>
- Presidência da República (BR). Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde [Internet]. *Diário Oficial da União.* 2012 jan 16 [acesso em 2025 nov 4]; Seção 1:1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm
- Piola SF, Paiva ABD, Sá EBD, et al. Financiamento público da saúde: uma história à procura de rumo. Brasília, DF: Ipea; 2013.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Gasto público em saúde. *Beneficiômetro* [Internet]. Brasília, DF: Ipea; [s.d.] [acesso em 2026 fev 20]. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/beneficiometro/beneficiometro-artigos/saude/gasto-publico-em-saude>
- Presidência da República (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 [Internet]. *Diário Oficial da União.* 2016 dez 16 [acesso em 2025 nov 4]; Seção 1:2. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm
- Massuda A, Hone T, Rasella D, et al. Análise de políticas de investimento na atenção primária à saúde: neoinstitucionalismo histórico aplicado ao sistema de saúde brasileiro. *Rev Adm Pública.* 2024;58(5):e20230391. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220230391>
- Pinto HA. Análise do financiamento da Política Nacional para a Atenção Básica de 1996 até 2017.

- Saúde Redes. 2018;4(1):35-53. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2018v4n1p35-53>
18. Mendes Á, Carnut L, Guerra LDS. Reflexões acerca do financiamento federal da atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp):224-43. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S115>
 19. Amorim DA, Mendes Á. Financiamento federal da atenção básica à saúde no SUS: uma revisão narrativa. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:1-20. DOI: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.970>
 20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União [Internet]*. 2019 nov 13 [acesso em 2025 Jul 16] Seção: 1. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>
 21. Massuda A. Mudanças no financiamento da atenção primária à saúde no sistema de saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25:1181-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01022020>
 22. Ulinski KGB, Carvalho BG, Vieira FS, et al. Efeitos das emendas parlamentares no financiamento municipal da atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2024;40(3):e00007323. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT007323>
 23. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS [Internet]. 2024 [acesso em 2025 nov 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2024/prt3493_11_04_2024.html
 24. Santos NRD. O Sistema Único de Saúde pobre para os pobres, a COVID-19 e o capitalismo financeirizado. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(Supl 2):e00076321. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076321>
 25. Luvezute Kripka RM, Scheller M, Bonotto DL. Pesquisa documental na pesquisa qualitativa: conceitos e caracterização. *Rev Investig UNAD*. 2015;14(2):15-30. DOI: <https://doi.org/10.22490/25391887.1455>
 26. Fernandez M, Moreira R, Maia B, et al. Metodologia de pesquisa: os mundos qualitativo e quantitativo das coisas na saúde. Curitiba: CRV; 2023.
 27. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21:1499-510. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
 28. Coêlho DB, Cavalcante P, Turgeon M. Mecanismos de difusão de políticas sociais no Brasil: uma análise do Programa Saúde da Família. *Rev Sociol Polít*. 2016;24:145-65. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-987316245807>
 29. Giovanella L, Bousquat A, Schenkman S, et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde de 2013 e 2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(Supl 1):2543-56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.143952020>
 30. Souza Júnior PRB, Szwarcwald CL, Damacena GN, et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26:2529-41. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.143532020>
 31. Fernandez MV, Pinto HA. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à COVID-19. *Saúde Redes*. 2020;6(2Supl):211-25. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n2Supp211-225>
 32. Paiva AB, Gonzalez R, Benevides R. Instrumentos financeiros de coordenação no SUS. In: Jaccoud L, organizador. *Coordenação e relações intergovernamentais nas políticas sociais brasileiras*. Brasília, DF: Ipea; 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-005-9/cap5>

33. Fleury S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciênc saúde coletiva*. 2009;14(3):743-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>
34. Bastos LBR, Barbosa MA, Rosso CFW, et al. Práticas e desafios da regulação do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:25. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001512>
35. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. 1990 set 20 [acesso em 2025 nov 4]; Seção 1:18055. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
36. Presidência da República (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. 1990 dez 31 [acesso em 2025 nov 4]; Seção 1:25694. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm
37. Preuss LT. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. *Rev Katálysis*. 2018;21(2):324-35. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-02592018v21n2p324>
38. Ministério da Saúde (BR). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96 [Internet]. *Diário Oficial da União*. 1996 nov 6 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nob96.pdf>
39. Carvalho SS, Leonardi LA, Pauli MA, et al. Histórico sobre financiamento da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Rev Eletron Gestão Saúde*. 2023;14(3):364-80. DOI: <https://doi.org/10.26512/rgs.v14i3.51067>
40. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96 [Internet]. *Diário Oficial da União*. 1996 nov 5 [acesso em 2025 nov 10]; Seção 1:22932-22940. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
41. Mendonça LOM. Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) como mecanismos de coordenação federativa para construção da regionalização: papel, possibilidades e limites [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2022. 195 p.
42. Barbosa MG, Zortea AP, Cunha FM, et al. Financiamento da atenção básica à saúde no Brasil: do piso da atenção básica à remuneração por desempenho. In: Gomes LF, Barbosa MG, Ferla AA, organizadores. *Atenção básica: olhares a partir do PMAQ-AB*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. p. 101-23.
43. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.882/GM, de 18 de dezembro de 1997. Dispõe sobre a revisão de normas e diretrizes para a reorganização da atenção básica, instituindo o Piso da Atenção Básica (PAB) [Internet]. *Diário Oficial da União*. 1997 dez 22 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1997/prt1882_18_12_1997.html
44. Giovanella L. Política Nacional de Atenção Básica em contexto de restrição de direitos. *Rede de Pesquisa em APS* [Internet]. 2020 [acesso em 2026 fev 12];1-27. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Giovanella-CNS-fev-2020.pdf>
45. Melamed C, Costa ND. Inovações no financiamento federal à atenção básica. *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8(2):393-401. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200006>
46. Castro ALB, Machado CV. A política de atenção primária à saúde no Brasil: notas sobre a regulação e o financiamento federal. *Cad Saúde Pública*. 2010;26:693-705. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400012>

47. Pinto HA, Sousa ANA, Ferla AA. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. 2014;38:358-72. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027>
48. Almeida PF, Medina MG, Fausto MCR, et al. Coordenação do cuidado e atenção primária à saúde no SUS. *Saúde Debate*. 2018;42(Esp 1):244-60. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S116>
49. Marques RM, Mendes Á. Atenção básica e Programa de Saúde da Família: novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciênc saúde coletiva*. 2003;8:403-15. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000200007>
50. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 2000 set 14 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
51. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 2025 nov 4]. (Série Pactos pela Saúde, 4). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
52. Pinto HA, Koerner RS, Silva DCA. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. Brasília, DF: Rede de Pesquisa em APS; Abrasco; 2012.
53. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.228, de 5 de setembro de 2013. Institui o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e estabelece o incentivo financeiro do componente de qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) [Internet]. Diário Oficial da União. 2013 set 6 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2228_05_09_2013.html
54. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.191, de 3 de setembro de 2013. Institui o Componente de Qualidade do Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável) destinado ao pagamento por desempenho a equipes que participam do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Diário Oficial da União. 2013 set 4 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2191_03_09_2013.html
55. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o monitoramento e a avaliação da gestão e do desempenho das equipes que compõem a Atenção Básica em Saúde e dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [Internet]. Diário Oficial da União. 2012 jan 26 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html
56. Pires MC. Análise da PEC 241. Brasília, DF: Ipea; 2016.
57. Separavich MA, Couto MT. Programa Mais Médicos: revisão crítica da implementação sob a perspectiva do acesso e universalização da atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(Supl 2):3435-46. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.04572020>
58. Ocké-Reis CO, Benevides R, Funcia F, et al. Evolução do piso federal em saúde: 2013-2020. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); 2023. 12 p. (Disoc: Nota Técnica, 109). DOI: <https://doi.org/10.38116/ntdisoc109-port>
59. Girardi SN, Stralen ACS, Cella JN, et al. Impacto do Programa Mais Médicos na redução da escassez de médicos em atenção primária à saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(9):2675-84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16032016>

60. Pereira LL, Silva HP, Santos LMP. Projeto Mais Médicos para o Brasil: estudo de caso em comunidades quilombolas. *Rev ABPN*. 2015;7(16):28-51.
61. Piola SF, Vieira FS. Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no Brasil: um retrato das desigualdades regionais do período 2010–2022. Brasília, DF: Ipea; 2024. (Texto para Discussão, 3010).
62. Silva AS, Vieira FS, Viana ALD'A, et al. Transferências federais por emendas parlamentares aos municípios: implicações para o financiamento do SUS. *Ciênc saúde coletiva*. 2024;29(7):e03152024. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024297.03152024>
63. Presidência da República (BR). Lei nº 12.919, de 24 de dezembro de 2013. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2014 e dá outras providências [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2013 dez 26 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12919.htm
64. Presidência da República (BR). Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária e dispor sobre a aplicação mínima de recursos pela União em ações e serviços públicos de saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2015 mar 18 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc86.htm
65. Harzheim E, Lima KM, Hauser L, et al. Novo financiamento para uma nova atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2020;25(4):1361-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.35062019>
66. Melo EA, Almeida PF, Lima LD, et al. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da atenção básica à saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2020;43:137-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S512>
67. Sellera PEG, Silva MRM, Mendonça AVM, et al. Incentivo de captação ponderada (Programa Previne Brasil): impactos na evolução do cadastro populacional na APS. *Ciênc saúde coletiva*. 2023;28(9):2743-50. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023289.20142022>
68. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 7.799, de 20 de agosto de 2025. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 e a Portaria GM/MS nº 3.493/2024, e dispõe sobre a metodologia de cofinanciamento federal da APS e incentivos às eCR e eAPP [Internet]. 2025 [acesso em 2025 nov 3]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2025/prt7799_21_08_2025.html
69. Ministério da Saúde (BR), Gabinete da Ministra. Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde [Internet]. *Diário Oficial da União*. 2023 maio 23 [acesso em 2025 nov 4]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_23_05_2023.html
70. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica CGFAP/SAPS/MS nº 122/2024 [Internet]. 2024 [acesso em 2025 nov 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-no-122-2024-cgfap-saps-ms.pdf>
71. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2025 nov 3]. 114 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2017.pdf
72. Abu Dabrh AM, Giblon RE, Spencer-Bonilla G, et al. Determining patient panel size in primary care: a meta-narrative review. *J Prim Care Community Health*. 2025;16:1-10. DOI: <https://doi.org/10.1177/21501319251321294>
73. Britz J, Bazemore A, Lee JH, et al. Practice and community-level variations in primary care panel size. *Ann Fam Med*. 2024;22(Supl 1):S5-S15. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.22.s1.6626>

74. Kayira AB, Kontopantelis E, Mallen CD, et al. Practice list size, workforce composition and performance in English general practice: a latent profile analysis. *BMC Prim Care*. 2024;25(1):110. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02462-w>
75. Paige NM, Apaydin EA, Goldhaber-Fiebert JD, et al. What is the optimal primary care panel size? A systematic review. *Ann Intern Med*. 2020;172(3):195-201. DOI: <https://doi.org/10.7326/M19-2491>
76. Castro DM, Oliveira VB, Andrade AC, et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cad Saúde Pública*. 2020;36(11):e00209819. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00209819>
77. Ministério da Saúde (BR). Nota metodológica CGFAP/SAPS/MS: detalhamento da Seção II da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 (alterada pela Portaria GM/MS nº 3.493/2024) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2024 [acesso em 2025 nov 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-metodologica.pdf/view>
78. Fernandez M, Massuda A, Tasca R. Reaffirming primary health care's vital role. *Lancet*. 2024;403(10435):1448-9. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00499-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00499-9)

Recebido em 01/08/2025

Aprovado em 12/01/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito.

Suporte financeiro: não houve

Editora responsável: Eli Iola Gurgel Andrade, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte Minas Gerais (MG), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6869396953297183>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0206-2462>, e-mail: iola@medicina.ufmg.br