

ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Data de aceite: 02/01/2024

Janaína Mendes Diniz

Jaqueline Vilela Bulgareli

RESUMO: Este trabalho apresentou como objetivo uma revisão integrativa da literatura científica sobre experiências locais de alocação de recursos financeiros para a atenção primária à saúde, visando à ampliação do acesso. Apresenta a importância em alocar recursos financeiros para a Atenção primária a Saúde (APS) em conformidade com seu papel de ordenadora do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da pergunta de pesquisa “O que a literatura científica apresenta de experiências locais de alocação de recursos para a atenção primária à saúde?”, foram delimitadas palavras-chave utilizando os descritores: experiências locais, alocação de recursos e Atenção Primária à Saúde. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura com busca nas bases de dados BVS, Scielo e Pubmed, nos idiomas português, inglês e espanhol. Inicialmente, foram selecionados 715 artigos. Após a análise do título e resumo, 32 artigos responderam às questões e aos critérios de inclusão. Em seguida, realizou-

se uma leitura dos estudos na íntegra e nove artigos contribuíram com todos os critérios de inclusão. Os artigos foram classificados em três categorias de análise: experiências, critérios para alocação financeira da APS, relação entre alocação de recursos financeiros e ampliação do acesso. Foram encontradas experiências de alocação financeira para a APS pelos três entes federados, o que resultou na indução da implantação de equipes de saúde da família (eSF), expandindo a APS. Assim como, apontaram que as transferências de recursos da União e Estados aos Municípios estavam direcionadas a programas específicos, não considerando critérios demográficos, epidemiológicos, capacidade instalada e financeira, e necessidades de saúde. A austeridade implicou no desempenho dos serviços de saúde, demonstrando que há relação direta entre alocação financeira e ampliação da cobertura da Atenção Primária à Saúde nos municípios, o que ampliaria também, o acesso aos serviços da APS pela população. Por fim, conclui-se que para a ampliação do acesso à APS se faz necessária a ampliação da cobertura dos serviços que a compõe, como a ampliação das eSF nos territórios. Para que esta ampliação seja efetivada há necessidade

em aumentar a alocação financeira pelo ente federal e garantir alocação pelo ente estadual, a fim de que haja sustentabilidade da APS nos próximos anos, priorizando este nível de atenção como ordenadora do sistema local.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à Saúde; Atenção à Saúde; Revisão integrativa; Gestão em Saúde.

ALLOCATION OF FINANCIAL RESOURCES FOR PRIMARY HEALTH CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT: The objective of this work was an integrative review of the scientific literature on local experiences of allocation of financial resources for primary health care, aiming at expanding access. This work presents the importance of allocating financial resources to Primary Health Care (PHC) in accordance with its role as the organizer of the Unified Health System (UHS). From the research question “What does the scientific literature present about local experiences of resource allocation for primary health care?”, keywords were delimited: using the descriptors: local experiences, resource allocation and Primary Health Care. An integrative literature review was carried out with a search in the VHL, Scielo and Pubmed databases, in Portuguese and English. Initially, 715 articles were selected. After analyzing the title and abstract, 32 articles answered the questions and inclusion criteria. Then, the studies were read in full and nine articles contributed to all the inclusion criteria. The articles were classified into three categories of analysis: experiences and criteria for financial allocation of PHC, relationship between allocation of financial resources and expansion of access. Primary care and basic care are equivalent terms, considered as the main gateway to the Health Care Network (HCN), acting as a care coordinator and organizer of the actions and services available in the HCN. The articles were classified into three categories of analysis: experiences, criteria for financial allocation of PHC, relationship between allocation of financial resources and expansion of access. Experiences of financial allocation to PHC by the three federated entities were found, which resulted in the induction of the implementation of family health teams (FHT), expanding PHC. In addition, they pointed out that the transfers of resources from the Union and States to the Municipalities were directed to specific programs, not considering demographic, epidemiological criteria, installed and financial capacity, and health needs. Austerity implied in the performance of health services, demonstrating that there is a direct relationship between financial allocation and expansion of Primary Health Care coverage in the municipalities, which would also expand access to PHC services by the population. Finally, it is concluded that expanding access to PHC requires expanding the coverage of the services that make it up, such as the expansion of FHTs in the territories. For this expansion to be effective, there is a need to increase the financial allocation by the federal entity and guarantee allocation by the state entity, so that PHC is sustainable in the coming years, prioritizing this level of care as the ordering of the local system.

KEYWORDS: Primary Health Care; Delivery of Health Care; Integrative Review; Health Management.

INTRODUÇÃO

A atenção primária à saúde (APS) tem seus primórdios em 1920, na Inglaterra, a partir das propostas contidas no “Relatório Dawson”, trazendo um delineamento de sistema de saúde hierarquizado e integrado, baseado em assistência primária, secundária e terciária.¹ Os anos 60 foram marcados pelo auge da discussão e críticas ao modelo biomédico e à lógica dos serviços de saúde centrados em cuidados hospitalares, apontando os determinantes sociais e econômicos como os principais fatores do processo saúde-doença.² Na década de 70, a revista Comissão Médica Cristã (CMC), citou pela primeira vez o termo “Primary Health Care” ao descrever intervenções no nível local das comunidades, com métodos acessíveis, e seus impactos na saúde da população local.¹

A Declaração de Alma-Ata, na década de 70, discutiu o conceito de “Primary Health Care” como cuidados primários em saúde², contemplando três componentes essenciais: acesso universal e como primeiro contato com o sistema de saúde; reconhecimento dos determinantes sociais; e participação social e comunitária.³ Este conceito passou a orientar a reorganização dos sistemas de saúde, sobretudo os universais, estruturando a APS como nível de atenção de primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidade. Desta forma, APS é compreendida como caminho para sistemas de saúde mais efetivos,¹ devendo considerar também, que a APS exige menos custos financeiros em comparação com os demais níveis de atenção, uma vez que utiliza potencialmente as tecnologias leves para o cuidado em saúde.⁴

Desta forma, a APS não é um conjunto de atividades clínicas exclusivas,⁴ mas o nível de atenção que fornece cuidado sobre a pessoa no decorrer do tempo, para todas as condições, e coordena e integra a atenção ofertada em outros serviços. Deve focar nos determinantes de saúde nas esferas macro e microsocial,⁵ no ambiente em que as pessoas vivem e trabalham, e não apenas nas enfermidades individuais.^{2,4} Portanto, os serviços de saúde baseados na APS tem um papel fundamental na melhora da saúde, mesmo em locais com a distribuição desigual de renda,⁴ concretizando os princípios de universalidade, integralidade e equidade.^{2,6}

No Brasil, não houve consenso na sociedade acadêmica quanto ao termo utilizado para denominar o primeiro nível de atenção à saúde, sendo considerado inadequado o uso de Atenção Primária à Saúde por remeter-se a “primitiva”, compreendida como “saúde para pobres”⁵, assim como, houve críticas quanto à utilização do termo atenção básica, que remeteria à ideia de oferta de uma cesta básica de procedimentos para a população que não teria acesso aos serviços privados, afastando-se do conceito discutido em Alma-Ata. Diante disso, o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) foi adotado pelo movimento sanitário brasileiro e utilizado nas normativas do Governo Federal,^{1,2,3} o que trouxe algumas implicações conceituais, ideológicas e operacionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo o modelo de financiamento federal.⁵

A partir do processo de municipalização, os municípios foram assumindo um papel importante na descentralização do SUS, prestando atendimento e assistência à saúde da população, por meio de cooperação técnica e financeira da União e Estados, conforme consta no Art. 30 da Constituição Federal de 1988.^{7,8} Para cumprir a cooperação financeira a estados e municípios, foram publicadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs). A NOB 91 apresentou uma lógica de alocação de recursos para o SUS que reduziu a atenção à saúde para a prestação de ações médico-assistenciais; estados e municípios tornaram-se prestadores de serviços médicos e hospitalares.

A NOB 93 resgatou o processo de descentralização do SUS, qualificou as transferências financeiras a depender da modalidade de gestão, se incipiente, parcial ou semi-plena, mas manteve a lógica do modelo assistencial até então vigente.⁷ Em 1994, o Governo Federal criou o Programa Saúde da Família (PSF), atuando com referencial no modelo generalista, multiprofissional, com Agentes Comunitários de Saúde (ACS), orientação comunitária e territorialização.^{3,5}

Com a NOB 96 criaram-se incentivos financeiros para o desenvolvimento das ações no campo mais abrangente da atenção básica, induzindo um novo modelo de atenção, custeando ações e serviços de atenção básica, por meio do Piso de Atenção Básica (PAB).⁷ Porém, esse modelo de financiamento contribuiu para uma concepção assistencialista pela Atenção Básica, enfatizando a municipalização e as responsabilidades municipais.^{5,7}

Apenas em 2006, o Ministério da Saúde (MS), publicou uma definição oficial do conceito de AB⁵ e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para cumprir as diretrizes e princípios propostos entre as esferas de governo, conforme proposto nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, incluindo a desfragmentação do financiamento da AB, considerando que a União, Estados, Municípios e o Distrito Federal devem destinar recursos financeiros para compor o financiamento tripartite da AB.⁹

Normativas posteriores traçaram novos rumos para a AB e seu financiamento, como a Lei Complementar (LC) nº 141/2012, trazendo a necessidade em discutir mais recursos para o SUS e a forma de distribuição dos recursos financeiros.⁵ Dispõe que as transferências devam ocorrer de acordo com as necessidades em saúde da população, e sobre as transferências dos estados aos municípios.¹⁰ Após a Emenda Constitucional nº 29/2000, estados e municípios aumentaram seus gastos em saúde, mas registrou-se decréscimo por parte da União. O que não significa gastos com a AB, necessariamente, com a média e alta complexidade detendo a maior parte dos recursos, seguindo um modelo de financiamento que destoa do modelo de atenção.⁵

A PNAB de 2017 permitiu novas conformações de equipes, carga horária, flexibilizando a Estratégia Saúde da Família (ESF), fortalecendo a atenção curativa, assistencialista e individual, trazendo implicações para a ampliação e fortalecimento da AB no Brasil.^{5,6} Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 95/2016, o SUS, que desde o início sofre com o subfinanciamento, incluindo a AB, passa a ser desfinanciado, elevando a

participação dos municípios no financiamento do sistema e da AB, enquanto que os gastos estaduais com a AB são variados e incipientes.¹¹

O novo modelo de alocação de recursos financeiros da AB, o Programa Previne Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979/2019, marca mais um capítulo no processo de indução de políticas de saúde com caráter individualista e curativista, agravado pela possibilidade de abertura ao setor privado e o afastamento da AB como ordenadora do cuidado e dos princípios do SUS, como a universalidade, ao restringir acesso à população cadastrada.^{6,11,12,13}

O Previne Brasil alterou os critérios utilizados para financiamento da APS ao introduzir três componentes: capitação ponderada, indicadores de desempenho e incentivos financeiros para programas prioritários. A capitação ponderada se refere ao número de pessoas cadastradas, ponderadas por critérios sociais, econômicos e geográficos. O pagamento por desempenho compreende os resultados alcançados pelas eSF sobre indicadores e metas, definidos pela Portaria nº 2.222/2019. E os incentivos financeiros para programas prioritários substituiu o PAB variável, e cada um é regido por suas normativas específicas. Estes critérios de alocação de recursos financeiros para a APS, em detrimento da alocação *per capita*, podem gerar ainda mais desigualdades no financiamento, ocasionando restrições de acesso, redução de escopo e qualidade.¹⁴

A este cenário, soma-se a Pandemia da Covid-19, que enfatizou a importância da AB no momento de crise sanitária, demonstrando a importância de um financiamento adequado para a AB e para o SUS, necessitando superar as medidas de austeridade fiscal e restrições aos gastos sociais^{6,11,12,13} e com financiamento da AB compatível com sua expressão conceitual ampliada, baseado nas necessidades de saúde da população e com participação efetiva das três esferas de governo.^{2,15}

Sabe-se da importância em alocar recursos financeiros para a APS em conformidade com seu papel de ordenadora do SUS, a partir de experiências que contemplem a participação das três esferas de governo, visando à garantia de acesso, considerando que a ampliação de equipes de saúde da família (eSF) promovem, também, a ampliação do acesso à APS. Apesar de não ser o único fator que deve ser analisado, como localização, horário e dias de funcionamento, possibilidades de consultas não-agendadas, assim como outras dimensões como política, organizacional, econômica-social e técnica.¹⁶ Diante deste contexto, o objetivo principal deste estudo foi revisar a literatura científica sobre experiências locais de alocação de recursos financeiros para a atenção primária à saúde, visando à ampliação do acesso.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada neste estudo será uma revisão integrativa^{17,18} sobre as publicações que discutem o tema da pergunta de investigação. Este método foi escolhido

pela possibilidade de incluir investigações desenvolvidas com diferentes referenciais teóricos e metodológicos, permitindo expandir a análise dos resultados, o desenvolvimento de novas teorias e problemas de pesquisa. A busca dos estudos foi desenvolvida no mês março de 2023, em três diferentes bases de dados de descritores chaves relacionados ao tema do estudo: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine and National Institutes of Health (Pubmed).

A partir da pergunta de pesquisa: “O que a literatura científica apresenta de experiências locais de alocação de recursos para a atenção primária à saúde?”, definiu-se como palavras-chave: experiências locais, alocação de Recursos e Atenção Primária à Saúde derivadas de descritores catalogados pela plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br/>) e pela plataforma Nacional Library of Medicine (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/>) nos idiomas português, inglês e espanhol.

Para a construção da estratégia de busca, foram identificados os polos orientadores em cada uma das bases relacionadas. Os polos foram definidos em: contexto, fenômeno e população. O quadro abaixo possibilita a visualização dos polos, seus descritores por cada base, de acordo com as palavras-chave:

Palavra-chave	Polo	Descritor BVS	Descritor Mesh
Experiências locais	Contexto	Foram utilizados como Termos Livres os 26 (vinte e seis) Estados da Federação Brasileira e o Distrito Federal, com uso de aspas (Ex: “Acre”)	Foram utilizados como Termos Livres os 26 (vinte e seis) Estados da Federação Brasileira e o Distrito Federal, com uso de aspas (Ex: “Acre”)
Alocação de Recursos	Fenômeno	Dotação de recursos para cuidados de saúde	Resource Allocation
		Financiamento dos sistemas de Saúde	Health Care Rationing
		Financiamento da assistência à saúde	Healthcare Financing
		Economia e organizações de saúde	Health Care Economics and Organizations
Atenção Primária à Saúde	População	Atenção Primária à Saúde	Primary Health Care
		Modelos de assistência à saúde	
		Estratégias de saúde nacionais	

Quadro 1. Derivação dos itens-chave da pergunta em descritores e agrupados por polo.

A etapa seguinte consistiu em realizar testes exploratórios com os descritores para apurar o uso pela comunidade científica, avaliando cada descritor individualmente e combinados, posteriormente, utilizando-se o operador booleano ‘AND’. Após a etapa de testagem, foi elaborada a sintaxe de pesquisa, sistematizada e reproduzível, para cada polo. Utilizou-se o operador booleano ‘OR’ para unir os descritores dentro de um mesmo polo, formando uma sintaxe única por polo. Este procedimento foi repetido para dois polos

– fenômeno e população, a fim de que ao final fosse constituída uma sintaxe própria, por cada uma das bases de dados, representando a ideia de cada palavra-chave, descrita no Quadro 2. Para o polo contexto não foi possível à elaboração de uma sintaxe única considerando que foram utilizados os nomes de cada estado brasileiro como termo livre, por não apresentar descritores semelhantes, sendo utilizados apenas na sintaxe final entre os três polos combinados.

Polo	Sintaxe - BVS	Sintaxe – Scielo	Sintaxe - Pubmed
Fenômeno (Alocação de Recursos)	mh:(mh:(mh:(“dotacao de recursos para cuidados de saude”))) OR (mh:(mh:(“financiamento dos sistemas de saude”))) OR (mh:(mh:(“financiamento da assistencia a saude”))) OR (mh:(mh:(“Economia e Organizações de Saúde”)))	(**“dotacao de recursos para cuidados de saude” OR “financiamento dos sistemas de saude” OR “financiamento da assistencia a saude” OR “Economia e Organizações de Saúde”)	((((“resource allocation”[MeSH Terms]) OR (“health care rationing”[MeSH Terms])) OR (“healthcare financing”[MeSH Terms])) OR (“healthcare financing”[MeSH Terms]))
Contexto (Experiências Locais)	-	-	-
População (Atenção Primária à Saúde)	mh:(mh:(“atencao primaria a saude”) OR mh:(“modelos de assistencia a saude”) OR mh:(“estrategias de saude nacionais”))	(**“atencao primaria a saude” OR “modelos de assistencia a saude” OR “estrategias de saude nacionais”)	“primary health care”[MeSH Terms]

Quadro 2. Sintaxes por polo e base de dados, confeccionadas com o cruzamento dos descritores referentes a mesma palavra-chave.

Com as sintaxes para os polos fenômeno e população definidas, sendo uma por cada polo e por base de dados, realizou-se a combinação entre as sintaxes destes dois polos com o uso do operador booleano ‘AND’, conforme Quadro 3 a seguir:

Polo	Sintaxe - BVS	Sintaxe – Scielo	Sintaxe - Pubmed
Fenômeno e População	(mh:(mh:(mh:(mh:(“dotacao de recursos para cuidados de saude”))) OR (mh:(mh:(“financiamento dos sistemas de saude”))) OR (mh:(mh:(“financiamento da assistencia a saude”))) OR (mh:(mh:(“Economia e Organizações de Saúde”)))) AND (mh:(mh:(mh:(“atencao primaria a saude”) OR mh:(“modelos de assistencia a saude”) OR mh:(“estrategias de saude nacionais”)))) – 663 publicações	(**“dotacao de recursos para cuidados de saude” OR “financiamento dos sistemas de saude” OR “financiamento da assistencia a saude” OR “Economia e Organizações de Saúde”) AND (“atencao primaria a saude” OR “modelos de assistencia a saude” OR “estrategias de saude nacionais”) – 3.472 publicações	(“primary health care”[MeSH Terms]) AND (((“resource allocation”[MeSH Terms]) OR (“health care rationing”[MeSH Terms])) OR (“healthcare financing”[MeSH Terms])) OR (“healthcare financing”[MeSH Terms])) – 913 publicações

Quadro 3. Sintaxes com a combinação do polo 1 e 3 por base de dados, confeccionadas com o cruzamento dos descritores referentes a mesma palavra-chave.

Como o polo contexto (experiências locais) não apresenta uma única sintaxe, foram realizadas 27 (vinte e sete) combinações utilizando-se a sintaxe única para os polos 1 e 3,

por cada base de dados, acrescentando o nome de cada estado da federação brasileira (Acre, Alagoas, Amapá, Amazonas, Bahia, Ceará, Distrito Federal, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima, Santa Catarina, São Paulo, Sergipe, Tocantins) como termo livre, uma vez que não foram identificados descritores que os representasse, utilizando o operador booleano 'AND' com o nome de cada estado entre aspas.

Diante disso, foram identificadas 26 (vinte e seis) sintaxes finais por cada base de dados, sendo excluído o estado do Pará, pelas bases de dados compreenderem a palavra Pará como sendo a preposição para. Assim, foram construídas 78 (setenta e oito) sintaxes finais, alterando-se apenas os nomes dos estados nas buscas.

Polo	BVS (Sintaxe final – Ex: Acre):	SciELO (Sintaxe final – Ex: Alagoas):	Pubmed (Sintaxe final – Ex: Rio de Janeiro):
Fenômeno, População e Contexto	(mh:(mh:(mh:(mh:(“dotacao de recursos para cuidados de saude”))) OR (mh:(mh:(“financiamento dos sistemas de saude”))) OR (mh:(mh:(“financiamento da assistencia a saude”))) OR (mh:(mh:(“Economia e Organizações de Saúde”)))))) AND (mh:(mh:(mh:(“atencao primaria a saude” OR mh:(“modelos de assistencia a saude” OR mh:(“estrategias de saude nacionais”)))))) AND (“ACRE”) Resultados com as 26 combinações: 67 publicações encontradas	(“dotacao de recursos para cuidados de saude” OR “financiamento dos sistemas de saude” OR “financiamento da assistencia a saude” OR “Economia e Organizações de Saúde”) AND (“atencao primaria a saude” OR “modelos de assistencia a saude” OR “estrategias de saude nacionais”) AND (“ALAGOAS”) Resultados com as 26 combinações: 617 publicações encontradas	(“primary health care”[MeSH Terms]) AND (((“resource allocation”[MeSH Terms]) OR (“health care rationing”[MeSH Terms])) OR (“healthcare financing”[MeSH Terms])) OR (“healthcare financing”[MeSH Terms]) AND (“RIO DE JANEIRO”) Resultados com as 26 combinações: 31 publicações encontradas

Escolheu-se por utilizar três bases de dados para ampliar a busca e possibilitar identificar experiências loco regionais de alocação de recursos financeiros para a atenção primária à saúde, principalmente pelo ente federado estadual.

Para a escolha das publicações foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- CI 1 - Publicações que retratassem a temática referente às experiências de alocação de recursos financeiros para a atenção primária à saúde
- CI 2 - Publicações em língua portuguesa, inglesa ou espanhola
- CI 3 - Publicações disponibilizadas na íntegra para leitura

Foram excluídos arquivos com materiais multimídias, publicações do Ministério da Saúde sobre indicadores de saúde brasileira e publicações do CONASS (Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde) que apresentaram apenas indicadores de saúde de cada federação brasileira, não contemplando a alocação de recursos financeiros.

A etapa seguinte consistiu no processo de seleção das publicações encontradas, somando-se 715 publicações, que foram importadas para o software de gerenciamento de referências bibliográficas Zotero (<https://www.zotero.org/>). Inicialmente, foram excluídas de forma eletrônica 64 publicações por títulos repetidos. Das 648 publicações restantes, 463 foram excluídas após a leitura dos títulos. Para a leitura dos resumos foram selecionadas 185 publicações, sendo excluídas 153, com 151 publicações que não apresentaram os critérios de inclusão e 02 que não apresentaram resumo. Foram selecionadas 32 publicações para a leitura completa, das quais 04 foram excluídas por estarem indisponíveis para leitura na íntegra, restando 28 publicações para a leitura completa. Após a leitura, foram incluídas 09 publicações que contribuíram para a revisão do tema, desta 01 (uma) é dissertação de mestrado que foi encontrada por meio da base de dados Biblioteca Virtual em saúde (BVS), incluída pelo critério de inclusão, mas consideradas como literatura cinzenta. Este processo de identificação até a inclusão das publicações está representado no fluxograma Prisma, apresentado na Figura 1.

Para a análise dos dados, foi construído quadro síntese que sintetizaram as publicações inseridas nos seguintes atributos: autor (a) principal; utilização de critérios para alocação financeira por ente federado; normativas do SUS quanto à responsabilidade na alocação de recursos financeiros para a APS; experiências locais de alocação financeira para APS; impacto da alocação financeira na ampliação do acesso da APS; resultados principais; conclusões do estudo. Em seguida, foram construídas três categorias de análise que buscassem responder aos objetivos deste estudo: experiências de alocação financeira para a APS; critérios para alocação de recursos financeiros para a APS e alocação de recursos financeiros para a APS e acesso.

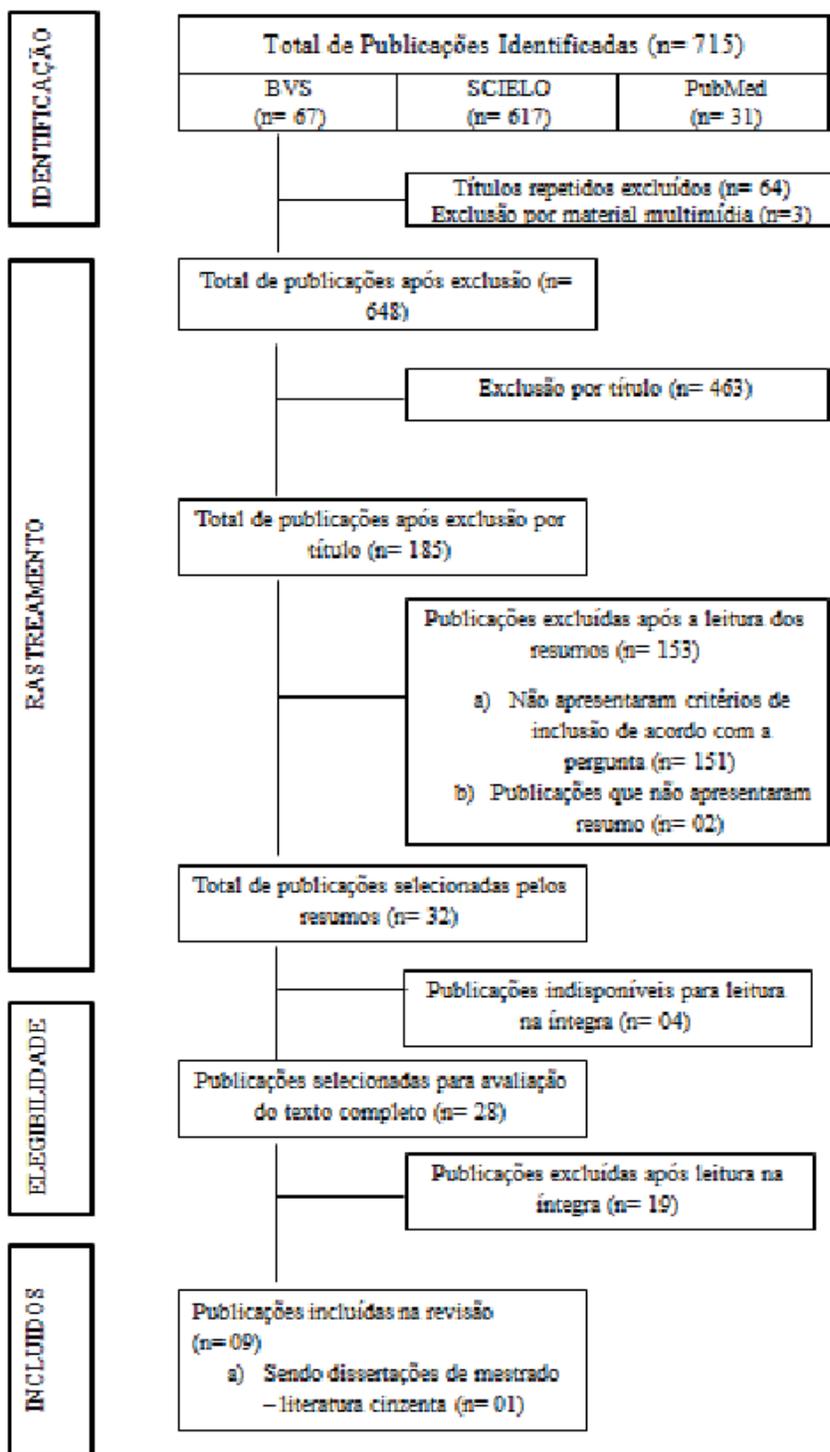


Figura 1: Fluxograma PRISMA.

Os dados da pesquisa foram disponibilizados em repositório de dados abertos, podendo ser acessada através do site: <https://drive.google.com/drive/folders/1rPUep68KWeKCYSv96DJe7ID4L4jEKzpg?usp=sharing>. Para garantir a qualidade do presente artigo, foi utilizado o “PROCEDIMENTO TÉCNICO DE METODOLOGIA DE PESQUISA - Indicativos de qualidade para artigos de Revisão Integrativa”¹⁸ como ferramenta de apoio na elaboração do artigo.

RESULTADOS

Foram incluídas 09 publicações para integrar o processo de revisão. O Quadro 4 apresenta a lista completa por autor, ano, título, país e revista publicada.

Autor (es)	Ano	Título	Revista
Marques RM, Mendes A	2003	Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?	Ciência e Saúde Coletiva
Canesqui AM, Spinelli MAS	2008	A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil	Caderno de Saúde Pública
Sobrinho JEL, Espirito Santo ACG	2013	Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco	Saúde Soc
Kashiwakura HK, Gonçalves AO, Silva RMP	2016	Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal	Saúde Debate
O'Dwyer G <i>et al</i>	2019	Financial crisis and healthcare: the case of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil	Ciência e Saúde Coletiva
Soares A	2019	Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional	Revista de Saúde Pública
Costa NR <i>et al</i>	2021	A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios	Caderno e Saúde Coletiva
Ferreira ASB	2022	O financiamento estadual da atenção primária no Rio de Janeiro: caminho e perspectivas	Dissertação para título de mestre
Vieira FS, Lima LD	2022	Distortions of parliamentary amendments to the equitable allocation of federal resources to the PAB	Revista de Saúde Pública

Quadro 4 – Lista de publicações incluídas para análise

Após a leitura dos artigos na íntegra, os dados foram sumarizados em um quadro síntese com os seguintes parâmetros: autor principal, utilização de critérios para alocação financeira por ente federado, normativas do SUS quanto à responsabilidade na alocação de recursos financeiros para a APS, impacto da alocação financeira na ampliação do acesso da APS, resultados principais, conclusões do estudo. (Quadro 5)

Observa-se que o tema é pouco discutido e necessita de estudos mais recentes, uma vez que a publicação mais antiga data de 2003 e a mais recente de 2022, sendo uma dissertação para concessão de título de mestre. Entre as 9 publicações incluídas, 03 são

estudos descritivos e exploratórios, 02 avaliativos, 02 pesquisas documentais, 01 estudo de caso e 01 apenas descritivo.

Para a busca de informações sobre os dados de alocação financeira para a APS, 08 estudos descreveram as bases de dados usadas para a realização do estudo, tendo sido utilizada bases de dados nacionais disponíveis para consulta pública por meio do DataSUS, relatório público do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), e 02 utilizaram dados próprios da secretaria de saúde para as análises documentais.

Das 09 publicações, 07 abordam experiências de alocação de recursos financeiros para a APS de forma tripartite com a utilização de critérios distintos, pactuados de forma bipartite (entre estados e municípios), mas que limitam a utilização nos territórios, uma vez que não estão disponibilizados de acordo com as necessidades de saúde da população.

Autor (a) Principal	Utilização de Critérios para Alocação Financeira por Ente Federado	Normativas do SUS quanto à responsabilidade na alocação de recursos financeiros para a APS	Experiências locais de Alocação financeira para APS	Impacto da Alocação financeira na ampliação do acesso da APS	Resultados principais	Conclusões do estudo
Marques RM, Mendes A	Federal: alocação de recursos financeiros para políticas de incentivo. Estaduais: alocação de recursos financeiros para políticas de incentivo, com exceção do Rio Grande do Sul, com transferências de forma global para utilização de acordo com o Plano de Saúde.	NOB/96 NOAS/2001 EC nº 29/2000	Mato Grosso do Sul – incentivos financeiros para ESF e ESB e equipamentos odontológicos São Paulo – incentivos financeiros de custeio e investimento para áreas e situações específicas Mato Grosso – incentivos financeiros aos municípios para contratação de equipe, recursos adicionais por alcance de cobertura da APS, recursos adicionais para regiões específicas e assentamentos. Amapá – incentivo financeiro por equipe Tocantins – incentivo financeiro para profissionais Espírito Santo – incentivo financeiro para municípios específicos Minas Gerais – recursos financeiros distribuídos conforme população atendida Ceará – alocação de recursos financeiros para custeio e investimento das UBS dos municípios Rio Grande do Sul – transferência de recursos financeiros de forma global, fundo a fundo, não vinculada a programas específicos.	Não consta	Os recursos financeiros para a APS transferidos pelo governo federal e os governos estaduais induziram a implantação de eSF, expandindo o Programa em 3.289%, mas os municípios são os maiores financiadores, responsáveis por 70% dos recursos despendidos. Adesão a incentivos financeiros vinculados a programas que não correspondem às necessidades municipais.	Transferências de recursos financeiros pelos entes federais e estaduais direcionados a programas específicos. Os critérios de alocação dos financeiros deveriam considerar critérios demográficos, epidemiológicos, capacidade instalada e financeira.

<p>Canesqui AM, Spinelli MAS</p>	<p>Federal: Institucionalização do PAB (Piso da Atenção Básica); PAB variável para expansão do PACS Estadual: Não consta</p>	<p>NOB/96 NOAS/2001 Portaria SES-MT nº 26/2991/2001</p>	<p>Estadual: apoio da política estadual de saúde; repasse de recursos financeiros para a contratação de médicos e enfermeiros; apoio na capacitação de recursos humanos; fornecimento de materiais.</p>	<p>Ampliação da cobertura dos PSF nos municípios com menos de 100 mil habitantes</p>	<p>Estímulo e apoio favoreceu a expansão do PSF; Persistem problemas de cobertura nos municípios acima de 100 mil habitantes; Atrasos nos repasses financeiros estaduais e federais, valores baixos; normas rígidas para uso dos recursos; falta de autonomia municipal para utilização dos recursos.</p>	<p>Transferências de recursos financeiros federais e estaduais favoreceram na ampliação da cobertura do PSF em municípios com menos de 100 mil habitantes, mas não geraram os mesmos resultados em municípios acima de 100 mil.</p>
<p>Sobrinho JEL, Espírito Santo ACG</p>	<p>Federal: PAB Fixo – valor fixo <i>per capita/ano</i>, PAB Variável – Adesão a programas específicos Estadual: Não consta Municipal: Não consta</p>	<p>NOB 93 NOB 96 NOAS/2001 Pacto pela Saúde/2006 Decreto 30.353/2007 Portarias SES/PE nº 640/11 Portaria SES/PE nº 108/12</p>	<p>Transferências Federais PAB Variável – Saúde Bucal Não há transferências estaduais para a Política de Saúde Bucal Gastos municipais com a Política de Saúde Bucal</p>	<p>Não consta</p>	<p>A PNSB proporcionou aumento da oferta de serviços de saúde bucal em diferentes níveis de atenção. O custeio da SB na AB teve participação federal de 37,5% e do governo municipal de 62,5%. Não houve repasse estadual para a Política.</p>	<p>Necessidade de articulação interfederativa sobre a importância da sustentabilidade e governabilidade das Políticas de Saúde de maneira tripartite.</p>
<p>Kashiwakura HK, Gonçalves AO, Silva RMP</p>	<p>Não foram apresentados a ocorrência de critérios.</p>	<p>Não constam</p>	<p>Participação do Distrito Federal na alocação de recursos financeiros para a APS</p>	<p>Distrito Federal possui cobertura de 8,7% de APS e 15,4% pelo PACS, e não foram apresentados dados progressivos da cobertura da APS.</p>	<p>DF apresentou Programa de Fortalecimento da APS, mas as iniciativas foram descontínuas e desarticuladas da Rede. Identificado crescimento com gastos em saúde, destes 65,38% foram gastos com MAC, e decréscimo nas despesas com APS.</p>	<p>Os recursos financeiros e políticos foram concentrados na construção de hospitais. A APS teve ações desarticuladas, considerada necessária para desafogar os hospitais, refletindo na atual cobertura.</p>

O'Dwyer G et al	Não foram apresentados a ocorrência de critérios.	PNAB 2017	Participação da União e do Município do Rio de Janeiro na alocação dos recursos financeiros para a APS	A partir de 2009, com Projeto Saúde Presente, que fortaleceu a APS, município atingiu 70% de cobertura de saúde da família.	Entre 2013 e 2017 as receitas sofreram decréscimo contínuo, entre receitas federais e municipais. Redução de 8,3% na cobertura populacional pela APS. Cobertura de saúde bucal reduziu em 11,5%. Redução no número de ACS.	Austeridade implicou na redução do desempenho dos serviços, mesmo a APS apresentando bom desempenho nos indicadores de saúde, não foi condição para manter investimentos.
Soares A	Não constam	NOB 93 EC nº 29/2000 Pacto pela Saúde PNAB 2006	Participação da União, Estado e Municípios de São Paulo na alocação dos recursos financeiros para a APS	Não consta	Estado de São Paulo aplicou R\$ 51,8 bilhões em ASPs, 58% gastos municipais e 42% gasto Estadual. Deste montante, 22,1% aplicados na APS e 58,1% na MAC. Dos gastos totais com saúde, os municípios aplicaram com recursos próprios 72,1%, união e estado corresponderam a 27,9%.	A cobertura da APS no Estado de São Paulo é de 36%. Municípios são responsáveis por 96,3% dos gastos com a APS, dificultando ampliação da cobertura e redução de iniquidades regionais. Necessidade de discutir este tema, de forma que não haja insustentabilidade da APS em São Paulo nos próximos anos.
Costa NR et al	Federal: Não consta Estadual: Não consta Municipal: Centralização da saúde na agenda governamental; definição da APS como ordenadora do sistema local de saúde	EC nº 29/2000	Utilização das OSS para o desenvolvimento da APS; vinculação do orçamento para assegurar sustentabilidade do financiamento das ASPs	Ampliação da cobertura alcançando 70% da população	Dificuldade da ampliação da APS por meio da ESF por indução financeira da união e estados representar menor parcela nos custos. Contratação de OSS para garantir a expansão da ESF. Aumento da produtividade das eSF.	Priorização da função saúde e a definição da APS como ordenadora do sistema local de saúde alcançando 3,8 milhões de habitantes pela ESF

<p>Ferreira ASB</p>	<p>Federal: PAB Fixo – valor fixo <i>per capita/ano</i>, PAB Variável – Adesão a programas Previne Brasil: Capitação Ponderada, Indicadores de Desempenho, Ações Estratégicas Estaduais: alocação de recursos financeiros para políticas de incentivo financeiro.</p>	<p>NOB 91 NOB 93 NOB 96 EC nº 29/2000 NOAS Pacto pela Saúde Estaduais: - Espírito Santo: Portaria SESA 059-R/2019 - São Paulo: Deliberação CIB 34/2012; Resolução SS-88/2020 - Minas Gerais: Resolução SES/MG nº 7.627/2021 - Rio de Janeiro: 1.938/2019 e Deliberação CIB-RJ nº 6.233/2020</p>	<p>Espírito Santo: Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde – Qualifica APS São Paulo: Projeto <i>Qualis</i> – PAB Fixo trimestral para todos os municípios; PAB Variável mensal para municípios com maiores índices de pobreza Minas Gerais: Política Estadual de Financiamento da Atenção Primária à Saúde, componente fixo e variável, com foco nos municípios com menores IDH. Rio de Janeiro: Programa de Cofinanciamento para a APS atende todos os municípios que realizarem adesão voluntária.</p>	<p>Não houve repasse para do componente expansão da eSF, impactando no acesso aos serviços de saúde.</p>	<p>Durante os anos de 2015 a 2018 não houve repasses estaduais aos municípios do Rio de Janeiro. A PNAB 2017 possibilitou o financiamento de eAP com 20 e 30 horas, promovendo redução na cobertura da ESF, apesar de ter aumentado a cobertura da APS.</p>	<p>As transferências intergovernamentais para os municípios representam extrema importância na manutenção do sistema e fortalecimento das ações da APS. Necessidade em ampliar estudos que abordem o financiamento estadual e os impactos produzidos.</p>
<p>Vieira FS, Lima LD</p>	<p>Federal: alocação de recursos financeiros de acordo com as necessidades de saúde da população, considerando destinar recursos do ponto de vista demográfico, social, econômico e de saúde</p>	<p>Não consta</p>	<p>Alocação de recursos financeiros para o PAB Fixo e Emendas Parlamentares (EP) de Incremento ao PAB</p>	<p>Não consta</p>	<p>Alocação de recursos financeiros para o PAB Fixo beneficia 100% dos municípios.</p>	<p>Metodologias de alocação equitativa visam considerar as desigualdades nas condições de vida da população, mas devem ter critérios claros e transparentes. As EP geraram tratamento desigual entre os municípios mais vulneráveis. Despesas com EP são contabilizadas na aplicação mínima do MS e reduz a alocação própria para ações e serviços.</p>

Quadro 5 – Síntese dos artigos selecionados para a revisão integrativa

DISCUSSÃO

Diante das publicações incluídas e dos objetivos desta revisão integrativa, foram identificadas três categorias de análise contemplando as experiências e os critérios para alocação financeira da APS, e a relação entre alocação de recursos financeiros e ampliação do acesso.

EXPERIÊNCIAS DE ALOCAÇÃO FINANCEIRA PARA A APS

Segundo os resultados desta revisão, é possível identificar uma supremacia do financiamento da APS pelo ente municipal, custeando de 70% a 96,3%, como no caso dos municípios do estado de São Paulo,^{20,25} corroborando com estudos posteriores que apontou a ampliação dos recursos municipais no financiamento de suas políticas de saúde, incluindo a APS, uma vez que os recursos do MS não são suficientes para custear a Estratégia Saúde da Família.^{12,22}

Deste modo, percebe-se que a alocação de recursos financeiros não é vivenciada de forma tripartite na totalidade dos territórios, como previsto nas normativas do SUS, incluindo a PNAB de 2017 que dispõe que os entes federados devem contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da APS, cabendo ao MS garantir fontes de recursos federais, aos Estados e Distrito Federal a destinação de recursos financeiros estaduais de modo regular e automático para custeio e investimento das ações e serviços, e aos Municípios destinar recursos municipais para compor o financiamento da APS.²²

Ao longo do processo de financiamento do SUS, a participação da União foi reduzida de 73% para 43% entre 1991 e 2017, contrapondo a participação estadual e municipal, que cresceram de 15% para 26% no caso dos estados e de 12% para 31% no caso municipal, indicando o ente que mais aplicou recursos financeiros em serviços e ações de saúde.²⁴ Porém, essa redução na participação financeira das ações e serviços de saúde por parte do MS não significa alterações nas constituições das políticas, uma vez que são os recursos financeiros os determinantes para a configuração das políticas de saúde.²⁵

O estudo identificou experiências locais de alocação de recursos financeiros para a APS de forma tripartite em Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo, Amapá, Tocantins, Espírito Santo, Ceará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul. Destes, apenas o Rio Grande do Sul realizou transferências aos municípios de forma global, a fim de que seja utilizado a partir de seus Planos Municipais de Saúde, os demais estados financiaram a APS com a utilização de critérios específicos.^{20,21,26,27}

Assim como, a pesquisa identificou experiências com redução na alocação financeira para a APS no Rio de Janeiro e Distrito Federal, mesmo fazendo parte das políticas de saúde prioritárias destes territórios. Os recursos financeiros foram concentrados na construção de hospitais e investidos na MAC, havendo redução na cobertura populacional para a APS, redução da cobertura de saúde bucal e no número de agentes comunitários de saúde.^{29,30} Tal fato pode ter sido gerado como consequência da EC nº95/2016, que provocou redução nos recursos financeiros para a Seguridade Social, e consequentemente, para o SUS, levando à gestão priorizar serviços em seus territórios em detrimento de outros, como no caso da APS, e com alguns outros impedimentos como a contratação de pessoal devido a Lei de Responsabilidade Fiscal, não permitindo a expansão das eSF.^{12,22}

CRITÉRIOS PARA ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA A APS

A LC nº 141/2012, dispõe que as transferências de recursos financeiros aos Municípios devem ocorrer de forma regular e automática, considerando as dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espaciais e a capacidade de oferta de serviços e ações de saúde.³¹ A partir dos resultados deste trabalho, observa-se a constituição de critérios para alocação financeira para a APS majoritariamente para política de incentivo vinculada a programas que não correspondem com as necessidades em saúde dos territórios,^{20,26} corroborando com outros achados em que este tipo de critério induz um determinado tipo de política de saúde em detrimento de suas necessidades, rompendo com a lógica do repasse global e inibindo a autonomia municipal.^{12,25,32}

Das experiências de alocação estaduais, apenas o Rio Grande do Sul realiza transferência de recursos financeiros de forma global, fundo a fundo, não vinculada a programas específicos, devendo os municípios aplicar os recursos de acordo com as proposições aprovadas nos Planos Municipais de Saúde, porém o estudo não descreveu os impactos desta proposição para o fortalecimento da APS.²⁰ A literatura aponta que as transferências estaduais são incipientes, irregulares, e com critérios rígidos, dificultando que os Municípios definam com base em suas necessidades as políticas de saúde.²⁵

Os achados também apontam para uma prevalência na alocação financeira da Média e Alta Complexidade (MAC), seja pelos Municípios, Estados ou União. A literatura aponta que no decorrer dos anos, houve crescimento significativo na alocação de recursos para a MAC, expandindo de forma expressiva, enquanto o PAB Fixo, com valores baixos, aquém do necessário, praticamente se manteve o mesmo.^{11,22} Assim como, não foram encontrados na literatura a indicação de critérios dos municípios para a alocação dos recursos financeiros para a APS, principalmente nos grandes centros urbanos, em que a ESF não é o único modelo de porta de entrada da população ao SUS.³³ Situação que foi aumentada a partir da PNAB de 2017, em que permitiu outras configurações de equipes, com a constituição de eAP de 20 e 30 horas, sem exigência de ACS financiadas pelo MS e que com maior facilidade de credenciamento.³⁴

ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS PARA A APS E ACESSO

A partir da publicação da PNAB 2017 que permitiu financiamento federal para outras conformações de equipes como as eAP foram observadas redução da cobertura da ESF, o que implica diretamente na ampliação do acesso à APS, principalmente nos grandes centros urbanos.³⁵ Outro estudo traz resultados diferentes quanto a ampliação da APS no período de 2008 a 2019, indicando que a contração no orçamento não significou redução da cobertura. Porém, pode ter provocado alterações no funcionamento, com precarização das condições de trabalho, podendo impactar nas atividades exercidas pelas equipes, e nos indicadores de saúde da população como taxa de mortalidade e internação por causa

sensível à APS.³⁶ Tal situação indica a correlação entre austeridade fiscal, cobertura da APS e as condições de saúde da população.^{11,12,36}

Com o Programa Previne Brasil, em 2019, o modelo de alocação de recursos financeiros para a APS sofreu alterações importantes, trazendo a lógica de cadastramento da população para a garantia dos repasses, indicadores de desempenho que estão mais relacionados com indicadores de processo do que de saúde da população, e outros aspectos como o fim do financiamento específico para as equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF), implicando no incentivo às atividades multiprofissionais que corroboravam a ideologia da APS universal, integral, de acordo com os princípios discutidos em Alma Ata.^{11,12}

O fim do PAB Fixo gerou instabilidade no financiamento das eSF, principalmente nos grandes centros urbanos, uma vez que a cobertura de APS não alcança os 100% da população, a implantação de novas equipes depende de gastos adicionais exclusivos pelos Municípios enquanto aguarda credenciamento e habilitação por parte do MS, e para as equipes existentes não seria possível realizar o cadastramento de todo território municipal, resultando em perdas financeiras para a APS, ferindo sobre o princípio da universalidade e sobre o modelo de atenção da ESF de caráter territorial e comunitário.^{11,12,34,36}

O modelo de alocação financeira por meio do PAB Fixo beneficiava a totalidade dos municípios brasileiros e induzia a ampliação da APS por meio das eSF. A partir do novo modelo, além do financiamento estar dependente do cadastramento da população, houve estímulo do MS para cadastramento de equipes eAP, no qual não era exigida burocracia nem espera para credenciamento e habilitação, com recursos de custeio já repassados a partir do cadastramento no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).³⁴

A saúde é uma área que está em constante movimento, com produção crescente de informações e de grande complexidade no qual demandou a elaboração de estudos embasados cientificamente, com metodologia clara e adequada, que possibilite contribuir com a prática dos profissionais, descrevendo a importância e relevância da revisão integrativa.³⁷ Porém, as revisões integrativas também apresentam limitações e neste caso não apresentam na totalidade dos estudos a correlação entre alocação de recursos financeiros para a APS e ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população, nem apresentam os critérios municipais para a alocação dos recursos que são destinados para o custeio da APS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se ao longo do processo da alocação de recursos para a APS, a insuficiência de recursos financeiros diante do seu papel de ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado, não sendo possível manter seus atributos essenciais: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, principalmente diante das novas proposições

trazidas pela nova PNAB e pelo Programa Previne Brasil, distanciando a APS do cuidado territorial, familiar e integral, voltando-se ao controle de riscos de maneira individualizada.

Para a manutenção e sustentabilidade da APS é de extrema importância às transferências intergovernamentais, ou seja, melhoria na alocação dos recursos financeiros por parte do MS e implementação dos entes estaduais no processo, uma vez que o financiamento da APS é tripartite, devendo considerar as necessidades de saúde dos territórios, permitindo a utilização dos recursos de forma global pelos municípios de acordo com seus Planos Municipais de Saúde, contemplando as particularidades de cada território.

Conclui-se que há poucos estudos que contemplem os resultados com impactos que o financiamento tripartite proporciona para a APS, principalmente voltado para a ampliação da cobertura e do acesso. Diante disso, sugere-se novos estudos voltados a avaliar os impactos que a alocação de recursos financeiros de forma adequada, tripartite, e considerando os critérios de cada território, trariam para a expansão e fortalecimento da APS, e conseqüentemente, para o SUS.

REFERÊNCIAS

1. Mello GA, Fontanella BJB, Demarzo MMP. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. Revista da APS. 2009;12(2).
2. Mendes Á, Carnut L, Guerra LD. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [Internet]. Set 2018 [citado 21 nov 2022];42(spe1):224-43. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s115>
3. Giovanella L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 20 ago 2018 [citado 21 nov 2022];34(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00029818>
4. Starfield B.; Shi, L.; Macinko, J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Memorial Fund Quartely, New York, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.
5. Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 21 nov 2022];24(suppl 1):s7—s16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008001300002>
6. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. Abr 2020 [citado 21 nov 2022];25(4):1475-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
7. Ugá MA, Piola SF, Porto SM, Vianna SM. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2003 [citado 21 nov 2022];8(2):417-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000200008>
8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília,DF, 2006.
10. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o parágrafo 3º 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; estabelece critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e outras providências Diário Oficial da União. 14 Jan 2012.
- Melo EA, Almeida PF, Lima LD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. Saúde em Debate [Internet]. 2019 [citado 21 nov 2022];43(spe5):137-44. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s512>
11. Mendes Á, Melo MA, Carnut L. Análise crítica sobre a implantação do novo modelo de alocação dos recursos federais para atenção primária à saúde: operacionalismo e improvisos. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2022 [citado 21 nov 2022];38(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00164621>
12. Cirino FM, Aragão JB, Meyer G, Campos DS, Grysczek AL, Nichiata LY. Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 14 jul 2021 [citado 21 nov 2022];16(43):2665. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmf16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmf16(43)2665)
13. Emenda Constitucional nº 29, de 2000, Emenda Constitucional n.º 29 [Internet], 13 set 2000 [citado 21 nov 2022] (Brasil). Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:emenda.constitucional:2000-09-13;29>
14. Pereira B, Faleiros D. Home - CONASEMS [Internet]. Financiamento do SUS na perspectiva municipal: contribuições do CONASEMS sobre o debate; [citado 21 nov 2022]. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2022/08/Financiamento-do-SUS-na-perspectiva-municipal.pdf>
15. Assis MM, Jesus WL. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. Nov 2012 [citado 24 abr 2023];17(11):2865-75. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012001100002>
16. Dal K, Mendes S, Cristina De Campos R, Silveira P, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Context - Enferm [Internet]. Dezembro de 2008 [citado 26 de Março de 2023];17(4):758–64. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>
17. Soares CB, Hoga LAK, Peduzzi M, Sangaleti C, Yonekura T, Silva DRAD. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2014 [citado 26 de Março de 2022];48(2):335–45. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reeusp/a/3ZZqKB9pVhmMitCnsvVW5Zhc/?lang=pt>
18. Reis JG, Martins MFM, Lopes MHBM. Indicativos de qualidade para artigos de Revisão Integrativa. Rio de Janeiro. [internet] 2015. Arca Repositório Institucional da Fiocruz. [citado 27/07/2023].
19. Marques RM, Mendes Á. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? Cienc Amp Saude Coletiva [Internet]. 2003 [citado 8 jul 2023];8(2):403-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000200007>

20. Soares A. Paradigma de financiamento do SUS no estado de São Paulo: uma análise regional. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2019 May 6 [cited 2023 Jul 27];53:39. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/8tkq9gmpWm4vR5fKDmnBQ6B/abstract/?lang=pt>
21. Mendes Á, Marques RM. O financiamento da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde. *Saude Em Debate* [Internet]. 2014 [citado 9 jul 2023];38(103). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140079>
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. *Diário Oficial da União*; 2017.
23. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Dez 2019 [citado 8 jul 2023];24(12):4405-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>
24. Marques RM, Mendes Á. A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2002 [citado 9 jul 2023];18(suppl):S163—S171. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2002000700016>
25. Canesqui AM, Spinelli MA. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. Abr 2008 [citado 8 jul 2023];24(4):862-70. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2008000400017>
26. Lorena Sobrinho JE, Espírito Santo AC. Participação dos entes federados no financiamento da saúde bucal de atenção básica: estudo no município da Vitória de Santo Antão, Pernambuco. *Saude Soc* [Internet]. Dez 2013 [citado 8 jul 2023];22(4):994-1000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902013000400003>
27. Costa ND, Silva ID, Lima PT, Silva TS, Costa IC, Figueiredo IV. A implantação em larga escala da Estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Jun 2021 [citado 8 jul 2023];26(6):2075-82. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.01012021>
28. Kashiwakura HK, Gonçalves AD, Silva RM. Atenção Primária à Saúde: elementos de continuidade e mudanças na saúde do Distrito Federal. *Saude Em Debate* [Internet]. Dez 2016 [citado 8 jul 2023];40(111):49-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611104>
29. Vieira FS, Lima LD. Distorções das emendas parlamentares à alocação equitativa de recursos federais ao PAB. *Rev Saude Publica* [Internet]. 7 dez 2022 [citado 8 jul 2023];56:123. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004465>
30. Brasil. 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; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial União*. 16 jan 2012; Seção 1.

31. Viana RR, Caldeira NV, Feitosa AD, Silva MD, Oliveira GS. Análise histórica dos critérios de financiamento do SUS no âmbito da atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. *Res Soc Dev* [Internet]. 24 out 2022 [citado 13 jul 2023];11(14):e205111436114. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36114>
32. 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. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Maio 2016 [citado 14 jul 2023];21(5):1499-510. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19602015>
33. Mendonça FF, *et al.* As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2023 [citado 25 jul 2023];47(137):13-30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313701>.
34. Ferreira ABS. O Financiamento Estadual Da Atenção Primária No Rio de Janeiro: Caminhos E Perspectivas. Uerj.br, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017, www.bdt.d.uerj.br:8443/handle/1/18664. Acessado em 27 de julho de 2023.
35. Barros RD, Aquino R, Souza LEPEF. Evolução da estrutura e resultados da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre 2008 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*. Nov 2022a [citado 22 jul 2023];27(11):4289-4301. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232022711.02272022_
36. O'Dwyer G, Graever L, Britto FA, Menezes T, Konder MT. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Amp Saude Coletiva* [Internet]. Dez 2019 [citado 8 jul 2023];24(12):4555-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.23212019>
37. Tavares De Souza M, Dias Da Silva M, De Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein* [Internet]. 2010;8(1):102–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>